



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-020P

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

RAPPORT

Établi par

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

- Mars 2012 -

Synthèse

- [1] Dans le cadre de son programme de travail, l'IGAS a réalisé une mission sur le bilan des fusions hospitalières impliquant des établissements publics de santé (EPS) ayant une activité de court-séjour : médecine, chirurgie et/ou obstétrique (MCO). La mission s'est fondée sur l'exploitation des rapports récents de l'IGAS, sur la littérature française et internationale et sur des entretiens au niveau national et dans trois régions (Ile-de-France, Rhône-Alpes et Champagne-Ardenne).

1. LE CONTEXTE GENERAL DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES

- [2] Une fusion se définit comme la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes. Avec les fermetures ou les conversions de services, les regroupements d'entités sur site unique, les coopérations entre établissements, les fusions participent du vaste mouvement de restructurations hospitalières par lequel les établissements de santé s'adaptent aux évolutions de leur environnement, et notamment à la demande qui leur est faite aujourd'hui d'améliorer leur efficacité tout en participant à la réduction de la part des hospitalisations complètes dans l'organisation du système de santé.
- [3] A cet objectif général s'ajoutent par ailleurs, dans le court-séjour, les contraintes spécifiques qui pèsent sur les professionnels de santé et les établissements qui les emploient. Sur la période récente, ces contraintes ont surtout pesé sur la chirurgie et l'obstétrique bien davantage que sur la médecine :
- la pression de la démographie médicale des spécialistes, où se recrutent les praticiens hospitaliers, est un élément fort de restructuration de l'offre, mais elle ne joue que pour certaines disciplines et pour certaines régions ; en effet, c'est moins le nombre global de spécialistes qui pose problème que leur répartition, entre spécialités (si les effectifs globaux de chirurgiens ont augmenté ces 25 dernières années, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL ont connu une baisse relative et la stomatologie a vu ses effectifs s'effondrer), entre modes d'exercice (en établissement public ou privé, ou en cabinet) et entre régions. Néanmoins, les régions les plus sous-dotées en médecins ne sont pas forcément celles où il y a eu le plus de restructurations (cf. Picardie ou Champagne-Ardenne) ;
 - la pression des gardes et astreintes, qui peut inciter les professionnels à se regrouper pour en réduire la charge, touche surtout l'obstétrique et la chirurgie viscérale et orthopédique ; à l'inverse (à l'exception des anesthésistes), les médecins hospitaliers spécialistes supportent peu de gardes, la permanence des soins étant surtout portée par les urgentistes pour les urgences externes et par les réanimateurs pour les malades les plus sévères en interne ; de même, les risques juridiques pèsent surtout sur les obstétriciens et les chirurgiens, ainsi que, dans une moindre mesure, sur les médecins ayant une activité interventionnelle, ce qui peut pousser ces professionnels vers les grandes structures mieux à même de les protéger ;
 - enfin, la position concurrentielle de l'hôpital public est très différente entre la chirurgie, où les cliniques dominent toujours l'offre, et exercent de ce fait une pression à la restructuration sur l'offre publique, l'obstétrique, d'où le privé a eu tendance à se retirer, et la médecine, où la concurrence du privé est faible compte tenu de la place prépondérante qu'y tient depuis longtemps le secteur public.

- [4] L'effet de ces contraintes a été amplifié par les politiques des pouvoirs publics, qui ont plutôt accentué encore les divergences entre médecine, chirurgie et obstétrique.
- [5] Dans le secteur de l'obstétrique, l'administration de la santé a poursuivi depuis plus de trente ans une politique de périnatalité très volontariste et normative, qui s'est traduite par une diminution importante du nombre de maternités, qui est passé de 1 369 sites en 1975 à 554 en 2008, et par une augmentation de la taille et du niveau de technicité des structures restantes ; les fusions d'établissements et regroupements de services ont joué un grand rôle dans ce mouvement. Dans le même temps, la mortalité néo-natale et la qualité des dépistages se sont améliorées, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'agit là de l'effet direct de la politique poursuivie.
- [6] Dans le secteur de la chirurgie, les pouvoirs publics se sont montrés beaucoup plus ambivalents. L'effort a principalement porté sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais la politique des seuils, admise en obstétrique, peine à se développer, tout comme la logique de l'efficacité : les blocs opératoires restent trop éparpillés, un quart d'entre eux ont un temps d'ouverture trop faible et le nombre de sites de gardes en chirurgie est excessif, au regard du temps d'utilisation des blocs opératoires la nuit et le week-end. De plus, si le développement de la chirurgie ambulatoire est une bonne chose, notamment en raison de son impact positif sur l'organisation et les pratiques des professionnels, elle n'est pas une panacée, notamment pour les plus petits établissements confrontés à une faible activité.
- [7] En médecine enfin, qui représente pourtant la majorité des lits d'hospitalisation, le ministère n'a guère porté le discours de la restructuration, à quelques exceptions près (cancérologie). Même si les restructurations en médecine après regroupement ou fusion existent bien, elles sont rarement issues d'une volonté délibérée de la tutelle ou des directions hospitalières, mais apparaissent plutôt comme le fruit de volontés médicales locales. Cette situation est regrettable, car c'est dans les services de court séjour de médecine que les inadéquations hospitalières sont les plus importantes¹.
- [8] Ainsi, si le mouvement de restructuration paraît quasiment terminé dans le secteur de l'obstétrique, il est loin d'être achevé dans le secteur de la chirurgie, et n'en est qu'à ses balbutiements en médecine. Les évolutions nécessaires exigeront des évolutions profondes dans le fonctionnement des EPS ; dans certains cas, c'est leur existence même qui est remise en cause.

2. LES CONSTATS

- [9] Dans ce contexte, l'augmentation de la taille des structures hospitalières par le biais de fusions peut apparaître aux acteurs locaux comme un moyen adapté pour améliorer leur efficacité et leur attractivité, vis-à-vis des patients comme des professionnels de santé dont ils ont besoin pour fonctionner. En théorie en effet, un établissement de plus grande taille rend des soins de meilleure qualité, et réalise des économies d'échelle. Cet effet positif d'une augmentation de la taille est particulièrement établi pour les plus petits établissements (inférieurs à 300 lits).
- [10] Dans la réalité, si le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique : il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au-dessus d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer. Sur le plan financier, la fusion n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. De plus, au-delà d'un certain seuil que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages. L'expérience enseigne en outre que les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts ou de dysfonctionnements.

¹ L'enquête réalisée par SANESCO pour la DGOS en 2011 a conclu que le taux d'inadéquation dépassait 20% en médecine dans les établissements privés et publics non CHU, soit deux fois plus qu'en chirurgie ;

- [11] Cette situation n'a pas empêché une activité de fusions assez soutenue lors des quinze dernières années, dans le secteur privé comme dans le secteur public. Sur le seul périmètre des établissements publics de santé, la mission a recensé à partir des données disponibles 90 fusions depuis 1995, principalement entre deux établissements de taille petite ou moyenne : en quinze ans, ce sont ainsi 9 % des EPS qui ont fusionné entre eux. Ces opérations ne semblent pas être le fruit d'une politique nationale : certes, les fusions ont connu un pic à la fin des années 1990, c'est-à-dire à la mise en place des ARH, mais la répartition des opérations entre les régions ne semble répondre à aucune logique précise.
- [12] Les éléments disponibles tendent à montrer qu'il y a eu en proportion davantage de fusions ou de disparitions d'établissements privés de santé que de fusions ou de disparitions d'EPS : entre 2003 et 2008, le nombre de cliniques privées a baissé de plus de 8 %, et le nombre d'EPS seulement de -1,4 %. Mais les fusions privées ont été en général offensives (elles se traduisent souvent par une augmentation du nombre de lits), au contraire des fusions publiques, qui ont été essentiellement défensives (diminution du nombre de lits). De plus, de nombreuses opérations de rapprochement entre structures privées n'ont pas eu pour objet de fusionner des établissements, mais de les agréger au sein d'un groupe, un mode d'organisation auquel les EPS n'ont pas accès.
- [13] Le bilan qualitatif de ces opérations est plus malaisé à dresser. Les données font défaut, la lenteur des processus d'optimisation post-fusion² limite la capacité à mesurer son impact direct sur l'efficacité du nouvel ensemble. Il est néanmoins possible de dégager quelques enseignements des expériences observées par la mission :
- certains facteurs compromettent dès l'origine un rapprochement entre deux structures : un temps de trajet trop important entre elles, des bassins de vie trop différents, l'absence de complémentarité dans leurs activités ; les fusions entre hôpitaux de grande taille paraissent particulièrement délicates, notamment lorsque les hôpitaux sont de taille relativement équivalente ;
 - l'implication des responsables est déterminante pour assurer la conduite du projet de fusion ; l'agence régionale doit jouer son rôle de régulateur en affichant clairement ses objectifs, notamment auprès des élus et du corps médical : l'amélioration de la qualité des soins mais aussi la rationalité économique ; une fois la fusion décidée, directeurs d'établissement et représentants de la communauté médicale ont un rôle particulièrement important dans la conduite des opérations et son accompagnement auprès des personnels ; ils doivent pouvoir disposer pour ce faire d'outils spécifiques, mis à leur disposition par la tutelle ;
 - enfin, les acteurs doivent savoir saisir les « faits générateurs », i.e. les moments critiques à l'occasion desquels des décisions stratégiques doivent être prises : évolution de la concurrence locale, décision majeure d'investissement, départ d'une compétence rare, etc.
- [14] En définitive, en raison des difficultés qu'elle soulève et des risques qu'elle présente, la fusion doit demeurer une opération rare, à réserver aux cas où elle paraît effectivement indispensable : ainsi lorsque l'impact de la restructuration à conduire est tel qu'elle impose de remettre en cause l'existence même d'un établissement, dont l'activité et les moyens résiduels ont alors vocation à être agrégés dans un ensemble plus vaste, ou aux cas où le fonctionnement de plusieurs structures est à ce point intégré par la mise en commun de moyens qu'il est préférable d'en unifier complètement la gouvernance.

² 17 ans pour Eaubonne-Montmorency par exemple, 10 ans pour le centre hospitalier intercommunal des portes de l'Oise CHIPO

- [15] Elle doit de plus être replacée dans le cadre plus général de la politique des restructurations hospitalières qui, en raison de sa sensibilité et de sa complexité, justifie un investissement particulier de la part du niveau national. Sur ce plan, la situation actuelle n'est pas satisfaisante : les outils de connaissance des recompositions hospitalières mis en place à la création des ARH ont été petit à petit abandonnés, il n'existe pas au niveau central de cellule chargée de suivre et d'appuyer les opérations de restructuration, pourtant sensibles et compliquées, et l'accent est plutôt mis sur les coopérations, dont la Cour des comptes a récemment mis en exergue les nombreuses ambiguïtés³.
- [16] Au niveau régional, les fusions sont l'un des outils au service de l'objectif général d'optimisation de l'offre locale qui est assigné aux agences régionales de santé (ARS). Le rôle de l'agence dans une fusion est dès lors important, tant dans sa phase de préparation que dans sa phase de mise en œuvre : en amont, elle en doit expliciter les finalités auprès des différentes parties prenantes, notamment les élus ; en aval, elle doit apporter son soutien politique et techniques aux acteurs de la fusion, ce qui suppose notamment d'enrichir les outils d'accompagnement social à leur disposition.

3. LES PROPOSITIONS

- [17] Pour l'avenir, la mission recommande donc au ministère de clarifier son discours en direction des ARS et des acteurs de l'hospitalisation sur la nécessité et les finalités des restructurations hospitalières. Ceci passe notamment par la reconstitution de l'observatoire des recompositions hospitalières, et par la création auprès de la DGOS d'une cellule spécifiquement chargée de suivre et d'appuyer les opérations de restructuration conduites par les ARS, en liaison avec le centre national de gestion (CNG) et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Compte tenu de ses développements sur les limites de la grande taille à l'hôpital, la mission recommande également le lancement d'études sur les moyens permettant d'assouplir, voire de « déconsolider » le fonctionnement des structures hospitalières les plus importantes.
- [18] En ce qui concerne les ARS, la mission les invite à jouer pleinement leur rôle de régulateur, dans lequel elles ne peuvent être suppléées par les gestionnaires. Ni les fusions, ni les directions communes, ni les communautés hospitalières de territoire ne doivent être utilisées dans le seul but de confier aux directeurs d'hôpitaux une partie de la responsabilité des ARS en matière de restructuration de l'offre locale. En revanche, lorsqu'une fusion paraît nécessaire, la direction commune peut être recommandée pour organiser la phase de préfiguration, qu'il est par ailleurs souhaitable de mieux encadrer.
- [19] D'une manière générale, la mission préconise une plus grande professionnalisation des procédures de fusion : au-delà de la préfiguration, c'est l'opération elle-même qui doit être conduite avec méthode, dans le cadre d'un mode projet associant étroitement responsables administratifs et médicaux. Tous les enjeux de l'opération doivent être explicités, et notamment ses conséquences pour les personnels ; mais cela suppose également que les outils d'accompagnement social à la disposition des directions hospitalières soient renforcés.
- [20] Enfin, la mission formule des recommandations générales destinées à orienter la politique des pouvoirs publics en ce qui concerne les restructurations des différentes activités MCO.
- en obstétrique, l'enjeu est désormais plutôt de s'interroger sur la possibilité d'accorder des dérogations de longue durée aux maternités dont la disparition dégraderait notablement l'accès aux soins, et sur les moyens à employer pour améliorer l'organisation du pyramidage entre maternités de niveau I, II et III ;

³ Cour des Comptes, rapport 2011 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, chapitre « *Les coopérations hospitalières* ».

- en chirurgie, la politique des seuils doit être relancée, mais également affinée, par pathologie, par professionnels ; à côté des enjeux de qualité elle doit aussi mettre en exergue les enjeux d'optimisation des coûts (ainsi en matière de permanence des soins) ; la chirurgie ambulatoire doit continuer à être promue, notamment en développant l'appui à l'entourage, mais en veillant à éviter un développement trop anarchique, en particulier dans les plus petites structures ;
- en médecine, il est souhaitable de poursuivre le travail sur les inefficiences et les inadéquations afin d'aboutir à des recommandations de bonne pratique ou de bonne organisation ; l'effort d'optimisation des plateaux techniques d'imagerie et de biologie doit par ailleurs être poursuivi.

Sommaire

SYNTHESE	3
1. LE CONTEXTE GENERAL DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES	3
2. LES CONSTATS	4
3. LES PROPOSITIONS	6
INTRODUCTION.....	13
1. LES FUSIONS S’INSCRIVENT DANS UN PROCESSUS CONTINU DE RESTRUCTURATION QUI PERMET AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE DE S’ADAPTER A LEUR ENVIRONNEMENT	15
<i>1.1. Le processus de restructuration est en évolution constante et la fusion n’est qu’un outil parmi d’autres</i>	<i>15</i>
1.1.1. Sur longue période, la politique hospitalière a évolué de la construction d’une offre hospitalière publique aux discours sur la fin de « l’hospitalo-centrisme »	15
1.1.2. Le secteur hospitalier a connu un important mouvement de restructuration depuis 15 ans	17
<i>1.2. Dans le secteur MCO, l’inégalité des contraintes externes pesant sur les praticiens explique en partie la différence de restructuration des services de court séjour</i>	<i>21</i>
1.2.1. Les déficits de la démographie médicale jouent fortement sur certaines disciplines et dans certaines régions	21
1.2.2. La permanence des soins pèse sur une fraction seulement des praticiens des établissements de santé	22
1.2.3. Le risque juridique est concentré sur certaines têtes	23
1.2.4. La concurrence entre secteur public et privé est vive en chirurgie, où elle suscite de ce fait des stratégies défensives de la part des EPS	24
2. LES FUSIONS HOSPITALIERES SONT PRESENTEES COMME DES LEVIERS DE RESTRUCTURATION MAIS L’INTERET THEORIQUE DE CES OPERATIONS EST LOIN D’ETRE UNIFORMEMENT DEMONTRE ..	25
<i>2.1. Les fusions et la grande taille ne sont pas toujours bénéfiques dans le secteur hospitalier</i>	<i>25</i>
2.1.1. Dans l’entreprise et à l’hôpital, les fusions présentent théoriquement des avantages	25
2.1.2. Dans la réalité, le bilan des fusions d’entreprises est plutôt mitigé	26
2.1.3. Les inconvénients de la grande taille ne doivent pas être minorés à l’hôpital	27
<i>2.2. Les fusions ne peuvent pas être l’unique outil des restructurations hospitalières</i>	<i>30</i>
2.2.1. Les orientations de la politique nationale en matière de restructurations hospitalières manquent de clarté	30
2.2.2. Les fusions ne sont pas forcément le levier le plus pertinent pour conduire les restructurations hospitalières	32
3. DANS LE SECTEUR PUBLIC, LES FUSIONS INTER-HOSPITALIERES ONT ETE DES REPONSES PONCTUELLES ET PAS TOUJOURS PERTINENTES AUX GRANDES EVOLUTIONS DES ACTIVITES MCO	32
<i>3.1. Il y a eu 90 fusions d’EPS depuis 15 ans</i>	<i>32</i>
3.1.1. Les fusions, comme les restructurations hospitalières en général, ne font pas l’objet d’un suivi de la part du ministère	33
3.1.2. Entre 1995 et 2011, les fusions hospitalières ont davantage touché le secteur privé que le secteur public, où 90 fusions entre EPS ont été réalisées sur la période	34
<i>3.2. Les différentes disciplines MCO ne se sont pas restructurées à la même vitesse et de la même façon</i>	<i>39</i>

3.2.1. Le processus de transformation des maternités est bien avancé.....	39
3.2.2. La chirurgie pose des problèmes plus complexes.....	41
3.2.3. La médecine est l'oubliée des restructurations de court séjour, alors qu'elle occupe une place majoritaire à l'hôpital public et que les inadéquations y sont fréquentes.....	44
3.3. <i>Les fusions et les regroupements ont des résultats très contrastés.....</i>	47
3.3.1. L'évaluation des fusions est malaisée.....	47
3.3.2. Beaucoup de projets de regroupement sont un échec.....	48
3.3.3. Mais certaines, rares, sont très bénéfiques.....	54
3.4. <i>Dans la conduite des restructurations hospitalières, l'ARS ne doit pas utiliser les fusions et autres modes de rapprochements entre hôpitaux pour déléguer son rôle de régulateur aux gestionnaires d'établissement.....</i>	55
3.4.1 Le directeur d'hôpital ne peut pas être l'agent de la réorganisation de l'offre de soins au nom de l'ARS.....	55
3.4.2 La stratégie de réorganisation de l'offre de soins doit rester sous la responsabilité des ARS.....	56
4. PROPOSITIONS.....	57
4.1. <i>Les fusions dans la politique des restructurations hospitalières.....</i>	57
4.1.1. Recommandations pour le niveau national.....	57
4.1.2. Recommandations pour le niveau régional.....	60
4.2. <i>Définir des principes de bonne restructuration des services de médecine, d'obstétrique et de chirurgie.....</i>	62
4.2.1. Poursuivre la politique de périnatalité.....	62
4.2.2. Donner des règles de conduite claires en matière de réorganisation chirurgicale.....	63
4.2.3. Développer les alternatives à la chirurgie traditionnelle.....	64
4.2.4. S'attaquer à la restructuration des services de médecine.....	64
4.2.5. Continuer à agir de façon plus qualitative sur la démographie médicale.....	65
4.3. <i>Recommandations de bonnes pratiques pour les établissements parties prenantes d'une fusion.....</i>	66
4.3.1. Expliciter les enjeux et les objectifs du projet de fusion.....	66
4.3.2. Mettre en place une gestion de projet entre les établissements parties prenantes.....	66
4.3.3. S'appuyer sur un binôme médico-administratif solide et reconnu.....	67
4.3.4. Formaliser davantage la phase de préfiguration.....	67
4.3.5. Mettre en place un accompagnement social de qualité.....	67
LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	71
ANNEXE 1 : NOTE DE CADRAGE.....	73
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	83
ANNEXE 3 : REPERES HISTORIQUES SUR FUSIONS ET COOPERATIONS INTER HOSPITALIERES.....	89
ANNEXE 4 : LES OUTILS JURIDIQUES DE COOPERATION ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	107
ANNEXE 5 : LES DETERMINANTS DES ACTEURS HOSPITALIERS FACE AUX RESTRUCTURATIONS.....	119
ANNEXE 5A – LES RAPPROCHEMENTS DANS LA POLITIQUE DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES.....	123

ANNEXE 5B : L'IMPACT DES FACTEURS FINANCIERS SUR LES RAPPROCHEMENTS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE	133
ANNEXE 5C – LES SPECIFICITES DES FUSIONS ENTRE HOPITAUX PUBLICS	143
ANNEXE 6 : LA RESTRUCTURATION DE L'OBSTETRIQUE : UN PROCESSUS EN VOIE D'ACHEVEMENT	157
ANNEXE 7 : LA DIFFICILE RESTRUCTURATION DE LA CHIRURGIE	169
ANNEXE 8 : LA MEDECINE, GRANDE OUBLIEE DES RESTRUCTURATIONS	181
ANNEXE 9 : FUSIONS ET EFFET-TAILLE DANS LES ENTREPRISES ET A L'HOPITAL : LES ENSEIGNEMENTS DES ETUDES DISPONIBLES	195
ANNEXE 10 : ANALYSE DES DONNEES CHIFFREES SUR LES FUSIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE 1995-2011	213
ANNEXE 11 : ENSEIGNEMENTS TIRES DES ETUDES DE CAS.....	235
ANNEXE 12 : LA CHIRURGIE AMBULATOIRE : ETAT DES LIEUX PERSPECTIVES	253
ANNEXE 13 : FUSIONS, COOPERATIONS ET QUESTIONS STATUTAIRES	265
ANNEXE 14 : LISTES DES SIGLES	271

INTRODUCTION

- [21] L'IGAS a décidé d'évaluer, dans le cadre de son programme de travail 2011, les démarches de coopération ou de fusion mises en œuvre par les établissements de santé pour s'adapter aux évolutions de leur environnement : besoins nouveaux, évolutions techniques, contraintes financières ou de ressources humaines (démographie médicale).
- [22] Compte tenu de l'ampleur du domaine et de l'existence de travaux récents sur les coopérations hospitalières⁴, la mission s'est focalisée sur la problématique des rapprochements et fusions entre établissements publics de santé dans le secteur du court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). On trouvera en annexe 1 la note de cadrage. L'objectif général de la mission est, à la lumière d'exemples concrets, de discuter l'intérêt des rapprochements entre établissements de santé au regard des évolutions du contexte auquel ils sont confrontés, sur tous les plans – médical, opérationnel, financier –, et de proposer des mesures d'amélioration en rapport avec les constats effectués.
- [23] Le chef de l'IGAS a désigné pour effectuer cette mission Pierre-Yves Bocquet, Jean Louis Bonnet, Françoise Lalande et Claire Scotton, membres de l'IGAS.
- [24] La mission a puisé son information à plusieurs sources : des entretiens avec les responsables des principales administrations, agences, instances et organismes concernés, des visites, dans trois régions, de l'ARS et de plusieurs établissements ayant entamé des regroupements, des personnalités ayant travaillé sur la question. La liste des personnes rencontrées figure en annexe 2.
- [25] Elle s'est appuyée également sur de nombreux rapports ou documents de la Cour des Comptes, du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), de la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), de l'ANAP, de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de consultants privés (NFT, Price Waterhouse, Sanesco), sur de nombreux articles anglo-saxons ou français et sur de nombreux rapports IGAS. Les références de ces documents sont présentées en annexe et dans le corps du texte.
- [26] Le rapport comprend quatre chapitres :
- le premier chapitre décrit dans quel contexte, pour quels objectifs et sous quelles contraintes se déploie le mouvement permanent de restructuration des établissements de santé dans lequel s'inscrivent les fusions hospitalières ;
 - le deuxième chapitre explicite les avantages et les inconvénients des fusions dans le secteur hospitalier ;
 - le troisième chapitre dresse un bilan sectoriel des restructurations hospitalières et du rôle qu'y ont tenu les fusions hospitalières ;
 - le quatrième chapitre formule des propositions.
- [27] Il est accompagné de 14 annexes qui fournissent les détails chiffrés, les références techniques ou les éclairages particuliers sur les divers aspects étudiés dans le rapport :
- Annexe 1 : Note de cadrage
Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées
Annexe 3 : Historique des restructurations hospitalières

⁴ Cour des Comptes, rapport 2011 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, chapitre « *Les coopérations hospitalières* ».

- Annexe 4 : les outils juridiques de coopération entre établissement de santé
- Annexe 5 : Déterminants des acteurs hospitaliers face aux fusions
- Annexe 6 : La restructuration des maternités : un processus en voie d'achèvement
- Annexe 7 : La difficile restructuration de la chirurgie
- Annexe 8 : La médecine, grande oubliée des restructurations
- Annexe 9 : Effet taille dans les entreprises et à l'hôpital : les enseignements des études disponibles
- Annexe 10 : Le bilan des fusions
- Annexe 11 : Enseignements tirés des études de cas
- Annexe 12 : La chirurgie ambulatoire
- Annexe 13 : Questions statutaires
- Annexe 14 : Principaux sigles utilisés

1. LES FUSIONS S'INSCRIVENT DANS UN PROCESSUS CONTINU DE RESTRUCTURATION QUI PERMET AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE DE S'ADAPTER A LEUR ENVIRONNEMENT

1.1. *Le processus de restructuration est en évolution constante et la fusion n'est qu'un outil parmi d'autres*

[28] Les hôpitaux doivent sans cesse s'adapter aux besoins de santé, aux évolutions techniques, aux contraintes démographiques et aux ressources financières disponibles. La restructuration est un processus sans fin, qui prend des formes variées. La fusion n'est qu'une modalité de restructuration, au même titre que la fermeture, la spécialisation, la reconstruction ou la coopération. C'est pourquoi, si le rapport se concentre plutôt sur les regroupements et fusions, il n'écarte pas les autres outils de restructuration de son analyse.

1.1.1. **Sur longue période, la politique hospitalière a évolué de la construction d'une offre hospitalière publique aux discours sur la fin de « l'hospitalo-centrisme »**

[29] Dès avant la seconde guerre mondiale, après l'apparition des premières « assurances sociales » en 1928, l'Etat a constaté une forte augmentation des dépenses hospitalières et décidé de reprendre en main la direction des hôpitaux et hospices. A cet effet un décret-loi a été publié le 28 juillet 1939. Ce texte n'a pas été mis en œuvre en raison de la guerre, mais il a été largement repris par la loi du 21 décembre 1941 qui a fondé l'organisation hospitalière de la France telle que nous la connaissons aujourd'hui (annexe 3).

[30] Cette loi du 21 décembre 1941 vise à ouvrir l'hôpital à toutes les classes sociales. Elle modifie aussi son organisation et son fonctionnement. La fonction de direction ne relève plus du président de la commission administrative mais d'un directeur, nommé par l'Etat et rémunéré par l'établissement. Les établissements sont classés en fonction de leur activité : centre hospitalier régional, hôpital, hôpital-hospice, hospice. Une organisation médicale est mise en place autour de services, dirigés par des chefs de service et une commission médicale consultative est instituée dans chaque établissement.

[31] Le souci d'assurer la cohérence du parc hospitalier apparaît avec la création d'une commission du plan de l'organisation hospitalière chargée d' *« apprécier la place et l'utilité de chaque établissement sur l'ensemble de la France ainsi que l'importance de ses ressources et le respect des conditions imposées par les pouvoirs publics »*⁵.

1.1.1.1. De la Libération aux années 1970, l'accent est mis sur la construction d'une offre hospitalière publique

[32] Les années d'après-guerre sont principalement consacrées à la reconstruction et au développement du parc hospitalier tant public que privé. L'évolution des connaissances médicales et les progrès technologiques considérables qui marquent la seconde moitié du XXème siècle conduisent les pouvoirs publics à refonder la formation médicale et à réorganiser le système hospitalier. C'est l'objet de « la réforme Debré » constituée de trois ordonnances publiées à la fin de l'année 1958.

⁵ Cf. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, étude du conseil économique et social présentée par M. Eric Molinié au nom de la section des affaires sociales, 21 juin 2005, p. 10.

- [33] Très vite, les pouvoirs publics sont confrontés, tout à la fois, à l'accélération du progrès médical, à l'accroissement de la demande de soins et, bien sûr, à une forte augmentation des dépenses de santé. Moins de dix ans après la promulgation des ordonnances de 1958, Jean-Marcel Jeanneney, ministre des affaires sociales du gouvernement de Georges Pompidou, prépare un projet de loi ambitieux en vue d'adapter les hôpitaux « à leur nouvelle mission de soins de haut niveau pour tous ». Mais ce projet n'aboutit pas, emporté par la démission du gouvernement Pompidou en juillet 1968.
- [34] Ce projet prévoyait de mettre en place une planification sanitaire avec la création d'une carte sanitaire. Il envisageait une véritable organisation régionale des hôpitaux avec la création de services communs autour des centres hospitaliers régionaux et une « décentralisation » des grands établissements (Assistance Publique à Paris, notamment). Les établissements volontaires auraient pu créer des « communautés hospitalières et sanitaires ». Etablissements publics à caractère administratif, ces communautés auraient eu compétence pour l'équipement des établissements, la gestion de la trésorerie, l'organisation des services communs à plusieurs établissements. Il s'agissait d'un véritable projet de refondation qui visait à structurer ce que le législateur de 1970 appellera « le service public hospitalier ».
- [35] Au moment de présenter son projet de loi portant réforme hospitalière devant le Sénat le 4 novembre 1970, Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale du gouvernement de Jacques Chaban-Delmas, s'exprime ainsi : « *Pourquoi une réforme ? [...] parce que l'hôpital et les soins donnés en milieu hospitalier constituent un élément primordial de la santé publique. Ensuite parce qu'il faut [...] se demander si l'infrastructure, les techniques des établissements de soins, publics ou privés, sont les mieux adaptées à ce qu'il faut appeler 'une politique de santé' au sens noble et large du terme. Enfin, préoccupation fondamentale, parce qu'il s'agit de savoir si les dépenses de santé qui, je vous le rappelle, dans les prévisions du VIème plan croîtront de plus de 13% par an [...], et par conséquent augmenteront plus vite que les recettes de l'Etat, si ces dépenses sont les mieux utilisées dans l'intérêt de la santé publique et des malades* ».
- [36] Toutes les motivations d'une restructuration de l'offre de soins hospitaliers qui seront reprises par les réformateurs successifs sont ici réunies.

1.1.1.2. A partir des années 1980 se forge un discours sur la fin de « l'hospitalo-centrisme »

- [37] Les décennies 1970-1990, dans le cadre institutionnel fixé par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, sont marquées par un hospitalo-centrisme affirmé. L'hôpital est considéré comme le pivot de l'organisation des soins : « *un élément primordial de la santé publique* », selon les mots de Robert Boulin. La mise en place du service public hospitalier, associant les établissements publics et la plupart des établissements privés à but non lucratif s'accompagne d'un important effort de modernisation. Cette modernisation se réalise, dans la majorité des cas, sans vision territoriale et les complémentarités et coopérations restent l'exception. La création de la carte sanitaire et le renforcement du régime des autorisations visent plutôt à développer l'offre de soins de façon harmonieuse. Les groupements inter-hospitaliers ne jouent pas, ou très peu, le rôle que leur a confié le législateur. Quant aux syndicats inter-hospitaliers, ils ne connaissent guère de succès et sont, le plus souvent, cantonnés à la gestion de services logistiques.

- [38] En 1985, un rapport du professeur Jean-Pierre Etienne⁶ propose une importante réforme des règles de planification afin de remédier aux limites de la carte sanitaire qui tend « à figer le nombre de lits dans chacun (des secteurs sanitaires), à empêcher les nécessaires restructurations ou regroupements d'établissements, et à favoriser la dissimulation des évolutions et donc la méfiance entre les hospitaliers du secteur public et du secteur privé ». Il envisage également la création de schémas régionaux, conçus en termes de filière de soins diagnostiques et thérapeutiques. Ces schémas auraient vocation à répondre « à la fois à des préoccupations sanitaires et économiques, et à une meilleure prise en compte de la réalité du fonctionnement hospitalier. En effet, la qualité des activités médicales est très liée à la fréquence des actes réalisés. Pour certaines activités médicales spécialisées, d'indications assez rares, il importe que les patients puissent accéder à des centres de référence ayant une expérience étendue et correctement dotés en moyens humains et matériels propres à les prendre en charge. Par ailleurs, la nécessaire concentration des personnels compétents et d'équipements souvent onéreux limite les coûts à la charge de la collectivité ». Ces observations soulignent les limites et les insuffisances de la carte sanitaire et des dispositifs de coopération proposés par la loi du 31 décembre 1970.
- [39] La décennie 1990, avec la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, consacre l'émergence du niveau régional comme niveau pertinent pour l'organisation de l'offre de soins hospitaliers. Elle voit la mise en place, puis le renforcement, des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).
- [40] La loi du 31 juillet 1991 fait apparaître les réseaux de soins, que les ordonnances de 1996 conforteront, engageant ainsi une modification de la place de l'hôpital dans l'offre de soins pour tenter de mettre fin à l'hospitalo-centrisme. Enfin le nouveau dispositif de planification, avec les SROS et leurs annexes, prévoit explicitement l'évolution de l'offre de soins et, pour y parvenir, des regroupements et des suppressions d'établissements. De nouveaux modes de coopération (groupement d'intérêt économique GIE, groupement d'intérêt public GIP, groupement de coopération sanitaire GCS) sont mis à la disposition des établissements pour favoriser cette évolution.
- [41] La décennie 2000, avec l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 et la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, voit s'accroître la volonté des pouvoirs publics de modifier significativement l'offre de soins hospitaliers en encourageant plus fortement les établissements de santé à se regrouper et à coopérer. Les SROS deviennent plus contraignants, des territoires de santé sont créés, les modalités de coopération sont simplifiées. Mais, pour l'essentiel, les nouveaux dispositifs restent facultatifs et l'on a recours à des mesures d'incitation.

1.1.2. Le secteur hospitalier a connu un important mouvement de restructuration depuis 15 ans

1.1.2.1. De 1995 à 2005, il y a eu près de 1 200 recompositions hospitalières en France

- [42] C'est au cours des années 1990, avec la loi du 31 juillet 1991 et surtout les ordonnances de 1996, que l'on a commencé à tirer de manière significative les conséquences des progrès de la médecine et de la réduction des durées moyennes des séjours hospitaliers en réduisant fortement le nombre de lits et en encourageant les regroupements d'établissements. C'est ainsi qu'entre 1992 et 2003, 83 000 lits d'hospitalisation complète sont supprimés (représentant 15% des capacités installées). Pendant la même période, 380 établissements (11% des établissements existants en 1992) sont supprimés ou regroupés⁷.

⁶ Cf. annexe 3, point 1.4.

⁷ Cf. E. Molinié, *op. cit.*, p. 25-29.

[43] De multiples leviers ont été utilisés pour aboutir à ce résultat. La Nouvelle Fabrique des Territoires, le laboratoire de recherche qui a réalisé en 2008 la dernière étude en date sur les restructurations hospitalières⁸ recense ainsi six catégories de recompositions hospitalières, qui toutes aboutissent à modifier structurellement l'offre de soins sur un territoire – les fermetures de services, les conversions de services, les extensions d'activité de court-séjour, les fusions d'établissements, les coopérations entre établissements, les regroupements de structures sur site unique – auxquelles l'étude ajoute une septième catégorie « autres ».

[44] Cette étude recense ainsi 1 146 opérations dans les secteurs : privé commercial, privé non lucratif et public, qu'elle répartit dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Tableau synthétique des restructurations hospitalières entre 1995 et 2005, par grand type

TYPES d'OPERATIONS DE RECOMPOSITION	Nombre d'opérations de reconstitution	Répartition des établissements recomposés par statut		
		Privé Commercial	Privé non Lucratif	Public
Fermetures	199	85%	10%	4%
Conversion de la chirurgie	113	22%	26%	52%
Conversion de l'Obstétrique ou de la Médecine & de l'Obstétrique	126	57%	7%	35%
Conversion du court séjour	98	41%	33%	27%
Conversion de la Médecine	89	40%	26%	34%
Ensemble des conversions	426	41%	22%	37%
Extension d'activités de court-séjour	75	62%	14%	24%
Fusion privé/privé	85	82%	18%	0%
Fusion public/public et public/privé	73	8%	1%	91%
Ensemble des fusions	158	48%	10%	42%
Coopérations entre établ de tous statuts	40	31%	15%	55%
Redistribution d'activité entre plusieurs établ.	59	49%	6%	44%
Ensemble des coopérations	99	42%	10%	49%
Regroupement total sur site privé/privé	46	91%	9%	0%
Regroupement total sur site public/public ou public/privé	18	10%	10%	80%
Total des regroupements	64	70%	9%	21%
Autres	125	29%	20%	52%
Ensemble des opérations de reconstitution	1146	51%	14%	34%

Sources : SAE, Finess

Traitements NFT-Juillet 2007

Source : Etude NFT/DEXIA, janvier 2009, p. 3

[45] L'étude offre en outre des analyses affinées sur l'impact des recompositions par grands types d'activités hospitalières, sur les secteurs (public ou privé), sur les postes de dépenses des établissements... La mission s'est appuyée sur ces éléments pour ses développements thématiques *infra* sur les restructurations en médecine, chirurgie et obstétrique. En ce qui concerne l'impact plus général des restructurations, la mission retient plus particulièrement les deux enseignements suivants :

- une différence de nature et d'impact des recompositions entre public et privé ; en particulier, les établissements privés font beaucoup plus souvent l'objet de fermetures ou de fusions que les établissements publics⁹ : « **un tiers des établissements privés ont disparu contre 4 % dans le secteur public** », relève NFT ; l'étude met également en exergue la stratégie différente qui fonde les fusions privées, plutôt conçues comme offensives et se traduisant souvent par une augmentation du nombre de lits du nouvel ensemble, et les fusions publiques, essentiellement défensives et se traduisant souvent par une diminution du nombre de lits du nouvel ensemble ;

⁸ 10 ans de recompositions hospitalières en France, DEXIA/NFT, janvier 2009.

⁹ La mission revient sur les raisons de cette différence au point suivant et dans son annexe 5.

- un effort de recompositions réparti de façon très hétérogène entre les régions, sans raison apparente ; il ne semble pas y avoir de corrélation, notamment, entre l'évolution démographique de la région et le nombre d'opérations conduites sur la période¹⁰.

1.1.2.2. Les restructurations ne se sont pas ralenties dans les années 2000, mais ont touché de façon différente le secteur public et le secteur privé

[46] Si l'étude NFT offre une photographie exhaustive du mouvement de recompositions hospitalières entre 1995 et 2005, il est difficile de disposer d'une vision actualisée pour les années postérieures à la période étudiée par NFT, compte tenu de l'inexistence au niveau national d'un outil statistique dédié au suivi de ces opérations. La mission revient plus longuement sur ce problème *infra*, au point 3.1.1.

[47] Pour donner néanmoins une première image de l'impact des restructurations sur le tissu hospitalier public et privé dans les années 2000, la mission s'est appuyée sur les données de la statistique d'activité des établissements (SAE). Le tableau suivant présente l'évolution annuelle du nombre d'établissements (et d'entités juridiques, s'agissant des structures publiques) et du nombre de lits dans les secteurs publics et privés entre 2003 et 2008 :

Tableau 2 : Evolutions du nombre de structures hospitalières et du nombre de lits d'hospitalisation entre 2003 et 2008 dans SAE

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	π 2008/2003	
							en nb	en %
Nb. d'établissements								
EPS (entités juridiques)	997	994	987	1 006	1 001	983	-14	-1,4%
PSPH (établt.)	564	573	560	565	554	539	-25	-4,4%
Privé hors PSPH (établt.)	1 373	1 323	1 309	1 306	1 283	1 262	-111	-8,1%
Nb. de lits								
EPS (entités juridiques)	299 102	294 802	288 866	291 483	290 067	284 140	-14 962	-5,0%
PSPH (établt.)	51 599	51 729	50 517	50 791	50 372	49 961	-1 638	-3,2%
Privé hors PSPH (établt.)	106 410	104 183	104 384	106 231	106 003	106 326	-84	-0,1%

Source : SAE/DREES, retraitement IGAS

[48] On constate que le nombre de lits a baissé dans le secteur public de façon beaucoup plus importante que dans le secteur privé, en % comme en volume, signe que les hôpitaux publics n'ont pas été épargnés par les restructurations. En revanche, l'évolution du nombre de structures révèle une importante divergence entre le secteur privé, où ce nombre a connu une baisse très sensible (-8,1 % entre 2003 et 2008 pour les cliniques, -4,4 % pour les établissements participant au suivie public hospitalier PSPH), et le secteur public, où le nombre de structures a diminué nettement moins vite (-1,4 % en nombre d'entités juridiques sur la période) : même si la différence de champ peut jouer (nombre d'entités juridiques pour les EPS, nombre d'établissements pour les structures privées), ces résultats confirment les constats de l'étude NFT qui montrent que, dans le secteur privé, les restructurations passent davantage par des fusions ou des fermetures que dans le secteur public.

[49] Ce constat est encore renforcé par les enseignements de l'étude DREES « Hôpitaux et cliniques en mouvement » parue en 2008, qui fournit des chiffres sur la part des établissements de santé qui ont connu une évolution notable de leur activité entre 2003 et 2007, au-delà des restructurations (cf. le développement de l'activité ambulatoire par exemple).

¹⁰ Par exemple, l'Auvergne et la Champagne-Ardenne sont parmi les régions dont la population a le plus baissé et dont les établissements ont le moins connu de recompositions, à l'inverse le Languedoc-Roussillon est l'une des régions dont la population a le plus augmenté et qui figure parmi les plus actives en matière de recompositions.

Tableau 3 : Evolutions d'activité dans les établissements de santé entre 2003 et 2007

	Ensemble	Public	Privé à BNL	Privé à BL
Transfert d'activités	21,3 %	21,0 %	27,7 %	19,5 %
Suppression d'activités	10,7 %	9,9 %	17,6 %	9,2 %
Fusion totale ou partielle	17,6 %	11,1 %	17,3 %	23,9 %
Développement de l'activité ambulatoire	71,4 %	61,6 %	69,4 %	81,6 %
Développement d'activités transversales	83,3 %	93,2 %	88,4 %	72,1 %
Elargissement à d'autres activités, à de nouvelles spécialités	51,5 %	50,7 %	48,3 %	53,5 %

Source : Enquête COI-H DREES/CEE 2007, repris dans *Etudes et Résultats* n°633 – avril 2008

[50] Ces évolutions différentes entre secteur privé et secteur public sont le reflet des caractéristiques propres de chaque secteur, que la mission détaille plus précisément dans son annexe 5. Parmi les différences significatives entre secteurs qui pourraient expliquer ces divergences, on peut notamment citer :

- le portefeuille d'activité des établissements : dans le secteur public, la plupart des établissements touchés par les restructurations MCO gère par ailleurs des activités de moyen et long séjour ou médico-sociales sur lesquelles l'établissement peut se recentrer en cas de fermeture de son activité MCO ; au contraire, dans le secteur privé, il y a beaucoup plus de petites structures exclusivement MCO, dont l'existence même est donc menacée en cas de restructurations ou de difficultés économiques ;
- les conséquences des difficultés économiques : ces conséquences sont en effet beaucoup plus immédiates et radicales pour une structure privée (à but lucratif comme à but non lucratif) que pour un EPS ; dans le premier cas, à partir d'un certain seuil, les procédures collectives de redressement se déclenchent obligatoirement et, si elles sont demeurées sans effet au bout d'un certain délai, l'entreprise est liquidée ; dans le secteur public, les procédures de contrats de retour à l'équilibre et d'administration provisoire en cas de difficultés financières graves et persistantes n'ont pas l'automatisme de ces mécanismes, la liquidation judiciaire étant en outre et par définition inapplicable à un établissement public ;
- le poids des stratégies financières : enfin, dépourvus d'actionnaires, les établissements des secteurs public et privé non lucratif ne sont pas touchés par les phénomènes de rachats pour des raisons spéculatives qui peuvent toucher le secteur des cliniques privées et expliquer pour partie l'importance des opérations de fusions/acquisitions qu'il a connues ces dernières années¹¹.

[51] Pour autant, si leurs logiques de fonctionnement sont différentes, établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), EPS et cliniques privées ont à faire face aux mêmes contraintes démographiques, techniques et réglementaires dans l'exercice de leurs activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, et ce sont avant tout ces contraintes qui déterminent les priorités des restructurations hospitalières.

¹¹ Le secteur des cliniques a vu dans les années 2000 l'apparition d'opérateurs purement financiers (fonds d'investissement tels que Blackstone, premier investisseur du groupe Vitalia, ou LBO-France, actionnaire de Médi-Partenaires) ; le cas de Blackstone est particulièrement significatif : après être entré en force sur le marché français en 2006 en procédant au rachat de 46 structures en deux ans pour constituer Vitalia, ce fonds d'investissement a cherché à se désengager globalement de ce groupe dès 2008, sans y parvenir néanmoins du fait du retournement du marché.

1.2. Dans le secteur MCO, l'inégalité des contraintes externes pesant sur les praticiens explique en partie la différence de restructuration des services de court séjour

[52] Si les personnels de direction, plus ou moins incités par la tutelle, sont souvent moteurs dans les projets de rapprochements inter-hospitaliers, pour les personnels soignants et notamment **pour les médecins, le regroupement et la fusion des hôpitaux ou des services ne sont pas des démarches naturelles**. Quand un problème de mésentente ou de succession se produit, la tendance est plutôt à la division des services, car la mobilité est faible. Le partage du pouvoir entre administration et praticiens pousse ces derniers à adopter des comportements de repli. **Il faut donc que les contraintes soient fortes pour les inciter à adopter une démarche contraire**.

1.2.1. Les déficits de la démographie médicale jouent fortement sur certaines disciplines et dans certaines régions

[53] A l'exception de la stomatologie (spécialité chirurgicale en voie de disparition), tous les effectifs de spécialistes ont augmenté sans discontinuer jusqu'à maintenant, le coefficient multiplicateur se situant au moins au-dessus de 2 en 25 ans. Mais la croissance relative a été différente d'une spécialité à l'autre et leur proportion finale a changé.

Tableau 4 : Evolution des effectifs de certaines spécialités

	1985	1990	1995	2000	2005	2011
Total chirurgiens *	4050	5000	5800	7050	8550	9720
Chirurgiens orthopédistes						2620
Chirurgiens généralistes						3694
Gynécologues obstétriciens	2240	3800	4400	4800	4900	5537
<i>Anesthésistes réanimateurs</i>	<i>4200</i>	<i>7000</i>	<i>7850</i>	<i>8400</i>	<i>9500</i>	<i>10313</i>
<i>Cardiologues</i>	<i>2500</i>	<i>3900</i>	<i>4600</i>	<i>5100</i>	<i>5700</i>	<i>6281</i>
<i>Neurologues</i>	<i>240</i>	<i>650</i>	<i>1050</i>	<i>1300</i>	<i>1650</i>	<i>2016</i>
<i>Gastro-entérologues</i>	<i>1250</i>	<i>2050</i>	<i>2500</i>	<i>2850</i>	<i>3150</i>	<i>3412</i>

Source : DREES¹² En italique : certaines spécialités médicales

[54] Certaines spécialités médicales cliniques ont ainsi augmenté plus vite que la moyenne, comme l'endocrinologie, la néphrologie, la neurologie ou le radiodiagnostic ; certaines ont augmenté plus lentement, et parmi elles l'anesthésie, la dermatologie, la pédiatrie (surtout en exercice libéral), la rhumatologie et la gynécologie médicale. Enfin d'autres ont suivi la courbe de croissance moyenne, comme la cardiologie, la gastro-entérologie et la pneumologie (annexe 8).

[55] S'agissant de la démographie des chirurgiens, les effectifs globaux ont fortement augmenté ces 25 dernières années, dépassant largement la moyenne des spécialités. Toutefois la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL ont connu une baisse relative notable et la stomatologie est la seule spécialité dont le nombre absolu se soit effondré (annexe 7).

¹² D. Sicart, *Les médecins au 1^{er} janvier 2011*, DREES Documents de travail, n° 156 mai 2011, partie 2, détail par spécialités.

Tableau 5 : Effectifs de certains chirurgiens hospitaliers ou non hospitaliers en 2011

	Hopital Public	Total
Chirurgie générale	2042	3694
Chirurgie orthopédique et traumatologique	846	2620
Ophthalmologie	668	5656
Stomatologie	138	1228
ORL	657	2919
Total des effectifs chirurgicaux (comprenant gynéco-obst., stomato, Orl et ophtalmo)	7982	25494

Source : DREES¹³ effectifs des médecins par spécialité et secteur d'activité

- [56] Aujourd'hui, les jeunes médecins ont une préférence pour l'exercice salarié et collectif (hôpital public mais aussi clinique privée) et se dirigent moins vers l'exercice libéral en cabinet (annexe 8). Les effectifs d'internes en obstétrique sont en nette augmentation depuis la création au concours de l'internat 1999 d'une filière spécifique. La démographie des sages-femmes augmente de 3% par an depuis 1990 (annexe 6). Les projections de la DREES montrent qu'entre 2006 et 2030 les effectifs de chirurgie devraient augmenter globalement de 40 %, mais ceux d'ophtalmologie diminuer de -36 % et ceux d'ORL de - 19 %, ce qui ne correspond pas, pour ces deux domaines, à l'évolution des besoins prévisibles.
- [57] C'est donc la répartition des spécialistes qui devrait poser problème, plus que leur nombre global. En effet les jeunes internes ne se dirigent pas nécessairement vers la spécialité ou la région qui en a le plus besoin. Certaines régions dans leur ensemble (Picardie, Champagne-Ardenne, Centre...) ou certains départements au sein de régions bien fournies (Ardèche, Lot, Seine et Marne), peinent à assurer la relève minimale. Pour autant, l'effet de recomposition n'est pas toujours en cohérence avec ces constats : les fermetures et les fusions ne se produisent pas mécaniquement là où les effectifs périclitent (voir par exemple les régions Picardie ou Champagne-Ardenne, cf. annexe 10).

1.2.2. La permanence des soins pèse sur une fraction seulement des praticiens des établissements de santé

- [58] Les gardes et les astreintes opérationnelles réellement actives (i.e pendant lesquelles le travail est important) touchent avant tout les obstétriciens dans leur ensemble (public, privé, ESPIC) et les chirurgiens viscéraux et orthopédiques des établissements publics ou PSPH. Ce poids peut devenir difficile à supporter lorsque les gardes reviennent trop souvent et/ou sont trop chargées et pousser ainsi les professionnels à se regrouper pour mutualiser les charges.
- [59] A l'inverse de leurs collègues chirurgiens ou obstétriciens, et mis à part la question des anesthésistes, les médecins hospitaliers spécialistes supportent peu de gardes ou d'astreintes opérationnelles¹⁴, car ce sont les urgentistes pour les urgences externes et les réanimateurs pour les malades les plus sévères en interne, qui assurent le plus lourd de la permanence des soins. Ces dernières disciplines sont organisées sous forme d'emplois postés fonctionnant 24 h sur 24, par équipes.

¹³ D. Sicart, « Les médecins au 1^{ier} janvier 2011 », DREES Document de travail n° 156 mai 2011, p 21 ; les ophtalmologistes et ORL ayant souvent des exercices mixtes (cabinet et clinique) n'ont pas été classés.

¹⁴ Et quand ils en ont celles-ci sont peu chargées et/ou réparties sur un grand nombre de têtes.

- [60] Jusqu'en 2004, la médecine d'urgence n'était pas reconnue en tant que spécialité. Les urgentistes provenaient d'horizons divers et occupaient souvent des emplois précaires médecin faisant fonction d'interne (FFI, contractuels, praticien associé contractuel PAC...). Depuis 2004, l'instauration d'un diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) de deux ans permet progressivement d'homogénéiser leur niveau. Par ailleurs, des maisons médicales de garde fonctionnant avec les médecins libéraux se sont ouvertes aux portes d'un certain nombre d'établissements, et avec leur concours, pour accueillir les malades les moins sévères. Quant aux services de réanimation qui se chargent des malades les plus sévères, ils étaient conduits soit par des réanimateurs médicaux (cardiologues d'unité de soins intensifs cardiologiques (USIC), pneumologues, spécialistes des accidents vasculaires cérébrales (AVC) et depuis 2002, spécialité à part entière), soit par des anesthésistes réanimateurs qui fournissent les plus gros bataillons (9930 en 2011). La pression en garde sur les autres médecins hospitaliers n'est donc pas de même nature que celle que subissent les anesthésistes, les obstétriciens et certains chirurgiens.
- [61] S'agissant de ces derniers, la spécialisation de plus en plus poussée – la France reconnaît un nombre plus élevé de spécialités (46) que ses voisins – contribue à multiplier le nombre d'équipes et ne facilite pas la mutualisation des gardes. Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) notamment, il peut y avoir des gardes spécialisées en urologie, chirurgie infantile, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, transplantation, chirurgie de la main, chirurgie vasculaire, etc. Les chirurgiens spécialisés ne veulent ni ne peuvent participer à une garde plus générale, ce qui renchérit la permanence des soins.

1.2.3. Le risque juridique est concentré sur certaines têtes

- [62] Parmi les arguments qui contribuent à pousser aux restructurations, l'existence d'un défaut de la sécurité sanitaire est souvent évoquée. A l'occasion d'un accident, le directeur de l'ARH – le directeur de l'ARS depuis le 1^{er} avril 2010 – peut proposer une fusion d'un établissement de faible taille avec un autre établissement et vouloir fermer le petit service mis en cause¹⁵. En obstétrique par exemple, cet argument a permis dès les années 70 la fermeture des petites maternités qui ne répondaient pas à des normes minimales d'effectifs.
- [63] L'observatoire des risques médicaux (abrité par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux ONIAM) a analysé en 2010 le bilan de 4 000 dossiers d'accidents médicaux survenus entre 2006 et 2009. Malgré la part minoritaire des chirurgiens parmi les docteurs en médecine, ce sont les dossiers de dommages chirurgicaux (2 418 dossiers soit 59 % des dossiers déposés) qui sont les plus nombreux¹⁶ (annexe 8).

Tableau 6 : Accidents médicaux déclarés en France en 2010 selon la discipline en cause

	Dossiers d'accidents	Montant moyen (en K€)	Nbre de praticiens (chiffres 2011 CNOM)
Anesthésie	260	159	9 956
Disciplines chirurgicales	2418	116	18 186 dont 4351 à l'hôpital public
Disciplines med (sauf anesthésie)	502	142	179 932 dont 93 394 généralistes
Obstétriciens (+ sages-femmes)	172 (+7)	97 (+ 1 799 ¹⁷)	1869 obst (+ 18000 sages-femmes)

Source : Observatoire des risques médicaux rapport 2010, CNOM atlas démographie 2011

- [64] Si l'on ramène ces données aux effectifs de praticiens, on trouve 13,3 accidents médicaux déclarés par an pour 100 chirurgiens ; 9,2 accidents pour 100 obstétriciens ; 2,6 pour 100 anesthésistes et seulement 0,3 accidents médicaux déclarés pour 100 médecins.

¹⁵ Par exemple : rapport de contrôle sur le CH de L'Aigle IGAS 2011, rapport de contrôle sur la Réole IGAS 1996, etc.

¹⁶ Non compris ORL, ophtalmologie et stomatologie.

¹⁷ Le nombre d'accidents impliquant des sages-femmes est très faible (7 cas en 2010) mais ceux-ci ont été très coûteux.

- [65] Le rapport annuel de la MACSF (mutuelle d'assurance qui couvre 338 523 professionnels de santé dont 118 485 médecins) permet d'avoir une analyse plus fine des risques de sinistres (sinistralité) par spécialité (annexe 8). La sinistralité moyenne est de 1,66 déclarations/100 praticiens/an. Les chirurgiens se situent au-dessus, avec une sinistralité de 10,9 déclarations/100 chirurgiens/an, suivis par les obstétriciens (8,4). Les spécialités médicales les plus exposées sont la gastro-entérologie (sinistralité 4,7), la cardiologie (2,2) du fait de leur activité interventionnelle (cathétérismes, endoscopies...) ainsi que la dermatologie (2,8) du fait de l'incidence esthétique des actes pratiqués. Dans les autres cas, la sinistralité est faible (entre 0,8 et 1,6).
- [66] Les gynécologues-obstétriciens paient les cotisations d'assurances les plus élevées (20 à 30 000 euros/an). Selon la fédération française des sociétés d'assurance, le nombre de plaintes n'est pas en hausse, mais le montant des indemnités versées pour la naissance d'un enfant handicapé, pourrait dépasser 6 M€. Plusieurs tentatives ont été faites pour régler ce problème, la dernière en date remontant au vote du PLFSS 2012, les parlementaires ayant proposé le principe de création d'un fonds couvrant les accidents médicaux de plus de 8 M€¹⁸. Mais cette disposition a été rejetée pour des raisons budgétaires, au titre de l'article 40 de la Constitution.
- [67] Plus qu'à un différentiel de sécurité sanitaire, cette inégalité tient au fait que les accidents en obstétrique et en chirurgie sont directement visibles du malade ou de sa famille alors que les disciplines médicales – si on met de côté l'anesthésie¹⁹, dont les accidents suivent le sort des accidents de chirurgie – comportent des effets négatifs ou des accidents beaucoup moins faciles à différencier des évolutions pathologiques « naturelles » ou des pathologies associées. Là encore, la crainte de l'accident pousse les professionnels vers de grandes structures mieux à même de les protéger.

1.2.4. La concurrence entre secteur public et privé est vive en chirurgie, où elle suscite de ce fait des stratégies défensives de la part des EPS

- [68] La concurrence entre le secteur public et parapublic d'un côté et le secteur privé commercial d'un autre côté s'est exercée différemment :
- en obstétrique, elle a diminué, par recul du secteur privé : les exigences d'effectifs plus étoffés, les nouvelles normes d'équipements et de matériels, les nouveaux tarifs d'assurance ont renchéri fortement les coûts de fonctionnement des maternités ; le secteur privé commercial qui possédait il y a trente ans une majorité de maternités de petite taille (niveau 1) a désinvesti progressivement ce domaine, considérant qu'au-dessous de 1 200 à 1 400 accouchements, la rentabilité n'était plus assurée (annexe 6) ;
 - en chirurgie, le secteur privé occupe une place majoritaire, mais le secteur public regagne des parts de marché : le secteur privé commercial assure 56 % des séjours en chirurgie (3,3 millions) avec une activité plus homogène que le secteur public, une durée de séjour moyenne plus courte mais pour une population globalement moins sévère ; la DREES a pu constater en 2011 que la chirurgie publique avait récupéré des parts de marché relatives par suite de la baisse du nombre de séjours en clinique privée (notamment dus aux appendicectomies, amygdalectomie et drains transtympaniques) ; le secteur privé reste largement majoritaire en chirurgie ambulatoire, où il continue à se développer malgré un rattrapage du secteur public ;

¹⁸ Pour empêcher la ruine du praticien, lors d'une condamnation par un tribunal ou lors d'une action récursoire de l'ONIAM en cas de faute avérée pour un sinistre dépassant le plafond de garantie de l'assureur.

¹⁹ L'accident d'anesthésie le plus fréquent est le bris de dent lors de l'intubation.

- en médecine, le secteur privé commercial progresse, mais reste minoritaire : le secteur public domine l'offre de soins médicale avec 82 % des lits et 70 % des places de médecine ; l'activité des cliniques privées se concentre sur des activités relativement techniques, notamment interventionnelles, en gastro-entérologie (endoscopies), néphrologie et cardiologie (cathétérismes, poses de stent, pace maker...) ; par ailleurs, elles s'intéressent de plus en plus à la cancérologie ; à l'inverse, les séjours en pneumologie, endocrinologie, hématologie et neurologie sont presque l'apanage du secteur public et/ou PSPH²⁰ ; il y a donc peu de concurrence sur une majorité des activités médicales.

[69] Au total, depuis plus de trente ans, les contraintes ont été très fortes en obstétrique où les besoins de sécurité étaient imparables ; elles ont été plus ambivalentes en chirurgie, et quasiment inexistantes en médecine, à quelques exceptions près (cancérologie). On verra plus loin que ce phénomène n'est pas sans incidence sur l'importance des mouvements de restructuration, et notamment de fusions et de fermetures, dans chacun de ces secteurs d'activité.

2. LES FUSIONS HOSPITALIERES SONT PRESENTEES COMME DES LEVIERS DE RESTRUCTURATION MAIS L'INTERET THEORIQUE DE CES OPERATIONS EST LOIN D'ETRE UNIFORMEMENT DEMONTRE

[70] Face aux nombreuses évolutions auxquelles les gestionnaires et régulateurs hospitaliers ont à faire face, l'augmentation de la taille des structures hospitalières, notamment par le biais de fusions, peut apparaître comme une réponse adaptée pour améliorer leur efficacité, leur attractivité ou leurs performances.

[71] Pour autant, s'il est exact que, dans certains cas et sous certaines réserves, l'augmentation de la taille d'un établissement hospitalier peut conduire à une amélioration de ses performances, il ne s'agit pas d'une règle générale. Au contraire, au-delà d'un certain seuil de capacité, les données et études disponibles témoignent plutôt des inconvénients de la grande taille pour un établissement hospitalier. Les enseignements de la gestion privée sont tout aussi ambivalents sur l'intérêt des fusions pour les entreprises.

2.1. Les fusions et la grande taille ne sont pas toujours bénéfiques dans le secteur hospitalier

2.1.1. Dans l'entreprise et à l'hôpital, les fusions présentent théoriquement des avantages

[72] Les fusions participent de la croissance externe, qui est l'une des trois formes de croissance dans la théorie du développement des entreprises, aux côtés de la croissance interne et de la croissance conjointe (alliances). Les objectifs des entreprises pour se lancer dans de telles opérations peuvent être multiples : accroître leur part de marché, contrôler une filière ou une ressource, diversifier leurs activités, améliorer leur efficacité économique... Mais ces objectifs reposent tous sur l'idée que, étant plus grand que les entités qui l'ont formé, le nouvel ensemble sera de ce fait plus performant.

[73] Les arguments théoriques permettant de fonder cette conviction, qui sont repris dans l'annexe 5, reposent principalement sur la notion d'économies d'échelle (i.e. lorsque le coût unitaire des biens produits diminue avec l'augmentation de la production²¹), ainsi que sur les avantages intrinsèques que pourrait apporter la grande taille : accès à des financements plus importants, capacité à attirer les talents, effets d'apprentissage...

²⁰ *Panorama des établissements de santé 2010*, p. 81.

²¹ On parle alors de rendements d'échelle décroissants.

- [74] Appliquée aux hôpitaux, la réflexion sur le lien entre taille et performance met tout d'abord en exergue l'impact positif qu'une activité importante peut avoir sur la qualité des soins dispensés. Comme la mission le relève de façon détaillée dans son annexe 9, les études disponibles montrent que ce lien existe bel et bien, au niveau de l'établissement (effet-équipe) comme au niveau des praticiens eux-mêmes (effet-expérience), mais qu'il n'agit pas de façon mécanique : il est spécifique à chaque acte, peut varier dans le temps (en fonction de l'évolution des techniques), et cesse de s'observer au-delà d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer.
- [75] Ces éléments ont conduit les pouvoirs publics à lier pour un certain nombre d'activités l'autorisation d'ouverture de services à un seuil minimal d'actes à réaliser sur l'année²². Comme la mission le développe *infra* et en annexe 6, 7, 8 et 12, pour les secteurs comme les maternités sur lesquels les pouvoirs publics ont édicté de tels minimas, ces décisions ont été un puissant facteur d'incitation à la restructuration, conduisant à la fusion des petits établissements entre eux ou à la reprise de leur activité d'obstétrique par un établissement plus grand.
- [76] L'effet-taille a également été mis en avant comme facteur d'amélioration des performances économiques des établissements hospitaliers, grâce aux économies d'échelle et aux gains de mutualisation qu'il permettrait d'obtenir. Ce présupposé sous-tend l'organisation des ensembles hospitaliers publics les plus importants (AP-HP, AP-HM, HCL), et c'est également ce que recherchent les acteurs privés lorsqu'ils engagent des mouvements de rachats et de regroupements entre cliniques²³.
- [77] Néanmoins, pour les gestionnaires d'ESPIC comme de cliniques privées, la fusion simple n'est pas la seule forme de rapprochement à visée intégrative utilisée pour dégager des économies d'échelle et organiser des mutualisations. En effet, si la fusion est leur outil de prédilection pour rationaliser leur offre sur un territoire – en général une agglomération –, **leur modèle d'intégration à grande échelle est plutôt celui du groupe**, qui associe la fusion d'un certain nombre de fonctions essentielles au niveau central (stratégie, financement, investissement, contrôle de gestion, recrutement et gestion des principaux cadres) et le maintien d'une autonomie plus ou moins large pour les entités absorbées en ce qui concerne leur gestion hospitalière proprement dite.
- [78] Ce choix n'est pas surprenant. En effet, l'expérience montre que, au-delà d'un certain seuil, l'effet-taille appliqué à un établissement devient négatif : l'augmentation de sa taille augmente ses coûts unitaires ou dégrade ses performances, le processus de fusion étant par ailleurs lui-même générateur de surcoûts ou dysfonctionnements divers. Ce constat, qui est bien documenté, est insuffisamment intégré dans les réflexions sur les fusions d'entreprises.

2.1.2. Dans la réalité, le bilan des fusions d'entreprises est plutôt mitigé

- [79] Les études consacrées aux fusions d'entreprises dans la littérature managériale dressent un bilan en demi-teinte de ces opérations. Elles s'accordent sur deux points : un nombre significatif de fusions échoue et, dans une proportion plus large encore, la fusion ne semble pas avoir substantiellement amélioré la situation du nouvel ensemble par rapport aux autres entreprises du secteur. Sur cette base, l'appréciation générale des auteurs sur l'intérêt des fusions d'entreprises (« plutôt positif » ou « plutôt négatif ») varie selon qu'ils agrègent ensuite les cas où elles n'ont pas eu d'impact aux cas où elles ont été un succès ou aux cas où elles ont été un échec. Le professeur F.M. Scherer, de la Harvard Business School, auteur d'une étude faisant référence sur le bilan économique (globalement négatif) des fusions industrielles aux Etats-Unis dans les années 1960 et 1970, résume plus simplement l'état de la connaissance : « *Le tableau paraît sombre : de nombreux échecs, un considérable niveau de médiocrité, des succès occasionnels* »²⁴.

²² La réglementation ou les indications de bonne pratique, par exemple de l'ANAP, ne prévoyant par ailleurs aucun « seuil maximum d'efficience » à ne pas dépasser pour un service.

²³ Même si, dans ce dernier cas, l'objectif de rentabilité que vise alors le rachat peut être davantage financier (valorisation capitalistique du nouvel ensemble, destiné *in fine* à être revendu) qu'économique (amélioration de la profitabilité d'exploitation du nouvel ensemble).

²⁴ F. Scherer, D. Ross, *Industrial Market Structure and Economic Performance*, 1990, p. 173.

[80] Les raisons qui expliquent ce bilan médiocre sont de plusieurs ordres. Une étude suisse publiée en 2007²⁵ identifie trois types de causes qui peuvent expliquer l'échec d'un projet de fusion : des raisons de logiques stratégiques (la cible à fusionner a été mal choisie), des raisons managériales (l'intégration a été mal gérée), des raisons financières (la cible à fusionner présente un coût trop élevé). Ces différentes raisons mettent en exergue trois éléments importants dans l'analyse des fusions, au-delà des fusions-acquisitions d'entreprises objets de l'étude :

- la grande taille n'est pas un but en soi : dans beaucoup de fusions, les inconvénients de la grande taille sont sous-estimés, alors qu'ils sont réels ; au-delà des questions proprement économiques liées à la très grande taille (raréfaction des ressources, coûts d'acquisition de la clientèle, poids des investissements...), les organisations de grande taille génèrent en effet des coûts qui leur sont propres (fonctionnement du siège, coûts des dispositifs de supervision et de contrôle, enjeux de gestion des ressources humaines, systèmes d'information, etc.), tout en étant menacées de risques particuliers liés à leur complexité (bureaucratism, manque de lisibilité de la gouvernance, etc.) ;
- la fusion doit s'inscrire dans un cadre stratégique solidement étayé, notamment sur le plan financier : en effet, même lorsque la fusion s'opère entre deux entités à but non lucratif, si la fusion s'effectue à des conditions qui aboutissent à dégrader sensiblement la rentabilité des structures ou qui interdisent de l'améliorer, sans apports sur d'autres plans (accessibilité, maintien ou développement d'une offre à tarif opposable...), cela aboutit au même résultat que lorsque le prix d'une « cible » dans une opération de fusion/acquisition a été surévalué : les surcoûts de l'opération excèdent les gains ;
- les facteurs humains et managériaux sont importants : ceux-ci jouent dans la phase d'intégration proprement dite, dont la complexité ne doit pas être sous-estimée, comme sur le moyen/long terme, de nombreuses fusions échouant parce que les cultures d'entreprise n'ont pas su évoluer pour tenir compte l'une de l'autre ; parmi ces facteurs humains figurent également les motivations des dirigeants qui, dans certains cas, pourraient engager leur entreprise dans des projets de fusion pour des raisons liées à leur propre intérêt : maximisation de leur rémunération, amélioration de leur stature extérieure, volonté de « bâtir un empire » ; ce facteur a été baptisé « *hypothèse de l'hubris* »²⁶ et illustre la nécessité de ne pas négliger d'étudier les objectifs propres des dirigeants, et d'intégrer par ailleurs le fait que ceux-ci peuvent se tromper.

2.1.3. Les inconvénients de la grande taille ne doivent pas être minorés à l'hôpital

[81] La question de l'adaptation au secteur hospitalier des raisonnements sur les avantages et inconvénients de la grande taille dans les organisations est évidemment centrale dans l'analyse des fusions hospitalières. Or, si les études disponibles montrent que l'effet-taille existe bien dans les hôpitaux, elles montrent également qu'il n'est pas univoque : ainsi, si le lien entre la taille des structures et la qualité des soins dispensés est assez solidement étayé, il cesse de jouer à partir d'une certaine limite, au-delà de laquelle il ne semble plus exister d'effet d'apprentissage (ni donc de raison de regrouper les services ou les structures afin d'améliorer la qualité des soins) ; ensuite et surtout, si l'existence d'économies d'échelle paraît démontrée pour les structures de petite taille, ce qui peut valider la pertinence de stratégies de regroupements les concernant, cet effet tendrait à s'inverser au-delà d'une certaine taille, qui reste difficile à évaluer mais dont les données médico-économiques existantes laissent penser qu'elle devrait être inférieure à celle des structures de très grande taille du système hospitalier français (gros centre hospitalier CH et centre hospitalier régional CHR).

²⁵ Thomas Straub, *Reasons for Frequent Failure in Mergers and Acquisitions - A Comprehensive Analysis*, Deutscher Universitäts Verlag (DUV), Gabler Wissenschaft, 2007.

²⁶ R. Roll, *The Hubris Hypothesis*, Journal of Business, avril 1986.

2.1.3.1. L'existence de déséconomies d'échelles

- [82] Sur ce sujet, les revues de littérature internationale consultées par la mission situent le seuil optimal d'efficacité pour un établissement de santé autour de 200 à 300 lits en court séjour, les déséconomies d'échelle commençant à prendre le pas sur les gains liés à la grande taille à partir d'une capacité située entre 600 et 900 lits.

L'effet-taille à l'hôpital : les enseignements de deux revues de littérature internationale

Université d'York, 1997 : « *des économies peuvent être réalisées par le seul jeu des économies d'échelle jusqu'à 200 lits, et il est probable que les très grands hôpitaux (plus de 600 lits) ont un fonctionnement inefficace, qu'ils peuvent néanmoins compenser grâce à d'autres avantages* »²⁷.

M. Rosko, 2002 : « *si les estimations situent le coût minimal moyen d'un hôpital à long terme entre 150 et 900 lits, la plupart des études suggère que ce coût moyen est minimal autour de 200 à 300 lits* »²⁸.

- [83] En ce qui concerne la France, les éléments médico-économiques disponibles montrent que les établissements de grande taille ne sont pas ceux dont la situation est la plus favorable, ni en termes de coûts moyens de production, ni en termes d'équilibre financier global.
- [84] Dans le secteur privé, l'étude conduite par D. Piovesan²⁹ en 2003 sur les données financières des cliniques privées à la fin des années 1990 montre que les structures les plus rentables étaient les petites cliniques avec une forte activité (< 80 lits, CA entre 7 et 10 M€) et les cliniques les plus grosses avec une forte activité (> 120 lits, CA > 10 M€), et que, à chiffre d'affaires constant, les cliniques auraient même plutôt intérêt à réduire leurs lits pour optimiser leur outil de production.
- [85] Les données financières 2009 reprises dans le rapport sectoriel de la FHP n'infirmes pas ce constat : elles montrent en effet que les plus petites cliniques (CA < 10 M€), qui sont aussi les plus nombreuses, demeurent les plus rentables, avec les cliniques dont le CA est situé entre 30 et 40 M€. En revanche, les cliniques au CA intermédiaire, ou au CA supérieur à 40 M€ ont une rentabilité économique inférieure de moitié à celle de ces deux classes. Ces chiffres expliquent probablement pourquoi, dans le monde des cliniques, on n'observe pas de « course à la taille » pour les établissements eux-mêmes – une clinique de 200 lits étant déjà considérée comme de grande taille par la fédération de l'hospitalisation privée (FHP).
- [86] Dans le secteur public, le cabinet PriceWaterhouseCoopers (PwC) a réalisé en 2010 pour la DGOS une étude cherchant notamment à mesurer l'impact de l'effet-taille sur les coûts de production des établissements anciennement financés par dotation globale. En l'occurrence, les chiffres recueillis par PwC laissent deviner une structure d'évolution des coûts sous la forme d'une « *légère courbe en U* », i.e. avec présence d'économies d'échelle dans les établissements les plus petits et de déséconomies d'échelle au-delà d'un certain niveau d'activité qui semble assez bas (recettes de l'assurance maladie comprises entre 28 et 41 M€³⁰).

²⁷ Sowden, Aletras *et alii*, *Volume of clinical activity in hospitals and healthcare outcomes, costs, and patient access*, *Quality in Health Care* 1997 # 6, pp. 109-114.

²⁸ M. Rosko, *Understanding variations in hospital costs: An economics perspective*, Annual of Operations Research, 2005.

²⁹ D. Piovesan, *Les restructurations de cliniques privées* (Thèse Université Jean Moulin – Lyon 3, décembre 2003).

³⁰ Ce qui correspond à la troisième classe de taille de l'échantillon de 599 établissements compris dans l'étude, les 5 classes suivantes regroupant les 176 plus gros établissements, dont les CA s'échelonnent de 42 à 2 539 M€.

- [87] Les derniers éléments sur la rentabilité économique des EPS montrent que le degré de bonne santé économique des hôpitaux publics semble inversement proportionnel à leur taille, tant en niveau absolu qu'en fonction de la proportion d'établissements de la catégorie en déficit : les taux de rentabilité³¹ les plus élevés s'observent dans les petits établissements – hôpitaux locaux (2,3 %) et petits CH (0,9 %) –, qui sont également ceux où la proportion d'établissements déficitaires est la moins forte (21 % pour les HL, 29 % pour les petits CH). A l'inverse, les établissements les plus en difficultés (selon ces deux critères) sont aussi les plus gros, i.e. les CHR, dont la rentabilité est de -0,9 %, avec 60 % de structures en déficit, même si leur situation s'est améliorée en 2010, au contraire de celle des CH grands et moyens.
- [88] Ces chiffres doivent cependant être pris avec précaution, tout d'abord parce qu'ils reposent sur des données comptables qui ne sont pas complètement fiables, mais aussi (et peut-être surtout) parce que la corrélation qu'ils font apparaître ne démontre pas l'existence d'un lien de causalité entre grande taille et mauvaise santé financière, celle-ci pouvant être liée à d'autres phénomènes comme le statut des différents établissements au regard de la convergence T2A, l'effet des MIGAC et MERRI ou les différences de *case-mix* entre les établissements. Par ailleurs, ces études ne mettent pas en évidence d'autres problématiques propres de la grande taille, qu'il serait pertinent d'intégrer pour affiner l'analyse : ainsi par exemple la problématique des pôles d'excellence nationaux (par exemple pour les grands brûlés), qui requièrent une certaine taille critique pour entretenir des compétences extrêmement pointues, ou, à l'inverse, les effets déshumanisants sur les patients de structures trop grandes et perçues de ce fait comme impersonnelles.

2.1.3.2. L'introuvable effet de gamme

- [89] Si les études et données disponibles semblent converger pour démontrer qu'il n'est pas souhaitable d'augmenter indéfiniment la taille des structures hospitalières, elles sont en revanche nettement moins claires sur la question des économies de gamme, c'est-à-dire sur les gains qu'un établissement pourrait réaliser en mettant en synergie ses différentes activités, soit dans le cadre d'une stratégie de diversification (entretien d'une large gamme de spécialités afin de développer des synergies entre elles), soit dans le cadre d'une stratégie de spécialisation (positionnement privilégié sur certains créneaux spécifiques, par exemple l'ophtalmologie, afin de développer des synergies entre le traitement des cas lourds et des cas légers).
- [90] L'étude PwC a ainsi relevé des conclusions diamétralement opposées sur l'intérêt de la diversification par rapport à la spécialisation ; plusieurs travaux tendent toutefois à démontrer la supériorité des structures à consultations (i.e. dont l'activité est programmée) sur les structures dépendant des urgences – ce qui paraît logique compte tenu de l'obligation pour ces dernières de conserver des surcapacités pour gérer les pointes. De son côté, l'ANAP a produit en 2010 une revue de littérature sur cette question³², qui cite une série d'études américaines tendant à montrer que, aux Etats-Unis, la meilleure rentabilité affichée par les cliniques spécialisées est davantage liée à des effets d'aubaine tarifaire qu'à une structure de coûts plus favorable que dans les hôpitaux généralistes.
- [91] En ce qui concerne les établissements de santé français, les analyses conduites sur leurs données médico-administratives tant par PwC en 2010 que par D. Piovesan en 2003 (sur les seules cliniques privées) ne permettent pas de trancher cette question. Tout juste peut-on relever que, dans le secteur public comme dans le secteur privé, la diversification semble plus coûteuse que la spécialisation, mais ce constat peut être lié à la sévérité plus lourde des cas traités dans les structures diversifiées, l'effet *case-mix* n'ayant pas pu être complètement neutralisé dans les comparaisons entre établissements.

³¹ Correspondant au rapport résultat net comptable / chiffre d'affaires.

³² « *Etude des liens entre volume et gamme d'activité et performance des hôpitaux* » – synthèse des travaux de préparation du rapport du conseil scientifique et d'orientation de l'ANAP – version de travail du 06/08/2010.

2.2. Les fusions ne peuvent pas être l'unique outil des restructurations hospitalières

[92] Parce qu'elles ont un impact direct sur le nombre d'établissements de santé, les fusions sont sans doute l'outil le plus symbolique du mouvement de restructurations hospitalières. Mais les développements précédents sur le bilan mitigé des fusions d'entreprises et les limites de l'effet-taille à l'hôpital doivent inciter les gestionnaires comme les régulateurs hospitaliers à une certaine prudence dans l'utilisation de cet outil. Cette prudence est particulièrement nécessaire dans le contexte actuel, marqué par le manque de clarté des orientations de la politique nationale des restructurations hospitalières (cf. annexe 5).

2.2.1. Les orientations de la politique nationale en matière de restructurations hospitalières manquent de clarté

2.2.1.1. Les principes généraux de la politique des restructurations hospitalières

[93] La notion de restructuration renvoie à l'effort d'une entreprise pour s'adapter aux évolutions de son environnement. Appliquée à un hôpital, cette notion regroupe les évolutions de son portefeuille d'activité (fermeture de services, conversion de structures...), les coopérations qu'il peut nouer avec ses homologues publics ou privés, et enfin la fusion avec un autre établissement.

[94] Aucune de ces opérations ne constitue un objectif en soi : elles ne visent qu'à permettre à l'établissement de s'adapter aux évolutions de son contexte, qu'elles soient médicales, démographiques, juridiques, économiques, etc. Pour atteindre cet objectif, le système français de régulation du système hospitalier associe deux types de leviers : la tarification et la planification.

[95] Au niveau des établissements, le levier principal est désormais économique : la tarification à l'activité, avec le lien direct et immédiat qu'elle crée entre leurs ressources et leur activité, structure désormais la réflexion stratégique des hôpitaux ; par rapport au système de la dotation globale, elle donne davantage de responsabilités au directeur dans la définition du positionnement de son établissement dans l'offre locale, comme dans l'optimisation de ses coûts.

[96] Mais la logique antérieure, fondée sur la planification et la dotation globale, n'a pas totalement disparu. A travers la gestion des autorisations, l'ARS reste l'autorité décisionnaire *in fine* pour toutes les restructurations se traduisant par une évolution des capacités ou des activités des établissements de la région. Elle peut également corriger certains effets de la T2A par le biais des dotations qu'elle gère encore (MIGAC, MERRI...). Elle a une responsabilité vis-à-vis des hôpitaux publics déficitaires, par le biais des contrats de retour à l'équilibre.

[97] Dans ce cadre général, la politique des restructurations hospitalières correspond à l'effort spécifique des gestionnaires et des régulateurs hospitaliers pour adapter l'offre de soins à son environnement.

2.2.1.2. Les objectifs nationaux restent généraux et peu opérationnels

[98] Dans son rapport de 2008 sur les restructurations hospitalières, la Cour des comptes a constaté un certain délitement de la doctrine ministérielle en matière de restructurations hospitalières par rapport à l'impulsion initiale de 1996, illustré par trois phénomènes :

- le manque de suivi des opérations de restructuration au niveau national, avec notamment la disparition de l'observatoire des recompositions qui avait été mis en place à la fin des années 1990 ;
- les conflits de priorités entre les différents chantiers de réformes à appliquer par les établissements (RTT, T2A, nouvelle gouvernance, Hôpital 2007, plan cancer...) ;

- les « *signaux contradictoires* » adressés aux ARH par le ministère, en particulier sur la fermeture des petits services de chirurgie ou des services à faible activité, ou sur les restructurations de CHU.

[99] Ces constats restent largement valables aujourd'hui. En ce qui concerne le pilotage des restructurations hospitalières, la mission relève *infra*, au point 3.1.1., que, depuis le rapport de la Cour, le ministère n'a pas amélioré ses outils de connaissance et de suivi. S'agissant des conflits de priorités, force est de constater que les mécanismes de régulation induits par la mise en place de la T2A n'ont pas encore été complètement intégrés par le ministère, dont les instructions aux ARS en matière d'organisation des soins restent dominées par la logique de planification.

[100] Ainsi, la circulaire de cadrage des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) désormais intégrés dans les projets régionaux de santé (PRS) des ARS³³ n'évoque pas la situation des établissements en déficit, ni de façon plus générale le lien qui existe entre la planification territoriale et l'équilibre financier des établissements, alors que ces deux logiques sont liées et rétroagissent l'une avec l'autre, sur le plan du fonctionnement comme sur le plan de l'investissement³⁴. Enfin, les débats provoqués par le projet de décret sur les normes minimales d'activité des services de chirurgie, au-delà des interrogations que son approche globalisante pouvait susciter (cf. *infra*, 3.2.2.1.), montrent que la fermeture des petits services de chirurgie reste un objectif difficile à porter et à mettre en œuvre.

[101] Dans ce contexte, si les textes généraux publiés par le ministère, et notamment la circulaire SROS/PRS précitée, appellent explicitement à « *la poursuite des restructurations* »³⁵, ils en expliquent peu les conséquences pour les établissements, et les mesures d'accompagnement nécessaires à leur mise en place. Pour ne prendre que l'exemple de la chirurgie, la circulaire recommande la poursuite des restructurations des petits services et le développement de la chirurgie ambulatoire, présentée comme substitutive à la chirurgie conventionnelle, mais elle n'évoque qu'indirectement la nécessité et les modalités de la restructuration corrélative de cette dernière. Un affichage plus explicite de la nécessité de cette évolution et une réflexion plus aboutie du niveau national sur les moyens de lever les obstacles qui s'y opposent aideraient les agences dans leur action de restructuration (et les établissements dans la mise en œuvre de ces opérations).

[102] D'une manière générale, l'accompagnement des restructurations est peu abordé par la circulaire SROS ou dans les autres documents produits par le ministère, alors que certaines mesures peuvent modifier sensiblement les conditions de travail ou de rémunération des personnels, et ne sauraient être mises en œuvre sans un accompagnement spécifique, voire des mesures de compensations temporaires. De même, les contraintes territoriales d'accessibilité aux soins peuvent également justifier de déroger aux normes minimales d'activité, ou de mettre en place des moyens exceptionnels (hélicoptère...). Si ces situations ont vocation à être traitées au niveau régional, les agences doivent disposer pour ce faire d'outils et de moyens spécifiques de la part du niveau national, et de correspondants rapidement mobilisables. La DGOS ne s'étant pas organisée pour assurer un suivi spécifique des restructurations hospitalières, elle n'est pas aujourd'hui en mesure de fournir une telle assistance aux ARS dans l'élaboration et le déploiement des SROS-PRS.

³³ Circulaire n° DGOS/R5/2011/74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

³⁴ Ce dernier point est particulièrement important : les hypothèses de progression d'activité avancées pour justifier les investissements hospitaliers sont rarement confrontées aux perspectives d'évolution de l'activité sur le territoire du SROS, dont l'utilisation auraient pu dans un certain nombre de cas éviter des projets d'investissements surdimensionnés qui grèvent aujourd'hui (et pour de longues années) les comptes de certains établissements (ainsi à Beaumont, parmi les établissements visités par la mission).

³⁵ Circulaire SROS/PRS, p. 45.

2.2.2. Les fusions ne sont pas forcément le levier le plus pertinent pour conduire les restructurations hospitalières

- [103] Opérations lourdes, longues et aux résultats incertains, les fusions doivent être réservées aux situations pour lesquelles elles apportent une réponse véritable, ce qui est loin d'être le cas pour tous les établissements confrontés à la nécessité de se restructurer.
- [104] Ainsi, l'intérêt des fusions paraît marginal dans la résorption des déficits hospitaliers. Les travaux de l'IGAS et de la Cour des comptes³⁶ sur cette question montrent que les facteurs de ces déficits sont pour la plupart d'origine interne, et ont vocation à être traités d'abord au niveau de l'établissement, en insistant davantage sur la réduction des dépenses que sur l'augmentation de l'activité. Dans ce contexte, les rapprochements hospitaliers sont parfois mis en avant à travers les possibilités de mutualisation et d'économies d'échelle qu'ils permettraient de réaliser. Mais les actions de mutualisation à gains rapides (par exemple sur les achats) sont rares et ne portent pas, en général, sur les principaux facteurs internes de déficit des établissements (sous-productivité, organisations inadéquates...) ; ces initiatives peuvent donc être utiles, mais ne doivent pas se substituer à un effort direct de l'établissement sur ces facteurs.
- [105] Au reste, toutes n'ont pas vocation à se traduire par une fusion : beaucoup de mutualisations peuvent s'organiser dans le cadre de structures de coopération, sans nécessiter la réunion des instances de gouvernance des établissements parties prenantes, même lorsqu'ils sont déficitaires. La fusion doit être réservée aux cas où l'impact de la restructuration à conduire est tel qu'il impose de remettre en cause l'existence même d'un établissement, dont l'activité et les moyens résiduels ont alors vocation à être agrégés dans un ensemble plus vaste, ou aux cas où le fonctionnement de plusieurs structures est à ce point intégré par la mise en commun de moyens qu'il soit préférable d'en unifier complètement la gouvernance.
- [106] Dans ces deux situations, la fusion est justifiée du point de vue de la rationalisation de l'offre de soins. Elle doit être soutenue par l'ARS, au besoin de façon contraignante si la logique propre des établissements ne les amène pas spontanément à cette solution. On touche en effet ici aux limites de la logique de la T2A qui, en renvoyant l'effort d'ajustement sur les établissements eux-mêmes, peut conduire à des situations où l'intérêt financier bien compris de chaque structure ne s'aligne pas sur l'intérêt général.
- [107] Mais ces situations où la fusion paraît indispensable à la rationalisation de l'offre au niveau local sont loin de constituer le cas général. Au contraire, dans la plupart des cas, cette rationalisation suppose plutôt de mobiliser les autres outils à la disposition des régulateurs et des gestionnaires : fermeture ou transfert d'activités sans remise en cause de l'autonomie des établissements, conversion de services, par exemple du court séjour au moyen ou long séjour, etc.

3. DANS LE SECTEUR PUBLIC, LES FUSIONS INTER-HOSPITALIÈRES ONT ÉTÉ DES RÉPONSES PONCTUELLES ET PAS TOUJOURS PERTINENTES AUX GRANDES ÉVOLUTIONS DES ACTIVITÉS MCO

3.1. Il y a eu 90 fusions d'EPS depuis 15 ans

- [108] A partir des données disponibles et des sources de la dernière enquête exhaustive disponible sur cette question, réalisée en 2008 par la Nouvelle Fabrique des Territoires (NFT), la mission s'est efforcée de donner une image chiffrée des fusions entre établissements publics de santé sur les quinze dernières années. Les résultats détaillés de cette analyse sont donnés dans l'annexe 10.

³⁶ IGAS, *Rapport n°2007-164P sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du CREF par des hôpitaux « perdants » à la TAA*, T. Breton, C. Lannelongue, H. Léost, janvier 2008 ; Cour des comptes, *Rapport 2009 sur l'exécution de la LFSS*, chapitre *L'organisation de l'hôpital*.

3.1.1. Les fusions, comme les restructurations hospitalières en général, ne font pas l'objet d'un suivi de la part du ministère

- [109] Comme pour le reste des restructurations hospitalières, il n'existe pas au niveau central de dispositif fiable de suivi des fusions entre établissements de santé.
- [110] Aujourd'hui, les outils statistiques de suivi des établissements publics – répertoire FINESS, base de données Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) – ne permettent pas de suivre de façon spécifique les évolutions de l'offre de soins résultant d'opérations de restructuration. Le fichier FINESS, tout d'abord, n'offre pas une représentation exacte du nombre de structures de soins, qu'il soit décompté en entités juridiques ou en sites géographiques, une même structure pouvant avoir plusieurs numéros FINESS, le rattachement de sites géographiques à leur entité juridique « consolidante » pouvant par ailleurs être malaisé. Fondée sur le répertoire FINESS, les bases SAE et PMSI sont victimes du manque de fiabilité de ce dernier pour le suivi des données d'activité par site et par entité ; de plus, les restructurations n'étant pas identifiées en tant que telles, il n'est pas possible de leur rattacher les mouvements observables d'une année sur l'autre dans l'activité et les capacités des structures hospitalières (*a fortiori* de leurs différents sites géographiques).
- [111] Malgré les remarques récurrentes des corps de contrôle³⁷, la situation sur ce point n'a pas évolué dans les années 2000, et aucune refonte de l'application FINESS n'est programmée dans un avenir proche. Il n'existe donc pas de moyens de connaître à partir des outils disponibles le nombre et les caractéristiques des restructurations hospitalières sur une année donnée. Si l'évolution du nombre d'entités dans SAE donne une idée générale sur l'évolution du nombre d'établissements de santé (cf. *supra*, point 1.1.2.2.), elle ne permet pas de déduire le nombre exact de fusions ou de disparitions d'établissements au cours de cette période.
- [112] Cette situation est d'autant plus regrettable que la DGOS n'a pas maintenu le dispositif de suivi des restructurations qui avait été mis en place à la création des ARH et qui avait donné lieu à la production de deux atlas des recompositions hospitalières en 1998 et 2002, et à la création d'un observatoire destiné à mettre à jour régulièrement ces données. Cet observatoire a cessé de fonctionner au milieu des années 2000, et il n'existe plus aujourd'hui au niveau national d'informations consolidées et mises à jour sur les restructurations et recompositions hospitalières.
- [113] La réactivation de l'observatoire a été annoncée lors du conseil des ministres du 5 janvier 2011, et l'article 17 de la loi du 11 août 2011³⁸ demande la production d'un rapport annuel du gouvernement au parlement sur l'activité des ARS en matière de recompositions hospitalières mais, à la date de la mission, aucun de ces deux chantiers n'a véritablement démarré, et les données disponibles sont toujours aussi lacunaires.
- [114] En pratique, pour la période récente, le seul recensement à visée exhaustive des opérations de restructurations hospitalières est celui de NFT pour le compte de Dexia, et la mission s'est appuyée sur les données de base de cette étude pour analyser les caractéristiques des fusions hospitalières 1995-2011 qu'elle développe *infra*, au point 3.1.2.
- [115] Ce manque de données – et, *a fortiori*, d'évaluation – sur les restructurations hospitalières n'est guère étonnant compte tenu du constat de la mission développé *supra* (2.2.1.2.) sur le manque de clarté de la politique nationale en la matière, l'absence d'indicateurs étant révélatrice du flou des objectifs.

³⁷ Cf. par exemple les observations de la Cour des comptes sur la nécessité de moderniser FINESS dans son rapport LFSS de 2002, réitérée dans le chapitre relatif aux restructurations hospitalières de son rapport de 2008.

³⁸ Loi du 11 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « PPL Fourcade ».

[116] Au-delà de l'administration centrale, cette absence est également dommageable pour les acteurs nationaux de la gestion hospitalière – le centre national de gestion (CNG) et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) –, car ces informations constituent pour eux des données de gestion importantes : le CNG pour le suivi des affectations des personnels qu'il gère et l'anticipation de leurs besoins d'accompagnement des personnels lorsque leur établissement de rattachement est touché par une restructuration, l'ATIH pour la mise à jour par établissement et le cas échéant par site des données d'activité hospitalière.

[117] Néanmoins, parce qu'ils ont besoin de le faire dans le cadre de leurs missions, le CNG et l'ATIH sont aujourd'hui les seules entités nationales qui tiennent à jour en temps réel un fichier des fusions hospitalières. C'est donc sur ces données que, malgré leurs limites, la mission s'est appuyée pour prolonger jusqu'en 2011 les données du recensement effectué sur 1995-2005 par l'étude NFT.

3.1.2. Entre 1995 et 2011, les fusions hospitalières ont davantage touché le secteur privé que le secteur public, où 90 fusions entre EPS ont été réalisées sur la période

3.1.2.1. Fusions et fermetures touchent davantage le secteur privé que le secteur public

[118] La mission a commenté *supra* (1.1.2.1.) les résultats de l'étude NFT/DEXIA sur 1995/2005 et l'évolution du nombre et des capacités des établissements de santé telle qu'elle ressort de SAE entre 2003 et 2008.

[119] En ce qui concerne plus particulièrement les fusions ou fermetures, l'étude NFT et les données SAE 2003-2008 se recoupent sur le fait que **les établissements privés ont été en proportion plus nombreux que les EPS à avoir été touchés par une fusion ou une fermeture** ; l'étude NFT montre par ailleurs que les fusions privées sont en général offensives (ce qu'illustre le fait qu'elles se traduisent souvent par une augmentation du nombre de lits), au contraire des fusions publiques qui sont en général défensives (et aboutissent à une diminution du nombre de lits).

[120] NFT a également complété son approche statistique avec huit monographies de territoires analysant les flux de patientèle avant et après restructuration. Elles illustrent ces différences d'approche entre EPS et cliniques, tout en offrant une évaluation de l'impact des restructurations sur la satisfaction des besoins locaux de santé :

- dans le secteur public, les opérations étudiées portaient sur des établissements de petite taille, relativement rapprochés les uns des autres ; d'après NFT, ces opérations, essentiellement défensives, n'ont pas dégradé la couverture des besoins sur le territoire, les données ne montrant pas de fuite vers les établissements d'un autre territoire ;
- dans le secteur privé, les opérations étudiées ont surtout concerné des établissements implantés dans des grandes villes ; de ce fait, elles n'ont pas dégradé la couverture des besoins territoriaux, mais elles ont pu avoir un effet indirect sur l'offre en fragilisant les établissements des zones périphériques du fait de leur caractère essentiellement offensif.

3.1.2.2. Au sein du secteur public, il y a eu 90 fusions entre EPS depuis 1995, principalement entre deux établissements de taille petite ou moyenne

- 90 fusions entre EPS, plus de 200 directions communes

[121] En complétant les données NFT 1995-2005 des éléments disponibles auprès de l'ATIH et du CNG pour la période suivante, la mission a identifié 90 fusions entre établissements publics de santé sur la période 1995-2011. Le nombre d'EPS étant d'un millier environ, on peut donc affirmer que, au total, **9 % environ des établissements publics de santé ont fusionné sur les 15 dernières années.**

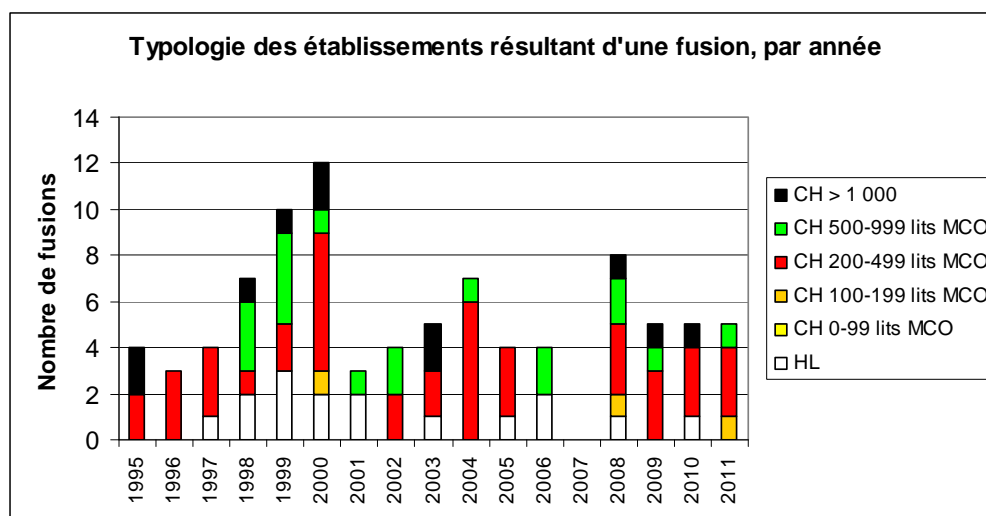
- [122] Ce chiffre peut être rapproché du nombre de directions communes (DC) connues du CNG : à la date de la mission, le CNG recense 211 DC impliquant au moins un centre hospitalier ou un hôpital local, dont 121 n'impliquant que des centres hospitaliers et/ou des hôpitaux locaux entre eux, les autres DC associant un centre hospitalier ou un hôpital local et une structure de long séjour ou un établissement sanitaire et social. 26 conventions de DC ont par ailleurs été dénoncées³⁹. Globalement, on compte donc plus de 2,6 DC impliquant un EPS pour 1 fusion, mais seulement 1,45 DC n'impliquant que des EPS pour 1 fusion.
- [123] Malgré sa lourdeur, la fusion entre EPS n'est donc pas une opération exceptionnelle par rapport aux DC entre EPS, alors que l'on aurait pu croire ces dernières beaucoup plus fréquentes, dans la mesure où elles sont nettement plus souples dans leur usage (et réversibles, puisque les établissements demeurent libres de dénoncer la convention qui institue une DC). A l'inverse, ces chiffres illustrent l'importance des liens stratégiques et opérationnels qui existent localement entre hôpitaux publics et établissements sanitaires et sociaux, avec 88 cas actifs de directions communes EPS/ESS dans la base CNG, et un nombre indéterminé mais probablement significatif de fusions EPS/ESS⁴⁰.
- [124] Cette question des rapprochements entre structures hospitalières et médico-sociales n'a pas été examinée par la mission, mais mériterait une étude spécifique afin notamment d'analyser leur intérêt éventuel dans le cadre de la constitution de filières cohérentes de prise en charge des patients, notamment les personnes âgées, de l'amont (médecine) vers l'aval (médico-social).
- Des opérations qui ont connu un pic à la fin des années 1990
- [125] Le nombre annuel de fusions entre EPS a connu un premier pic concomitant avec la mise en place des ARH : ainsi, le nombre de fusions n'a fait qu'augmenter entre 1996 (3 fusions) et 2000 (12 fusions). Il est ensuite redescendu à 3 fusions en 2001 et oscille depuis entre 4 et 8/an⁴¹.
- [126] Pour autant, les restructurations hospitalières ne s'étant pas arrêtées dans les années 2000, comme le montre la baisse sensible du nombre de lits MCO dans les EPS entre 2003 et 2008 relevée *supra* (1.1.2.2.), il semble donc que, contrairement à la fin des années 1990, les fusions n'aient pas été un outil privilégié pour conduire ces recompositions – ou que leur usage se soit « normalisé », avec un flux plus régulier dans le temps, et moins corrélé à une politique active de restructurations à un moment donné comme à la fin des années 1990.

³⁹ Ce décompte n'inclut pas les éventuelles directions communes qui auraient précédé les fusions recensées par la mission, qui ne sont pas identifiées sur les fichiers de suivi du CNG.

⁴⁰ Faute de données exhaustives, la mission n'a pas été en mesure de recenser le nombre de fusions EPS/ESS sur les 15 dernières années, mais on peut déjà en relever 10 cas dans la base CNG.

⁴¹ En ce qui concerne l'année 2007, les données du CNG n'affichent aucune opération, mais elles n'ont pu être rapprochées des données de l'ATIH, qui ne remontent que jusqu'en 2008.

Graphique 1 : Evolution du nombre annuel de fusions d'EPS entre 1995 et 2011



Source : NFT, retraité par IGAS (95-05), données CNG et ATIH, retraitées par IGAS (06-11)

- Typologie des fusions d'EPS

[127] On rappelle que les fusions qui sont étudiées dans le présent rapport excluent les opérations de réunion d'un EPS et d'un établissement sanitaire et social (ESS), et que les données détaillées sont données dans l'annexe 10.

[128] Sur les 90 opérations recensées par la mission, 81 concernaient 2 établissements, 8 en concernaient 3 et une seule en concernait 4 : ainsi, **seulement 1 fusion sur 10 concerne plus de deux établissements**. Ces fusions impliquent en majorité des centres hospitaliers, soit qu'ils fusionnent entre eux (dans 60 % des cas), soit qu'ils fusionnent avec une autre structure – centre hospitalier spécialisé (CHS), hôpital local, centre de long séjour (CLS), clinique privée ou PSPH. En termes de taille, les établissements résultant de fusion sont plus grands que la population générale des EPS : **près de 80% des établissements résultant de fusion affichent plus de 200 lits**, alors que la proportion d'EPS de plus de 200 lits n'était que d'à peine plus de 38 % en 2010.

[129] La mission a pu réunir des données sur les caractéristiques juridiques et capacitaires des entités parties prenantes des fusions pour 79 des 90 fusions qu'elle a recensées. Les analyses *infra* portent donc sur cet échantillon (168 structures en tout).

[130] Cette analyse montre tout d'abord une **sous-représentation des HL parmi les établissements parties prenantes des fusions** : les HL ne représentent en effet que 17 % des structures parties prenantes des fusions, alors qu'ils représentaient près de 31 % des EPS en 2010. Pourtant, du fait de leur petite taille et de leur implantation dans des zones rurales, on aurait pu les croire plus fragiles, et donc davantage touchés par les fusions. Mais il faut rappeler que, toujours financés par dotation globale (jusqu'en 2013), les HL sont les EPS qui affichaient en 2010 les résultats les plus élevés en % de leur chiffre d'affaires, et ceux où la proportion d'entités déficitaires est la plus faible (21 % du total des HL). La pression financière est donc moindre sur ces établissements, qui n'ont par ailleurs pas à faire face aux divers problèmes (seuils, coûts, démographie médicale) liés au maintien de plateaux techniques MCO auxquels sont confrontés les centres hospitaliers *stricto sensu*.

- [131] A l'inverse, on relève **une surreprésentation des structures autour de la taille médiane des EPS (i.e. entre 100 et 200 lits)** : elles représentent 16 % des EPS en 2010, mais 28 % des établissements parties prenantes d'une fusion. Au vu des constats qu'elle a pu faire lors de ses déplacements, la mission voit dans cette situation probablement l'effet de la démographie médicale, qui complique les recrutements de personnels médicaux pour les plus petits établissements MCO et les pousse à se rapprocher pour être plus attractifs. Enfin, lorsque l'établissement-pivot de la fusion (i.e. la structure la plus grosse) est un grand CH, il s'agit rarement d'un CHU, mais plutôt d'un gros CH départemental (situations effectivement observées par la mission en région). C'est le cas du rapprochement entre le CH de Chambéry et le CH d'Aix-les-Bains.

La direction commune entre le CH de Chambéry et le CH d'Aix : une coopération à visée intégrative « gagnant-gagnant »

Le centre hospitalier de Chambéry est l'hôpital de référence pour la Savoie et le secteur de Belley : sa maternité de niveau 3 assure plus de 3 200 accouchements par an, il dispose de 1 200 lits et places dont 761 en MCO, et emploie plus de 3 000 personnes dont 327 personnels médicaux en 2010.

Le centre hospitalier d'Aix-les-Bains est bien plus modeste : début 2010, il disposait de 162 lits et places en MCO (dont 20 en obstétrique, supprimées depuis, cf. infra). Son activité est faible au regard de ses capacités, sauf en gériatrie. Il emploie 805 personnes, dont une quarantaine de médecins.

Les deux hôpitaux se situent à une demi-heure l'un de l'autre.

Les coopérations entre les deux établissements sont nombreuses depuis 1990, mais la fermeture de la clinique privée d'Aix-les-Bains (la Clinique Générale de Savoie), annoncée en septembre 2009, et réalisée en juin 2010, conduit à une intégration plus forte. En effet, la maternité publique d'Aix-les-Bains, qui bénéficiait du plateau technique chirurgical de la clinique, ne pouvait plus être maintenue en activité du fait de cette décision. Dès septembre 2010, l'activité d'obstétrique est transférée au CH de Chambéry, et une unité de chirurgie ambulatoire est créée au CH d'Aix-les-Bains, gérée par le CH de Chambéry. Une convention de direction commune est signée un an plus tard.

Au total, cette coopération intégrative s'est réalisée très rapidement, dans l'urgence imposée par la réorganisation de l'offre privée à Aix-les-Bains. Les deux établissements trouvent un intérêt dans la nouvelle organisation des soins : le site d'Aix-les-Bains voit son avenir assuré à moyen terme, et le CH de Chambéry, limité jusqu'ici par la contrainte immobilière, utilise ce nouveau site pour accroître son activité. Sans être alarmante, la situation financière du CH d'Aix-les-Bains s'est légèrement dégradée depuis deux ans à cause du manque d'activité. Le corps médical d'Aix, initialement réticent, a finalement soutenu le projet. Le rapprochement a également bénéficié d'un contexte politique favorable : le maire d'Aix-les-Bains a personnellement porté le projet, à travers « le projet médical unique » aux deux établissements (dans les faits, ce projet médical porte surtout sur les activités maintenues à Aix-les-Bains grâce à la coopération du CH de Chambéry). De plus, l'accompagnement du personnel d'obstétrique lors du transfert de la maternité à Chambéry a été particulièrement soigné, la direction s'étant appuyée sur des entretiens individuels systématiques avant et après l'opération.

Ainsi, c'est une opération de recomposition de l'offre privée qui est à l'origine de cette coopération « gagnant-gagnant », aboutie dans un laps de temps très court (deux ans).

- [132] Ces fusions « inégalitaires », i.e. entre deux établissements de taille différente, sont de loin le cas le plus fréquent : dans 55 % des cas, le rapport entre le nombre de lits d'hospitalisation des structures fusionnées est supérieur à 1,5. Les fusions réellement « égalitaires » (cas où le rapport de taille entre les deux établissements est situé entre 0,8 et 1) restent très minoritaires (14% des cas), notamment lorsque les structures à fusionner sont de grande taille. Ces opérations sont en effet particulièrement lourdes et incertaines, comme l'illustrent les difficultés analysées par l'IGAS des fusions entre les CH de Poissy et de St-Germain (cf. encadré ci-dessous) et entre les CH d'Evry et de Corbeil-Essonnes (cf. encadré *infra*).

Le CH de Poissy-Saint-Germain (CHIPS) : une fusion difficile entre deux établissements de taille importante⁴²

Le CHIPS est actuellement l'établissement le plus important de la région parisienne, hors AP-HP : il dispose de 1 170 lits et places, et compte 4 000 agents dont 400 médecins. Il est issu de la fusion en 1997 de deux centres hospitaliers de taille comparable (entre 750 et 850 lits), celui de Saint-Germain-en-Laye et celui de Poissy. Dix ans après la fusion, il connaît un déficit de 37 M€ (ramené aujourd'hui à 14 M€).

Malgré la proximité géographique des deux sites, distants de 7 km, le projet de fusion ne peut être considéré comme une réussite. L'hôpital de Saint-Germain, situé en centre ville dans des locaux anciens, connaissait une baisse d'activité depuis plusieurs années. Son équipe médicale était vieillissante, et le taux de fuite des patients était conséquent vers les hôpitaux parisiens aisément accessibles. L'hôpital de Poissy, situé sur un bassin de vie radicalement différent, bénéficiait à l'inverse d'une dynamique favorable, portée par des équipes jeunes.

Le projet de fusion, soutenu initialement par le maire de Saint-Germain, visait théoriquement à favoriser les complémentarités entre les deux établissements, mais cet objectif ne se concrétise pas par des réorganisations de service. En 2004, le projet médical entérine le fait que les deux hôpitaux sont des hôpitaux généraux de proximité : encore aujourd'hui, des services d'urgences et de réanimation coexistent sur les deux sites. En 2005-2006, les effectifs de l'établissement fusionné augmentent. Certaines fusions de service sont réalisées, à la faveur de départs à la retraite des chefs de service, sur une période de 10 ans. Mais certaines d'entre elles sont factices, à l'instar du service d'orthopédie. La solution de reconstruire un hôpital sur un site tiers, à Chambourcy, n'a finalement pas été retenue.

Ces difficultés s'expliquent notamment par les réticences des médecins, en particulier sur le site de Saint-Germain, qui craignent que le changement ne leur soit défavorable. Ce sentiment est accentué par le fait que la communauté médicale n'a pas été associée au projet initialement. Dans les faits, le site de Saint-Germain conserve des secteurs médico-techniques et de médecine, mais la perte de la maternité et de la pédiatrie, ainsi que la fermeture des urgences la nuit, engendrent des interrogations sur l'avenir du site dans son ensemble.

De plus, des défaillances ont été pointées dans la conduite du projet par la direction du nouvel établissement fusionné : en particulier, différents rapports de contrôle de l'IGAS font état d'un manque d'engagement, de l'absence dommageable du pilotage de la masse salariale, ou de gestion adéquate des compétences. De plus, le directeur choisi en 1997 pour diriger le CHIPS était déjà à la tête de l'hôpital de Poissy depuis des années. Sa nomination a été perçue comme une menace supplémentaire d'absorption du site de Saint-Germain par l'hôpital de Poissy.

En parallèle, la tutelle régionale s'est tenue trop en retrait, malgré l'accumulation de difficultés connues par le CHIPS. Ce n'est que tardivement, à partir de 2007, qu'elle s'est intéressée aux problèmes financiers de l'établissement, sans s'impliquer davantage dans la question de la réorganisation de l'offre de soins et des restructurations.

⁴² Cf. Rapport IGAS RM2010-182Z, *Contrôle du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain*, A. Bruant-Bisson, D. Imbaud, P. Penaud, P. Vienne, juin 2010.

[133] Enfin, la mission a étudié la répartition régionale des 90 opérations de fusion qu'elle a recensées : en l'occurrence, il ne semble pas y avoir de lien entre le nombre de fusions observées dans une région et sa taille, son nombre d'EPS, son taux d'équipement hospitalier/habitant ou sa superficie :

- la région Ile-de-France a connu une activité importante en matière de fusions, mais de très grandes régions avec beaucoup d'établissements ont eu une activité très faible en la matière (PACA), voire totalement inexistante (Nord-Pas de Calais) ;
- des régions ayant des taux d'équipement hospitalier similaires (mesurés par les ratios nombre de lits/habitant et nombre d'habitants/établissement) ont connu pour certaines une forte activité de fusions, et pour d'autres relativement peu d'opérations : ainsi Auvergne (peu active) et Basse-Normandie (active), parmi les régions de petite taille, ou, de façon plus significative encore s'agissant de deux régions moyennes limitrophes, Lorraine (active) et Alsace (peu active).

[134] Faute d'éléments explicatifs complémentaires, il faut donc conclure, comme le faisait déjà l'étude NFT en 2008, au caractère prédominant des circonstances locales, peu modélisables, pour expliquer le nombre de fusions observées sur un territoire donné.

3.2. Les différentes disciplines MCO ne se sont pas restructurées à la même vitesse et de la même façon

3.2.1. Le processus de transformation des maternités est bien avancé

3.2.1.1. Les fermetures de maternités ont été nombreuses et la taille finale des maternités a augmenté

[135] Avec près de 800 000 naissances annuelles, les besoins de santé étaient évidents et les indicateurs (mortalité néonatale et maternelle, handicaps à la naissance, etc.) indiscutables. Aussi, dès les années 70 avec les décrets Dienesch, la volonté politique a-t-elle été affirmée pour mettre en œuvre les plans successifs (derniers en date 1995-2000 et 2005-2007), notamment au travers des SROS. Les DDASS et DRASS, puis les ARH et enfin les ARS se sont mobilisées sans interruption sur ce sujet, avec succès (annexe 6).

[136] Le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 1 010 en 1985, 814 en 1996, 779 en 1997, 576 en 2007, 554 en 2008, soit une baisse pratiquement linéaire pendant 30 ans, alors même que le nombre de naissances ré-augmentait⁴³. Parallèlement le nombre de lits d'obstétrique a été divisé par deux. Le taux d'utilisation des lits de maternité a donc fortement augmenté, passant de 22 accouchements /lit/an en 1975 à 46/lits/an fin 2008⁴⁴. Selon l'étude NFT, près de 180 opérations de recomposition ont eu lieu en obstétrique entre 1995 et 2005. Elles se sont soldées par 126 fermetures de services de maternité et par une quarantaine de regroupements.

Tableau 7 : Part des trois secteurs hospitaliers dans le mouvement de fermeture et de coopération

Opération	Secteur privé commercial	Secteur PSPH	Secteur public	Total
Fermeture	57 %	7 %	35 %	126
Coopération entre établissements de tous statuts	31 %	15 %	55 %	40

Source : NFT d'après SAE et FINESS * ces opérations ne concernent pas seulement l'obstétrique

⁴³ Il avait atteint un pic de 800 000 naissances en 1980, puis avait diminué vers 700 000 dans les années qui ont suivi (738 000 en 1998, 775 000 en 2000, 775 000 en 2005). Il a atteint un nouveau pic en 2010 avec 830 000 naissances (source INSEE).

⁴⁴ DREES, *Les établissements de santé*, collection études et statistiques ; chiffres issus du SAE ; citation du *Panorama des établissements de santé 2010*, p 96.

- [137] La DREES a constaté pour sa part que la taille des maternités augmentait avec le niveau de spécialisation : en 2008 une maternité de niveau 1 effectuait en moyenne 877 accouchements, une maternité de niveau 2 en moyenne 1721 et une maternité de niveau 3 environ 2760.
- [138] Dans le secteur public, la fermeture a touché des services d'hôpitaux de petites villes⁴⁵ (ou exceptionnellement de banlieue comme Courbevoie) et non des établissements ou des sites entiers. Au contraire, 30 % de ces établissements ont réussi à maintenir, voire à augmenter, leur activité globale dans les trois années suivant la fermeture de leur service d'obstétrique.
- [139] Dans le secteur privé, la fermeture a touché des établissements entiers, mais de petite taille et souvent situés dans des grandes villes. Un tiers des établissements privés ont disparu, et la taille moyenne des survivants a augmenté. S'agissant de ces derniers, il s'agit «*plutôt de gros établissements de chirurgie, qui ont fait le choix de renforcer leur position par une spécialisation de leurs activités et de maintenir ainsi leurs capacités, là où les autres établissements privés les réduisaient*»⁴⁶. D'une façon générale, l'hospitalisation privée commerciale a désinvesti l'obstétrique pour se déployer en chirurgie. Actuellement entre 60 et 90 % des accouchements selon les régions se font dans le secteur public⁴⁷.

3.2.1.2. Les mortalités néo-natale et maternelles ont diminué au prix d'une augmentation des coûts

- [140] La mortalité néo-natale et la qualité des dépistages se sont améliorés, sans qu'on puisse ni affirmer ni infirmer qu'il s'agit là de l'effet direct de la politique poursuivie (annexe 6).
- [141] Selon l'étude NFT, les opérations de conversion de l'obstétrique ont généré en 5 ans 11 % d'emplois non médicaux en plus dans les services de soins et 18 % d'emplois non médicaux hors services de soins. L'étude menée par la conférence des présidents de CME⁴⁸ entre 1997 et 2005 observe quant à elle, qu'après une diminution passagère, les effectifs médicaux, soignants et non médicaux remontent dans l'établissement (entre 2 et 4 % de plus que la situation antérieure en moyenne) quatre ans après la fermeture du service.
- [142] Les accouchements ne se répartissent pas comme on aurait pu le supposer après le classement des maternités en trois niveaux (du plus simple au plus complexe). Dans la mesure où plus de 80 % des accouchements se déroulent sans complication, la majorité d'entre eux aurait pu s'effectuer dans des maternités de niveau 1. Or ces dernières disposent de moins de lits que les maternités de niveau 2 et cette tendance s'accroît : ce sont avant tout les maternités de niveau 1 qui disparaissent. Seuls 33 % des accouchements se sont ainsi déroulés en 2007 dans des maternités de niveau 1 et cette proportion a encore diminué en 2011. La logique implicite du système français pousse les femmes à accoucher dans des maternités de niveau élevé de plus en plus techniques. Il est clair qu'une telle tendance n'est pas en faveur d'une réduction des coûts des établissements.

⁴⁵ Exemples : Guebwiller, la Réole, Valognes, Loudéac, Luxeuil, Mazamet, Bourgneuf, Luçon, Moutiers, Barbezieux...

⁴⁶ Cf. NFT/DEXIA, *op.cit.*.

⁴⁷ Cour des Comptes, rapport 2008 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, chapitre «*Les restructurations hospitalières*», p. 280.

⁴⁸ E.Bichier, F.Fellinger, *Fermetures de chirurgies et maternités publiques*, in *Gestions hospitalières* Novembre 2008, p 611-616.

[143] De plus cette tendance n'est pas forcément cohérente avec l'idée selon laquelle « *plus on fait un acte, plus on sait le faire, et meilleur on est* » (cf. annexe 5). Les données de l'ATIH montrent en effet que la charge annuelle en accouchements va de 0 à 160 pour un obstétricien ou une sage-femme (les deux types de personnel ne sont pas distingués), mais que ce n'est pas forcément dans les plus gros établissements (par exemple les CHU qui possèdent des maternités de niveau 3) que l'activité individuelle est la plus grande⁴⁹. L'expérience passée n'est pas non plus identique : les CHU emploient beaucoup de personnels jeunes en fin de formation initiale et ce ne sont pas forcément les PU-PH qui réalisent les accouchements. Cette question demeure mal réglée.

3.2.2. La chirurgie pose des problèmes plus complexes

3.2.2.1. Les seuils minimaux d'activité sont difficiles à définir en pratique

[144] Plusieurs experts, ainsi que le conseil national de la chirurgie et l'académie de chirurgie ont demandé la « *reconversion des lits de chirurgie en lits de soins de suite et en lits pour les personnes âgées* » ainsi que la fixation d'un seuil minimum d'activité de « *2 000 interventions par an* » (annexe 7).

[145] Mais ce nombre résulte de l'agrégation d'activités disparates tant par le domaine que par l'expérience des chirurgiens qui les réalisent. Au-dessous de cet agrégat, il est trop rapide d'affirmer que la chirurgie est forcément de mauvaise qualité. Le *Center for Reviews and Dissemination* de l'université d'York, qui s'est livré en 1996 au dépouillement systématique de plus de 200 études, avait conclu que « *l'idée largement répandue selon laquelle plus on soigne de malades et meilleurs sont les résultats se heurtait à plusieurs démentis* »⁵⁰. La corrélation s'avérait surestimée parce que la plupart des auteurs ne tenaient pas suffisamment compte du *case-mix*⁵¹ et parce que le fait que qualité et volume évoluaient ensemble ne prouvait pas l'existence d'un lien de causalité entre les deux facteurs. On trouvera en annexe 5 une analyse des corrélations taille/qualité et des études plus récentes, notamment celles de l'IRDES qui relie bien taille et qualité, dans certaines conditions et sous certaines réserves pour 8 actes chirurgicaux strictement définis.

[146] S'il est possible en effet que l'on fasse – en chirurgie comme ailleurs – plus aisément quelque chose qu'on fait souvent, plusieurs problèmes se posent au régulateur, lorsqu'il s'agit de fixer des seuils :

- le volume minimal d'activité requis s'applique-t-il au service dans son ensemble ou aux professionnels (chirurgien, anesthésiste, IBODE, IADE, infirmier) ?
- le volume d'activité doit-il être comptabilisé intervention par intervention, par domaine pathologique (cancer du colon) ou par discipline (chirurgie digestive) ?
- l'expérience antérieure des professionnels est-elle prise en compte (une personne qui a déjà accompli mille fois la même intervention a des chances d'être meilleure qu'une personne qui démarre cette activité, même si les deux personnes réalisent le même nombre d'actes au cours l'année évaluée) ?

⁴⁹ Cf. l'exemple donné par la Cour des comptes des deux maternités de type 3 du CH de Lens et du CHU de Nice : le nombre d'accouchements est identique, mais les sages-femmes de Lens en réalisent plus de deux fois plus chacune.

⁵⁰ M. Mc Kee et J. Healy, « *Le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation* », *Bulletin de l'OMS* recueil d'articles n° 3, 2000.

⁵¹ A l'hôpital, le *case-mix* correspond à l'éventail des cas pris en charge et aux niveaux de gravité des séjours associés.

- [147] La bonne prise en compte de l'effet volume voudrait, en chirurgie, que l'on se préoccupât à la fois du type précis d'activité (exemple appendicectomie non compliquée par open coelioscopie) de l'expérience antérieure du chirurgien (exemple 500 interventions de ce type dans les dix dernières années), de l'activité présente (exemple 50 par an) et de l'expérience de l'équipe (exemple 3000 interventions digestives dans l'année). Sur cette base, une évaluation du suivi des résultats permettrait de valider l'échelle obtenue.
- [148] De ce point de vue, le décret 2007-3888 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitements du cancer représente un premier progrès, puisqu'il conditionne l'autorisation d'activité à la fois à un seuil minimal annuel **défini par pathologie** et à des critères de qualité et de fonctionnement minimaux.
- [149] Pourtant c'est sur une autre base qu'a été proposé le projet de décret « *relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de soins de médecine et de chirurgie* » en 2009. L'autorisation en chirurgie devait être subordonnée à une activité minimale fixée par arrêté. Le seuil envisagé était de « *1500 séjours hospitaliers avec intervention chirurgicale* ». L'étude d'impact réalisée par la DGOS avait calculé que sur 993 établissements de santé représentant une entité juridique distincte, 134 – soit 13,5 % – avaient une activité chirurgicale inférieure à 1500 séjours. Cette activité représentait 64 744 séjours par an, soit 2,25 % de l'activité chirurgicale nationale. Sur ces 134 entités, 85 relevaient du secteur public, 14 du secteur privé PSPH (dont 5 CLCC) et 35 du secteur privé commercial. Devant les réactions des représentants des petits établissements publics, notamment les élus présidents de conseil de surveillance, le ministère a renoncé à ce texte à l'été 2010, quelques mois après la création des ARS.
- [150] Il est normal toutefois que, pour des raisons de rationalité budgétaire, la tutelle souhaite fermer la nuit un bloc opératoire qui n'est utilisé qu'une nuit sur dix et ne veuille pas maintenir des postes dans lesquels les agents n'ont pas d'activité (cette question est développée *infra*, au point 3.2.2.1.). Mais l'argument de dégradation de la qualité doit être employé à bon escient ; il suppose une approche plus fine, des évaluations régulières et une légitimité plus forte car, lorsqu'il est insuffisamment démontré, cet argument froisse inutilement les praticiens mis en cause, qui deviennent des adversaires acharnés de toute évolution (annexe 7). En pratique, il est nécessaire d'objectiver l'enjeu de rationalisation budgétaire en instituant lorsque cela est pertinent un seuil d'efficacité minimale.

3.2.2.2. Les blocs opératoires sont trop éparpillés

- [151] La MEAH a publié en 2008 une étude⁵² réalisée dans 850 blocs opératoires de 352 établissements publics de santé de 10 régions différentes (annexe 8). La MEAH a constaté que le temps de vacation offert (TVO) était inférieur à 27 heures par semaine dans un quart des blocs étudiés. Plus le nombre de salles du bloc opératoire était important, plus le taux d'ouverture augmentait. Toutefois, le taux d'occupation (temps réel occupation des salles/TVO) était inférieur à 58 % dans un quart des blocs. Trois causes expliquaient un faible taux d'occupation : un démarrage tardif par rapport au programme, des temps d'intervention trop importants (c'est sur cet indicateur que l'expérience de l'opérateur joue le plus), des fins précoces par rapport à l'horaire prévu, notamment quand l'équipe de bloc ne tolère aucun débordement par rapport aux horaires... Inversement un taux de débordement a été constaté dans 23 % des journées opératoires étudiées. Les actes sont plus longs et plus variés dans les CHU. Les durées d'occupation des salles varient pour certaines interventions fréquentes de plus d'une heure. L'étude montre au final qu'il existe un fort suréquipement en blocs opératoires publics.

⁵² Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, *Benchmark des blocs opératoires dans dix régions pilotes. Synthèse nationale* ; les actes datent de 2007.

[152] Une enquête instructive a été lancée en 2011 par le conseil national de la chirurgie (Pr BARRAL) pour analyser « *la permanence des soins chirurgicaux dans le département de la Loire* » en 2011. Cette étude porte sur 4 établissements privés (3 cliniques et un hôpital) et 6 établissements publics, dont le CHU de Saint Etienne. Elle montre que seuls deux établissements privés et 4 publics ont besoin d'une ouverture du bloc opératoire en semaine plus d'un jour sur quatre (6/10). L'activité opératoire est de 6,2 opérations en 6 mois par chirurgien d'astreinte et ne représente que 3,2 % de l'activité globale. Les auteurs conseillent la **fermeture de plusieurs blocs opératoires** (au moins) **la nuit** entre 20 ou 22 h et 8 h et la réduction du nombre d'astreintes rétribuées. La permanence des soins chirurgicaux peut donc se recentrer dans un nombre d'établissements plus petit.

[153] La conférence nationale des présidents de CME avait montré cependant en 2008, après un bilan de 9 années de fermetures en chirurgie⁵³, qu'une meilleure efficacité ne pouvait résulter que de **la fermeture complète des blocs opératoires (jour et nuit), suivie du regroupement des moyens sur un autre site**. Sur 47 fermetures de services chirurgicaux, seuls les 7 établissements qui avaient fermé à la fois la chirurgie et la maternité avaient dégagé des excédents budgétaires à N+3. Les autres avaient connu une augmentation significative des activités de gynécologie-obstétrique, une augmentation des anesthésistes et des gynécologues et une augmentation des activités en médecine.

3.2.2.3. L'implantation d'unités de chirurgie ambulatoire n'est pas une solution à banaliser mais les principes sur lesquels elle s'appuie doivent au contraire être généralisés à la chirurgie tout entière

[154] La chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une promotion des pouvoirs publics, car la surveillance d'un malade opéré en ambulatoire nécessite moins d'effectifs paramédicaux et mobilise moins de ressources pour réaliser un même acte. En outre, contrairement au lit hospitalier qui n'accueille qu'un seul malade, une place de chirurgie ambulatoire reçoit entre 1,2 et 1,8 patient en moyenne. Diverses mesures ont donc été prises pour l'encourager (annexe 12). Les cliniques ou les hôpitaux qui la pratiquent y voient d'autant plus d'avantages que l'acte de chirurgie ambulatoire est tarifé au même niveau qu'un acte de chirurgie de courte durée, alors qu'il revient théoriquement moins cher à produire.

[155] Beaucoup de malades la préfèrent pour le confort qu'elle apporte, lorsqu'ils sont suffisamment autonomes et disposent d'un logement proche et suffisamment équipé, et dès lors que leur douleur et leurs nausées sont correctement prises en charge. Enfin, les complications y sont peu fréquentes et les patients sont moins lourds qu'en hospitalisation complète. Il faut donc encourager son développement, par exemple en étendant la liste des actes mis sous accord préalable (MSAP cf. annexe 12).

[156] Toutefois certains malades ne peuvent en bénéficier, soit pour des raisons médicales, soit pour des raisons sociales ou géographiques. D'autres malades ne sont pas demandeurs, car ils redoutent de se retrouver démunis en cas de problème. De plus on transfère sur l'entourage (et surtout les femmes) une part de la charge, sans demander son avis ni l'informer clairement. La chirurgie ambulatoire n'est pas une alternative universelle de la chirurgie, comme ont tendance à la présenter ses défenseurs militants, surtout quand celle-ci est lourde et la patientèle défavorisée.

[157] En revanche, son mode d'organisation est bien un moteur de changement. La chirurgie ambulatoire repose sur des règles strictes : ponctualité des blocs opératoires, coordination maîtrisée des équipes multidisciplinaires, information du malade, application de bonnes pratiques, anticipation de la douleur du malade et traitement préventif de celle-ci, suivi téléphonique, autant de facteurs qui devraient s'appliquer à l'ensemble de la chirurgie. Plutôt que d'en faire une modalité à part, il faudrait que ces règles soient appliquées à toutes les formes de chirurgie traditionnelle, pour réduire la durée de séjour et ses effets néfastes pour le malade.

⁵³ E. Bichier, F.Fellinger, *op. cit.*, p 611-616.

- [158] La chirurgie ambulatoire n'est pas la solution toute trouvée pour les petits établissements hospitaliers dans lesquels les chirurgiens n'avaient pas d'activité non programmée ni de clientèle personnelle. Elle n'est pas non plus facile à mettre en œuvre sans aide externe dans des blocs opératoires désorganisés, ravagés par les querelles internes, comme l'IGAS en voit parfois malheureusement.
- [159] Les constats faits par la mission montrent que son implantation peut réussir, en cas de regroupement ou de fusion, lorsque le gros établissement propose son aide, gère le programme et organise les équipes en tout ou en partie. C'est le cas à Aix les Bains, où l'équipe chirurgicale de Chambéry, à l'étroit dans ses propres murs, a mis en œuvre, avec les endoscopistes d'Aix les Bains, une unité de 12 lits très active. C'est encore le cas à Crest, où l'équipe chirurgicale de Valence vient aider le chirurgien local. Dans ces deux situations, c'est la fusion d'un gros établissement avec un plus petit qui a permis le développement fructueux de cette méthode.

Un exemple de coopération en chirurgie ambulatoire : Aix-les-Bains et Chambéry

Suite à la fermeture de la clinique à Aix-les-Bains et la cessation de son activité de chirurgie, les deux CH d'Aix-les-Bains et de Chambéry ont décidé de mettre en place une offre publique de proximité en chirurgie ambulatoire et endoscopie digestive à Aix. Douze lits et places ont été créés, et du personnel est mis à disposition par le CH de Chambéry.

Cette coopération a été mise en place dès septembre 2010, soit trois mois après la fermeture de la clinique. Elle a été consolidée par une direction commune aux deux établissements, depuis septembre 2011. L'activité de chirurgie ambulatoire s'élève aujourd'hui à 1 200 actes par an à Aix-les-Bains comme à Chambéry.

Cette coopération satisfait les deux sites. A Aix, une couverture chirurgicale est maintenue ; quant au CH de Chambéry, il peut étendre son activité, ce qui n'était pas possible sur son propre site pour des raisons immobilières.

- [160] Mais cette modalité a aussi des inconvénients, dans la mesure où elle laisse en place les blocs opératoires sur les deux sites, et empêche le regroupement sur un seul site d'un personnel compétent et rare : non seulement les chirurgiens, mais les IBODE, les IADE et les anesthésistes. Elle doit donc être réservée aux cas où le gros établissement est lui-même au maximum de ses capacités internes.

3.2.3. La médecine est l'oubliée des restructurations de court séjour, alors qu'elle occupe une place majoritaire à l'hôpital public et que les inadéquations y sont fréquentes

- [161] Le secteur public domine sans conteste l'offre de soins médicale avec 82 % des lits et 70 % des places de médecine (annexe 8). Il n'assure cependant que 75 % des séjours de plus d'un jour et 56 % des hospitalisations de moins d'une journée. La part de la médecine dans l'ensemble des séjours hospitaliers publics représente 66 % dans les hôpitaux publics et a plutôt tendance à augmenter (+1% par exemple entre 2007 et 2008), alors qu'elle ne représente que 56 % de celle des PSPH et 39 % des séjours des cliniques privées. La restructuration des services de médecine constitue donc un enjeu majeur pour le secteur hospitalier public.

- [162] L'activité des cliniques privées se focalise sur des activités relativement techniques, notamment interventionnelles, en gastro-entérologie (endoscopies), néphrologie et cardiologie (cathétérismes, poses de stent, pace maker...). Par ailleurs, le secteur privé commercial cherche à mieux accueillir la cancérologie. A l'inverse, les séjours en pneumologie, endocrinologie, hématologie et neurologie sont presque l'apanage du secteur public et/ou PSPH⁵⁴. Il y a donc peu de concurrence sur une majorité des activités médicales.
- [163] A l'exception de la cancérologie ou de la dialyse, les objectifs d'évolution ne sont pas définis. Sans être une « boîte noire », la médecine est moins documentée que l'obstétrique et la chirurgie. Le PMSI ne donne pas sur les séjours médicaux le même niveau d'information. Le classement des séjours en médecine est un classement par défaut, qui ne favorise pas la lisibilité (annexe 8).
- [164] Aucun expert ou aucune instance ne milite pour redéfinir les modes d'organisation. Ni l'Académie de médecine, ni la Haute Autorité de santé, ni la Cour des Comptes, ni le HCAAM⁵⁵ n'ont précisé pour le moment la restructuration des lits de médecine qu'ils souhaiteraient.
- [165] L'« *enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières* »⁵⁶ – demandée à la SANESCO par la DGOS et publiée en 2011 – a été menée un jour donné de mars 2010 dans 166 services répartis dans 73 établissements publics de 11 zones géographiques, et a retenu au final 3 145 dossiers de malades hospitalisés dans 4 686 lits MCO. Les inadéquations pouvaient provenir soit « *d'admissions inadéquates* », soit de séjours initialement justifiés mais trop prolongés (« *journées inadéquates* »). Cette étude a conclu que « *les admissions non justifiées sont beaucoup plus fréquentes en médecine qu'en chirurgie* », car le « *taux d'inadéquation dépasse 20 % en médecine dans les établissements privés et publics non CHU* » soit deux fois plus qu'en chirurgie. « *17,5 % des lits de médecine sont occupés de manière inadéquate un jour donné* ». Les « *admissions inadéquates* » se situent entre 3 et 10 % selon le type d'établissement et les « *journées inadéquates* » entre 19 et 25 %. L'enquête observe que « *Les principales raisons invoquées pour expliquer une inadéquation (entrée ou journée inadéquate) sont une demande expresse du médecin de ville, l'attente d'un avis diagnostique interne à la structure, l'impossibilité transitoire du retour à domicile, la décision du patient ou de son entourage, l'absence de place d'aval, le risque de non-observance des prescriptions, l'attente d'un avis de collègues ou d'un avis externe à la structure, l'attente d'un examen...* ».
- [166] Au bout du compte, les inadéquations sont le plus souvent expliquées par un **problème d'organisation interne** (attente d'un examen complémentaire ou du passage du médecin senior du service ou d'un service voisin), par l'**attente d'une structure d'aval** ou par les relations avec le médecin traitant ou le malade.
- [167] Les modes de fonctionnement des sorties et l'utilisation du temps d'hospitalisation ne sont pas suffisamment évalués pour éviter les attentes inutiles. Par exemple, dans la mesure où la sortie du malade est souvent décidée par un médecin sénior, si celui-ci a trop de consultations, si son temps est trop englouti dans les tâches administratives, les réunions et les activités d'expertise, si ses activités libérales ou d'intérêt général l'accaparent, il ne peut plus passer voir les malades hospitalisés aussi souvent qu'il le faudrait, et le rythme des sorties en pâtit. Les « *staffs* » et les rencontres interdisciplinaires peuvent également subir les effets de cette situation. Certains consultants sont trop sollicités, et de façon trop dispersée, ce qui leur fait perdre beaucoup de temps. Sur tous ces aspects là, une réflexion et une aide méthodologique (ANAP par exemple) serait souhaitable, à l'image de ce qui s'est fait pour les blocs opératoires ou la chirurgie ambulatoire, pour que les services de médecine deviennent plus performants.

⁵⁴ DREES, *Panorama des établissements de santé 2010*, p. 81.

⁵⁵ Rapport HCAAM 2009 : « *La situation des établissements de santé* ».

⁵⁶ SANESCO, *Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*, août 2011.

- [168] Les plateaux techniques d'imagerie et d'explorations fonctionnelles ne font pas l'objet du même type de réforme que la biologie, pour laquelle l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier du 13 janvier 2010 relative à la biologie hospitalière a conduit à instituer des règles identiques dans le secteur privé et dans le secteur public.
- [169] Il n'existe pas d'équivalent en imagerie d'une vérification technique d'ensemble du plateau technique, à l'instar de ce qui devrait exister prochainement pour les laboratoires d'analyse médicale (accréditation COFRAC) qui puisse déboucher en cas de carence technique ou organisationnelle sur une fermeture partielle ou totale de la structure.
- [170] L'autorité de sûreté sanitaire (ASN) enregistre la déclaration d'utilisation des appareils générant des rayonnements ionisants chaque fois qu'il y en a un nouveau ou que l'on en modifie un déjà existant (radiologie conventionnelle), des organismes de contrôle effectuent les contrôles techniques de radioprotection ou les contrôles de qualité externes de certains appareils, l'assurance maladie n'est censée rembourser que les actes faits avec des appareils régulièrement déclarés (mais n'a aucun moyen de savoir s'ils le sont). Si chacun de ces points ne marche pas, il n'existe pas de mesure permettant d'interdire la structure elle-même.
- [171] Or le fonctionnement des plateaux techniques de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle retentit sur le fonctionnement des lits de médecine et (à un moindre degré) de chirurgie. C'est pour cela que la plupart des grands établissements de santé se préoccupent d'une restructuration de leur plateau technique⁵⁷. Mais une politique nationale manque sur le sujet.
- [172] Aussi les restructurations en médecine après regroupement ou fusion, si elles existent bien, sont-elles plus souvent le fruit d'une volonté médicale locale que d'une réflexion de la tutelle. C'est ainsi qu'à Pontoise, les réanimateurs se sont montrés très offensifs pour regrouper les moyens des deux réanimations du centre hospitalier de Pontoise et du centre hospitalier des portes de l'Oise (le CHIPO), afin de contrer une initiative de la clinique privée qui voulait elle-même développer cette discipline. A l'inverse, un praticien de Montmorency a pu retarder pendant des années, des tentatives de fusion de deux services identiques au sein du centre hospitalier Eaubonne-Montmorency, sans que cela ne suscite aucune réaction.

Le CH de Pontoise et le CHI de Beaumont-sur-Oise : une coopération stratégique de défense de l'offre publique de soins, potentiellement limitée par des considérations financières

Le CH de Pontoise et le CHIPO mènent diverses coopérations, notamment en matière de réanimation. Le bassin de population est de 330 000 habitants, le bassin d'attraction des deux hôpitaux étant plus large encore. Pontoise est un établissement de référence, et Beaumont, un établissement de proximité. Les équipes médicales ont organisé diverses filières. Dans les chirurgies de spécialité, des consultations de proximité et une chirurgie ambulatoire sont organisées à Beaumont, les cas complexes étant envoyés à Pontoise.

La concurrence avec les cliniques privées installées au nord-ouest du Val d'Oise est forte. C'est la décision de l'une de ces cliniques de demander une autorisation en réanimation qui a conduit les deux établissements à coopérer davantage en exploitant leurs complémentarités. En réanimation, la réanimation de Pontoise laisse à Beaumont des patients locaux, Pontoise se chargeant de l'aval le cas échéant. Surtout, depuis juillet 2010 est constituée une équipe médicale commune, l'objectif étant à terme de créer un service unique bi-sites. Conformément à cette visée stratégique de moyen terme, le CH de Pontoise a recruté des praticiens hospitaliers et les met à disposition du CH de Beaumont. Cette décision de coopération est d'autant plus généreuse qu'elle n'est pas rationnelle du seul point de vue de Pontoise : c'est bien pour assurer la pérennité du service de réanimation de Beaumont, menacé par les vellétés de la clinique voisine, que Pontoise a décidé de ce recrutement.

⁵⁷ Par exemple aux HCL, création d'une direction des plateaux techniques pour restructurer l'offre.

La stratégie des deux établissements est donc déjà très intégrée, ainsi que leur gestion de personnels sur les services partagés entre les deux structures (réanimation). Mais cette stratégie peine à trouver sa gouvernance : en effet, la situation financière très dégradée de Beaumont conduit le CH de Pontoise à se montrer très prudent sur toute perspective de fusion entre les deux établissements. Pour le moment, la création d'un GCS de moyens et d'une CHT est privilégiée, avec toutes les limites que comportent ces organisations (cf. annexe 5).

3.3. Les fusions et les regroupements ont des résultats très contrastés

3.3.1. L'évaluation des fusions est malaisée

- [173] Les 90 fusions identifiées par la mission entre 1995 et 2011 s'inscrivent dans ce paysage général de recomposition de l'offre de soins, qu'elles ont pu contribuer à faciliter, ou au contraire à ralentir ou à gêner lorsqu'elles étaient mal fondées. Mais il est difficile de porter une appréciation définitive sur leur bilan global. Tirer des leçons de ces expériences est en effet malaisé, pour plusieurs raisons.
- [174] Tout d'abord, les critères d'évaluation permettant de qualifier une fusion de réussie ne sont pas simples à déterminer. De fait, dans les cas étudiés, aucun indicateur de résultat n'a été fixé *a priori*, et donc suivi. Un tel travail aurait nécessité une réflexion en amont, dans une démarche impliquant si possible les différentes parties prenantes. Il est à noter que la définition d'indicateurs implique de déterminer au préalable les objectifs attendus de la fusion, ce qui est loin d'être systématique. Du fait de cette carence dans la définition des objectifs et des indicateurs de résultats, les données permettant d'évaluer les fusions sont lacunaires. La comparaison de divers indicateurs avant et après la fusion semble pourtant indispensable : amélioration des indicateurs financiers, hausse de l'activité, maintien voire amélioration de la qualité des soins, conditions de travail satisfaisantes, attractivité des postes, satisfaction des usagers, attraction ou fuite de la patientèle, sont autant de dimensions qui nécessiteraient un suivi attentif.
- [175] Un deuxième obstacle à l'évaluation des fusions tient aux délais, parfois importants, durant lesquels ont lieu les réorganisations d'activités et de services entre les deux anciens établissements. En théorie, une fusion n'est totalement achevée qu'une fois stabilisées toutes les réorganisations qu'elle est censée permettre. Or, ces réorganisations (fermetures ou transferts de services, restructurations immobilières, rationalisation de plateaux techniques...) s'étendent souvent sur une période si longue que toute comparaison entre situation initiale avant fusion et situation finale après fusion paraît illusoire.
- [176] La fusion entre le centre hospitalier d'Eaubonne et celui de Montmorency en offre un exemple : près de vingt ans se sont écoulés entre les premières réflexions sur un rapprochement des deux établissements, et l'acte juridique de fusion en 1998. En 2012, soit 14 ans après la fusion juridique, les réorganisations d'activités entre sites ne sont toujours pas achevées, et ne devraient l'être qu'en 2014 avec la réunion de toutes les activités MCO sur le site d'Eaubonne. De plus, l'opinion sur le bilan de la fusion peut varier considérablement suivant la période considérée : un an après la fusion des centres hospitaliers de Poissy et de Saint-Germain, l'activité du nouvel établissement connaissait une hausse, et la situation financière paraissait s'améliorer. Trois ans plus tard, le déficit du CHIPS s'est creusé, et n'a toujours pas disparu, 14 ans plus tard, tandis que le taux de fuite des patients vers d'autres établissements, notamment parisiens s'est accru⁵⁸. Les mêmes fluctuations d'activité s'observent dans le cas de la fusion des hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique en 2000 : à l'amélioration initiale a succédé une dégradation continue de l'activité et des indicateurs financiers, aboutissant à la défusion en 2006.
- [177] Un troisième obstacle découle du fait que rien ne permet d'affirmer que la qualité ou l'efficacité auraient été différents avec d'autres solutions. En effet, il est parfois difficile de distinguer entre les effets des fusions et les effets des évolutions de l'environnement externe : réorganisation de l'offre de soins privée, évolution des besoins de la population, etc.

⁵⁸ Cf. Rapport IGAS RM2010-182Z, *op. cit.*.

- [178] Sous ces réserves, certains enseignements peuvent néanmoins être tirés des expériences passées.

3.3.2. Beaucoup de projets de regroupement sont un échec

- [179] Les nombreux rapports produits par l'IGAS sur les difficultés rencontrées par des EPS résultant d'une fusion le montrent : à l'hôpital comme dans le secteur des entreprises, beaucoup de fusions échouent à atteindre leurs objectifs, et certaines contribuent même à aggraver les difficultés des entités qu'elles ont réunies (cf. annexe 11).

3.3.2.1. Les échecs s'expliquent parfois par des facteurs structurels

- [180] Certains facteurs compromettent dès l'origine un rapprochement entre deux structures. Six facteurs de risques ressortent plus particulièrement de l'examen de fusions passées.
- [181] Premier élément : un temps de trajet important (supérieur à 45 minutes) entre les deux établissements, car cette situation nuit à l'organisation des activités (transport de patients, réunions sur les deux sites induisant un temps de trajet important), risque de susciter des réticences des personnels, notamment médicaux, à exercer sur le site éloigné de leur lieu de travail habituel. A titre d'exemple, la distance entre l'hôpital de Romans et celui de Valence (nécessitant un temps de transport de 50 minutes environ aux heures de pointe) ne facilite pas les tentatives de coopérations entre les deux structures, par ailleurs tournées vers deux zones géographiques différentes.

Hôpitaux Drôme-Nord (HDN) et le CH de Valence : un rapprochement peu pertinent ?

Une direction commune existe entre le CH de Valence et les hôpitaux Drôme-Nord⁵⁹ depuis octobre 2011. Elle devait n'être qu'une étape dans le cadre d'un projet de fusion, mais apparaît aujourd'hui comme un alibi pour masquer l'échec de ce projet.

Les caractéristiques des deux établissements soulèvent des interrogations sur la pertinence d'un tel projet. Ils sont tous deux de taille importante, le CH de Valence étant légèrement plus gros (2 400 agents, contre 1 850 aux HDN). Le bassin de vie de Valence, plutôt tourné vers le sud du département, est de 220 000 personnes, quand celui des HDN, plutôt tourné vers le nord du département, est de 160 000 personnes. En cas de regroupement géographique de certaines activités sur un site unique (ainsi si toute la chirurgie était transférée à Valence), il n'est pas certain que ce site puisse récupérer toute l'activité des deux structures actuelles, certains patients du bassin de vie de Romans pouvant se tourner plus probablement vers Grenoble ou Lyon.

De plus, l'historique entre les deux établissements est difficile. Alors qu'ils sont historiquement les deux pivots de l'offre de soins du département, le corps médical des HDN a le sentiment que, sur son activité MCO, l'établissement a été systématiquement désavantagé par la tutelle au profit du CH de Valence, qui a reçu des financements pour moderniser son pôle mère-enfant. Les HDN n'ont pas bénéficié des plans hôpital 2007 et hôpital 2012 et ont vu leur situation financière se dégrader depuis 2010, année où l'établissement a dû autofinancer des travaux de remise aux normes et de sécurité incendie ont été menés, tout en devant assumer les conséquences de décisions perçues comme des sacrifices : développement d'activité sur le site de Saint-Vallier après la fusion avec Romans, accueil d'une maison médicale de garde dans les locaux de l'hôpital...

La coopération existante sur le partage d'équipe médicale en réanimation illustre ce contexte tendu : le CH de Valence a connu une période de carence de médecins, et n'a plus assuré la permanence des soins sur les HDN pendant un an et demi, ce qui a pesé sur les finances des HDN.

⁵⁹ Les HDN sont issus d'une fusion entre l'hôpital de Romans et celui de Saint-Vallier, petit établissement situé à une demi-heure de Romans. L'acte juridique de fusion a été pris en 2000, conduisant à la fermeture de la chirurgie et de la maternité à Saint-Vallier. Certaines activités sont encore en cours de rapprochement (comme la cuisine et la lingerie).

Au total, la situation actuelle paraît insatisfaisante : la direction commune ne peut masquer le fait que le projet de fusion est au point mort, et que sa pertinence même, reposant sur l'idée qu'il ne pourrait y avoir qu'un CH de référence dans le département, est discutable. Une plus grande transparence sur les perspectives à moyen terme pour les HDN serait souhaitable.

- [182] Deuxième élément : si les deux hôpitaux se situent sur des bassins de vie trop différents, comme les hôpitaux de Romans et Valence dans l'exemple précédent, et que les patients ont par ailleurs la possibilité de se faire soigner dans d'autres structures, leur fusion est à la merci d'une augmentation du taux de fuite, qui interdira au nouvel établissement de récupérer l'activité de ses deux composantes. Ainsi, l'hôpital de Poissy-Saint-Germain connaît un taux de fuite important sur la commune de Saint-Germain : les deux bassins de vie sont radicalement différents, et nombre d'habitants de Saint-Germain préfèrent aller se faire soigner directement dans les hôpitaux parisiens plutôt qu'au CHIPS (cf. encadré *supra*).
- [183] Troisième élément : la mauvaise santé financière des établissements parties prenantes de la fusion est un élément de complication, *a fortiori* lorsque tous les établissements sont en difficulté financière comme dans le cas de la fusion entre les CH d'Alençon et de Mamers. Ainsi, lorsque l'activité de deux établissements est complémentaire, comme dans le cas des hôpitaux de Beaumont-sur-Oise (centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise) et de Pontoise (cf encadré), mais que la structure financière des établissements est trop divergente, l'intérêt bien compris de l'établissement « bien portant » (qui souhaite préserver sa capacité d'investissement) peut le conduire à rejeter toute perspective de rapprochement, même lorsque celle-ci paraît pertinente du point de vue du régulateur. Le cas des fusions de plusieurs établissements mal portants (comme en Martinique) est encore plus problématique, la mission ayant montré *supra* (2.2.2.) que la fusion n'était pas le levier le plus approprié pour redresser la situation financière d'un EPS en déficit.
- [184] Quatrième élément : les deux structures doivent trouver des complémentarités d'activité, et ne pas être en concurrence, ou totalement indépendantes l'un de l'autre. Cet élément, lié à la cohérence des bassins de vie, explique en partie le fait que le projet de fusion entre l'hôpital de Valence (plutôt tourné vers les populations du centre et du sud de la Drôme) et celui de Romans (plutôt tourné vers les populations du nord de la Drôme) n'a pas abouti – et que la mission est sceptique sur l'opportunité de le relancer.
- [185] Cinquième élément : la fusion entre deux établissements moyens ou grands de taille voisine apparaît comme une opération particulièrement difficile, alors que la fusion d'un « petit » établissement avec un « gros » semble poser moins de problèmes. Au-delà d'une certaine taille, la fusion entre égaux semble ainsi maximiser les inconvénients de la grande taille : complexité de la gouvernance, déséconomies d'échelle, difficultés managériales et de conduite de projet dans un environnement particulièrement complexe et sensible, etc. L'opération paraît particulièrement risquée lorsque, pour reprendre le quatrième élément, les deux établissements étaient frontalement concurrents et de ce fait peu complémentaires.

3.3.2.2. Un accompagnement au changement défaillant ralentit, voire empêche la réussite d'un projet

- [186] L'implication managériale est déterminante pour assurer la conduite du projet de fusion. Elle se traduit à différents niveaux.

- [187] Des objectifs clairs, notamment d'efficience, doivent être définis et affichés de manière transparente par les directions d'établissement. Dans le cas contraire, les parties prenantes ont tendance à se sentir lésées, notamment au sein du plus petit établissement qui craint de se faire absorber par le plus gros (mais le cas inverse peut également s'observer : ainsi Montmorency qui a longtemps craint une fusion avec Eaubonne, pourtant plus petit à l'origine, mais avec davantage de potentiel d'expansion du fait de la structure de son patrimoine foncier). S'en suivent alors des négociations sur la répartition des activités qui n'ont pas pour objectif de rationaliser l'organisation des soins sur un territoire mais visent à défendre les prérogatives de chaque échelon hiérarchique et de chaque service. Le résultat ne permet pas de rationaliser l'organisation de l'ensemble fusionné, ni de dégager une complémentarité entre les sites (lorsqu'il est pertinent de les conserver), obérant dès lors la réussite de l'opération, comme dans le cas de la fusion Millau/Saint-Affrique.
- [188] Le directeur de l'hôpital fusionné doit avoir une légitimité incontestée. Lorsqu'il a été directeur de l'un des deux établissements pendant longtemps, ou encore lorsqu'il n'a pas une personnalité fédératrice, les tensions s'exacerbent. Le cas de la fusion entre Poissy et Saint-Germain est emblématique à cet égard : le directeur choisi pour diriger le nouvel établissement avait dirigé l'hôpital de Poissy durant des années, alors même que les craintes d'être absorbés émanaient du personnel de Saint-Germain, établissement un peu plus petit et surtout connaissant une décroissance d'activité (cf encadré *supra*).
- [189] Le changement doit être conduit avec méthode, dans la transparence, et en associant l'ensemble des acteurs aux moments opportuns. Une bonne communication vis-à-vis du personnel, des élus, de la population est indispensable. Dans le cas contraire, des rumeurs et des informations erronées sont susceptibles d'être relayées par les opposants à la fusion. En outre, la dimension médiatique de tout rapprochement d'envergure ne doit pas être sous-estimée. A la lecture d'articles de journaux du Sud-Aveyron, la population de Saint-Affrique aurait vécu le rapprochement avec l'hôpital de Millau comme un véritable abandon des services publics sur leur commune.
- [190] Le manque d'accompagnement social du personnel est un facteur de blocage important. L'incertitude sur les conditions de travail doit au contraire être minimisée dès que possible. La coopération très aboutie des centres hospitaliers d'Aix et de Chambéry a été grandement facilitée par l'engagement de la direction de l'hôpital d'Aix dans l'accompagnement des personnels concernés par le déménagement de la maternité à Chambéry : un plan de reclassement a été piloté par la directrice adjointe de l'hôpital d'Aix et a conduit à recevoir individuellement tous les agents concernés, avant et après le déménagement, afin d'étudier leurs besoins et recueillir leur retour sur la nouvelle organisation.
- [191] Malgré le rôle clef que jouent les directeurs d'hôpital dans ces opérations délicates, ces compétences sont trop peu valorisées dans leurs carrières.
- [192] La tutelle, tant régionale que nationale, a également un rôle important à jouer aux côtés des équipes hospitalières dans la conduite des projets de fusion, parce qu'elle est en charge de la stratégie de réorganisation de l'offre de soins, parce qu'elle a vocation à accompagner et soutenir les établissements qui fusionnent, parce qu'elle peut jouer un rôle de capitalisation et de diffusion de méthodes et d'expériences. Une éventuelle carence est de nature à obérer la réussite du projet de fusion.
- [193] Or, au niveau national, comme la mission le relève *supra* (3.1.1.), aucun suivi ou évaluation des opérations de fusion n'est mené. De ce fait, aucune capitalisation sur les expériences considérées comme réussies ou en échec n'est possible. Par ailleurs, il ne semble pas que des conseils précis, adaptés à chaque situation, soient délivrés sur les formes juridiques adéquates pour mener un rapprochement entre deux établissements.

- [194] Au niveau des agences régionales d'hospitalisation, et aujourd'hui des agences régionales de santé, le soutien aux opérations de fusion a été, et est encore, souvent fluctuant. L'idée prévaut que la fusion, pour être réussie, doit « venir du terrain », et être portée notamment par les directions d'établissement et le corps médical. S'il est vrai que la réussite des coopérations hospitalières de territoire initiées par l'ARS de Champagne-Ardenne dépend largement des dynamiques de terrain, de leur pertinence en termes d'organisation des soins, et de l'adhésion des acteurs, il est également exact que l'absence d'implication de l'ARS dans des procédures extrêmement chronophages pour les établissements peut induire des découragements et des démotivations. A l'inverse, une fusion imposée par un DG d'ARS augure mal de la réussite du projet, si les raisons de cette évolution ne sont pas intégrées par les acteurs.
- [195] D'une manière générale, dans la mesure où l'ARS est directement responsable de la politique des restructurations hospitalières en région, elle a un rôle essentiel à jouer dans la préparation des fusions, comme dans leur accompagnement une fois qu'elles ont été décidées. Elle doit en particulier s'investir dans le choix des équipes de direction qui auront à s'occuper des projets de fusion, dans la communication à l'égard des élus et dans le suivi des résultats des opérations en cours. Ainsi, les déficits accumulés du CHIPS auraient dû constituer un signal d'alarme et enclencher une réaction (non limitée aux seuls aspects financiers) de l'ARH d'Ile-de-France.

3.3.2.3. Un contexte défavorable peut faire échouer un regroupement

- [196] L'opposition de tout ou partie du corps médical, des élus, et l'absence de « fait générateur » reconnu par l'ensemble des acteurs comme rendant nécessaire la fusion constituent trois éléments de contexte introduisant un degré de complexité supplémentaire dans la conduite d'une fusion.
- L'opposition de tout ou partie du corps médical
- [197] La pertinence et la valeur ajoutée d'une fusion se jugeant à la capacité qu'elle offre au nouvel ensemble de repenser ses processus, ses organisations et ses moyens sur les fonctions support ou périphériques (pharmacie, biologie...) mais aussi et surtout sur son activité médicale, la capacité de la communauté médicale à s'accorder sur une nouvelle organisation pèse lourd dans la réussite ou l'échec d'une fusion. Dans les cas du CHIPS et de l'hôpital Sud-Francilien (cf. encadré ci-dessous) les défiances réciproques, la crainte de certains praticiens de ne pas trouver leur place au sein de la nouvelle structure, expliquent pour une large part les résultats décevants de ces opérations, tant sur l'organisation de ces établissements que sur leur situation financière.

La création de l'hôpital du Sud-Francilien : des malentendus initiaux sur les objectifs de la fusion obèrent la réussite du projet dès l'origine⁶⁰

La fusion des CH d'Evry et de Corbeil a eu lieu en 1999. Les établissements connaissent alors des difficultés budgétaires, et sont de moins en moins performants. Construits à 7 km de distance, ils se situent sur le même bassin de population, ont le même profil de clientèle, et répondent à des besoins de santé comparables. La concurrence de trois cliniques privées est forte, notamment pour l'hôpital d'Evry. Malgré ces différents facteurs favorisant la coopération entre les deux établissements, ces derniers échouent à s'accorder sur les modalités de restructuration, et continuent à offrir une offre similaire, deux ans après la fusion.

Plusieurs problèmes dans la conduite de la fusion ont été identifiés dans le rapport d'inspection de 2001 :

- des malentendus sur les objectifs de la fusion paraissent être à l'origine des difficultés de mise en œuvre des projets de restructuration ; l'ambition de la communauté médicale est de créer un pôle de référence, plus autonome vis-à-vis des CHU parisiens, dans un contexte de recrutement problématique dans certaines spécialités (anesthésie et obstétrique) ; dès 1995, elle prend l'initiative d'écrire un « livre blanc », pour organiser les complémentarités entre les deux sites ; pour l'administration, l'objectif principal de la fusion est en revanche d'améliorer l'efficience ;
- ces malentendus ne sont pas dissipés par la tutelle, qui insiste sur le développement de la complémentarité entre les deux sites, sans en préciser les modalités, et en laissant de fait se développer la concurrence ;
- aucune analyse stratégique sur les besoins de santé du territoire n'est menée préalablement à la fusion, qui était pourtant évoquée depuis une dizaine d'années ;
- des lacunes sont également identifiées au niveau du management de la direction et de la conduite de projet : manque d'explicitation des objectifs, aucune ligne directrice en matière d'investissement, choix d'un cadre inexpérimenté en charge des finances, défaut d'outils de pilotage...

De ce fait, « le règlement à l'amiable des conflits a pris le pas sur la réflexion prospective », selon le rapport d'inspection.

En décembre 2001, le conseil d'administration décide de regrouper les activités sur un site unique. Le nouvel ensemble est inauguré 10 ans plus tard. Avec cette nouvelle étape de la fusion, il sera intéressant de suivre l'évolution des différents indicateurs médicaux, administratifs et financiers de l'établissement, afin de vérifier concrètement si l'installation dans un bâtiment unique permet effectivement d'approfondir la démarche de restructuration initiée en 1999.

- [198] Dès l'amont du projet, la présence au sein de la communauté médicale de personnalités non coopératives – ou pour lesquelles la fusion se traduirait par une réduction de leurs perspectives de carrière – est susceptible d'en affecter significativement la réussite. Cette situation peut aboutir à différer pour de longues années des ajustements nécessaires, et générateurs de gains pour l'établissement dans son entier. Dans le cas de la fusion des hôpitaux d'Eaubonne et de Montmorency, les différents blocages ont ralenti les étapes successives de fusion, qui ne sera achevée sur un plan organisation qu'en 2014, soit 16 ans après la décision juridique de réunir les deux établissements.

⁶⁰ *Enquête sur le fonctionnement du centre hospitalier Sud Francilien*, Dr. A-C Rousseau-Giral, C. Gal, G. Laurand, IGAS, juin 2001

[199] Ce constat est d'autant plus vrai lorsque les rationalisations consécutives à la fusion ont un impact négatif sur la situation personnelle et financière des personnels médicaux et para-médicaux : par exemple lorsqu'elles se traduisent par la fermeture d'un plateau technique ou par l'unification sur site unique des urgences H24, conduisant à les priver des rémunérations des gardes et astreintes, salaires de nuit, etc., qu'ils percevaient dans l'organisation antérieure ou lorsqu'il n'y a plus de prise en charge des activités multi-sites et des frais de transport (exemple Brest-Carhaix). Cet aspect peut expliquer le manque d'adhésion des médecins (et plus généralement des personnels soignants) à certains projets de restructuration ou fusion, comme ce fut le cas à Saint-Affrique dans le cadre de la fusion avec l'hôpital de Millau.

Le CH de Millau et le CH de Saint-Affrique : l'opposition entre la communauté médicale et les administrateurs mène à la défusion⁶¹

Plusieurs difficultés rencontrées par l'hôpital de Saint-Affrique concourent à sa fusion avec le centre hospitalier de Millau en 2000 : 1. Un bassin de population de l'hôpital de Saint-Affrique peu important (24 000 habitants environ). 2. Une faible activité de chirurgie de proximité, et une activité d'urgence marginale. 3. Un problème de recrutement de praticiens. 4. Une situation financière problématique.

L'hôpital de Millau, situé à une trentaine de minutes, était l'hôpital de recours pour les gestes chirurgicaux lourds. La fusion des deux établissements paraissait être une solution pour réorganiser efficacement l'offre de soins, dans un objectif d'efficacité et de qualité des soins. De fait, dès 2000, année de la fusion, l'activité de court séjour de l'établissement fusionné croît légèrement. L'activité d'obstétrique et de médecine se maintient, le recours aux urgences est en hausse. Seule l'activité de chirurgie viscérale chute. Mais une opposition radicale entre les administrateurs et la communauté médicale va contribuer à bloquer toute évolution. Deux instances s'opposent : la CME, jugée par les administrateurs comme pro-millavoise, et le CA, jugé par la communauté médicale comme pro-saint-affricaine. Aucun projet médical n'est approuvé par le conseil d'administration dès 2001. Une dégradation budgétaire est constatée à partir de 2002.

En 2003, une manifestation massive, relayée par les médias nationaux, est organisée par les médecins pour protester contre la décision de l'ARH de fermer l'activité de chirurgie à Saint-Affrique. Cinq personnes font une grève de la faim.

En 2006, la défusion est votée.

Outre l'importance d'une cohésion entre la communauté médicale et les administrateurs, cet exemple illustre également les difficultés à mener une restructuration dans des territoires ruraux ou montagneux, dans lesquels la fermeture de services hospitaliers est vécue par la population comme un abandon par l'Etat de ses missions de service public.

- L'opposition des élus

[200] La mobilisation d'élus contre un projet de fusion, même déjà engagée, est un facteur bloquant. Dans le cas du CHIPS, la disparition du maire de Saint-Germain, Michel Péricard, un an après l'acte juridique entérinant la fusion avec l'hôpital de Poissy, a représenté une véritable rupture dans la dynamique du projet. Les résistances du personnel se sont renforcées, et les restructurations prévues n'ont pas été menées comme prévu initialement.

- L'absence d'un fait générateur

⁶¹ Cf. *Mission d'inspection du centre hospitalier intercommunal du Sud-Aveyron (Millau Saint-Affrique)*, Pierre Aballéa, Jean-Paul Bastianelli, Roland Cecchi-Tenerini, IGAS, 2004, et *Mission d'appui et de conseil auprès du Centre hospitalier de Saint Affrique*, D. Noire, CGES, et Prof. X. Barral, IGAS, 2010.

[201] Un « fait générateur » d'une fusion permet d'accorder les parties prenantes sur la nécessité d'un rapprochement : situation financière dégradée, difficulté à remplacer un praticien, recomposition de l'offre de soins privée, nécessité de s'étendre sur le plan immobilier...

[202] En l'absence d'un constat partagé établissant une certaine urgence à agir, les facteurs de blocage l'emportent. C'est le cas de la fusion peu probable aujourd'hui entre Valence et Romans, dans un contexte particulier où l'hôpital de Romans estime par ailleurs avoir été lésé par la politique de l'ARS, considérant que celle-ci lui avait imposé certaines charges non souhaitées (notamment les « compensations » accordées à St-Vallier dans le cadre de sa fusion avec Romans au début des années 2000) , tout en lui refusant les investissements qui lui auraient permis d'asseoir son développement.

3.3.3. Mais certaines, rares, sont très bénéfiques

[203] L'objectif d'une fusion ou d'un rapprochement doit être de rationaliser l'offre de soins sur un territoire donné, en maintenant des soins de qualité, en garantissant un accès aux soins adéquat, sans augmenter le taux de fuite des patients vers des établissements tiers.

[204] Tout d'abord, la pertinence du projet doit faire l'objet d'un consensus le plus large possible, qui est souvent facilité par l'existence de faits générateurs objectifs, comme la mission l'a relevé *a contrario* au point précédent :

- une situation financière très dégradée ne permettant plus à l'établissement de préserver son autonomie (ce fait générateur a joué à la fin des années 1990 pour hâter la fusion de Méru avec Beaumont, qui est aujourd'hui confronté à la même problématique face à Pontoise) ;
- des problèmes de recrutement : la difficulté à remplacer un praticien parti pose la question de l'attractivité de l'hôpital, et donc de sa capacité à maintenir tel ou tel secteur d'activité (ce qui est à l'origine des CHT que la mission a observés en Champagne-Ardenne⁶²) ;
- la recomposition de l'offre de soins privée : le projet d'une clinique privée d'obtenir une autorisation en réanimation a conduit l'hôpital de Pontoise et celui de Beaumont à coopérer stratégiquement, même si cette coopération est compliquée du fait des situations financières divergentes des deux hôpitaux ; de même, les hôpitaux d'Aix et de Chambéry ont élaboré un « projet médical unique » (dans les faits, le projet médical des activités d'Aix) après la décision d'une clinique d'Aix-les-Bains de fermer son service de chirurgie générale, ce qui a conduit à la fermeture de la maternité de l'hôpital public.
- la nécessité de réaliser des investissements lourds que l'établissement ne serait pas en mesure de réaliser seul (Méru), ou de s'étendre afin d'augmenter une activité contrainte pour des raisons immobilières : c'est pour cette raison que l'hôpital de Chambéry a trouvé un intérêt au rapprochement avec l'hôpital d'Aix-les-Bains ;
- un important taux de fuite des patients est également de nature à mobiliser les acteurs ; c'est le cas dans les petites structures, comme à Saint-Affrique ou Méru, mais également à Saint-Germain, lorsque les établissements tiers sont faciles d'accès. ;
- le calendrier politique et l'implication des élus locaux peuvent jouer en faveur des rapprochements : le maire d'Aix-les-Bains a soutenu le projet de coopération dès lors que des activités étaient maintenues sur sa commune ; à Saint-Germain, l'implication du maire en faveur de la fusion avec Poissy a débloqué la situation en 1998, sa disparition ouvrant une nouvelle période de blocage.

[205] Une fois le projet lancé, la conduite du changement doit être menée de façon adéquate, par une équipe dirigeante fédératrice, ayant le soutien des tutelles.

⁶² La communauté hospitalière de territoire (CHT) Nord-Ardenne (rassemblant quatre établissements, dont le CH de Charleville et celui de Sedan), la CHT Sud-Champagne (rassemblant 9 établissements) et la CHT Vallée de la Marne (11 établissements, dont le CHU de Reims).

- [206] Enfin, des critères d'évaluation doivent être définis en amont, et suivis tout au long du processus de rapprochement, afin de mesurer l'impact de la fusion sur la qualité des soins, les coûts, la situation financière de l'établissement, la satisfaction des usagers, et les conditions de travail.
- [207] En conclusion, une fusion hospitalière n'est pertinente que si elle vise à améliorer l'efficacité de l'offre sanitaire sur le territoire, et y parvient effectivement. Sans être un remède miracle aux différents problèmes rencontrés par les établissements publics de santé, elle peut parfois être un outil efficace au service de cet objectif, mais ne doit être utilisée qu'avec prudence et précaution.

3.4. *Dans la conduite des restructurations hospitalières, l'ARS ne doit pas utiliser les fusions et autres modes de rapprochements entre hôpitaux pour déléguer son rôle de régulateur aux gestionnaires d'établissement*

- [208] La mission a souligné *supra* l'importance du rôle du directeur d'hôpital dans la définition et la mise en œuvre de la stratégie de son établissement, *a fortiori* lorsque celui-ci est confronté à des situations particulières : déficit à résorber, rapprochement à organiser avec un autre établissement, etc.
- [209] Mais ce rôle qui l'amène à participer directement à la mise en œuvre des recompositions hospitalières ne saurait être confondu avec celui du régulateur. En effet, l'ARS reste seule responsable de la politique de restructurations au niveau régional, à travers son rôle d'impulsion et, *in fine*, de décision pour les nombreux aspects qui supposent un acte juridique de sa part (gestion d'autorisations, dotations budgétaires, nominations...) : **la réorganisation de l'offre de soins sur un territoire et l'optimisation de la gestion d'un établissement de santé** (ou la conduite d'un projet de fusion) **ne sont pas des activités de même nature**, même si la seconde s'inscrit dans le cadre tracé par la première.

3.4.1. **Le directeur d'hôpital ne peut pas être l'agent de la réorganisation de l'offre de soins au nom de l'ARS**

- [210] La mission a pu constater lors de ses déplacements en région que certains modes d'organisation promus par les ARS pouvaient conduire au mélange de ces deux fonctions. Ainsi en est-il lorsque, soit par le biais d'un usage extensif de la direction commune, soit par le biais de CHT conçues comme les instruments de mise en œuvre infrarégionale des orientations du SROS-PRS, les ARS placent *de jure* (dans le cas d'une direction commune) ou *de facto* (dans le cas d'une CHT, compte tenu des limites juridiques de cet outil⁶³) des directeurs d'hôpitaux à la tête d'ensembles composites qu'il leur appartiendrait de réorganiser.
- [211] Certes, ces modes d'organisation ne se traduisent pas par la fusion de tous les établissements publics d'un territoire au sein « d'assistances publiques territoriales » que certains ont pu appeler de leurs vœux⁶⁴ et qui auraient alors officiellement la double responsabilité de restructurer leurs composantes et de centraliser leur gestion opérationnelle. Mais, lorsqu'une ARS confie à un directeur une direction commune ou lorsqu'elle l'invite à former une CHT « restructurante » calquée sur le territoire de santé qui est l'échelon de mise en œuvre infra-régionale du SROS, elle assortit en général cette décision d'une mission de réorganisation des activités entre les différents établissements parties prenantes de la direction commune ou de la CHT.

⁶³ Cf. annexe 4.

⁶⁴ Par exemple l'ancien directeur de l'AP-HP F. Stasse, dans une *Note de la Fondation Saint-Simon* de 1993.

[212] Cette responsabilité particulière donnée au directeur d'hôpital peut se comprendre lorsque la réorganisation à opérer a vocation à déboucher sur une fusion entre plusieurs établissements – sous réserve que cette perspective ait été clairement tracée par l'ARS, notamment vis-à-vis des acteurs locaux. Il est utile, dans la phase finale de préparation de la fusion, d'avoir un responsable unique et clairement identifié pour la piloter, le directeur agissant alors comme un préfigurateur. Mais la plupart des CHT n'ont pas vocation à déboucher sur la fusion des établissements qui les composent. Confier dans ce cadre une mission de réorganisation de l'offre publique à un directeur d'établissement présente alors deux risques :

- un risque de conflit d'intérêt qui, comme dans toute situation de conflit d'intérêt, est autant lié à la perception des parties prenantes qu'à l'attitude du directeur lui-même ;
- un risque d'engorgement si, accaparé par les missions chronophages que lui imposent à la fois l'animation des multiples structures de l'ensemble qu'il doit piloter et les tâches spécifiques de restructuration sur lesquelles il a été missionné, le directeur ne peut pas consacrer tout le temps nécessaire à sa tâche de directeur d'établissement ; le manque de disponibilité relevé par l'IGAS du directeur du centre hospitalier intercommunal de Poissy-St Germain (CHIPS), qui assumait par ailleurs un intérim avec le CH de Saint-Denis⁶⁵, montre que ce risque d'engorgement n'est pas théorique ; les premières expériences de CHT que la mission a pu observer se caractérisent de fait par une multiplication de réunions dont l'utilité n'apparaît pas toujours évidente au regard du caractère non opérationnel des compétences actuelles de ces structures.

[213] Pour la mission, **la définition et la mise en œuvre de la stratégie de réorganisation de l'offre de soins relèvent de la responsabilité du régulateur, c'est-à-dire des ARS, et cette mission ne peut être déléguée aux acteurs eux-mêmes.**

[214] Tout d'abord parce que cette réorganisation doit embrasser tous les secteurs – hôpitaux publics, ESPIC, cliniques privées. C'est la raison pour laquelle, quel que soit l'intérêt que peut représenter la CHT dans la structuration territoriale de l'offre publique hospitalière au niveau local, elle n'est pas l'outil de déclinaison territoriale du SROS, qui doit faire l'objet d'un document spécifique. Mais, au-delà de cet aspect intersectoriel, l'ARS a également une responsabilité première dans la définition et le suivi des restructurations hospitalières auxquelles les orientations du SROS auront vocation à donner lieu.

[215] Ce volet est évidemment l'aspect le plus sensible de la démarche de planification sanitaire. Il représente également une charge de travail importante, dans la phase de préparation des arbitrages mais aussi ensuite, dans l'accompagnement des établissements qui devront les mettre en œuvre. Cette charge revient à titre principal à l'ARS, car elle a vocation à déboucher sur des décisions de restructuration qui relèvent de sa responsabilité (fermeture, transfert ou reconversion d'activités, allocation de moyens spécifiques d'accompagnement des restructurations).

3.4.2. La stratégie de réorganisation de l'offre de soins doit rester sous la responsabilité des ARS

[216] Si les acteurs de terrain doivent évidemment être associés à la préparation des décisions, qu'ils auront ensuite à mettre en œuvre dans leurs établissements, il est de la responsabilité du régulateur de porter le discours de restructuration auprès des parties prenantes, notamment les élus, et de tracer les perspectives de rationalisation pour les établissements dans le cadre territorial (c'est-à-dire au-delà de leur problématique stratégique propre), puis de leur apporter les outils et moyens dont ils auront besoin pour accompagner la mise en œuvre des décisions.

⁶⁵ Cf. rapport IGAS, *op. cit.*, p. 59.;

- [217] En outre, cette responsabilité particulière ne peut pas s'exercer uniquement au niveau régional. En effet, si les grandes orientations de l'offre de soins figurent dans le SROS, les décisions précises de restructurations hospitalières auxquelles elles donnent lieu se préparent au niveau des territoires. Pour pouvoir conduire leur mission de régulation à ce niveau, les ARS doivent s'organiser pour disposer de personnels effectivement capables de jouer ce rôle, que le directeur de l'établissement-chef lieu de CHT ne peut assumer en son nom.

4. PROPOSITIONS

4.1. *Les fusions dans la politique des restructurations hospitalières*

- [218] Les fusions ne sont pas une fin en soi : elles ne sont que des outils, dont l'usage n'est pertinent qu'au regard des objectifs qui leur sont assignés. Dans l'univers des établissements publics de santé, les développements précédents ont montré que les fusions sont en général des instruments au service de restructurations hospitalières lourdes et que, en raison de leur particulière complexité, elles ne doivent être lancées que si leur intérêt est démontré au regard des objectifs généraux d'optimisation de l'offre de soins que poursuit le régulateur. Encore faut-il que ces objectifs aient été précisément définis.

4.1.1. **Recommandations pour le niveau national**

- [219] La mission s'inscrit dans la logique qui confie aux agences régionales la responsabilité de définir et de mettre en œuvre la stratégie de recomposition de l'offre de soins, et elle formule à ce titre quelques recommandations à leur intention dans la partie suivante (4.1.2.). Mais l'expérience montre que les agences régionales ne peuvent mettre en œuvre cette stratégie que si elles bénéficient de l'appui du niveau national, qui demeure en fait comme en droit l'autorité suprême sur les dossiers hospitaliers. Il est donc particulièrement important que la doctrine du ministère en ce qui concerne les restructurations hospitalières soit claire, et clairement énoncée.

4.1.1.1. Expliciter et assumer l'enjeu de la restructuration

- [220] La mission a relevé *supra* le flou des objectifs assignés aux ARS en matière d'évolution de l'offre hospitalière. Pour leur permettre de jouer leur rôle, il est essentiel que le ministère soit plus explicite dans les orientations qu'il leur fixe en matière de réorganisation de l'offre de soins.
- [221] Cette clarification passe notamment par un discours plus offensif sur la nécessité pour les établissements de santé de modifier leur fonctionnement pour faire face aux évolutions générales de leur contexte. La logique et les conséquences de ces évolutions doivent être davantage explicitées par le ministère – ainsi, il faut évoquer les perspectives d'évolution de la chirurgie conventionnelle parallèlement à celles de la chirurgie ambulatoire –, et l'objectif d'amélioration de l'efficacité doit être envisagé non seulement à travers l'amélioration de la qualité des soins à coûts constants, mais aussi à travers la diminution des coûts à qualité constante.
- [222] En effet, lorsque les restructurations à conduire se justifient d'abord pour des raisons de rationalité économique (comme dans le cas de certaines rationalisations de plateaux techniques), il est important de les assumer en tant que telles, l'utilisation d'autres arguments (qualité des soins, etc.) étant alors contre-productive, parce que non fondée. A l'inverse, il peut être possible que des raisons d'intérêt général s'opposent à certaines opérations de rationalisation, au nom, par exemple, de la nécessité de préserver l'accès aux soins dans des zones isolées ; mais il est alors important que les critères de ces exceptions soient explicites et rigoureusement fondés. Ces différents principes doivent notamment guider la poursuite des travaux sur les seuils minimaux d'activité des services hospitaliers (cf. *infra*, 4.2.).

[223] Le ministère doit également mieux structurer son discours aux ARS et aux acteurs du monde hospitalier sur l'articulation entre la logique de financement des établissements et la logique de planification de l'offre de soins, qui sont liées. Dans ce contexte, il est important que les ARS puissent utiliser les différents outils à leur disposition (autorisations, dotations spécifiques, avis sur les projets d'investissement...) à bon escient, c'est-à-dire en intégrant le fait qu'elles interviennent dans un environnement budgétaire régulé globalement par la T2A, mais aussi que cette logique de financement n'est pas toujours efficiente et qu'il leur appartient parfois d'en corriger les effets grâce à leur pouvoir réglementaire ou financier (ainsi lorsqu'il paraît nécessaire de dépasser l'intérêt financier bien compris de l'un ou l'autre des deux établissements afin de pouvoir conduire à son terme leur rapprochement).

[224] Enfin, la fourniture d'un accompagnement spécifique aux établissements confrontés aux conséquences des restructurations de l'offre de soins doit être un axe particulier de la politique du ministère, qui doit faire l'objet de moyens et d'une organisation spécifiques. Les ARS ne pourront apporter leur soutien aux opérations en cours dans leur région si elles ne disposent pas de la part du niveau national d'outils pour le faire, et de son soutien politique en cas de difficulté. Ce dernier point est particulièrement important pour le traitement des fusions, dans la mesure où, en raison de leur caractère à la fois lourd et politiquement sensible, elles requièrent un engagement et un accompagnement exceptionnels de la part de la tutelle.

Recommandation n°1 : Faire des restructurations hospitalières un axe particulier de la politique hospitalière, décliné par secteurs (médecine, chirurgie, obstétrique) et lui dédier des moyens et une organisation spécifiques.

4.1.1.2. Affecter des moyens au niveau national au suivi et à l'accompagnement des opérations de restructurations

- Le suivi et l'évaluation des restructurations

[225] Pour permettre au niveau national de jouer véritablement son rôle d'impulsion en ce qui concerne la politique des restructurations hospitalières, il est tout d'abord important d'améliorer les outils statistiques de suivi de ces opérations. Cela passe notamment par un meilleur accompagnement des services des ARS et des établissements dans le remplissage des états statistiques actuels (SAE), mais aussi probablement par une refonte de ces outils pour les rendre plus ergonomiques et plus robustes (FINESS, SAE), par une mobilisation de l'ATIH pour faciliter l'exploitation des données de suivi des restructurations et par la relance de l'observatoire des recompositions hospitalières, qui devrait être pourvu par la DGOS de moyens humains et informatiques (réouverture du site internet www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr).

Recommandation n°2 : Améliorer la connaissance et le suivi des restructurations hospitalières en améliorant les outils actuels, en sensibilisant les acteurs locaux à leur remplissage et en réinstituant l'observatoire national des recompositions hospitalières auprès de la DGOS.

[226] Il est également important d'évaluer les conséquences des recompositions hospitalières, afin de mesurer si elles ont effectivement répondu aux objectifs qui leur étaient fixés. Il serait notamment intéressant que les structures de recherche et d'évaluation (DREES, ANAP...) puissent éclairer sur la base de l'étude de cas concrets et des données statistiques générales les deux problématiques suivantes :

- la réalité des gains d'efficacité dans les cas de mutualisations (sous toutes leurs formes : coopérations bilatérales, création de structures *ad hoc*, fusions) ;
- l'arbitrage accessibilité/qualité dans les zones isolées, i.e. la comparaison entre les pertes de chance liées à un plus grand éloignement des structures de soins et les pertes de chance liées à une moindre qualité des soins du fait de la plus petite taille des structures locales.

Recommandation n°3 : Développer les études sur l'impact des recompositions hospitalières, et notamment des fusions.

- L'accompagnement des restructurations

[227] L'accompagnement des restructurations hospitalières par le niveau national doit également prendre des formes plus concrètes, sur la conduite des projets eux-mêmes. Sur le plan des ressources humaines notamment, les acteurs locaux sont fréquemment confrontés à des problèmes qu'ils ne peuvent régler qu'en disposant de moyens juridiques et/ou financiers spécifiques pour définir de solutions de reclassement pour les personnels touchés par la restructuration, pour accompagner des mobilités géographiques ou fonctionnelles, pour prendre en compte de surcoûts temporaires liés à l'opération, etc.

[228] Or, dans la plupart des cas, ces moyens ne pourront être mis en œuvre que s'ils sont explicitement prévus et autorisés par le niveau national, soit à travers l'adoption de textes en encadrant l'usage, soit par la mobilisation de moyens financiers exceptionnels délégués aux ARS. A la lumière de l'expérience, la DGOS doit travailler avec les ARS et les établissements confrontés aux restructurations sur les outils supplémentaires qui pourraient être mis à leur disposition pour mieux accompagner ces mouvements. La mission formule sur ce sujet des propositions concrètes *infra*, au point 4.3.

[229] Pour conduire cette réflexion, le niveau national doit dédier des moyens à l'appui des restructurations. Il doit exister au sein de la DGOS une équipe spécifiquement missionnée pour assurer le suivi des restructurations (à travers l'animation du réseau de l'observatoire des recompositions et l'interface avec les structures d'études et d'évaluation), offrir un appui en « point d'entrée unique » aux acteurs locaux (ARS et établissements) ayant à conduire des restructurations, animer un vivier de professionnels ayant l'expérience de ces opérations et dont l'expertise pourrait être mobilisée en tant que de besoin, associer le CNG à la préparation et à la conduite des opérations et mutualiser d'une façon générale les expertises et les compétences. Le cas des fusions se prête particulièrement bien à une telle démarche de mutualisation, dans la mesure où, si le contexte de chaque fusion est spécifique, les opérations à conduire (juridiques, financières, comptables, RH, managériales...) sont en revanche toujours les mêmes, et se prêtent aisément à la rédaction d'un guide en lien avec l'ANAP.

Recommandation n°4 : Créer à la DGOS une cellule nationale d'appui aux restructurations, chargées de coordonner l'action du niveau national afin de répondre aux besoins des acteurs locaux. Mobiliser tout particulièrement cette cellule, en liaison avec l'ANAP, sur l'accompagnement méthodologique des fusions.

4.1.1.3. L'assouplissement du fonctionnement des très gros établissements doit être aussi un objectif des restructurations hospitalières

[230] Les difficultés liées à l'application des seuils minimaux d'activité ont mis en exergue les difficultés de restructuration des plus petits hôpitaux, et les difficultés d'organisation des soins dans les zones isolées ou en déclin démographique. La mission a également relevé *supra* que les fusions touchaient principalement des établissements petits ou moyens.

[231] Néanmoins, les problèmes des petites structures sont loin d'être le seul enjeu des restructurations hospitalières. En effet, les analyses de la mission sur l'effet-taille à l'hôpital, comme ses remarques sur l'impossibilité pour les EPS d'emprunter la « troisième voie » entre la fusion et la coopération que constitue le groupe, auxquelles on peut également ajouter les travaux de l'IGAS sur l'échec des fusions impliquant de grands établissements (CHIPS, Sud-Francilien...), amènent nécessairement à s'interroger sur les problèmes spécifiques que semble causer la grande taille à l'hôpital.

[232] Dans un contexte où les enseignements de la littérature internationale semblent placer le seuil maximal d'efficacité pour un hôpital entre 600 et 900 lits de court séjour, il est légitime de se demander si les plus gros établissements français, qui sont bien au-delà de cette limite, ne fonctionneraient pas mieux s'ils adoptaient une organisation moins centralisée : l'analyse des fusions amène ainsi à s'interroger sur l'opportunité de « défusions » pour les ensembles hospitaliers les plus importants – *a fortiori* pour les « groupes » de fait que constituent les assistances publiques (AP-HP, HCL, AP-HM). Mais cette interrogation devrait être autant juridique que technique, dans la mesure où, aujourd'hui, il n'existe pas d'outils pour structurer sous la forme d'un groupe un ensemble de sites hospitaliers publics auxquels on souhaiterait donner davantage d'autonomie, sans perdre l'intérêt de la mutualisation sur certains sujets stratégiques (financement, stratégie, etc.). Cette question pourrait faire l'objet d'un investissement spécifique de l'IGAS et de l'ANAP.

Recommandation n°5 : Missionner l'IGAS et l'ANAP sur l'optimisation de l'organisation des structures hospitalières de grande taille : quelle organisation juridique et financière des groupes d'hôpitaux publics ? faut-il « déconsolider » les assistances publiques en établissements complètement autonomes, ou dans le cadre d'un modèle de groupe public à inventer ?

4.1.2. Recommandations pour le niveau régional

[233] Le rôle clef des directions d'hôpitaux, l'importance de l'adhésion des acteurs « de terrain » ne doit pas conduire les ARS à se désengager de tout projet de fusion. Les expériences passées montrent l'importance de leur implication, à tous les stades :

- en amont, afin de définir les restructurations à conduire, formalisées dans le SROS ;
- lors de la mise en œuvre des projets de fusions et restructurations ;
- en cas de difficultés, ou d'échecs, afin de prendre les décisions nécessaires.

4.1.2.1. Le pilotage des restructurations hospitalières doit rester sous la responsabilité directe des ARS

[234] La mission a rappelé *supra*, au point 3.4. que la politique des restructurations hospitalières était de la responsabilité des ARS, et qu'elles ne devaient pas déléguer aux directeurs d'établissement la charge que représente la mise en œuvre de cette politique (notamment la relation avec les élus). Ce principe se traduit par une triple responsabilité pour l'ARS :

- dans sa mission de planification, elle doit analyser les inadéquations dans l'organisation hospitalière sur les territoires de santé de son ressort, et utiliser toutes ses compétences juridiques et financières pour y remédier ;
- dans sa mission de suivi général des établissements, elle doit avoir une vigilance particulière pour les établissements confrontés à une restructuration, afin notamment de mesurer l'impact réel de cette restructuration sur l'offre de soins locale : activité, coûts, taux de fuite, satisfaction des usagers, indicateurs financiers, qualité des soins⁶⁶ ; ces indicateurs auront été préalablement définis avec la direction de l'établissement ;
- enfin, elle a également un rôle à jouer aux côtés des directeurs d'établissement dans la conduite des projets de restructurations eux-mêmes, à travers notamment ses pouvoirs de nomination, s'agissant des EPS : dans le cas d'une fusion, elle veillera ainsi au choix du nouveau directeur de la structure fusionnée, qui devra être une personnalité fédératrice et consensuelle pour les différentes parties prenantes, mais aussi au reclassement des personnels dont l'activité est impactée par la fusion ; plus généralement, elle veillera à permettre aux établissements confrontés à de lourdes restructurations d'avoir accès aux mesures d'accompagnement existantes (dont la mission propose par ailleurs de renforcer le nombre et la portée, cf. *infra*, 4.3.), en liaison avec le niveau national (DGOS, CNG).

⁶⁶ Sur cette dernière question, cf. IGAS, *Information des usagers sur la qualité des soins dans les établissements de santé*, PL Bras, P. Gohet, A. Lopez, 2010 ;

[235] La nécessité de conduire ces missions dans le cadre des territoires de santé pourrait sans doute amener les agences à repenser le rôle et les compétences de leurs délégations territoriales, afin de leur permettre de s'investir davantage dans la préparation et la conduite des restructurations hospitalières au niveau des territoires, face aux différents acteurs locaux : gestionnaires d'établissement, élus, personnels...

Recommandation n°6 : Affirmer le rôle des ARS dans le pilotage des restructurations hospitalières au niveau régional. Adapter leur organisation, le cas échéant, pour leur permettre de mettre en œuvre cette politique au niveau des territoires de santé.

4.1.2.2. Les fusions doivent être promues avec discernement

[236] En amont, les ARS doivent identifier les projets de fusion susceptibles de réussir. A cet effet, elles identifieront utilement les facteurs structurels, les oppositions et les facteurs facilitateurs afin de déterminer les chances de réussite ou d'échec d'un projet.

[237] Parmi les facteurs structurels caractérisant un « bon projet », on peut citer :

- la complémentarité des activités ;
- une faible distance entre les deux établissements car un temps de transport trop important (supérieur à 45-50 minutes) compromet la réussite de la fusion ;
- la cohérence des bassins de vie, et la possibilité de recourir à un hôpital tiers, qui peut rendre l'augmentation d'activité difficile en raison d'un taux de fuite important ;
- des indicateurs financiers pas trop dégradés ; l'existence d'un déficit important dans l'un des établissements n'est pas nécessairement rédhibitoire, mais l'intérêt de la fusion pour résorber ce déficit doit être démontré ;
- la taille des établissements ; la fusion de deux établissements de taille importante est particulièrement difficile ; la fusion d'un petit hôpital avec une grosse structure est plus aisée, et aboutit plus fréquemment à des restructurations d'activités et d'organisation.

[238] L'existence d'une opposition du corps médical ou de réticences des élus doit également être identifiée par l'ARS, pour le cas échéant tenter d'y remédier.

[239] Concernant l'opposition du corps médical, il convient d'en identifier les raisons avec la direction de l'hôpital, et de réfléchir avec elle à la mise en place d'éventuelles compensations. Des mesures de gestion des ressources humaines peuvent éventuellement être prises, en lien avec la direction de l'hôpital et le CNG. La partie 4.3. détaille l'éventail des mesures possibles.

[240] Concernant les élus, en tant que responsable de la politique régionale des restructurations hospitalières, l'ARS doit expliciter la cohérence du projet proposé au regard des orientations arrêtées pour l'organisation de l'offre de soins sur le territoire, et ses conséquences concrètes pour les communes concernées.

[241] Des éléments facilitateurs peuvent aider au lancement d'un projet de fusion et à sa réussite : des élections locales, le soutien de personnalités du corps médical, voire du président de la CME, un changement dans le contexte local qui favorise la prise de conscience des différents acteurs (recomposition de l'offre de soins privée, problème de recrutement de médecins, déficits...). Les ARS, en y étant attentives, pourront ainsi fixer un calendrier adéquat pour mener à bien leurs projets de restructurations, et s'appuyer sur les acteurs mobilisés sur le terrain.

Recommandation n°7 : Mettre à disposition des ARS une grille d'analyse des projets de fusion envisagés, afin d'identifier les facteurs de réussite et les éventuels obstacles au rapprochement.

4.1.2.3. L'usage des directions communes doit être davantage encadré

[242] La mise en place d'une direction commune à deux établissements peut constituer une première étape, préalable à la fusion. Cependant, elle ne doit pas être une étape « alibi », qui rend *de facto* seul responsable du projet de restructuration le directeur concerné, l'ARS se mettant dès lors en retrait. En effet, comme explicité ci-dessus, le pilotage des projets par l'ARS est déterminant pour la réussite des restructurations.

[243] Ainsi, une direction commune ne devrait être mise en place que dans le cadre d'un projet de fusion ou de restructuration d'activités défini en amont. Elle doit être identifiée par les différents acteurs comme n'étant qu'une étape transitoire, dans un calendrier établi et partagé. De plus, elle ne pourra être considérée comme effective que si elle se traduit par une réorganisation de l'ensemble de l'administration des établissements, aboutissant à une suppression de doublons. La nomination d'un simple « directeur commun » à deux établissements ne suffit pas.

Recommandation n°8 : Subordonner la mise en place par les ARS d'une direction commune à plusieurs établissements à l'élaboration préalable d'un projet de fusion, ou, à défaut, de restructurations précises à réaliser dans un calendrier déterminé.

4.2. Définir des principes de bonne restructuration des services de médecine, d'obstétrique et de chirurgie

[244] A partir des constats effectués plus haut dans le corps du rapport et les annexes, la mission propose les axes de réflexion suivants :

4.2.1. Poursuivre la politique de périnatalité

[245] Il ne reste plus que 13 maternités effectuant moins de 300 accouchements par an et une cinquantaine qui effectuent moins de 500 accouchements par an. La plupart de ces maternités se situent désormais dans des zones relativement isolées d'un point de vue sanitaire⁶⁷. Il serait nécessaire de disposer d'études modélisant, en cas de fermeture du service, la perte de chance des futurs patients par suite d'un allongement important des délais de transport, afin de fixer des seuils pertinents.

[246] En leur absence, on peut considérer qu'un allongement de la durée de transport supérieur à deux heures est inacceptable, par exemple pour la population de Saint Pierre et Miquelon, et qu'il faut bien maintenir un service de maternité, en abaissant les normes exigibles en matière d'effectif permanent de personnel médical et soignant (faute de quoi, le problème se révélerait insoluble). En outre, il faudrait accorder les dérogations de façon à ce que les gestionnaires disposent d'une visibilité qui leur permette d'assurer une maintenance et des recrutements adaptés.

Recommandation n°9 : Accorder des dérogations aux maternités dont la disparition dégraderait notablement l'accès aux soins.

[247] La politique de périnatalité s'est accompagnée de résultats positifs, mais qui situent la France dans une honnête moyenne européenne, sans plus. Par exemple, les hémorragies du post partum provoquent en France plus de morts maternelles que chez certains de nos voisins (annexe 6). L'étude des méthodes et des résultats des autres pays européens pourrait éventuellement éviter de raisonner uniquement par concentration des femmes dans des maternités de niveau 3, comme c'est la tendance naturelle dans notre pays. A l'inverse, si c'est cette méthode qui apparaissait la seule apte à garantir le plus faible taux d'accidents, il ne faudrait pas non plus l'écarter.

Recommandation n°10 : Mener une enquête à l'échelon européen sur les moyens d'améliorer les indicateurs médiocres parmi ceux relatifs à l'obstétrique.

⁶⁷ Exemple : Saint Pierre et Miquelon, Die, Bourg saint Maurice, L'Aigle, etc.

- [248] Il ne serait pas normal que les maternités de niveau 1 soient toutes contraintes de fermer dès lors qu'aucun problème de sécurité objectif ne se pose et qu'elles transfèrent bien les grossesses à risque.
- [249] Mais il convient surtout que les ARS ne limitent pas les audits et les contrôles aux seules petites maternités, comme on le voit trop souvent. Des contrôles doivent également être menés dans les maternités de type 2 et 3 sur la façon dont on accueille et dont on s'occupe des parturientes et des bébés, et mesurer leur efficacité.

Recommandation n°11 : Organiser un pyramidage des activités et des contrôles plus cohérent.

4.2.2. Donner des règles de conduite claires en matière de réorganisation chirurgicale

- [250] Conformément aux recommandations des experts chirurgicaux (cf. *supra* et annexe 7), il s'agit de diminuer le nombre de sites de garde de façon à ce que chaque site chirurgical dispose de moyens en personnels suffisants pour assurer une qualité de vie correcte aux professionnels et une activité minimale des blocs opératoires la nuit. Pour cela il faudrait que le pouvoir réglementaire fixe un seuil d'activité minimale des blocs opératoires la nuit (entre 22 ou 24 h le soir et 7 ou 8 h le matin) ainsi que pour le week-end.
- [251] Par exemple, si un site chirurgical n'a fonctionné qu'une nuit sur quatre en moyenne les années 2010, 2011 et 2012 et à peine un week-end sur trois, on pourrait, si le seuil est fixé à 30 %, ne pas le désigner comme **site chirurgical de garde** et reporter sur un autre site les moyens disponibles.

Recommandation n°12 : Assurer dans de bonnes conditions la permanence des soins chirurgicaux la nuit et le week-end en réduisant le nombre de sites chirurgicaux de garde ne fonctionnant que très rarement.

- [252] Il serait en outre souhaitable de fixer un seuil d'activité pour les blocs opératoires et les plateaux techniques chirurgicaux et obstétricaux et fermer ceux qui ne fonctionnent pas suffisamment. Cette proposition est différente de celle concernant la permanence des soins. Il s'agit ici de prendre en compte le fait que c'est la fermeture totale du bloc opératoire et du plateau technique chirurgical qui permet une véritable réorganisation des structures et des effectifs, et in fine, des gains d'efficacité et de productivité.
- [253] Par exemple, si un bloc opératoire ne travaille pendant la journée que trois heures en moyenne, alors qu'il est censé être ouvert de 8 h à 18 h (avec le personnel pour cela) et que le seuil d'activité est fixé à 50 % du temps d'ouverture disponible, on pourrait considérer que ses moyens doivent fusionner avec un autre site.

Recommandation n°13 : Fixer un seuil d'activité pour les blocs opératoires et les plateaux techniques chirurgicaux et obstétricaux et fermer ceux qui ne fonctionnent pas suffisamment.

- [254] Ces seuils pourraient être fixés au départ pour quelques actes traceurs, comme la cholécystectomie, la prothèse totale de hanche, etc., dont on connaît la durée de séjour et les complications « habituelles » en fonction de l'âge des malades.
- [255] A titre d'exemple purement pédagogique, sans aucune certitude sur la valeur indiquée, on pourrait considérer qu'il faut au moins 20 cholécystectomies par chirurgien et par an, pour un chirurgien expérimenté en ayant déjà accompli une centaine, pour que l'activité soit considérée comme usuelle, mais qu'il faut 50 prothèses totales de hanche (PTH) par an pour qu'un chirurgien orthopédique puisse se déclarer actif et expérimenté en la matière.

Recommandation n°14 : Affiner les analyses pour fixer des seuils minimaux d'activité nécessaires à une qualité suffisante, en tenant compte du type d'intervention, de l'expérience du praticien et de celle de l'équipe.

4.2.3. Développer les alternatives à la chirurgie traditionnelle

4.2.3.1. Au niveau national

[256] Compte tenu des résultats acquis pour substituer l'ambulatoire aux hospitalisations dans la liste des 17 actes chirurgicaux soumis à la mise sous accord préalable (MSAP), il paraît logique d'étendre la liste, comme songe à le faire la CNAMTS, qui évoque une liste finale de 31 actes. Il y aura également lieu de modifier légèrement la liste, de façon à en exclure les actes (comme la cœlioscopie gynécologique) qui ont du mal à se développer pour des raisons objectives (difficultés à maîtriser les douleurs et les nausées). Par ailleurs, on pourrait harmoniser la liste des GHS (18 actuellement) et celle des actes en MSAP (17 dont 16 présents dans l'autre liste).

Recommandation n°15 : Elargir la liste des actes de chirurgie conventionnelle soumis à la mises sous accord préalable, afin qu'ils soient plus souvent effectués en chirurgie ambulatoire

Recommandation n°16 : Développer les méthodes de chirurgie de jour et plus généralement toutes les méthodes alternatives qui permettent une meilleure organisation de la chirurgie conventionnelle

Recommandation n°17 : Apporter une aide à l'entourage pour faciliter les retours rapides à domicile : bonne information donnée à celui-ci, accès à des portages de repas, assistance téléphonique...

4.2.3.2. Au niveau régional

Recommandation n°18 : Ne pas inciter n'importe quel petit établissement à faire de la chirurgie ambulatoire

[257] Il est essentiel de concentrer les sites de façon à avoir des équipes disposant d'un savoir-faire avéré et des files actives suffisantes. Selon S. Johanet (ANAP), l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire s'accompagne souvent d'une dégradation des durées de séjours des autres services de chirurgie par suite du départ des malades « légers » vers l'unité ambulatoire, et parce que ce sont les personnels les plus dynamiques qui participent à cette dernière.

Recommandation n°19 : Veiller à ce que les indicateurs de chirurgie traditionnelle ne se dégradent pas simultanément à l'ouverture de la chirurgie ambulatoire

4.2.4. S'attaquer à la restructuration des services de médecine

[258] Il est nécessaire d'améliorer la connaissance de l'activité de médecine à l'hôpital. Parmi les pistes qui pourraient être utilement explorées :

- dresser des fiches de durée de séjour types par pathologie et mesurer les écarts ;
- demander à l'ANAP de mener une enquête sur l'utilisation du temps en médecine un peu comparable à ce qui avait été mené dans les blocs opératoires et sur cette base demander aux établissements des autoévaluations ;
- former et informer les chefs de service de médecine ;
- mener des enquêtes d'inadéquation.

Recommandation n°20 : Affiner la connaissance des séjours médicaux, mener des études sur l'organisation, élaborer des grilles d'inadéquation.

[259] Sur la base des évaluations d'inadéquations, les établissements de santé pourraient proposer des modifications d'organisation visant à les faire disparaître et les ARS pourraient envisager des diminutions de lits d'hospitalisation correspondant aux surplus constatés.

- [260] Simultanément, les établissements seraient encouragés à créer des hôpitaux de jour (HDJ) ou de semaine, qui ne seraient pas des consultations déguisées et se développeraient dans des créneaux d'activité différents des habituels domaines de l'HDJ : médecine de diagnostic et d'évaluation, réglage de traitement chronique, etc.

Recommandation n°21 : Rationnaliser le fonctionnement des services spécialisés de médecine

- [261] En ce qui concerne les plateaux techniques de médecine et de chirurgie, sans reprendre les constats effectués par les différents rapports qui se sont prononcés sur ces points (annexe 8), il s'agit à terme de certifier ou d'accréditer les services d'imagerie de la même façon qu'on devrait accréditer prochainement les laboratoires hospitaliers.
- [262] S'agissant de ces derniers, il faudra tenir compte des résultats d'accréditation et fermer les LABM hospitaliers qui ne répondront pas aux critères. Mais il serait également souhaitable de mettre les plateaux techniques de biologie en concurrence, pour certaines disciplines biologiques, ou pour toute l'activité, lorsque le prix de revient du B est nettement plus élevé que la moyenne des établissements comparables.

Recommandation n°22 : Améliorer la qualité technique et l'efficacité des plateaux techniques de biologie et d'imagerie

4.2.5. Continuer à agir de façon plus qualitative sur la démographie médicale

- [263] Dans la mesure où la démographie médicale représente une des contraintes majeures, il est nécessaire de pouvoir agir avec elle et sur elle, pour restructurer de façon opportune.

4.2.5.1. Au niveau national

- [264] On a vu que les difficultés démographiques présentes ou futures tenaient beaucoup plus à la répartition fine des jeunes médecins en formation entre les diverses disciplines et spécialités, entre les régions et les départements et entre les modes d'exercice (libéral ou hospitalier public) qu'au nombre total de médecins formés.
- [265] Ces divers aspects ont fait l'objet de recommandations multiples, sur lesquelles la mission ne reviendra pas. L'administration centrale a la lourde responsabilité de les mettre en œuvre, de façon subtile, pour éviter le « stop and go », les résultats inadéquats dus aux « filiarisations » partielles, veiller aux transferts des tâches entre médecins et paramédicaux (par exemple entre opticiens et ophtalmologistes).

4.2.5.2. Au niveau régional

- [266] Avant même toute action nationale, le directeur d'ARS peut agir sur le nombre de places de stages formateurs à l'internat, pour faire en sorte que leur nombre et leur localisation correspondent plus strictement à la fois à la qualité de l'enseignement pratique exigée et aux débouchés nécessaires dans les diverses disciplines. Certaines ARS, comme certaines DRASS auparavant, le pratiquent déjà. Il faudrait donc harmoniser les pratiques dans un sens plus rigoureux.

4.3. *Recommandations de bonnes pratiques pour les établissements parties prenantes d'une fusion*

[267] La mission a souligné à plusieurs reprises l'importance d'une clarification des objectifs du régulateur, qu'il soit national ou régional, quand il propose ou soutient une opération de fusion entre plusieurs établissements de santé. Elle a rappelé la nécessité d'assumer la politique de restructuration et de soutenir, si nécessaire, les acteurs régionaux et locaux. Elle a préconisé la rédaction et la diffusion d'un guide des restructurations⁶⁸.

[268] Au-delà de l'implication nécessaire des autorités nationales et régionales, le succès ou l'échec d'une fusion, opération toujours complexe, repose très largement sur l'engagement des acteurs locaux : élus, associations d'usagers, partenaires sociaux, communauté médicale, équipe de direction et encadrement. Il importe donc de rappeler, à leur intention, quelques sujets qui doivent impérativement être pris en compte. S'ils ne garantissent pas le succès d'une fusion, leur omission conduit presque systématiquement à l'échec.

4.3.1. **Expliciter les enjeux et les objectifs du projet de fusion**

[269] L'explicitation des enjeux et des objectifs recherchés, qu'ils soient médicaux, organisationnels ou économiques, s'impose au niveau local de la même façon qu'au niveau national et régional. Si un directeur a été « chargé de la mise en place du futur établissement », en application de l'article 31 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié, c'est à lui qu'il appartient, en collaboration avec l'ARS, de les présenter à tous les partenaires locaux. Si ce n'est pas le cas, un chef de projet doit être désigné pour assurer le pilotage de l'opération.

[270] Il ressort des situations étudiées par la mission que l'imprécision, voire l'opacité, des objectifs constituent des freins à la réussite quand elles ne conduisent pas à l'échec. En particulier, si l'un des objectifs est de regrouper des plateaux techniques, à la fois pour des raisons de qualité des soins et d'équilibre économique, cela doit être clairement exposé aux équipes médicales et soignantes ainsi qu'aux organisations syndicales des établissements concernés, aux élus et aux usagers.

Recommandation n°23 : *Etablir un document d'orientation qui puisse servir de base à l'élaboration d'un projet médical préalable indispensable au projet d'établissement de la nouvelle entité. Elaborer des supports de communication interne et externe sur le projet.*

4.3.2. **Mettre en place une gestion de projet entre les établissements parties prenantes**

[271] La complexité d'une opération de fusion aux plans organisationnel, administratif, juridique et financier rend indispensable une gestion en mode « projet ». Une équipe dédiée doit être constituée, avec un chef de projet clairement identifié et disposant des moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation de sa mission.

[272] Un calendrier réaliste doit être adopté et des points d'étape réguliers doivent être réalisés tant avec les conseils de surveillance et directoires des établissements concernés qu'avec l'ARS afin de s'assurer que le projet reste cohérent avec les objectifs définis et avec le projet médical de territoire approuvé.

[273] Un comité de pilotage, préfigurant le conseil de surveillance du nouvel établissement peut utilement être mis en place, de même qu'une assemblée médicale anticipant la nouvelle commission médicale d'établissement.

[274] Des moyens matériels et financiers doivent être définis et mis à la disposition de l'équipe projet afin qu'elle ne soit pas soumise aux aléas des bonnes volontés des partenaires.

⁶⁸ Voir *supra* point 4.1.1.2. ; On peut renvoyer, à cet égard, au guide rédigé par la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) sur les baux emphytéotiques hospitaliers (BEH).

Recommandation n°24 : Veiller à ce qu'une méthodologie de gestion de projet soit mise en place entre les établissements impliqués dans la fusion et que des moyens spécifiques soient affectés à l'opération, le cas échéant par l'allocation de crédits dédiés par l'ARS.

4.3.3. S'appuyer sur un binôme médico-administratif solide et reconnu

- [275] Une fusion d'établissements de santé vise nécessairement à maintenir ou à améliorer la qualité de l'offre de soins. La place des soignants et, en particulier des équipes médicales, est donc centrale dans une opération de ce type.
- [276] L'expérience des fusions réussies réalisées à ce jour a montré l'importance d'un binôme médico-administratif pour mener à bien de telles opérations. Ce binôme sera, idéalement, constitué du directeur chargé de la fusion et d'un président de CME capables de mobiliser la communauté médicale et les équipes de direction et d'encadrement.
- [277] Si cette option n'est pas réalisable, le cadre de direction chargé des fonctions de chef de projet pourra être retenu ainsi qu'un praticien hospitalier reconnu par ses pairs. Si l'essentiel de l'opération porte sur les plateaux techniques, un chirurgien ou un anesthésiste réanimateur (chef de pôle ou chef de service) pourra, par exemple, être désigné.

Recommandation n°25 : Mettre en place un binôme médico-administratif pour porter le projet, mobiliser l'ensemble des équipes et animer le groupe projet.

4.3.4. Formaliser davantage la phase de préfiguration

- [278] Une fois que des établissements ont décidé de fusionner et ont fait acter cette décision par leur conseil de surveillance, s'ouvre une phase de préfiguration jusqu'à la fusion proprement dite qui est aujourd'hui mal encadrée par les textes :
- durant cette phase, les décisions sont prises conjointement par les directeurs et conseils de surveillance des établissements à fusionner (article L. 6141-7-1 CSP) ; une direction commune peut avoir été décidée (cf. *supra*, 4.1.2.3.) mais, si elle n'a pas été mise en place, un directeur préfigurateur peut alors être désigné selon la procédure prévue par l'article 31 du décret n°2005-921 du 2 août 2005, mais cette désignation ne lui confère aucun pouvoir particulier sur ses collègues durant cette phase pourtant essentielle ;
 - par ailleurs, s'il est possible de mettre en place les nouvelles instances représentatives (CME, CTE, commission du service de soins infirmiers) avant la date prévue de création du nouvel établissement, des dispositions concurrentes du code de la santé publique sur les modalités de désignation de la CME interdisent de la constituer avant la mise en place du conseil de surveillance du nouvel établissement.
- [279] Il serait souhaitable de revoir le cadre de cette phase de préfiguration afin de confier une responsabilité opérationnelle effective au directeur préfigurateur vis-à-vis des directeurs du ou des autres établissements, et de permettre une constitution anticipée des instances représentatives du nouvel ensemble, voire de ses organes de gouvernance (directoire, conseil de surveillance). Ceci permettrait de préparer plus efficacement la fusion.

Recommandation n°26 : Encadrer davantage la phase de préfiguration de la fusion une fois qu'elle a été actée par les conseils de surveillances des établissements, en donnant de véritables pouvoirs au directeur préfigurateur, et en permettant une mise en place anticipée des institutions représentatives et des organes de gouvernance du nouvel établissement.

4.3.5. Mettre en place un accompagnement social de qualité

- [280] Comme dans toute opération de fusion d'entreprises de services, le volet social est particulièrement important et le négliger conduit à fragiliser le projet.

4.3.5.1. Les instances représentatives du personnel doivent être associées en amont.

[281] Les organisations syndicales, le comité technique d'établissement (CTE) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) doivent être informées très tôt et très clairement du projet de fusion. C'est, dans un premier temps, à la gouvernance des établissements concernés d'assurer cette information. Il appartient ensuite au chef de projet de les associer aux réflexions et aux groupes de travail qui seront constitués à son initiative selon des modalités adaptées à la complexité du projet et au contexte local.

[282] A défaut de CTE de préfiguration, une instance *ad hoc*, composée de représentants des personnels de chacun des établissements concernés, sera de nature à faciliter le dialogue social et à anticiper les questions des différentes catégories de personnels.

Recommandation n°27 : Créer une instance de dialogue social spécifique au projet de fusion afin que les représentants du personnel puissent être informés de l'avancement du projet et associés à la résolution des problèmes.

4.3.5.2. Les dispositifs existants en matière d'accompagnement social des restructurations doivent être recensés et mobilisés.

[283] Dans le cadre du fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) divers outils d'accompagnement, aussi bien individuels que collectifs ont été mis en place par les pouvoirs publics⁶⁹. Il est indispensable de dresser la liste de ceux qui sont mobilisables dans le cadre de l'opération en cause. La création d'une cellule locale d'accompagnement social s'est souvent révélée d'un précieux secours et permet d'assurer un suivi individualisé de chacun des agents concernés par la fusion. Le principe d'un entretien personnalisé de la DRH avec chaque agent concerné par une restructuration, avant la mise en œuvre de celle-ci (afin de recueillir ses souhaits, contraintes, interrogations) et après (afin de recueillir ses observations ou difficultés), comme la mission l'a constaté dans l'accompagnement du transfert de la maternité d'Aix-les-Bains à Chambéry, doit être considéré comme une bonne pratique à systématiser.

[284] La question du maintien du niveau de rémunération et la prise en compte des frais supplémentaires (liés notamment aux déplacements) ne doivent pas être sous-estimées. Elles peuvent être des freins puissants de nature à compromettre parfois la fusion elle-même.

Recommandation n°28 : Permettre la prise en charge temporaire des frais de déplacement des personnels dont le nouveau site d'affectation est plus éloigné de leur domicile familial comme alternative à l'indemnité exceptionnelle de mobilité (décret et arrêté du 20 avril 2001).

4.3.5.3. Des dispositifs complémentaires pourraient faciliter les fusions d'établissements.

[285] Une fusion d'établissement conduit nécessairement à une réduction du nombre d'emplois de chef d'établissement et de coordonnateur général des soins. A l'instar de ce qui a été fait lors de la création des agences régionales de santé et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale⁷⁰, des dispositions transitoires devraient permettre aux personnels de direction de conserver, à titre personnel et pour une durée limitée, leur rémunération et les avantages accessoires dont ils bénéficiaient avant la suppression de leur emploi. De telles dispositions permettraient aux agents concernés de s'impliquer dans l'opération de fusion avec moins de réticence.

⁶⁹ Article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 modifiée et décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 modifié relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

⁷⁰ Cf. décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, article 11.

- [286] S'agissant des praticiens hospitaliers et des personnels des plateaux techniques, les fusions d'établissements conduisent fréquemment à réduire le nombre de lignes de garde et d'astreinte. Cela a une incidence directe sur le montant des indemnités perçues à ce titre par les personnels concernés. Il est souhaitable que des compensations puissent leur être apportées, au moins pendant une période transitoire.
- [287] Il en est de même des praticiens bénéficiant de l'indemnité pour activité dans plusieurs établissements⁷¹ dont certains peuvent se voir privés à la suite d'un regroupement d'activités.

Recommandation n°29 : Etudier la possibilité de maintenir temporairement le niveau de rémunération des personnels de direction, des praticiens hospitaliers et des autres personnels concernés par l'opération de fusion.

Dr Françoise LALANDE

Claire SCOTTON

Pierre-Yves BOCQUET

Jean-Louis BONNET

⁷¹ Article D 6152-23-1 4° CSP.

Les recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable
4.1. Les fusions dans la politique des restructurations hospitalières		
4.1.1. Recommandations pour le niveau national		
1	Faire des restructurations hospitalières un axe particulier de la politique hospitalière, décliné par secteurs (médecine, chirurgie, obstétrique) et lui dédier des moyens et une organisation spécifiques.	Administration centrale
2	Améliorer la connaissance et le suivi des restructurations hospitalières en améliorant les outils actuels, en sensibilisant les acteurs locaux à leur remplissage et en réinstituant l'observatoire national des recompositions hospitalières auprès de la DGOS.	DGOS, DREES
3	Développer les études sur l'impact des recompositions hospitalières, et notamment des fusions.	DGOS, DREES, ANAP, ATIH, IGAS
4	Créer à la DGOS une cellule nationale d'appui aux restructurations, chargées de coordonner l'action du niveau national afin de répondre aux besoins des acteurs locaux. Mobiliser tout particulièrement cette cellule, en liaison avec l'ANAP, sur l'accompagnement méthodologique des fusions.	DGOS, ANAP, CNG
5	Missionner l'IGAS et l'ANAP sur l'optimisation de l'organisation des structures hospitalières de grande taille : quelle organisation juridique et financière des groupes d'hôpitaux publics ? faut-il « déconsolider » les assistances publiques en établissements complètement autonomes, ou dans le cadre d'un modèle de groupe public à inventer ?	IGAS, ANAP
4.1.2. Recommandations pour le niveau régional		
6	Affirmer le rôle des ARS dans le pilotage des restructurations hospitalières au niveau régional. Adapter leur organisation, le cas échéant, pour leur permettre de mettre en œuvre cette politique au niveau des territoires de santé.	Administration centrale, ARS
7	Mettre à disposition des ARS une grille d'analyse des projets de fusion envisagés, afin d'identifier les facteurs de réussite et les éventuels obstacles au rapprochement.	DGOS, SG, ANAP, ARS
8	Subordonner la mise en place par les ARS d'une direction commune à plusieurs établissements à l'élaboration préalable d'un projet de fusion, ou, à défaut, de restructurations précises à réaliser dans un calendrier déterminé.	ARS
4.2. Définir des principes de bonne restructuration des services de médecine, d'obstétrique et de chirurgie		
4.2.1. Poursuivre la politique de périnatalité		
9	Accorder des dérogations aux maternités dont la disparition dégraderait notablement l'accès aux soins.	DGOS, DGS
10	Mener une enquête à l'échelon européen sur les moyens d'améliorer les indicateurs médiocres parmi ceux relatifs à l'obstétrique.	DGOS, DREES, ANAP
11	Organiser un pyramidage des activités et des contrôles plus cohérent.	DGOS, DGS
4.2.2. Donner des règles de conduite claires en matière de réorganisation chirurgicale		
12	Assurer dans de bonnes conditions la permanence des soins chirurgicaux la nuit et le week-end en réduisant le nombre de sites chirurgicaux de garde ne fonctionnant que très rarement.	ARS
13	Fixer un seuil d'activité pour les blocs opératoires et les plateaux techniques chirurgicaux et obstétricaux et fermer ceux qui ne fonctionnent pas suffisamment.	DGOS, DGS
14	Affiner les analyses pour fixer des seuils minimaux d'activité nécessaires à une qualité suffisante, en tenant compte du type d'intervention, de l'expérience du praticien et de celle de l'équipe.	DGOS, DGS
4.2.3. Développer les alternatives à la chirurgie traditionnelle		
15	Elargir la liste des actes de chirurgie conventionnelle soumis à la mise sous accord préalable,	DGOS, DSS,

	afin qu'ils soient plus souvent effectués en chirurgie ambulatoire	CNAMTS
16	Développer les méthodes de chirurgie de jour et plus généralement toutes les méthodes alternatives qui permettent une meilleure organisation de la chirurgie conventionnelle	DGOS, ANAP, HAS
17	Apporter une aide à l'entourage pour faciliter les retours rapides à domicile : bonne information donnée à celui-ci, accès à des portages de repas, assistance téléphonique...	DGOS, Etablissements
18	Ne pas inciter n'importe quel petit établissement à faire de la chirurgie ambulatoire	ARS, établissements
19	Veiller à ce que les indicateurs de chirurgie traditionnelle ne se dégradent pas simultanément à l'ouverture de la chirurgie ambulatoire	ARS, établissements
4.2.4. S'attaquer à la restructuration des services de médecine		
20	Affiner la connaissance des séjours médicaux, mener des études sur l'organisation, élaborer des grilles d'inadéquation.	DGOS, DREES, ANAP, HAS
21	Rationaliser le fonctionnement des services spécialisés de médecine	DGOS, ANAP, ARS, établissements
22	Améliorer la qualité technique et l'efficacité des plateaux techniques de biologie et d'imagerie	DGOS, ARS, établissements
4.2.5. Continuer à agir de façon plus qualitative sur la démographie médicale		
4.3. Recommandations de bonnes pratiques pour les établissements parties prenantes d'une fusion		
4.3.1. Expliciter les enjeux et les objectifs du projet de fusion		
23	Etablir un document d'orientation qui puisse servir de base à l'élaboration d'un projet médical préalable indispensable au projet d'établissement de la nouvelle entité. Elaborer des supports de communication interne et externe sur le projet.	Etablissements
24	Veiller à ce qu'une méthodologie de gestion de projet soit mise en place entre les établissements impliqués dans la fusion et que des moyens spécifiques soient affectés à l'opération, le cas échéant par l'allocation de crédits dédiés par l'ARS.	Etablissements, ARS
4.3.3. S'appuyer sur un binôme médico-administratif solide et reconnu		
25	Mettre en place un binôme médico-administratif pour porter le projet, mobiliser l'ensemble des équipes et animer le groupe projet.	Etablissements
4.3.4. Formaliser davantage la phase de préfiguration		
26	Encadrer davantage la phase de préfiguration de la fusion une fois qu'elle a été actée par les conseils de surveillances des établissements, en donnant de véritables pouvoirs au directeur préfigurateur, et en permettant une mise en place anticipée des institutions représentatives et des organes de gouvernance du nouvel établissement.	DGOS
4.3.5. Mettre en place un accompagnement social de qualité		
27	Créer une instance de dialogue social spécifique au projet de fusion afin que les représentants du personnel puissent être informés de l'avancement du projet et associés à la résolution des problèmes.	Etablissements
28	Permettre la prise en charge temporaire des frais de déplacement des personnels dont le nouveau site d'affectation est plus éloigné de leur domicile familial comme alternative à l'indemnité exceptionnelle de mobilité (décret et arrêté du 20 avril 2001).	DGOS
29	Etudier la possibilité de maintenir temporairement le niveau de rémunération des personnels de direction, des praticiens hospitaliers et des autres personnels concernés par l'opération de fusion.	DGOS

Annexe 1 : Note de cadrage

Fusions et coopérations hospitalières publiques

Collège : Santé 26 septembre 2011

Composition de la mission : Pierre-Yves BOCQUET, Jean-Louis BONNET, Françoise LALANDE

Relecteur référent : Hubert GARRIGUE

Calendrier : fin janvier 2012

La mission fait partie du programme d'action de l'IGAS pour 2012. Elle a été retenue dans le but d'évaluer les démarches de coopération ou de fusion mises en œuvre par les hôpitaux publics (entre hôpitaux publics mais aussi avec de partenaires privés).

Cependant, dans la mesure où la Cour des Comptes vient juste de traiter l'essentiel du sujet sur les coopérations hospitalières⁷², les rapporteurs proposent de recentrer la mission sur la thématique des rapprochements entre établissements au sens large, c'est-à-dire les fusions proprement dites (i.e. les rapprochements avec disparition de personnalité juridique pour l'un des établissements) ainsi que les rapprochements entre établissements à visée explicitement intégratrice (cf. les GCS-établissement de santé, les CHT les plus ambitieuses...). Compte tenu de l'ampleur du domaine, la mission propose de se limiter au périmètre des établissements publics de santé (i.e. hors établissements de santé privés et établissements de santé privés d'intérêt collectif).

L'objectif général de la mission sera de discuter l'intérêt théorique et pratique des rapprochements entre établissements de santé et, à la lumière d'exemples concrets, de s'interroger sur les conditions de réussite de ces opérations lorsqu'elles sont engagées.

1. L'HISTORIQUE

1.1. *L'absence d'un cadre robuste de justification théorique des rapprochements entre établissements de santé*

Le cadre juridique dans lequel se mettent en œuvre les opérations de rapprochements entre établissements n'a cessé d'évoluer ces vingt dernières années sous l'effet des lois et des ordonnances hospitalières ; la création en 2003 du Groupement de coopération sanitaire (GCS), puis en 2009 avec la loi HPST de la communauté hospitalière de territoire (CHT) n'étant que le dernier avatar du phénomène. Les modalités de rapprochements entre établissements apparaissent nombreuses, tant sur le plan juridique, que sur le champ retenu ou les modalités adoptées.

S'il existe de nombreux documents (ANAP, articles divers) sur la façon de conduire des coopérations hospitalières, le sujet des fusions d'établissements n'a pas fait l'objet du même

⁷² Un contact direct avec l'équipe en charge de cette enquête à la Cour serait très utile ;

investissement et surtout, plus généralement, il existe peu de documents récents explicitant les fondements théoriques des rapprochements entre établissements de santé :

- au niveau macro-économique, les documents de cadrage produits par la DGOS à l'intention des ARS ne se prononcent pas directement sur la pertinence du nombre global de lits d'hospitalisation et d'établissements publics de santé au regard des besoins actuels et futurs ; or l'existence de surcapacité devrait naturellement conduire à promouvoir les fusions, dans une logique de restructuration de l'offre ;
- au niveau micro-économique, les normes d'activité minimales définissent des seuils de taille pour les plus petits établissements sur certaines activités (obstétrique, chirurgie), mais il n'existe pas de modèle disponible sur la « taille idéale » des établissements de santé au regard de la qualité des soins dispensés comme de leur équilibre financière ; néanmoins, le fait qu'une majorité des CHU soit en déficit, contrairement aux autres EPS, laisse penser que « l'effet-taille » n'aurait pas que des effets positifs sur les organisations hospitalières, à tout le moins sur le plan financier (même si l'origine de ce déficit peut également être reliée à certaines spécificités du fonctionnement des CHU : impact du recours, de la formation des médecins, de la recherche).

Ces questions de stratégie globale n'étant que peu ou pas posées, les opérations de rapprochement, quel qu'en soit l'ampleur (de la coopération thématique à la fusion complète entre établissements) finissent par apparaître comme un but en soi, si vertueux intrinsèquement qu'il n'aurait pas besoin d'être justifié dans ses objectifs et dans ses effets. On admet ainsi, sans en avoir la preuve, qu'au prix d'un faible recul sur la proximité et l'accès aux soins, les rapprochements entre hôpitaux apporterait à la fois une meilleure qualité des soins ou un moindre coût, et le plus souvent les deux.

1.2. Un mouvement de rapprochement d'abord justifié par la diminution des durées moyennes de séjour puis par l'adoption de seuils minimaux d'activité

Il y a une vingtaine d'années, l'existence de faibles taux d'occupation et de lits réputés vacants, par suite d'une réduction importante de la durée moyenne de séjour (DMS) en MCO, suffisait à justifier l'objectif de réduction des capacités. Il n'y avait pas besoin de prouver outre mesure l'intérêt de la diminution des lits, même si elle n'était parfois que virtuelle (lits autorisés et non lits installés). La diminution du nombre de lits autorisés a permis des rénovations importantes, une diminution du nombre de lits par chambres, la disparition progressive des chambres de plus de trois lits et plus généralement la modernisation des équipements. Par ailleurs le budget global poussait plutôt les établissements dans la voie de la coopération et de la complémentarité, que l'application de seuils réglementaires d'activité minimale a également encouragée.

En effet, dans de nombreux cas, les opérations de fusion qui ont été conduites à leur terme visaient à dépasser un seuil critique d'activité : les petits établissements étaient encouragés à fusionner ou disparaître, les établissements et les professionnels de santé à coopérer. La reconfiguration du réseau des maternités et des activités liées à la naissance constitue l'exemple le plus achevé de ce paradigme, avec la création d'un réseau de maternités de type I, II ou III et de centres périnataux. Mais on n'a pas suffisamment étudié les raisons de ces succès (à relativiser d'ailleurs cf. CC), et les enseignements à en tirer : si les équipes hospitalières ont généralement accepté ces évolutions, c'est que la démographie médicale (nombre réduit d'obstétriciens), les fortes contraintes qui pèsent sur les obstétriciens (gardes, astreintes, bonnes pratiques...), les risques juridiques qu'ils encourent et les responsabilités qu'ils supportent (avec la question des assurances) les incitaient fortement à se

regrouper. En outre il s'agit d'une activité homogène, très normée, que le privé lucratif a plutôt tendance à désinvestir.

En chirurgie, ce mouvement apparaît nettement plus incertain, comme l'illustre par exemple l'épisode du retrait en 2010 du projet de décret qui fixait à 1 500 actes le seuil d'activité minimale pour un service de chirurgie.

Enfin, force est de constater que le mouvement de rapprochement entre établissements de santé ne s'est pas accompagné sur la décennie 2000 d'une réduction corrélative des effectifs et des dépenses des hôpitaux. Dans ces conditions, on pouvait peut être en espérer une amélioration globale de la qualité des prises en charge, qui n'a que rarement été scientifiquement documentée ; en pratique, on a surtout constaté la poursuite de l'augmentation des effectifs et des budgets des établissements publics de santé. En outre, dans la mesure où les ARH favorisaient les accords et les fusions en leur apportant un soutien financier, les restructurations ont été souvent en elles-mêmes une source de dépense.

2. LES NOUVELLES PROBLEMATIQUES

De récents travaux, et notamment ceux conduits par la Cour des Comptes (qui a relevé les ambiguïtés et les insuffisances des coopérations) ou par DEXIA (qui a établi en 2007 un bilan quantitatif exhaustif de ces opérations), ont dressé un tableau mitigé des restructurations hospitalières dans le secteur public. En outre l'IGAS et les CGES sont intervenus à de multiples reprises dans des établissements fusionnés en crise et leurs rapports ont mis en évidence les résultats décevants des fusions/ coopérations.

2.1. *Les évolutions récentes semblent remettre en cause l'intérêt des rapprochements entre établissements...*

Fusions et coopérations continuent à être présentés comme des objectifs intrinsèques, mais les évolutions récentes remettent en cause un certain nombre des raisons qui les sous-tendent :

- les travaux de l'IGAS et des CGES soulignent la difficulté intrinsèque des processus de fusion, dont les difficultés et les inconvénients sont souvent minorés par les acteurs, comme on le constate d'ailleurs de façon générale dans les processus de fusions d'entreprises : difficulté à marier deux cultures d'entreprise, surcoûts intrinsèques liés au processus de fusion, auxquels s'ajoutent par ailleurs les rigidités propres au monde hospitalier public : résistance des différentes catégories de personnels (notamment directoriaux et médicaux), poids des facteurs politiques locaux... ; dans ce contexte, les corps de contrôle ont à connaître de nombreux cas de rapprochements entre établissements hospitaliers qui s'avèrent être des échecs ;
- la tarification à l'activité a introduit entre les établissements une inévitable concurrence puisque, les recettes d'un établissement étant déterminées par son activité, tout départ de celle-ci vers une autre structure (par exemple lorsqu'un praticien hospitalier intervient dans un autre établissement que le sien dans le cadre d'une coopération) se traduira par une perte de recettes non compensée par une diminution à due concurrence de ses charges, ce qui n'est évidemment guère incitatif à se rapprocher ;
- enfin, on constate que ce sont les établissements les plus importants (CHR) qui affichent les déficits les plus élevés (en nombre d'établissements concernés comme en volume financier) ; dans ces conditions, il est permis de s'interroger sur les avantages de la grande taille, et donc sur l'opportunité de promouvoir les fusions d'établissements au-delà d'un certain seuil.

2.2. ... Sans pour autant faire disparaître complètement les fondements théoriques qui peuvent justifier d'encourager les fusions entre EPS

Ainsi :

- malgré le retrait en 2010 du projet de décret sur les seuils minimaux d'activité en chirurgie (1500 actes), la problématique de la viabilité médicale des petites structures reste plus que jamais posée ;
- la recherche de gains d'efficacité par la mutualisation d'un certain nombre de fonctions et la suppression de doublons est un outil qui reste souvent avancé comme pertinent dans la gamme de moyens dont disposent les établissements pour optimiser leurs coûts, en s'appuyant notamment sur les expériences d'intégration conduites par les groupes de cliniques privées ;
- les acteurs de l'hospitalisation publique sont à la recherche d'un modèle juridique et économique pour se structurer en groupe afin de consolider leur offre territoriale (logique du rapport Larcher) mais aussi pour offrir aux organisations complexes (APHP, APHM, HCL...) des outils pour renforcer la responsabilité et l'autonomie de leurs établissements sans faire disparaître la solidarité financière qui fonde leur existence.

Face à ces différentes problématiques, les acteurs (DGOS, CNAMTS, ARS, EPS...) se sont appropriés de façon très diverse les outils existants – groupements de coopération sanitaire (GCS), syndicats inter-hospitaliers, GIE, etc. – ou institués par la loi HPST (« GCS établissement de santé », communauté hospitalière de territoire, etc.) : si certaines coopérations apparaissent comme le prélude indispensable à une future fusion, d'autres peuvent apparaître au contraire comme des constructions « alibis » destinées à organiser un certain immobilisme des acteurs ; par ailleurs, il n'est pas certain que les objectifs des établissements et de l'ARS soient toujours convergents sur ces questions.

L'objectif de la mission pourrait donc être de réinterroger les différentes stratégies de rapprochement entre établissements (de la coopération à la fusion, le cas échéant associée à la fermeture d'un des sites fusionnés) afin de dégager les critères de pertinence (et de non-pertinence) de telles opérations sur un plan général et dans un contexte local, et ensuite les bonnes pratiques et les outils à mobiliser pour réussir une telle organisation lorsque celle-ci peut être jugée pertinente. Les problématiques que nous pourrions traiter pourraient alors être les suivantes :

- Une approche générale sur la pertinence d'une politique nationale visant à promouvoir les rapprochements entre établissements de santé
- Est-il pertinent de vouloir diminuer le nombre d'établissements de santé en France ?
- La réponse à la question précédente nécessitant probablement une approche différenciée :
 - En fonction de l'activité des structures : est-il pertinent de vouloir diminuer le nombre de lits et/ou de structures sur certaines spécialités (cf. maternités, chirurgie...) ?
 - En fonction de la taille des structures : dans quel cas est-il pertinent de promouvoir une fusion ? dans quel cas celle-ci n'est-elle pas recommandée ? dans quel cas faudrait-il au contraire « déconsolider » une entité intégrée (cf. les assistances publiques) ?
- La logique de groupe promue par la fédération hospitalière de France est-elle possible ? Quel est le territoire pertinent ? Y a-t-il une coopération des villes et une coopération des champs ?
- Une approche opérationnelle sur la façon dont les coopérations sont concrètement conduites

- Lorsque le rapprochement entre établissements de santé est théoriquement fondé, de quelle manière doit-il être conduit ?
- Les coopérations ou fusions mises en œuvre ont-elles effectivement permis d'améliorer l'adéquation entre offre et demande de soins : les taux de fuite ont-ils diminué, au profit de qui ? Les pratiques d'adressage ont-elles été modifiées ?
- Les outils disponibles (GCS, CHT, etc.) sont-ils pertinents ? sont-ils suffisants ?
- Quel a été le rôle des différents acteurs impliqués dans les fusions mises en œuvre : responsables médicaux et administratifs des établissements concernés, ARS, ministère ?
- Les regroupements et fusions ont-ils un impact sur l'organisation des soins, la permanence des soins en particulier et sur l'attractivité des établissements auprès des jeunes médecins ?

Comme indiqué *supra*, la mission se bornera à traiter du cas des rapprochements entre établissements publics de santé. Les problématiques liées aux coopérations public/privé et *a fortiori* aux rapprochements privé/privé ne seront pas abordées, même si les représentants de ces « familles » seront rencontrés par la mission à titre de benchmark.

3. LA METHODOLOGIE

3.1. *Replacer la question des rapprochements entre établissements de santé dans le contexte général des évolutions de l'offre hospitalière en France*

3.1.1. Identifier les évolutions de l'offre hospitalière française sur les 15 dernières années

La mission présentera les tendances des dernières années sur les grandes caractéristiques de l'offre hospitalière française :

- Données quantitatives : évolution du nombre et de la typologie des établissements, évolution du nombre de lits, détail par grands secteurs d'activité (MCO, etc.), etc.
- Données d'activité : évolution du nombre d'hospitalisation, évolution des DMS, etc.
- Données financières : évolution des résultats financiers des EPS
- Données réglementaires : éléments sur les seuils réglementaires d'activité pertinents, par activités et par structures

3.1.2. Dresser la typologie des objectifs d'une politique favorisant les rapprochements hospitaliers

La mission s'interrogera sur les évolutions prévisibles dans l'organisation de l'offre hospitalière en France, et sur les raisons qui, dans ce contexte, peuvent justifier la promotion des rapprochements hospitaliers :

- sur l'adéquation entre les caractéristiques actuelles de l'offre hospitalière et les évolutions prévisibles de moyen terme (développement des alternatives aux hospitalisations complètes, etc.) ;

- sur la façon dont les outils de régulation permettent de corriger (ou pas) les inadéquations identifiées au point précédent : T2A, planification...
- sur l'impact de ces éléments sur la problématique du rapprochement entre établissements de santé : en quoi ces évolutions rendent-elles souhaitables (ou non) des rapprochements entre établissements de santé ?
- sur la question de la « taille idéale » des établissements.

On analysera ainsi la taille des établissements, leur performance et leur efficacité, en dressant la revue des données et études disponibles. Les données témoignent généralement d'une offre plutôt abondante par rapport aux exemples étrangers et d'un certain « hospitalo-centrisme » dans le modèle français. On s'interrogera sur la qualité de l'offre hospitalière française au regard des normes sanitaires (nombre d'établissements qui n'atteignent pas les normes minimales) ainsi que sur la situation financière et la productivité des établissements, au regard des perspectives démographiques et économiques notamment. On analysera en quoi les fusions et les coopérations sont susceptibles de faciliter – ou non – le développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation en favorisant ou pas la bonne volonté des acteurs

Mais la mission se penchera également sur les raisons justifiant les non-fusions entre établissements, voire la déconsolidation de structures intégrées :

- le manque de pertinence stratégique du rapprochement : absence de complémentarité des activités, non-recoupement des zones d'attraction des patients, etc.
- les facteurs de coût supplémentaires : bureaucratisation des organisations (notamment de la fonction de siège), déresponsabilisation des opérationnels, difficultés à gérer une organisation complexe, multiples sites...

Ces éléments semblent avoir été moins mis en avant dans les analyses des autorités régulatrices, mais doivent également être envisagés. Ils permettent en effet de tracer les limites d'une politique de promotion des rapprochements entre établissements.

☞ *La mission s'appuiera pour traiter ces deux questions (3.1.1. et 3.1.2.) sur les études et données des structures d'études et d'expertise (DREES, IRDES, HCAAM, HAS...) et d'accompagnement (ANAP, ATIH...), ainsi que sur un échange officiel avec la Cour des Comptes.*

3.2. Analyser la position des différents acteurs

Il conviendra d'interroger les acteurs sur leur position relative aux questions exposées précédemment sur les évolutions du système hospitalier en général et sur la question spécifique des rapprochements entre établissements de santé : dans quels cas jugent-ils que les rapprochements entre établissements doivent être recommandés ? dans quels cas sont-ils décommandés ?

3.2.1. Les acteurs au niveau national

3.2.1.1. Les régulateurs

- La position de la DGOS : au-delà des questions exposées *supra*, comment la DGOS adapte-t-elle la réglementation et ses recommandations aux ARS et aux établissements en conséquence ? quel appui (méthodologie, outils, moyens financiers) apporte-t-elle aux acteurs locaux ayant à gérer une fusion ?
- La position de la CNAMTS : comment la CNAMTS se positionne-t-elle sur ces questions ?

3.2.1.2. Les représentants des gestionnaires

- Les structures de représentation des établissements : FHF, FHP, FEHAP...
- Les représentants des communautés professionnelles : association des présidents de CME...

3.2.1.3. Les autres parties prenantes intéressées

- Les représentants des usagers : le CISS, la conférence nationale de santé
- Les représentants des élus : Association des maires des petites villes de France, Association des Régions de France ?

3.2.2. Les acteurs au niveau régional et local

3.2.2.1. Les régulateurs : les ARS

Au-delà des interrogations générales rappelées *supra*, la mission échangera avec des ARS sur la façon dont elles intègrent la problématique des rapprochements entre établissements dans leur stratégie générale d'organisation des soins.

3.2.2.2. Les gestionnaires : les établissements

La mission rencontrera une sélection d'établissements confrontés à la problématique du rapprochement :

- établissements récemment fusionnés ou en train de l'être ;
- établissements ayant refusé de s'engager dans une démarche d'intégration poussée.

La mission rencontrera les différentes composantes de leurs équipes dirigeantes (directeurs, médecins) ; elle s'efforcera d'identifier les positions de chacune de ces composantes face à la problématique du rapprochement entre établissements et les différents leviers permettant de les associer à la réussite d'un projet de rapprochement ou de fusion.

3.3. *Tester la logique stratégique du rapprochement des établissements de santé*

Deux logiques de rapprochement s'affrontent :

- se rapprocher pour former un groupe intégré : c'est le modèle des groupes privés (et celui que tente d'imiter les acteurs non lucratifs), avec holding et filiales, intégration de certaines fonctions économiques, solidarité financière (en général), définition d'une stratégie nationale ; cette logique peine à se structurer dans l'hôpital public, faute d'outils efficaces : les groupes existants sont probablement trop intégrés (APHP, APHM, HCL), les groupes en construction manquent d'outils pour figer leur organisation (limites des GCS et CHT) ; cette logique est *a priori* « identitaire » (i.e. le privé avec le privé, le public avec le public) et génératrice de concurrence (entre groupes) ;
- se rapprocher pour proposer une offre de soins cohérente sur un territoire donné : c'est la logique de planification portée par les ARH et les ARS qui tend à s'affranchir du statut des structures pour construire une offre coordonnée au niveau local ; il peut s'agir d'une logique imposée aux acteurs (par ex. lorsque la création d'une CHT ou d'un GCS est suscitée par l'ARS) ; contrairement au cas précédent, elle n'est pas « identitaire », ne tient

pas compte des logiques nationales de groupe et vise plutôt à réduire la concurrence entre établissements.

Ces deux logiques ont leur pertinence mais répondent à des finalités différentes ; elles peuvent être contradictoires, mais elles peuvent aussi être complémentaires (ainsi lorsque l'intégration dans un groupe contribue à la restauration de la santé financière d'un établissement en difficulté).

Questions :

- faut-il encourager l'hôpital public à développer une politique de groupe : i.e. en lui fournissant de nouveaux outils juridiques qui lui font défaut aujourd'hui (CHT avec personnalité morale pour fonder des « holdings » publics, etc.) ?
- quels objectifs faut-il fixer aux ARS face à ce mouvement ? > privilégier la logique de territoire, quel que soit le statut juridique des offreurs de soins, ou les impliquer dans la construction d'un groupe « Hôpital public français » ?

3.4. Vérifier si les outils disponibles sont adaptés aux objectifs

- Les outils de connaissance : vérifier si les enquêtes ou la bibliographie apportent bien les données nécessaires aux acteurs nationaux et régionaux ;
- Les outils juridiques : lister les outils juridiques de coopération, examiner les obstacles éventuels, les ambiguïtés de la loi HPST, dont les dispositions en matière de gouvernance des structures de coopération (GCS, CHT...) constituent pour de nombreux observateurs un obstacle important à leur pleine appropriation par les acteurs locaux ;
- Les outils d'accompagnement aux acteurs : vérifier si les moyens méthodologiques sont connus et s'ils sont suffisants, si le niveau central joue bien son rôle d'animation de réseau et s'il existe une certaine mutualisation des expériences entre ARS et établissements ;
- Par ailleurs, la mission dressera une liste de bonnes et mauvaises pratiques à partir des cas qu'elle aura analysés et des rapports récents produits par l'IGAS et les CGES sur des établissements fusionnés ou confrontés à une problématique de rapprochement.

4. LES CRITERES D'EFFICACITE D'UN RAPPROCHEMENT

Il faut que le rapprochement implique bien le cœur de métier de l'hôpital, c'est-à-dire l'activité médicale.

• L'existence d'un projet médical

Il s'agit d'un pré-requis indispensable (l'ANAP le souligne dans son guide méthodologique). Sans projet médical partagé par les communautés médicales concernées, il est périlleux de s'engager dans cette voie. En effet les médecins seront les principaux acteurs de ces coopérations et il importe qu'ils soient convaincus du bienfondé des coopérations proposées. Ceci vaut également pour les médecins « adresseurs ». S'ils n'adhèrent pas à la nouvelle organisation, le risque est grand de voir les flux de patients s'orienter vers d'autres structures.

La mission analysera la réalité de cette participation.

• La nécessité d'une plus-value pour les patients et les professionnels

Cette plus-value peut concerner l'amélioration ou la sauvegarde de l'offre de soins sur un territoire, l'amélioration de la qualité des soins, le développement du travail en équipe, l'accès à des équipements plus performants, l'allègement des contraintes de garde. Dans tous les cas, il faut qu'elle soit documentée et mesurée.

- **L'optimisation des moyens**

Même si la contrainte d'une démographie médicale difficile dans certaines disciplines ou sur certains territoires suffit parfois à faire naître des coopérations, on ne peut s'en tenir à ce constat. En effet, le maintien de certains services dont l'activité est extrêmement limitée alors que les effectifs médicaux sont en place prive certains établissements et certains territoires des personnels médicaux indispensables pour répondre à des besoins avérés.

- **L'incidence du mode de tarification**

La plupart des coopérations aujourd'hui abouties ont été initiées sous le régime de la dotation globale de financement. Ce système permettait une action volontariste des ARH qui pouvaient y consacrer des moyens financiers pérennes. La T2A rend cet accompagnement problématique et place les établissements dans des situations de concurrence qui n'incitent pas à la coopération.

La mission essaiera de regarder l'impact de ce changement

L'étude approfondie de quelques exemples (réussite ou échec) pourrait permettre d'esquisser une réponse à ces questions.

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

MINISTERE DE LA SANTE

Secrétariat général

M. N.GRIVEL, chef de la mission ARS

M. le Dr O.OBRECHT

Direction générale de l'organisation des soins et de l'hospitalisation

Mme O. BRISQUET bureau R3 plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës

M. H.GILARDI, chef du bureau PF3 coopérations et contractualisations

M. P.-H.GLARDON, chargé de mission bureau PF4 innovation et recherche clinique

Mme N. LEMAIRE, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

Mme A.-N. MACHU, responsable du dossier chirurgie ambulatoire

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique

Mme C. MINODIER

M. D. RAYNAUD, chef de bureau

Cour des comptes

M. DIRICQ, conseiller-maître

Mme LEVY-ROSENWALD, conseiller-maître

CNAMTS

Mme M. LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la direction de l'organisation des soins hospitaliers

Mme D. POLTON, directrice de la stratégie, des études et des statistiques

M. le Dr MARTY, responsable du département de l'hospitalisation

M. C. GISSOT, directeur adjoint du département de la stratégie, des études et des statistiques

HCAAM

M. J.P.VINQUANT, secrétaire général

Conférence nationale de santé

Mme B. DE VICTOR, présidente

ANAP

M. C.ANASTASY, directeur général

M. A. ARNAUD

M. le Dr S. JOHANET (entretien téléphonique)

ATIH

M. H. HOLLA, directeur

M. M. MERCIER

Mme F. BOURGOIN, cellule de réponse aux demandes externes

Centre National de Gestion (CNG) des directeurs et des praticiens hospitaliers

Mme TOUPILLIER, directrice générale

M. B. CHENEVIÈRE, responsable du secteur « praticiens hospitaliers »

M. P. PENICAUD, responsable du secteur « directeur »

Mme B. CURTINOT, chef de l'unité de gestion des directeurs d'hôpital

FEDERATIONS HOSPITALIERES**FHF**

M. G. VINCENT, délégué général

M. R. CAILLET, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale

FHP

M. P. BURNEL, délégué général

M. M. COUHERT, directeur de la stratégie, des affaires économiques et réglementaires

Mme PTAKHINE, directrice des affaires juridiques

FEHAP

M. Y.J. DUPUIS, directeur général

M. D. CAUSSE, directeur du secteur sanitaire et coordonnateur du pôle santé-social

ASSOCIATION DES MAIRES DE FRANCE (AMF)

M. J.-P. BOUQUET, maire de Vitry-le François

Mme M.C. SERRES-COMBOURIEU, responsable action sociale et éducative

REGION ILE DE FRANCE**ARS Ile de France**

M. O. BOGILLOT, directeur des affaires réservées

Mme C. SCHIBLER, responsable du département appui à la territorialisation de l'offre de soins

Mme MILIN, adjointe au directeur

Centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency

M. MARTIN, directeur par intérim du CH Eaubonne-Montmorency, directeur du CH d'Argenteuil

Mme BLANGY, présidente de la CME, PH d'imagerie

Mme CHIVAZA, adjointe à la directrice financière

Mme le Dr DORMAGEN, chef du service de cardiologie

Mme FORCIOLI, directrice des soins adjointe

M. ERRERA, DRH de l'hôpital Simone Veil

M. le Dr MOZZICONACCI, chef du service de gériatrie sur le site Montmorency

Mme TALLEC, directrice des affaires financières

Mme VERDONCQ, directrice des soins

Centre hospitalier des portes de l'Oise

Mme di NATALE, directrice
Mme NOHARET, directrice adjointe chargée des affaires financières
M. le Dr DRUO, président de la CME
M. le Dr BOITEL, chef de service de chirurgie viscérale
M. le Dr BERTIAUX, directeur de l'information médicale (DIM)

Centre hospitalier de Pontoise

M. A. RAZAFINDRANALY, directeur
M. PUSTILNICOV, directeur des affaires financières
M. le Dr D. DECUP, DIM
M. le Dr FAUCON, président de la CME
M. le Dr BOULET, chef du pôle urgences-réanimation SAMU-SMUR, radiologie

REGION RHONE-ALPES**ARS Rhône-Alpes**

Mme M.C. ALAMO-BOCCOZ, directrice adjointe, direction de l'efficience de l'offre de soins
Mme C. BOUDET, chef du service « Qualité, efficience, professionnels de santé »
M. C.DUBOSQ, directeur général par intérim
M. P. GUETAT, chef du service « Organisation et régulation de l'offre »
M. le Dr Th. RUSTERHOLTZ, chargé de mission PRS, programme, contrats, CNP
M. VANDENBERGH, directeur de la stratégie et des projets

Centre Hospitalier de Chambéry

M. MARTIN, Directeur du CH de Chambéry, directeur par intérim du CH d'Aix-les-Bains
Mme GOTTELAND, directrice adjointe
M. FEZZI, directeur référent du pôle chirurgie et directeur logistique

Mme le Dr AGOSTINI, chef du service d'oncologie
Dr AMICO, responsable du service HAD
M. le Dr CABAUD, chef de pôle mère-enfant
M. le Dr CARMAGNAC, président de la CME
Dr ILLOUZ-MERLIN, PH d'anesthésie responsable du bloc
Dr LESAGE, service des urgences
Mme MENJOZ, cadre supérieur de santé du pôle mère enfants
Mme le Dr MERCIER, DIM
Mme MONGENOT, cadre supérieur chirurgie
Mme le Dr PROVENCAL, responsable du réseau oncologie
Dr B.ZERR, chef du pôle urgences-réanimation-SAMU

Centre Hospitalier d'Aix- les-bains

Mme BLANCHIN, directrice adjointe du CH d'Aix les bains, en charge des ressources humaines, du projet médical et de la qualité
M. le Dr BRIANCON, chef de service de rhumatologie à l'hôpital reine Hortense
M le Dr. DESCHAMPS, responsable du pôle médecine sur le site du port (vérifier)

Mme le Dr LAMOTTE, chef du service SSR à l'hôpital reine Hortense M. le DR ROUSSEL, chef de service de médecine

Centre Hospitalier de Valence

M. J.BERNARD, directeur du CH de Valence
Mme GRELLON, responsable des regroupements
Mme E. SORIANO, directrice des affaires financières

M. le Dr F. DEPLUS, président de la CME, chef du service imagerie
M. D.LE MAGNY, DIM
M le Dr P. LIGEON-LIGEONNET, chef du service d'ophtalmologie et chef du pôle chirurgie

Hôpitaux Drôme Nord (site de Romans)

M. J.BERNARD, directeur du CH de Valence et directeur par intérim des Hôpitaux Drôme Nord
Mme J.PAVON, directrice des affaires financières et des systèmes d'information, directrice déléguée des Hôpitaux Drôme Nord

M. le Dr MULLER, chef du service d'ORL
M. le Dr J.-P. PICHETA, DIM, président de la CME

REGION CHAMPAGNE-ARDENNE

ARS Champagne-Ardenne

M. J.C.PAILLE, directeur de l'ARS
M. M. DACLIN, chef du service de pilotage de la performance
M J.P. HOULIER, directeur de l'offre de soins

Centre hospitalier de Troyes

M. A.DAVID, directeur du CH de Troyes
M. D.BOULAY, directeur adjoint du CH de Troyes
Mme le Dr M. COLLART, présidente de la CME de Troyes
M. le Dr C.ALBA, médecin urgentiste, ancien président de la CME de Troyes

Centre hospitalier de Chaumont

M.F.CHAPUIS, directeur du CH de Chaumont, directeur par intérim du CH de Langres

Groupement Hospitalier Aube-Marne (GHAM) : Romilly sur Seine (10), Sézanne (51) et Nogent sur Seine (10)

Mme B. COURTOIS, directrice du GHAM

Centre hospitalier de Charleville

M. PHELEP, directeur
M. le Dr FONTAINE, président de la CME

Centre hospitalier de Sedan

M. JEZEQUEL, directeur
M. le Dr THIRIET, président de la CME

Centre hospitalier et universitaire de Reims

M. MICHELANGELI, directeur général et délégué régional de la FHF

M. ROSE, secrétaire général

M. le professeur GILLERY, président sortant de la CME et président de la CRSA

Groupe Courlancy (Reims)

M. le Dr DESPHIEUX, président directeur général

M. le Dr DARRAGON, directeur médical

AUTRES PERSONNALITES

M. le Pr J.-P. TRIBOULET, chef de service de chirurgie digestive au CHU de Lille, président de l'AFCA

Mme le Pr C. VONS, chef de service de chirurgie, hôpital Jean Verdier N Bondy (AP-HP), vice-présidente de l'AFCA (association française de chirurgie ambulatoire)

Annexe 3 : Repères historiques sur fusions et coopérations inter hospitalières

ANNEXE 3 : REPERES HISTORIQUES SUR FUSIONS ET COOPERATIONS INTER HOSPITALIERES	89
1. LA LOI N° 70-1318 PORTANT REFORME HOSPITALIERE.....	92
1.1. <i>Les groupements inter hospitaliers, premiers instruments de coopération.....</i>	<i>93</i>
1.2. <i>Les syndicats inter hospitaliers, établissements publics de coopération.....</i>	<i>93</i>
1.3. <i>Une loi modifiée à de nombreuses reprises</i>	<i>94</i>
1.4. <i>Le rapport Etienne sur la planification hospitalière</i>	<i>94</i>
1.5. <i>Le rapport Peigné sur l'état de l'hospitalisation en France</i>	<i>95</i>
2. LA LOI N° 91-748 DU 31 JUILLET 1991 PORTANT REFORME HOSPITALIERE.....	95
2.1. <i>Des schémas régionaux qui prévoient des regroupements et suppressions d'établissements</i>	<i>95</i>
2.2. <i>Des conférences sanitaires de secteur pour prendre le relais de groupements inter hospitaliers léthargiques</i>	<i>96</i>
2.3. <i>L'accès à de nouveaux modes de coopération : le groupement d'intérêt économique (GIE) et le groupement d'intérêt public) GIP</i>	<i>96</i>
3. L'ORDONNANCE N° 96-346 DU 24 AVRIL 1996 PORTANT REFORME DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE	97
3.1. <i>Les communautés d'établissements</i>	<i>97</i>
3.2. <i>Les groupements de coopération sanitaire (GCS).....</i>	<i>98</i>
3.3. <i>La coopération et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).....</i>	<i>98</i>
3.4. <i>Des moyens juridiques confiés au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour imposer la coopération entre établissements publics art L 712-20</i>	<i>99</i>
4. L'ORDONNANCE N° 2003-850 DU 4 SEPTEMBRE 2003 PORTANT SIMPLIFICATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE	100
4.1. <i>Des schémas régionaux d'organisation sanitaire plus contraignants.....</i>	<i>101</i>
4.2. <i>La création des territoires de santé.....</i>	<i>102</i>
4.3. <i>Une simplification des modalités de coopération sanitaire.....</i>	<i>103</i>
4.4. <i>Le GCS, outil universel de coopération.....</i>	<i>103</i>
5. LA LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES MODIFIEE PAR LA LOI N° 2011-940 DU 10 AOUT 2011.....	104
6. QUELQUES LIGNES DE FORCE	104
6.1. <i>La coopération comme moyen d'améliorer la qualité de l'offre de soins et son accessibilité</i>	<i>104</i>
6.2. <i>La coopération comme outil de maîtrise des dépenses.....</i>	<i>105</i>
6.3. <i>La coopération comme outil de gestion des ressources médicales.....</i>	<i>105</i>

<i>6.4. Les fusions d'établissements n'apparaissent quasiment pas dans les grands textes de réforme hospitalière</i>	<i>105</i>
<i>6.5. Des dispositions législatives et réglementaires essentiellement incitatives.....</i>	<i>106</i>

- [288] Ainsi que le rappelle l'étude présentée au conseil économique et sociale par M. Eric Molinié le 21 juin 2005⁷³, le début du XXème siècle a été marqué par l'émergence du financement assurantiel de l'hôpital. Après le vote de la loi du 5 avril 1928 créant « les assurances sociales obligatoires pour tous les employés du commerce et de l'industrie percevant un petit salaire » les hôpitaux vont tirer, progressivement, l'essentiel de leurs ressources, non plus des communes mais des assurances sociales.
- [289] L'Etat va constater rapidement une forte augmentation des dépenses hospitalières et décider, déjà, de reprendre en main la direction des hôpitaux et hospices. Ce sera l'objet d'un décret-loi du 28 juillet 1939. Ce texte ne sera pas mis en œuvre en raison de la guerre, mais il sera très largement repris par la loi du 21 décembre 1941 qui a fondé l'organisation hospitalière de la France telle que nous la connaissons aujourd'hui.
- [290] Cette loi du 21 décembre 1941 (et son décret d'application du 17 avril 1943) prend en compte la création des assurances sociales et vise à ouvrir l'hôpital à toutes les classes sociales. Elle entreprend aussi de modifier son organisation et son fonctionnement. La fonction de direction ne relève plus du président de la commission administrative mais d'un directeur, nommé par l'Etat et rémunéré par l'établissement. Un classement des établissements en fonction de leur activité apparaît : centre hospitalier régional, hôpital, hôpital-hospice, hospice. Une organisation médicale est mise place autour de services, dirigés par des chefs de service et une commission médicale consultative est instituée dans chaque établissement.
- [291] Pour la première fois apparaît le souci d'assurer la cohérence du parc hospitalier avec la création d'une commission du plan de l'organisation hospitalière. Cette commission doit « apprécier la place et l'utilité de chaque établissement sur l'ensemble de la France ainsi que l'importance de ses ressources et le respect des conditions imposées par les pouvoirs publics »⁷⁴.
- [292] Promulguées dès les premiers mois de la Vème République, les ordonnances de décembre 1958⁷⁵ sont, certes, dominées par la réforme hospitalo-universitaire qui crée les centres hospitaliers régionaux et universitaires liant par convention le centre hospitalier régional (CHR) et la faculté de médecine et instituant l'exercice à plein temps des professeurs de médecine, à la fois enseignants, chercheurs et médecins hospitaliers. Mais elles comportent aussi une importante réforme hospitalière : élargissement de la commission administrative, accroissement des pouvoirs du directeur (au détriment du président de la commission administrative) et mise en œuvre d'une coordination des équipements sanitaires avec la création d'une commission nationale de l'équipement hospitalier qui « assure la coordination de tous les établissements de soins comportant hospitalisation, quel que soit leur statut, public ou privé, à but lucratif ou non lucratif »⁷⁶ et l'obligation de déclaration auprès du préfet avant toute création d'établissement de santé privé.
- [293] Ces dispositions législatives portaient principalement sur l'organisation et le fonctionnement interne de l'hôpital et sur l'élargissement de l'accès à l'hôpital public pour toutes les catégories de population et, dans une moindre mesure, sur la coordination des établissements. Même si l'ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière prévoit que les hôpitaux et hospices publics puissent être constitués en établissements public intercommunaux et interdépartementaux, il ne s'agit pas là de faciliter ou d'encourager le regroupement d'établissements préexistants mais de permettre à des communes ou à des départements d'unir leurs forces pour répondre à leurs obligations en matière de prise en charge des malades mentaux (loi du 30 juin 1838) ou de lutte contre la tuberculose (loi Honnorat du 7 septembre 1919).

⁷³ L'hôpital public en France : bilan et perspectives, étude du conseil économique et social présentée par M. Eric Molinié au nom de la section des affaires sociales, 21 juin 2005.

⁷⁴ L'hôpital public en France : bilan et perspectives, p. 10.

⁷⁵ Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, ordonnance n°58-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires et ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.

⁷⁶ Ordonnance n° 58-1199 article 1^{er}, codifié sous l'article L 734-2 du code de la santé publique.

[294] C'est avec la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qu'apparaît pour la première fois le souci d'organiser et d'encourager la coopération entre établissements de santé.

1. LA LOI N° 70-1318 PORTANT REFORME HOSPITALIERE

[295] Si Jean-Marcel Jeanneney, ministre des affaires sociales du gouvernement de Georges Pompidou, prépara bien un projet de loi ambitieux en vue d'adapter les hôpitaux « à leur nouvelle mission de soins de haut niveau pour tous »⁷⁷, ce projet ne vit jamais le jour, emporté par la démission du gouvernement Pompidou qui suivit les événements de mai-juin 1968.

[296] Ce projet prévoyait de mettre en place une planification sanitaire avec la création d'une carte sanitaire. Il envisageait une véritable organisation régionale des hôpitaux avec la création de services communs autour des centres hospitaliers régionaux et une « décentralisation » des grands établissements (Assistance Publique à Paris, notamment). Les établissements volontaires auraient pu créer des « communautés hospitalières et sanitaires ». Etablissements publics à caractère administratif, ces communautés auraient eu compétence pour : l'équipement des établissements, la gestion de la trésorerie, l'organisation des services communs à plusieurs établissements.

[297] Le projet porté par Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale du gouvernement de Jacques Chaban-Delmas, en 1970 ne reprend que pour partie le projet Jeanneney. Si, comme son prédécesseur, Robert Boulin vise une adaptation des infrastructures hospitalières aux besoins de santé, il se préoccupe aussi (déjà !) de la maîtrise des dépenses.

[298] Ce projet est largement inspiré des travaux du Comité de Liaison, d'Etude et d'Action Républicaines (CLEAR). Ce groupe de réflexion composé de hauts fonctionnaires et de jeunes cadres du secteur privé a été créé en mai 1968. Il a produit une étude sur le référendum et un dossier « pour la réforme hospitalière ». Sous le titre « L'hôpital en question »⁷⁸, le CLEAR propose une réflexion sur les problèmes hospitaliers, du point de vue économique, humain et technique. Il pose des questions fondamentales dont la pertinence est toujours actuelle : les investissements hospitaliers sont-ils bien orientés ? Ont-ils la rentabilité optimale ? Leurs frais de fonctionnement ne sont-ils pas excessifs ? Atteignent-ils leur véritable objectif qui est le bien-être au moindre coût ?⁷⁹

[299] Le CLEAR insiste sur la nécessité d'un effort de restructuration des établissements hospitaliers et propose la création de groupements et de syndicats inter hospitaliers.

[300] Le 4 novembre 1970, Robert Boulin s'exprime ainsi devant le sénat sur les objectifs de la réforme proposée : «Enfin, préoccupation fondamentale, parce qu'il s'agit de savoir si les dépenses de santé qui, je vous le rappelle, dans les prévisions du VIème plan croîtront de plus de 13% par an, et par conséquent augmenteront plus vite que les recettes de l'Etat, si ces dépenses sont les mieux utilisées dans l'intérêt de la santé publique et des malades. »⁸⁰

[301] Après avoir consacré le principe du libre choix, par le malade, de son praticien et de son établissement de soins (article 1^{er}) cette loi crée le service public hospitalier (article 2) et institue la carte sanitaire déterminant des régions et des secteurs d'action sanitaire (article 5). Elle définit des groupements inter hospitaliers et ouvre la possibilité de créer des syndicats inter hospitaliers.

⁷⁷ Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République, Les études hospitalières, décembre 2010, p. 52.

⁷⁸ L'hôpital en question, CLEAR, éditions Emile Paul, Paris, juin 1970.

⁷⁹ Op. cit. p. 11.

⁸⁰ JO Sénat n°50, p. 1753.

1.1. Les groupements inter hospitaliers, premiers instruments de coopération

- [302] Aux termes de l'article 5, les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement inter hospitalier de secteur. Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement inter hospitalier régional.
- [303] Dépourvus de personnalité morale, ces groupements ont un rôle purement consultatif en ce qui concerne l'élaboration de la carte sanitaire et un rôle de proposition en matière de coopération. Quand bien même la loi (article 6 §2) les charge-t-elle d'assurer la coopération des établissements qui en font partie, elle ne leur en donne pas les moyens. Tout au plus, ces groupements peuvent-ils proposer « la création de services communs, soit dans le cadre des dispositions de l'article 8 (syndicats inter hospitaliers), soit par voie de convention bilatérale entre établissements ».
- [304] Le gouvernement n'en attendait, effectivement, pas plus. L'exposé des motifs l'indique clairement : « ... ces groupements, dont la constitution sera obligatoire, ne seront que des lieux de rencontre et ne disposeront pas de la personnalité morale. En facilitant la concertation, ils prépareront la création des syndicats inter hospitaliers auxquels les établissements adhéreront librement, mais qui auront des attributions propres. »⁸¹
- [305] Si le rôle consultatif des groupements dans l'élaboration de la carte sanitaire a pu s'exercer normalement, il faut toutefois relever la lourdeur des groupements inter hospitaliers régionaux qui pouvaient, dans les grandes régions, regrouper plusieurs centaines d'établissements.
- [306] En matière de coopération, l'action des groupements a été extrêmement discrète. Si de nombreuses conventions entre établissements ont été conclues, c'est rarement à l'initiative des groupements inter hospitaliers mais, la plupart du temps, parce que les gestionnaires ou les médecins y voyaient un intérêt. Quant aux propositions de création de syndicats inter hospitaliers, elles ont été rares. Quand les établissements du secteur d'action sanitaire de Moselle sud (5 établissements publics de l'arrondissement de Sarrebourg) ont proposé, en 1978, la création d'un syndicat inter hospitalier pour la gestion d'un service informatique commun, ils ont fait figure de pionniers.

1.2. Les syndicats inter hospitaliers, établissements publics de coopération

- [307] A la différence des groupements, les syndicats inter hospitaliers de secteur ou de région) prévus aux articles 8 à 15 de la loi disposent de la personnalité morale. Ils constituent des établissements publics dotés de l'autonomie financière. Leur création, facultative, est subordonnée de deux ou plusieurs établissements, dont le centre hospitalier régional s'il s'agit d'un syndicat inter hospitalier de région.
- [308] Les syndicats inter hospitaliers sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la santé.
- [309] L'article 10 de la loi précise que la mission de ces syndicats porte sur « toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier ». Il donne ensuite une liste non exhaustive de ces activités :
- Création et gestion de services communs
 - Formation du personnel
 - Etude et réalisation de travaux d'équipements

⁸¹ Exposé des motifs de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière II, 1 § 8. Cf François Villey, La réforme hospitalière, Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, La documentation française, Notes et études documentaires n° 4370-4371, 24 mars 1977.

- Centralisation des ressources d'amortissement
- Gestion de la trésorerie, des emprunts et des subventions d'équipement.

[310] La loi ne précise pas clairement si ces syndicats ou groupements peuvent être titulaires d'autorisations et donc gérer directement des activités de soins. Les réponses apportées à cette question par l'administration et par le conseil d'Etat limiteront, de fait, l'activité des syndicats à la gestion de services communs de type administratif et logistique. Il faudra attendre un décret du 2 septembre 2002⁸² pour que les syndicats inter hospitaliers puissent être autorisés à exercer les missions d'un établissement de santé.

1.3. Une loi modifiée à de nombreuses reprises

[311] Cette loi, qui nécessitera plus de trente décrets d'application sera modifiée dix-huit fois en vingt ans pour suivre le développement, de plus en plus rapide, de la médecine et l'évolution des besoins de la population. Dès le début de la décennie 1980 les pouvoirs publics ont envisagé une nouvelle réforme législative touchant davantage l'organisation de l'Etat et la politique de planification que l'hôpital lui-même.

1.4. Le rapport Etienne sur la planification hospitalière⁸³

[312] Remis au ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation et au ministre des affaires sociales et de l'emploi en décembre 1985, ce rapport propose une importante réforme des règles de planification afin de remédier aux limites de la carte sanitaire qui « tend à figer le nombre de lits dans chacun (des secteurs sanitaires), à empêcher les nécessaires restructurations ou regroupements d'établissements, et à favoriser la dissimulation des évolutions et donc la méfiance entre les hospitaliers du secteur public et du secteur privé »⁸⁴.

[313] Il propose de nouvelles orientations pour la planification sanitaire. Les établissements de santé seraient appelés à se doter de véritables programmes d'établissements dont la cohérence serait assurée par des schémas régionaux de planification des activités. « Ils (ces schémas) devraient être conçus en termes de filière de soins diagnostiques et thérapeutiques. Cette conception répond à la fois à des préoccupations sanitaires et économiques, et à une meilleure prise en compte de la réalité du fonctionnement hospitalier. En effet, la qualité des activités médicales est très liée à la fréquence des actes réalisés. Pour certaines activités médicales spécialisées, d'indications assez rares, il importe que les patients puissent accéder à des centres de référence ayant une expérience étendue et correctement dotés en moyens humains et matériels propres à les prendre en charge. Par ailleurs, la nécessaire concentration des personnels compétents et d'équipements souvent onéreux limite les coûts à la charge de la collectivité »⁸⁵.

[314] Parmi les propositions faites aux ministres, on relève l'incitation à la mise en place de structures coopératives entre hôpitaux, comme, par exemple, les syndicats inter hospitaliers...

⁸² Décret n° 2002-1122 du 2 septembre 2002. L'article 1^{er} insère dans le code de la santé publique deux articles (R 713-2-20 et R 713-2-21) portant dispositions particulières aux syndicats inter hospitaliers autorisés à exercer les missions d'un établissement de santé. L'article 2 définit une nouvelle catégorie d'établissement public de santé, l'établissement public de santé inter hospitalier (R 714-1-1 II). Si quelques syndicats ont été autorisés à exercer les missions d'un établissement de santé, il ne semble pas que des établissements publics de santé inter hospitaliers aient été créés.

⁸³ Rapport au ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation et au ministre des affaires sociales et de l'emploi, professeur Jean-Pierre Etienne, Sylvie Chantreau et Alain Cordier, la documentation française, décembre 1985, collection des rapports officiels.

⁸⁴ Op. cit. p. 219.

⁸⁵ Op. cit. p. 227.

1.5. Le rapport Peigné sur l'état de l'hospitalisation en France

[315] Commandé par un gouvernement et reçu par un autre, le rapport du professeur Etienne ne connaîtra pas de suite immédiate. C'est à la suite d'un autre rapport⁸⁶, établi par le Dr Peigné et Edouard Couty et remis en 1990 à Claude Evin, ministre des affaires sociales, de la solidarité et de la santé, qu'une nouvelle loi de réforme hospitalière est mise en chantier.

2. LA LOI N° 91-748 DU 31 JUILLET 1991 PORTANT REFORME HOSPITALIERE

[316] Cette loi s'articule « autour de deux objectifs complémentaires : optimiser l'offre de soins et dynamiser les établissements publics de santé » rappelle M. Alain Calmat, rapporteur du projet de loi devant l'Assemblée Nationale⁸⁷. Pour optimiser l'offre de soins et « assurer une meilleure qualité des soins dans les meilleures conditions économiques possibles, mais aussi pour garantir à tous des soins de qualité »⁸⁸, plusieurs types de mesures sont retenus :

- Une plus grande cohérence du réseau de soins (gradation des soins, développement des alternatives à l'hospitalisation complète – chirurgie ambulatoire, notamment)
- De nouveaux instruments de régulation (les schémas régionaux d'organisation sanitaire – autorisations à durée déterminée - contractualisation)
- Des règles communes pour le secteur public et le secteur privé
- La mise en place d'un dispositif d'évaluation.

2.1. Des schémas régionaux qui prévoient des regroupements et suppressions d'établissements

[317] La loi modifie très substantiellement le dispositif de planification sanitaire. Il repose désormais sur une carte sanitaire et un schéma d'organisation sanitaire qui « ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé »⁸⁹.

[318] Chaque schéma régional d'organisation sanitaire est doté d'une annexe qui « indique, compte tenu de la nature et de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existante au moment où il entre en vigueur et des objectifs retenus par le schéma, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires à sa réalisation⁹⁰ ». Cette annexe n'est, toutefois, qu'un document à caractère indicatif. Bien sûr, on est ici dans le domaine du droit des autorisations et les regroupements évoqués ne visent pas nécessairement des fusions d'entités juridiques. Dans bien des cas, cependant, ils peuvent déboucher sur des fusions ou des créations d'organismes de coopération.

[319] Le caractère purement indicatif de l'annexe n'a pas toujours incité les directions régionales des affaires sanitaires et sociales et les préfets de région à en doter les premiers schémas régionaux publiés en 1994.

⁸⁶ Notre système hospitalier et son avenir : rapport à Monsieur le Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Francis Peigné, éditions de l'ENSP, Rennes, 1991).

⁸⁷ Assemblée Nationale, 1^{ère} séance du 10 avril 1991, compte rendu intégral, p. 1025.

⁸⁸ Idem, p. 1025.

⁸⁹ Article L 712-1 CSP.

⁹⁰ Article L 712-3-1 CSP.

2.2. Des conférences sanitaires de secteur pour prendre le relais de groupements inter hospitaliers léthargiques

- [320] Le législateur a souhaité dynamiser la coopération entre les établissements de santé. Pour ce faire, il substitue aux groupements inter hospitaliers de secteur des conférences sanitaires de secteur (article L 713-1). Ces conférences réunissent l'ensemble des établissements de santé du secteur sanitaire, qu'ils assurent le service public hospitalier ou non. Des organismes concourant aux soins (autres que les établissements de santé) peuvent également être autorisés à y participer.
- [321] Comme les groupements inter hospitaliers, les conférences sanitaires de secteur sont consultées sur l'élaboration de la carte sanitaire et, bien sûr, sur l'élaboration des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire.
- [322] Alors que les groupements inter hospitaliers pouvaient proposer la création de services communs, les conférences sanitaires sont « chargées de promouvoir la coopération entre les établissements du secteur » (article L 713-2). Le rapporteur du projet de loi devant l'Assemblée Nationale relevait l'importance de la coopération : « le renforcement de la coopération est une condition indispensable du nécessaire décloisonnement des secteurs sanitaires hospitaliers et non hospitaliers et, au-delà, du décloisonnement des domaines sanitaires et médico-sociaux. Si cela suppose certainement des changements de mentalités sur lesquels le législateur n'a pas de prise, il faudra également que des mesures, notamment d'ordre financier, soient prises pour inciter les établissements soumis au régime du budget global à s'orienter dans cette voie ⁹¹ ». Si l'allocation de moyens budgétaires spécifiques, fléchés sur des actions de coopération (création d'équipe inter hospitalières d'hygiène par exemple), ont permis à certaines conférences sanitaires de secteur de s'engager sur la voie de la coopération, force est de constater que le changement des mentalités est resté assez discret.

Les conférences sanitaires, composées d'établissements dont le souci premier était d'assurer leur développement ou, tout simplement, leur survie, pouvaient difficilement s'engager sur la voie de coopérations restructurantes, qui auraient pu conduire, selon les termes du professeur Adolphe Steg, rapporteur du conseil économique et social, à favoriser « la fermeture de certains établissements qui survivent dans une sorte d'état végétatif »⁹².

2.3. L'accès à de nouveaux modes de coopération : le groupement d'intérêt économique (GIE) et le groupement d'intérêt public (GIP)

- [323] Afin de permettre aux établissements publics de santé de développer les actions de coopérations estimées, à juste titre, insuffisantes. La loi va leur donner accès à de nouveaux modes de coopération. A côté des syndicats inter hospitaliers, qui n'ont pas eu le succès escompté, les établissements publics peuvent désormais participer à des groupements d'intérêt public et à des groupements d'intérêt économique (article L 713-12). Ces deux formes de coopération ont été très souvent utilisées que ce soit pour la gestion commune d'équipements lourds avec des praticiens libéraux, pour la création de services logistiques (restauration, blanchisserie) ou pour la mise en œuvre d'un système d'information.
- [324] Les GIE comme les GIP permettent, en effet, de s'associer avec des partenaires privés selon des modalités juridiques simples qui ne mettent pas en cause l'identité des partenaires.

⁹¹ Assemblée Nationale, 1^{ère} séance du 10 avril 1991, compte rendu intégral, p. 1026.

⁹² Idem p. 1031.

3. L'ORDONNANCE N° 96-346 DU 24 AVRIL 1996 PORTANT REFORME DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE

[325] A peine la loi du 31 juillet 1991 était-elle publiée que le commissariat général du plan demandait à Raymond Soubie de conduire une « réflexion prospective sur l'avenir du système de santé français à l'horizon 2010. Cette réflexion déboucha, sur la publication, en 1993, du rapport « Santé 2010 »⁹³. Ce rapport, qui a très largement inspiré les rédacteurs des trois ordonnances du 24 avril 1996, s'est peu intéressé au fonctionnement des établissements de santé et aux questions de coopération inter hospitalière.

[326] Dans « Un scénario de régulation du système de soins en France : principes de base et architecture »⁹⁴, Gérard de Pourville suggère toutefois d'envisager des « possibilités accrues pour un établissement de contracter avec d'autres producteurs de soins, publics ou privés, autour de partage d'équipements, mais aussi autour de protocoles de prise en charge de certaines pathologies »⁹⁵. Il évoque aussi la possibilité de constituer des groupements entre établissements publics et privés : « Dans une perspective d'accords contractuels généralisés, il sera également nécessaire d'aligner progressivement les modes de gestion des secteurs hospitaliers public et privé. Par exemple, des établissements publics ou privés pourraient se constituer en groupements pour offrir une gamme élargie de services hospitaliers »⁹⁶.

Dans cet esprit, et dans le prolongement de la loi du 31 juillet 1991 qui n'est pas abrogée mais complétée, les rédacteurs de l'ordonnance vont proposer deux nouveaux outils de coopération : la communauté d'établissements et le groupement de coopération sanitaire. Ils d'expriment ainsi dans le rapport de présentation de l'ordonnance au président de la République : « Les coopérations entre établissements doivent tout d'abord se développer. La présente ordonnance prévoit à cet effet que tous les établissements publics doivent dans les trois ans à venir inscrire leur développement dans une communauté d'établissements dans le cadre du secteur sanitaire. Ce principe permet de développer toutes les coopérations possibles entre établissements, tout en préservant des dispositifs souples et adaptés aux particularités de chaque situation. Par ailleurs, une nouvelle modalité de coopération entre les établissements publics et privés est rendue possible : le groupement de coopération sanitaire permet aux hôpitaux et aux cliniques privées de réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs »⁹⁷.

3.1. Les communautés d'établissements

[327] Les communautés d'établissements créées par l'article L 712-3-3 sont, comme les groupements inter hospitaliers de la loi du 31 décembre 1970, réservées aux établissements assurant le service public hospitalier. L'ordonnance leur assigne trois objectifs :

- Favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent ;
- Mettre en œuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe ;
- Répondre aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

⁹³ Santé 2010, rapport du groupe « Prospective du système de santé », La documentation française, 1993.

⁹⁴ Santé 2010 p. 473 à 503.

⁹⁵ Santé 2010 p. 485.

⁹⁶ Santé 2010 p. 495.

⁹⁷ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avril 1996.

Une charte doit fixer les modalités juridiques de mise en œuvre choisies par les établissements (convention, syndicat inter hospitalier, GIP ou GIE).

- [328] La participation à ces communautés n'est pas strictement obligatoire, mais les établissements publics qui, dans un délai de trois ans, n'ont pas adhéré à une telle communauté doivent en justifier auprès du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), institution nouvelle créée par la même ordonnance.
- [329] Les objectifs de ces communautés sont plus précis que ceux des groupements inter hospitaliers de 1970 ou des conférences sanitaires de secteur de 1991. Les communautés d'établissements doivent être, notamment, des outils de mise en œuvre des SROS en matière de coopération et de complémentarité.
- [330] Si presque tous les établissements publics de santé ont adhéré à une communauté, les actions de coopération engagées ont rarement abouti à des actions de coopération fortes à visée plus ou moins intégratives.

3.2. Les groupements de coopération sanitaire (GCS)

- [331] La création des GCS prévus à l'article L 713-11-1 est une véritable novation. Le rapport de présentation de l'ordonnance synthétise ainsi l'objectif recherché : « une nouvelle modalité de coopération entre les établissements publics et privés est rendue possible : le groupement de coopération sanitaire permet aux hôpitaux et aux cliniques privées de réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs ».
- [332] Le GCS, s'il ne constitue pas un établissement de santé, est cependant doté de la personnalité morale et peut détenir des autorisations d'équipements lourds. Il « réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux » (article L 713-11-1 § 2).
- [333] Si la détention et l'exploitation en commun d'équipements lourds avait pu se développer largement, en particulier au travers de GIE constitués avec des praticiens libéraux, la gestion commune des plateaux techniques étaient rendue très difficiles en raison des différences de statut et de mode de rémunération des praticiens. Même si le dispositif était perfectible (il sera plusieurs fois adapté par la suite) il a permis à la coopération entre établissements publics et privés de se développer pour mieux répondre aux besoins de la population et optimiser l'utilisation de certains équipements et installations.

3.3. La coopération et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

- [334] Si la loi du 31 juillet 1991 avait bien prévu la possibilité pour les établissements de santé de conclure des contrats pluriannuels avec les organismes d'assurance maladie, le représentant de l'Etat et, le cas échéant, des collectivités locales (article L 712-4), ce dispositif a connu peu d'applications. Il a, en effet, été compris par les partenaires comme le moyen d'obtenir des crédits supplémentaires. Si cette perspective séduisait les établissements, il n'en était pas de même des organismes d'assurance maladie.

[335] L'ordonnance 96-346 (article L710-16) entend faire de la contractualisation le dispositif de droit commun pour régir les relations entre les établissements publics et privés et les ARH. Aux termes de l'article L 710-16-1, ces contrats « déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé. A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion *et dans ses modes de coopération*. Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5. *Ils favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé mentionnés aux articles L.712-3-2 et L. 712-3-3 ainsi qu'aux actions de coopération prévues au présent titre* ».

[336] L'inscription des actions de coopération dans les CPOM offre l'opportunité, pour les ARH, d'inciter les établissements à s'engager plus résolument dans de telles actions. Le mode de financement par dotation globale permettait, sans difficulté, d'allouer des crédits spécialement dédiés aux actions de coopération à l'un des établissements partenaires pour financer les activités réalisées en commun. La tarification à l'activité viendra, quelques années plus tard, perturber des dispositifs.

3.4. Des moyens juridiques confiés au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour imposer la coopération entre établissements publics art L 712-20

[337] Les rédacteurs de l'ordonnance entendent bien faire de la coopération et des redéploiements des leviers puissants pour « adapter le système hospitalier aux besoins de la population et préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût » (article L 712-20 I). Pour ce faire, ils donnent au directeur de l'ARH la possibilité de demander et, le cas échéant d'imposer aux établissements publics de santé:

- La conclusion d'une convention de coopération
- La création d'un syndicat inter hospitalier ou d'un GIP
- La création d'un nouvel établissement public de santé par fusion de plusieurs établissements préexistants.

Le directeur de l'ARH peut également demander, voire imposer, « dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et des crédits y afférents ainsi que la création d'emplois médicaux et l'ouverture des crédits correspondants dans le ou les établissements publics de santé appelés à recevoir les patients des services supprimés ou convertis » (article L 710-20 II).

[338] Ces leviers seront, en réalité, assez peu utilisés. Les oppositions politiques et sociales et une relative faiblesse juridique du dispositif auront souvent raison des objectifs parfois volontaristes des SROS.

La rédaction de l'article L 710-20 I est en effet imprécise : « Dans la mesure où sa demande ne serait pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après avoir recueilli l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, prendre les *mesures appropriées* pour que les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de soins ou créent un syndicat inter hospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés ». Ces dispositions ont été reprises ultérieurement à l'article L 6122-15.

[339] Quelles sont ces mesures appropriées ? Elles sont soumises à l'appréciation du juge administratif et l'ARH de Bourgogne a pu le vérifier à l'occasion d'un contentieux relatif au GCS « Groupe hospitalier Le Creusot-Monceau les Mines »⁹⁸. Le tribunal considère « qu'il ne résulte pas (des termes de l'article L 6122-15 CSP), ni d'aucune autre disposition législative ou réglementaire, que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut se substituer aux établissements concernés lorsque la demande qu'il leur a adressée en vue de créer un groupement sanitaire n'a pas été suivie d'effet ; qu'il peut seulement '*prendre les mesures appropriées pour que les établissements concluent une convention de coopération (...) ou créent un groupement de coopération sanitaire(...)*' ; que la création par le directeur de l'agence hospitalière dudit groupement, au lieu et place des établissements concernés, n'est donc pas au nombre des mesures appropriées que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est habilité à prendre au sens des dispositions précitées de l'article L 6122-15 du code de la santé publique ; ... ».

[340] Aux yeux du juge administratif, la création du GCS par décision unilatérale du directeur de l'ARH ne constitue pas « mesure appropriée » dans la mesure où aucun texte législatif ou réglementaire ne le prévoit. Cette interprétation peut paraître surprenante car on voit mal quelle autre disposition « appropriée » pourrait être prise par le directeur de l'ARH pour parvenir à la création de ce GCS.

Si l'on y regarde de plus près, on constate que le même article, après avoir évoqué la création d'un GCS, d'un SIH ou d'un GIP, se termine ainsi : « ou prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés ». S'agissant d'établissements publics de santé, le directeur de l'ARH peut donc prononcer unilatéralement leur fusion. Il s'agit là, en effet, d'une de ses compétences de droit commun : « Les établissements publics de santé sont créés, après avis du Comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale, par décret ou par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire » (article L 6141-1).

[341] Le législateur de 2009 tirera les conséquences de cette jurisprudence en explicitant les « mesures appropriées » que peut prendre le directeur général de l'ARS. L'article L 6131-2 précise ainsi que : « Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat ». A défaut de pouvoir créer un GCS par un acte unilatéral, le directeur général de l'ARS pourrait y contraindre les établissements en jouant sur le niveau de leurs dotations financières. Encore faut-il que le niveau de ces dotations soit significatif. Un établissement qui tirerait l'essentiel de ses ressources de la tarification à l'activité et percevrait peu ou pas de crédits de type MIGAC ne serait guère touché par une telle mesure.

4. L'ORDONNANCE N° 2003-850 DU 4 SEPTEMBRE 2003 PORTANT SIMPLIFICATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE

[342] Malgré les difficultés et les résistances rencontrées, la volonté des pouvoirs publics de promouvoir un fonctionnement en réseau des établissements a fini par s'imposer, notamment dans le domaine de la périnatalité, des urgences et de la cancérologie.

⁹⁸ TA de Dijon (3^{ème} chambre), jugements n° 0900086 – commune de Montceau les Mines et 0900170 – syndicat inter hospitalier centre hospitalier de Montceau les Mines du 7 mai 2009.

Le schéma de services collectifs sanitaires publié par la DATAR en juillet 2001 souligne ainsi que s'est installé un mode de fonctionnement coopératif des structures hospitalières qui « relève d'une transformation assez profonde par rapport aux habitudes de fonctionnement autonome des établissements, les collaborations étant jusqu'à présent fonction des bonnes volontés, sans règles formalisées »⁹⁹.

Dans ses orientations stratégiques ce schéma de services collectifs dresse un rapide bilan des actions de coopérations cinq ans après la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996 : « En juin 2001, cent vingt cinq opérations de rapprochement entre établissements publics et privés ont été recensées, réparties sur vingt régions. Il s'agit, le plus souvent, de partages d'activités qui se traduisent par la mise en œuvre de coopérations, de transferts voire d'absorption à la suite de la fermeture d'un service ou d'un établissement. Ces coopérations entre établissements publics et privés permettent de répondre aux exigences de respect des normes de sécurité encadrant le fonctionnement des services, aux difficultés liées à l'évolution de la démographie médicale en veillant à la nécessité d'aménagement du territoire. En facilitant la recomposition du paysage sanitaire, ces rapprochements favorisent l'émergence de services dont la taille critique accroît la technicité et répond mieux aux besoins de santé d'une population de plus en plus exigeante »¹⁰⁰.

Ce bilan montre que, même si c'est encore insuffisant, la coopération s'est véritablement inscrite dans le paysage hospitalier.

- [343] Le schéma conclut ainsi sur les coopérations : « Ainsi, la coopération entre hôpitaux publics, cliniques privées et médecins de ville, est l'une des voies qui devra impérativement être empruntée pour assurer l'existence d'un système sanitaire performant, moderne, ouvert à tous et sur l'ensemble du territoire. L'action des pouvoirs publics, dans les prochaines années, devrait consister à lever les obstacles financiers, juridiques, fiscaux ou culturels que rencontrent les promoteurs de projets de coopération ensemble innovants et structurants »¹⁰¹. C'est à quoi s'emploiera, deux ans et une alternance plus tard, l'ordonnance du 4 septembre 2003.

4.1. Des schémas régionaux d'organisation sanitaire plus contraignants

- [344] L'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime la carte sanitaire telle qu'elle avait été conçue par le législateur de 1970 et fait du SROS l'unique outil de planification, sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif. L'article L 6121-1 le définit ainsi :

« Le schéma d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

« Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. »

⁹⁹ Schéma des services collectifs sanitaires, DATAR, juillet 2001, p. 21.

¹⁰⁰ Idem p. 57.

¹⁰¹ Schéma des services collectifs sanitaires, DATAR, juillet 2001, p.57.

[345] Alors que le SROS de la loi du 31 juillet 1991 se bornait à « déterminer la répartition géographique des installations et activités de soins » définis par la carte sanitaire, le SROS de l'ordonnance du 4 septembre 2003 devient un outil beaucoup plus dynamique puisqu'il vise à « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins » et à « susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé ». C'est dire que les complémentarités et les coopérations entre établissements se situent désormais au cœur des SROS. Elles ne sont plus laissées à la seule initiative des établissements mais constituent des objectifs de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins.

[346] S'agissant de l'annexe, elle n'est plus indicative mais devient partie intégrante du SROS. Elle est établie selon les mêmes modalités « après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation » et doit contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par ce schéma. Aux termes de l'article L 6121-2 :

« Cette annexe précise :

1° Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds définis à l'article L. 6122-14 ;

2° Les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs. »

L'ordonnance place ainsi sur le même plan les objectifs quantifiés de l'offre de soins, destinés à limiter le volume d'activités des établissements et les regroupements et coopérations d'établissements.

[347] Le même article précise que « les autorisations existantes incompatibles avec la mise en œuvre de cette annexe sont révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma d'organisation sanitaire ». L'article L 6122-2 précise, quant à lui, que la compatibilité avec les objectifs fixés par le schéma et par l'annexe est une condition de délivrance des autorisations.

[348] L'ARH dispose donc désormais d'un arsenal juridique lui permettant d'atteindre les objectifs d'adaptation de l'offre de soins aux besoins mis en évidence dans le SROS.

4.2. La création des territoires de santé

[349] Les secteurs sanitaires créés en 1970 et conservés aussi bien par la loi du 31 juillet 1991 que par l'ordonnance du 24 avril 1996 disparaissent au profit de territoires de santé dont la définition est plus souple. En effet, en fonction des activités et des équipements, ces territoires « constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national ». Cela permet d'adapter le découpage territorial aux diverses activités de soins : le territoire de la prise en charge des urgences n'est pas nécessairement le même que celui de la réanimation ou de la dialyse.

[350] C'est le directeur de l'ARH qui détermine les limites des territoires relevant du schéma régional. Le ministre chargé de la santé détermine les territoires relevant d'un schéma interrégional ou national¹⁰².

¹⁰² Articles L 6121-2 à 4 dans la version antérieure à la loi HPST et D 6121-11. Si des schémas inter régionaux ont bien été arrêtés par les ARH pour la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, le traitement des grands brûlés et les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, aucun schéma national n'a jamais vu le jour. Les différents plans de santé publique (cancer, maladie d'Alzheimer, maladies rares etc...) ne constituent pas des schémas nationaux au sens du code de la santé publique.

[351] Des conférences sanitaires sont instituées dans ces territoires (article L 6131-1). Elles comprennent « des représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers du territoire concerné. D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'une conférence à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur avis de la conférence ». Beaucoup plus diversifiées dans leur composition que leurs devancières, elles gagnent en légitimité. Elles « sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision du schéma régional d'organisation sanitaire et sont chargées de promouvoir la coopération entre les établissements » (article L 6131-2).

4.3. Une simplification des modalités de coopération sanitaire

[352] Le titre III de l'ordonnance porte sur la simplification des formules de coopérations. Le groupement de coopération sanitaire devient la formule de coopération de droit commun. Il n'est plus possible désormais de créer de nouvelle communauté d'établissement¹⁰³ ni de syndicat inter hospitalier¹⁰⁴ et les établissements publics de santé inter hospitaliers sont supprimés¹⁰⁵.

4.4. Le GCS, outil universel de coopération

[353] Le champ de compétence du GCS est sensiblement étendu et précisé. Le GCS peut (article 6133-1) :

1° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;

2° Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés.

Si le groupement ne constitue pas un établissement de santé, il peut, toutefois, être autorisé par le directeur de l'ARH « à exercer les missions d'un établissement de santé » et « à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux ».

[354] Doté de la personnalité morale, le groupement « constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privés. Dans les autres cas, il peut se constituer sous la forme de personne morale de droit privé. Il poursuit un but non lucratif ». Il est donc ouvert à toutes les catégories d'établissements aussi bien qu'aux médecins libéraux. Quand il est constitué à la fois d'établissements publics et d'établissements privés il peut choisir de se constituer en personne morale de droit privé.

[355] Le GCS est donc une formule très souple tant en ce qui concerne son objet que ses membres et sa qualification juridique (droit public ou droit privé). Il connaîtra un succès certain avant que ne s'installent des incompréhensions avec la promulgation de la loi du 21 juillet 2009.

¹⁰³ A compter le la publication de l'ordonnance (article 14).

¹⁰⁴ A compter du 1^{er} janvier 2005 (article 15).

¹⁰⁵ Article 16. En réalité, aucun établissement de ce type n'avait été créé.

5. LA LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES MODIFIEE PAR LA LOI N° 2011-940 DU 10 AOUT 2011

[356] Dans le rapport remis au Président de la République à l'issue de la mission qui lui avait été confiée le 12 octobre 2007, le sénateur Gérard Larcher relevait que « La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée »¹⁰⁶. Pour y parvenir il proposait de « Favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics sous la forme de communautés hospitalières de territoire : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires »¹⁰⁷.

[357] L'annexe 4 présente et commente les dispositions de cette loi concernant les opérations de fusion et de coopérations entre établissements de santé.

6. QUELQUES LIGNES DE FORCE

[358] Cinq grands textes de réforme hospitalière (trois par voie législative et deux par ordonnance) ont été promulgués au cours des quarante dernières années, soit un tous les huit ans en moyenne. Au fil de ces réformes la question de la cohérence et de l'optimisation de l'offre de soins hospitaliers va occuper une place de plus en plus importante sans que les objectifs en soient toujours clairement explicités. Les outils juridiques permettant de parvenir à cette optimisation ne seront mis en place que très progressivement et ne seront pas forcément adaptés.

[359] A l'issue de ce rapide parcours historique, on peut relever quelques constantes développées autour du thème de la nécessaire coopération entre établissements de santé. Dès 1970 la restructuration de l'offre de soins hospitaliers et la coopération entre les établissements de santé sont présentées comme des conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins et de leur accessibilité en même temps que comme un moyen de maîtriser l'accroissement des dépenses de santé.

6.1. *La coopération comme moyen d'améliorer la qualité de l'offre de soins et son accessibilité*

[360] Le projet de loi Jeanneney de 1967 présente déjà la coopération entre établissements de santé comme un moyen pour améliorer l'organisation de l'offre et pour garantir l'accessibilité de tous à des soins de qualité. De la loi du 31 décembre 1970 à l'ordonnance du 4 septembre 2003 de nombreux dispositifs ont été créés pour conduire les établissements de santé à coopérer davantage, à s'inscrire dans des logiques de complémentarité, de façon à garantir dans chacun des territoires une offre de soins hospitaliers gradués et de qualité.

[361] Des groupements inter hospitaliers de secteur aux conférences sanitaires de territoire, des syndicats inter hospitaliers aux groupements de coopération sanitaire, de la carte sanitaire aux schémas régionaux d'organisation des soins, les dispositifs juridiques, en effet, n'ont pas manqué pour permettre aux établissements de santé de coopérer. Chaque réforme hospitalière a tenté d'aller un peu plus loin que la précédente en perfectionnant les outils juridiques, au risque parfois de les rendre d'une extrême complexité.

¹⁰⁶ Rapport Larcher, p. 12.

¹⁰⁷ Idem p. 12.

- [362] On doit cependant constater que les leviers les plus efficaces n'ont pas été les dispositifs juridiques de coopération mais, bien plus souvent, les règles relatives aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement (obstétrique-néonatalogie, réanimation, urgences, cancer), les contraintes de démographie médicale ou la contrainte financière (notamment dans le secteur privé).

6.2. La coopération comme outil de maîtrise des dépenses

- [363] Lors du débat parlementaire sur le projet de loi de réforme hospitalière de 1970 évoque déjà la nécessité de s'assurer que les moyens financiers mis à la disposition des établissements sont utilisés au mieux «dans l'intérêt des malades et de la santé publique»¹⁰⁸. Cette question a été, depuis lors, au centre des préoccupations des gouvernements successifs. « Assurer une meilleure qualité des soins dans les meilleures conditions économiques possibles » est l'un des objectifs de la loi rappelé par le rapporteur du projet de loi de 1991. Les rédacteurs de l'ordonnance de 1996 voudront « adapter le système hospitalier aux besoins de la population et préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût ». C'est dans ce contexte que le ministre Jacques Barrot parlera du « juste soin ».
- [364] L'ordonnance de 2003 ne dira pas autre chose en prévoyant que « le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire ».

6.3. La coopération comme outil de gestion des ressources médicales

- [365] De nombreuses coopérations se sont nouées pour mettre en commun des ressources médicales rares ou pour constituer des équipes permettant de répondre aux nouvelles conditions techniques de fonctionnement. Elles se traduisent soit par des conventions soit par la création de structures de coopération : fédérations médicales inter hospitalières ou GCS dans la plupart des cas.

6.4. Les fusions d'établissements n'apparaissent quasiment pas dans les grands textes de réforme hospitalière

- [366] Les fusions d'établissements ne font pas l'objet de longs développements dans les textes législatifs de réforme hospitalière. Ce n'est pas très surprenant dans la mesure où le législateur n'est pas en mesure d'imposer la fusion d'établissements de santé privés et, s'il s'agit d'établissements publics, elles sont décidées par un acte réglementaire.
- [367] Le droit des autorisations encadre les conditions de regroupement des établissements de santé, publics comme privés. Les pouvoirs publics sont ainsi en mesure de s'assurer que les opérations de regroupement des établissements privés, le plus souvent engagées pour des raisons d'efficacité médicale et économique, sont conformes aux objectifs des schémas régionaux d'organisation des soins. S'agissant des établissements publics, Les fusions d'établissements font l'objet d'une décision de l'autorité compétente de l'Etat : ministre ou directeur de l'ARS.
- [368] Les principes régissant les fusions d'établissements publics de santé sont définis aux articles L 6141-7-1 et R 6141-10 à 13 du code de la santé publique.

¹⁰⁸ Voir ci-dessus § 13.

6.5. Des dispositions législatives et réglementaires essentiellement incitatives

- [369] Si la participation à des structures de concertation est obligatoire pour les établissements de santé, leur engagement dans une structure de coopération reste facultatif. C'est une constante depuis la loi du 31 décembre 1970. La loi du 31 juillet 1991 a tenté, s'agissant des établissements publics, d'édicter des dispositions plus contraignantes. On a vu, toutefois, que leur mise en œuvre reste très aléatoire¹⁰⁹.
- [370] La loi du 21 juillet 2009 a confirmé la possibilité de prononcer une fusion d'établissements publics de santé par un acte unilatéral (article L 6131-4 CSP) et a précisé que les « mesures appropriées » pour amener des établissements à constituer un GCS pouvaient consister en une diminution des dotations de financement (article L 6131-2 CSP). L'avenir dira si ces dispositions permettront d'influer significativement sur la restructuration de l'offre hospitalière

¹⁰⁹ Voir ci-dessus §§ 51-54.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[393] Les établissements publics peuvent participer à des groupements d'intérêt public et à des groupements d'intérêt économique (article L 6134-1 du CSP). Ces deux formes de coopération sont très souvent utilisées, tant pour la gestion commune d'équipements lourds avec des praticiens libéraux, que pour la création de services logistiques (restauration, blanchisserie) ou encore pour la mise en œuvre d'un système d'information.

[394] Les GIE comme les GIP permettent, en effet, de s'associer avec des partenaires privés selon des modalités juridiques simples qui ne mettent pas en cause l'identité des partenaires.

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

[395] Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé.

[396] Le GCS est l'outil privilégié de la coopération public-privé : il permet aux hôpitaux et aux cliniques privées de réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs¹¹⁴.

[397] Il est parfois utilisé dans le cadre de coopérations entre établissements publics. Selon une enquête réalisée par la DGOS, 18,6% des GCS sont constitués entre établissements publics de santé au 30 juin 2010¹¹⁵.

[398] Au 30 juin 2010, on comptait environ 347 GCS dans 26 régions.

[399] S'il ne constitue pas un établissement de santé, le GCS de moyens est cependant doté de la personnalité morale et peut détenir des autorisations d'équipements lourds. Il a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Il peut organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement (article 6133-1 du CSP). Depuis la loi HPST, un GCS peut participer aux enseignements publics (médical, pharmaceutique et postuniversitaire) et aux activités de recherche. A titre d'exemple, un CHU menant une recherche biomédicale peut associer d'autres établissements publics de santé par le biais d'un GCS. L'assemblée générale peut autoriser le GCS à déposer et à exploiter des brevets avec valorisation des résultats.

[400] Le GCS peut avoir pour objet une mission de service public : soins palliatifs, permanence de soins, aide médicale d'urgence, prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement (article L. 6112-1 CSP).

¹¹⁴ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avril 1996.

¹¹⁵ Soit 56 GCS sur les 300 GCS ayant répondu à l'enquête. 140 GCS sont composés d'établissements de santé publics et privés. 74 GCS associent des professionnels de santé libéraux, et 21 ont été conclu avec des structures ou établissements médico-sociaux.

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

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

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

¹¹⁶ Deux hypothèses étaient envisagées par la loi HPST :

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

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

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

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

[408] Les SIH, ciblés sur certaines activités comme la blanchisserie, les systèmes d'information, ou la restauration, n'ont pas eu le succès escompté. Dans un souci de simplification des outils juridiques, ils doivent être transformés en CHT, GCS, ou GIP d'ici le 22 juillet 2012, comme le prévoit la loi HPST.

2.3. Du fait de sa lourdeur et de ses statuts, le GCS établissement de santé créé par la loi HPST connaît une mise en œuvre délicate

[409] Créé par la loi HPST, le GCS érigé en établissement de santé (GCS-ES) est un GCS de moyens qui demande et obtient une ou plusieurs autorisations d'activités de soins. Les règles concernant le GCS de moyens (membres, statut, etc.) sont applicables au GCS-ES.

[410] Le GCS-ES est la forme la plus intégrée de coopération, avant la fusion. Il permet d'éviter la contradiction entre les logiques de coopération et la logique concurrentielle de la T2A, pour l'activité mise en commun. Il donne un cadre économique propre à l'activité mutualisée, en évitant une vision atomisée selon des divisions analytiques par établissement artificielles.

[411] Dès lors que le GCS est établissement de santé, il est tenu de respecter les droits et obligations pesant sur les établissements de santé. À titre d'exemple, le GCS-ES garantit à tous ses patients l'égal accès à des soins de qualité, à la continuité et à la sécurité des soins, la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement.

[412] Si le GCS est érigé en établissement de santé privé, cet établissement reste régi par les règles des groupements de coopération sanitaire. Il est tenu en sus des règles applicables aux établissements de santé privés.

[413] Si le GCS est érigé en établissement public de santé, l'établissement public de santé créé se substitue au GCS dans l'ensemble de ses droits et obligations et met en place les instances de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé.

[414] Depuis la loi HPST, un seul GCS-ES a été créé. De manière expérimentale (et antérieurement à la loi HPST), cinq GCS de moyens exercent une activité de soins. Ces expériences sont aujourd'hui peu probantes :

- D'une part, les établissements privés craignent d'être « absorbés » dans une structure de droit public à qui ils doivent céder des autorisations de soins.
- D'autre part, et plus généralement, la création d'un GCS-ES est un facteur de complexification de la gouvernance d'ensemble du dispositif, pour deux raisons : 1. il dispose d'instances propres d'établissement de santé qui s'ajoutent à celles des structures qui le composent, ce qui est un premier facteur de complexité ; 2. ces instances, limitées à l'objet de la coopération, ne sauraient être assimilées à des structures faïtières de gouvernance « groupe » (i.e. jouant le rôle de « holdings ») : les questions d'articulation stratégique entre les entités parties prenantes de la coopération, au-delà de l'objet de la coopération, doivent être traitées par ailleurs, c'est-à-dire dans d'autres (et nouvelles) instances *ad hoc*.

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

3.1. *Les ARS recensent principalement les projets de coopérations impactant l'offre de soins dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)*

[415] Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les SROS-PRS (projet régional de santé) constituent l'outil opérationnel de mise en œuvre des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS). Comme le SROS III auquel il succède, le SROS-PRS a pour objectif de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de la population et garantisse l'amélioration de l'état de santé, et la réduction des inégalités d'accès aux soins. Ils comportent notamment l'évaluation des besoins de santé, de l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé. Un objectif supplémentaire a été assigné par la loi HPST au SROS-PRS relatif à l'amélioration de l'efficacité du système régional de santé. A cet effet, il doit notamment poursuivre les restructurations de l'offre de soins dans un objectif de qualité et de sécurité des soins.

[416] La circulaire n° DGOS R5 /2011/311 du 1er août 2011 met à disposition des agences régionales de santé (ARS) un guide méthodologique pour la réalisation des SROS-PRS. Elle mentionne explicitement la poursuite de la politique de coopération, en lien avec l'objectif de maîtrise de l'activité des établissements de santé :

« Le SROS-PRS utilisera tous les leviers à disposition pour maîtriser l'activité des établissements de santé. Parmi ces leviers, l'accent doit être porté sur :

- la poursuite des restructurations, malgré le report de la publication des décrets relatifs à la médecine et à la chirurgie; à cet effet, les objectifs relatifs aux activités de médecine et de chirurgie inscrits dans le guide sont en cohérence avec les projets de décrets, qui eux-mêmes se situent dans la continuité des politiques menées depuis 2004. Ainsi, les travaux engagés sur la gradation de l'offre, les coopérations, les restructurations devront se poursuivre ;

- la structuration de l'offre de soins autour des alternatives à l'hospitalisation »

[417] Le SROS-PRS ne comporte plus de volets obligatoires car la base législative de l'arrêté fixant la liste des volets a été abrogée par la loi HPST (ancien article L.6121-1 alinéa 4). Cependant, il doit obligatoirement contenir un chapitre par activité de soins soumise à autorisation (sur la base de l'article R.6122-25). A cet effet, le guide méthodologique propose une liste d'items pour décrire les thèmes et activités de soins dans le SROS-PRS, parmi lesquels les projets de coopération¹¹⁸. Les ARS ne sont toutefois pas tenues de suivre cette liste.

¹¹⁸ Les autres items sont : les éléments du diagnostic régional pour le thème/ activité, les objectifs régionaux spécifiques s'ils sont différents des orientations nationales, le plan d'actions par rapport aux orientations nationales et régionales, le schéma cible de l'organisation régionale du thème/ activité, les modalités/ actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social, la création/ suppression d'implantations prévues, les objectifs quantifiés en implantations et nombre d'appareils par territoire de santé, et, le cas échéant, objectifs en accessibilité, les indicateurs de pilotage du SROS et leurs cibles (ex-OQOS volume), les indicateurs de suivi du SROS..

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

- [418] Les coopérations traditionnelles, basée sur des considérations de moyens, n'ont pas explicitement pour objectif de structurer l'offre de soins sur un territoire. Elles répondent davantage à des besoins particuliers d'établissements, principalement liés à des difficultés de recrutement de praticiens ou des déficits financiers. Toutefois, elles s'inscrivent toujours dans un territoire donné, et doivent théoriquement tenir compte des flux de patients, du contexte socio-économique et démographique, et des besoins de santé de la population. Dans les faits, l'analyse des besoins de santé du territoire n'est pas nécessairement réalisée préalablement à la coopération, y compris lorsqu'elle porte sur des activités de soins.
- [419] En créant la CHT, la loi HPST entend favoriser l'ancrage territorial de la coopération. L'outil de coopération n'est plus conçu comme un outil pragmatique répondant à un besoin particulier, mais comme un instrument de planification au service de la recomposition de l'offre hospitalière, de l'efficacité, et de l'amélioration du parcours du patient.
- [420] C'est le territoire, au périmètre adaptable, et non le département ou la région, qui a été retenu comme découpage territorial pertinent pour ce nouvel outil de coopération conventionnel.
- [421] Il est à noter que les CHT constituées ou en cours de constitution ne respectent pas nécessairement le « territoire de santé »¹¹⁹ déterminé par le DGARS120. De fait, s'il est souhaitable que cette référence géographique soit structurante pour organiser des coopérations sur un territoire donné, le pragmatisme doit primer en la matière.

4. LES POUVOIRS DU DG ARS EN MATIERE DE COOPERATION SONT LARGES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.2. Les cas où la création d'une communauté hospitalière de territoire peut être imposée paraissent restreints et inadéquats au regard de l'objectif stratégique de l'outil (L6131-3 CSP)

- [429] Selon les termes de l'article L6131-3 du code de la santé publique, « lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient ou qu'un déséquilibre financier important est constaté, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un ou plusieurs établissements de santé concernés de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire. » La demande du directeur général de l'ARS de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire doit donc être justifiée par les impératifs de qualité et de sécurité des soins ou le constat d'un déséquilibre financier important. Des mesures réglementaires doivent déterminer les modalités de mise en œuvre de ce dispositif. La demande du directeur général de l'ARS est motivée. Les conseils de surveillance des établissements concernés se prononcent dans un délai d'un mois sur cette convention. Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'ARS peut prendre « toutes les mesures appropriées » pour que les établissements concernés concluent une convention de communauté hospitalière de territoire.
- [430] Atteindre au moyen d'une CHT les objectifs suggérés par l'article L6131-3, de qualité et de sécurité des soins, ou encore de rétablissement de l'équilibre financier d'un établissement, n'est pas évident. Dans ces cas précis, une première réponse est de prendre des mesures internes à l'établissement. Recourir à une CHT afin de réorganiser l'offre de soins et d'optimiser l'utilisation des moyens sur un territoire paraît davantage indiqué.

4.2. Les outils incitatifs, via la contractualisation et les autorisations, sont plus efficaces

- [431] La contractualisation permet de soutenir financièrement une coopération structurant l'offre de soins d'un territoire
- [432] Le DGARS peut utiliser le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec un établissement afin de soutenir des coopérations visant à structurer l'offre de soins sur un territoire.
- [433] Dans le guide méthodologique élaboré par la DGOS pour l'élaboration des CPOM, diffusé en janvier 2012, une annexe spécifique est dédiée à l'objectif de développement des coopérations territoriales. Deux objectifs sont indiqués :
- [434] – renforcer les mutualisations entre les établissements de santé afin de répondre aux enjeux de démographie médicale, d'efficience et de qualité des soins ;
- [435] - Déterminer la place des différents offreurs de soins d'un territoire pour « offrir la transparence des parcours des patients et construire une offre graduée. »
- [436] La loi HPST prévoit des incitations spécifiques jusqu'au 31 décembre 2012. Par ailleurs, Le fonds d'intervention régional créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 65) est destiné à subventionner notamment « la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins » prévues dans le cadre des CPOM.

4.2.1. L'autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds, délivrée par l'agence régionale de santé, peut être subordonnée à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération.

- [437] Cette condition posée à l'autorisation peut avoir pour finalité de favoriser l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins. Les DGARS utilisent cette possibilité qui leur est donnée afin de susciter des coopérations.

[438] L'autorisation peut être suspendue ou retirée si les conditions d'octroi, notamment celles relatives à la mise en œuvre d'une action de coopération, ne sont pas respectées. Cette prérogative est ouverte aussi bien s'agissant d'autorisations délivrées à des établissements publics de santé qu'à des personnes privées (établissements de santé privés ou médecins libéraux).

*

* *

[439] Ainsi, la palette d'outils de coopération mise à la disposition des directeurs d'hôpitaux et des ARS est large. Ils peuvent contribuer à la réalisation d'objectifs divers : résoudre des problèmes de recrutement de professionnels de santé, organiser un parcours de soins sur un territoire par le biais d'une meilleure coordination, renforcer l'efficacité du système de soins en mutualisant les moyens.

[440] L'organisation de coopérations entre établissements publics de santé n'est pas nécessairement une étape vers leur fusion. Cependant, une coopération organisée en matière d'activités de soins, si elle est préparée par une réflexion sur la place et le rôle de chacun sur un territoire donné, peut être un atout pour préparer efficacement une fusion. A cet égard, la constitution de CHT permet d'amorcer ce type de réflexion stratégique entre différents établissements de santé.

[441] Une deuxième étape serait logiquement constituée par une coopération plus intégrée entre certains membres de la CHT, basée sur une solidarité financière. Or, il n'existe pas à ce jour d'outil de coopération permettant cette solidarité financière entre les membres. Un tel outil, intermédiaire entre la CHT et la fusion, serait à même de faciliter l'élaboration d'une stratégie commune dans le cadre de groupes d'hôpitaux publics économiquement et institutionnellement intégrés, sans se heurter à la logique concurrentielle de la T2A.

[442] Par ailleurs, les pouvoirs donnés par la loi aux DGARS pour inciter, voire contraindre des établissements à coopérer, sont déjà grands. Certains outils font l'objet d'une planification régionale et d'une contractualisation, mais la décision d'y recourir demeure le plus souvent le fait des directeurs d'hôpitaux, avec l'accord des différentes instances administratives et médicales des établissements. Au vu de la nécessaire appropriation du projet par les différents acteurs, un recours limité aux outils coercitifs est préférable.

[443] Au total, même si la création d'un outil permettant une solidarité financière entre établissements publics paraît souhaitable, les difficultés rencontrées dans les coopérations à visée intégrative entre établissements publics ne trouvent pas véritablement de solutions d'ordre juridique : ce sont bien les phases de préparation d'un projet de coopération, ainsi que ses modalités de mise en œuvre, qui déterminent le succès ou l'échec de sa réalisation (cf annexe 11). Les outils ne sauraient être considérés comme des fins en soi, et doivent demeurer au service d'une politique de réorganisation de l'offre de soins portée par les différents acteurs, à tous les niveaux.

Annexe 5 : Les déterminants des acteurs hospitaliers face aux restructurations

ANNEXE 5 : LES DETERMINANTS DES ACTEURS HOSPITALIERS FACE AUX RESTRUCTURATIONS 119

ANNEXE 5A – LES RAPPROCHEMENTS DANS LA POLITIQUE DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES 123

1. LES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES SONT UN DES ENJEUX DE LA REGULATION DU SECTEUR HOSPITALIER.....	123
1.1. <i>Les restructurations hospitalières sont un enjeu pour les pouvoirs publics</i>	123
1.1.1. Les restructurations hospitalières : définition.....	123
1.1.2. Un enjeu de politique publique.....	124
1.2. <i>La conduite des restructurations hospitalières dépend du mode de régulation du secteur</i>	124
1.2.1. Les deux modes de régulation du système hospitalier.....	124
1.2.1.1. Un système administratif et centralisé : la planification.....	124
1.2.1.2. Un système décentralisé et fondé sur la concurrence : la T2A	125
1.2.2. Le système français mêle les deux approches	125
2. LA POLITIQUE DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES MANQUE DE CLARTE	126
2.1. <i>Le constat de la Cour des comptes en 2008 : une doctrine ministérielle imprécise, aux effets mitigés</i>	126
2.2. <i>Les enjeux de restructuration ne sont pas toujours explicites dans les textes d'application de la loi HPST</i>	127
2.2.1. Les instructions aux ARS pour la préparation des SROS-PRS restent très générales sur la question des restructurations hospitalières.....	127
2.2.2. Les orientations fixées par le niveau national ne sont pas exemptes de contradictions.....	128
2.2.2.1. L'effet restructurant de la T2A n'est pas intégré.....	128
2.2.2.2. L'édiction de normes destinées à guider les restructurations est toujours malaisée ...	129
2.2.3. La circulaire SROS-PRS explicite peu les conséquences des restructurations et leur accompagnement	129
3. LA PROMOTION PAR LA TUTELLE DES RAPPROCHEMENTS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE S'INSCRIT DANS CE CONTEXTE DE FLOU SUR LES OBJECTIFS ET LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES.....	130
3.1. <i>La tutelle promeut les coopérations entre établissements de santé mais elle n'a pas évalué leur impact sur la recomposition de l'offre</i>	130
3.1.1. Les coopérations entre établissements de santé sont nettement encouragées par la loi HPST	130
3.1.2. L'impact réel des coopérations sur la restructuration de l'offre de soins reste toutefois peu documenté	131
3.2. <i>Les fusions : un non-sujet pour le ministère</i>	132

ANNEXE 5B – L'IMPACT DES FACTEURS FINANCIERS SUR LES RAPPROCHEMENTS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE 133

1. DE FAÇON GENERALE, LA LOGIQUE DE LA T2A PEUT ENCOURAGER LES FUSIONS MAIS COMPLIQUE LES COOPERATIONS HOSPITALIERES	133
--	-----

1.1. La T2A développe la concurrence entre structures hospitalières, qu'elles peuvent tenter de contourner en se rapprochant.....	133
1.1.1. La T2A développe la concurrence entre les hôpitaux	133
1.1.2. Les fusions peuvent être utilisées comme des outils pour défendre sa position de marché ou contourner les effets de la concurrence.....	134
1.2. T2A et coopérations : deux logiques contradictoires que les outils de la loi HPST ne réconcilient pas	134
1.2.1. La T2A complique les coopérations entre établissements de santé.....	134
1.2.2. Les nouveaux outils institués par la loi HPST ne lèvent pas cette contradiction	135
2. LES RAPPROCHEMENTS ENTRE ETABLISSEMENTS NE SONT PAS TOUJOURS LA REPONSE LA PLUS ADAPTEE A L'AUGMENTATION DE LA PRESSION DES QUESTIONS FINANCIERES.....	136
2.1. <i>Le retour à l'équilibre d'exploitation doit d'abord passer par une restructuration interne des établissements</i>	137
2.2. <i>Il faut parfois être capable de dépasser les égoïsmes d'établissements au nom des exigences de la réorganisation de l'offre hospitalière</i>	138
2.2.1. Les différentes formes de rapprochements peuvent être des outils utiles pour faciliter les restructurations inter-hospitalières.....	138
2.2.2. L'intérêt financier bien compris des établissements peut gêner la mise en œuvre de restructurations inter-hospitalières pourtant souhaitables.....	139
2.3. <i>L'usage généralisé de la fusion comme outil de réorganisation de l'offre de soins est à proscrire</i>	140
2.3.1. La réorganisation de l'offre de soins sur un territoire et la gestion d'un établissement de santé sont deux activités différentes.....	140
2.3.2. Les ARS ne doivent pas déléguer leur rôle de régulateur aux gestionnaires d'établissements.....	140
2.3.2.1. Le directeur d'hôpital, agent de la réorganisation de l'offre de soins au nom de l'ARS ?	140
2.3.2.2. La stratégie de réorganisation de l'offre de soins doit rester sous la responsabilité des ARS	141

ANNEXE 5C – LES SPECIFICITES DES FUSIONS ENTRE HOPITAUX PUBLICS 143

1. LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE NE SONT SOUMIS NI AUX LOGIQUES CAPITALISTIQUES DE SOCIETES DE CAPITALAUX NI A LA PRESSION DES PROCEDURES COLLECTIVES DE REDRESSEMENT JUDICIAIRE APPLICABLES AUX STRUCTURES PRIVEES.....	143
1.1. <i>Des logiques capitalistiques absentes de la dynamique des fusions entre établissements publics de santé</i>	143
1.1.1. Les fusions de cliniques privées peuvent avoir une dimension spéculative que n'ont pas les fusions entre EPS	143
1.1.2. Les logiques de groupe ne sont pas opérantes aujourd'hui dans le secteur public ..	144
1.1.2.1. Un modèle largement répandu dans le secteur hospitalier privé	144
1.1.2.2. Une absence persistante d'outil pour organiser des groupes d'hôpitaux publics.....	145
1.2. <i>Les fusions à la suite de redressement judiciaire n'existent pas pour les établissements publics de santé</i>	146
1.2.1. Dans le secteur hospitalier privé, beaucoup de fusions résultent de procédures collectives	146
1.2.2. Les procédures collectives de redressement ne s'appliquent pas dans le secteur public	147
2. LES SPECIFICITES DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE NE FACILITENT PAS LES REGROUPEMENTS INTER-HOSPITALIERS	148
2.1. <i>Le poids plus grand des logiques locales dans la gouvernance des EPS contraint leurs mouvements de rapprochements.....</i>	148

2.1.1. Un statut traditionnellement local que la loi HPST a fait quelque peu évoluer.....	148
2.1.1.1. Un statut traditionnellement local.....	148
2.1.1.2. Une situation que la loi HPST a commencé à faire évoluer	149
2.1.2. L'importance des enjeux locaux pèse sur la conduite des projets de rapprochements entre hôpitaux publics.....	150
2.1.2.1. Le rôle des élus reste en droit et en fait important dans le fonctionnement des hôpitaux publics	150
2.1.2.2. L'influence des pressions locales dans la conduite des rapprochements entre hôpitaux publics	150
2.2. <i>Les motivations des responsables médico-administratifs de l'hôpital.....</i>	<i>152</i>
2.2.1. La croissance externe n'est pas un objectif pour les responsables des hôpitaux publics.....	152
2.2.2. Les opérations de fusion ne sont pas valorisées dans la carrière des directeurs d'hôpitaux	153
2.2.3. Les situations de blocage liées aux managers sont difficiles à résoudre	154
2.2.3.1. En ce qui concerne les directeurs	154
2.2.3.2. En ce qui concerne les praticiens hospitaliers	155

Annexe 5a – Les rapprochements dans la politique des restructurations hospitalières

[444] En fusionnant ou en coopérant, les établissements de santé cherchent à s'adapter aux évolutions de leur environnement : leurs rapprochements sont des outils de restructuration du tissu hospitalier. A ce titre, ils ont vocation à s'inscrire dans la stratégie territoriale d'organisation de l'offre de soins que conduisent les agences régionales de santé (ARS) à la suite des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), dans le cadre des orientations générales fixées par le niveau national.

[445] Mais ces orientations ne définissent pas une politique claire sur la question de restructurations hospitalières, et ne dégagent pas de véritable doctrine quant à la place que doivent y tenir les rapprochements hospitaliers, fusions comme coopérations.

1. LES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES SONT UN DES ENJEUX DE LA REGULATION DU SECTEUR HOSPITALIER

1.1. *Les restructurations hospitalières sont un enjeu pour les pouvoirs publics*

1.1.1. Les restructurations hospitalières : définition

[446] La notion de restructuration renvoie à l'effort d'une entreprise pour s'adapter aux évolutions de son environnement par la modification de son organisation, de ses procédures ou de ses activités. Dans le secteur privé, le terme est utilisé principalement lorsque cet effort est susceptible d'avoir des effets sur l'emploi et/ou l'organisation du travail dans l'entreprise, et que sa mise en œuvre requiert de ce fait le déclenchement des procédures collectives de consultation des institutions représentatives du personnel (pouvoirs économiques du comité d'entreprise).

[447] Appliquée à un hôpital public, cette notion regroupe :

- les évolutions dans le portefeuille d'activité de l'établissement : fermeture de services, conversion de structures (par exemple du court séjour au long séjour), etc. ; les raisons de ces évolutions peuvent être multiples : application de normes de qualité ou d'activité, recherche d'efficacité, adaptation aux évolutions de la demande locale ou des pratiques médicales (développement des modes de prise en charge ambulatoire...)
- les fusions entre établissements, ces fusions pouvant s'opérer entre établissements publics ou entre établissements publics et privés ;
- les coopérations entre établissements sous toutes leurs formes : conventions bilatérales, création de structures juridiques autonomes destinées à porter l'activité mutualisée, regroupement d'activités sur site unique...

1.1.2. Un enjeu de politique publique

[448] Aucune de ces opérations ne constitue un objectif en elle-même : elles ne sont que les instruments par lesquels les acteurs du secteur – c'est-à-dire les gestionnaires d'établissements, les communautés médicales hospitalières et la tutelle – font évoluer l'offre de soins hospitalière pour mieux répondre aux évolutions du contexte, qu'elles soient médicales, démographiques, économiques, liées aux habitudes de vie, etc. Parmi ces évolutions, on peut notamment citer l'apparition de nouvelles techniques médicales, l'évolution des attentes des patients, la diminution des durées moyennes de séjour, la situation financière des établissements, la volonté des pouvoirs publics de développer les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète...

[449] Pour autant, les opérations de restructuration demandent un savoir-faire particulier dans leur conception et leur mise en œuvre : dans la réalisation du diagnostic préalable, dans la négociation avec les différentes parties prenantes (élus, communautés locales, personnels médicaux et non-médicaux...), dans la définition des mesures d'accompagnement, dans la conduite du projet de restructuration proprement dit... La technicité et la sensibilité politique et sociale de ces opérations justifient qu'elles fassent l'objet d'une politique spécifique de la part des autorités en charge de la régulation du secteur hospitalier. Cet investissement particulier est d'autant plus important s'agissant des établissements publics de santé, c'est-à-dire de structures relevant *in fine* de la responsabilité de la puissance publique en cas de difficultés financières graves.

[450] Dans ce contexte, une politique des restructurations hospitalières a vocation à poursuivre trois types d'objectifs :

- expliciter auprès des acteurs du secteur les évolutions et contraintes auxquelles ils doivent s'adapter, qu'elles résultent de l'environnement (évolutions de la population, des techniques médicales...) ou d'une volonté du régulateur (édiction de normes, cadrage des dépenses d'assurance maladie, promotion de modes de prise en charge moins coûteux...);
- promouvoir grâce à des outils appropriés les techniques et les modes d'organisation les plus efficaces permettant aux établissements de santé de s'adapter à ces évolutions ;
- appuyer les acteurs dans le déploiement de ces solutions et l'accompagnement qu'elles requièrent auprès des personnels.

1.2. La conduite des restructurations hospitalières dépend du mode de régulation du secteur

[451] Le mode de mise en œuvre de ces objectifs est tributaire du mode de régulation du secteur hospitalier en général, qui détermine tant le rôle des acteurs les uns par rapport aux autres que les outils qu'ils peuvent utiliser pour conduire les réorganisations nécessaires. Le système hospitalier français associe aujourd'hui deux modes de régulation, dont chacune influe sur la manière dont sont conduites les restructurations hospitalières : la planification et la tarification à l'activité (T2A).

1.2.1. Les deux modes de régulation du système hospitalier

1.2.1.1. Un système administratif et centralisé : la planification

[452] La planification confère à l'autorité régulatrice (la DHOS puis la DGOS au niveau national, l'ARH puis l'ARS au niveau régional) une responsabilité dans la définition des capacités de production des offreurs de soins, à travers la gestion de leurs autorisations, qui détermine les activités qu'ils peuvent exercer, et la définition de schémas régionaux d'organisation des soins, qui définit la politique en la matière sur une base pluriannuelle, et qui est ensuite déclinée au niveau de chaque établissement public par un contrat d'objectifs et de moyens.

[453] Jusqu'à la première moitié des années 2000, le système était par ailleurs « bouclé » par un pilotage budgétaire par l'autorité régulatrice de l'allocation de ressources aux établissements, à travers le système de la dotation globale. Ceci permettait par exemple aux agences régionales d'appliquer immédiatement sur les dotations d'établissements fusionnés un abattement censé représenter le gain de cette opération.

[454] Dans ce système, l'agence régionale, dans le cadre des orientations générales fixées par le ministère, est la première responsable des restructurations hospitalières, dans la mesure où celles-ci se traduisent toujours par des décisions qu'elle devra prendre, sur les autorisations des établissements de son ressort comme sur leur stratégie et leurs ressources. Même si la concurrence entre acteurs n'est pas totalement exclue (puisque les patients conservent la liberté de choix de leur établissement de soins), il s'agit donc d'un mode de régulation pour l'essentiel centralisé entre les mains de l'autorité administrative.

1.2.1.2. Un système décentralisé et fondé sur la concurrence : la T2A

[455] La tarification à l'activité a remplacé le budget global au cours des années 2000, et lie désormais de façon directe et immédiate les ressources des établissements de santé à leur activité. Dans ce système, le compte de résultat des établissements de santé varie de façon beaucoup plus volatile, dans les limites d'élasticité de la demande locale. Ce système aiguise par conséquent la concurrence entre établissements, et accroît la pression économique sur leurs dirigeants.

[456] L'effet de transparence qu'induit ce nouveau mode de financement par rapport à la dotation globale, au sein des établissements de santé comme entre eux, agit à un double niveau sur leur stratégie :

- il oblige plus rapidement les établissements déficitaires à optimiser leurs dépenses, et à éliminer leurs principales sources de surcoûts ;
- il institue une concurrence entre établissements pour capter l'activité hospitalière sur le territoire, les déplacements de parts de marché entre établissements ayant un effet immédiat et direct sur leurs ressources.

[457] Au-delà de ses conséquences micro-économiques (la T2A imposant aux établissements une approche analytique fine de leur activité), ce mécanisme induit un mode de régulation moins administratif et plus décentralisé que la planification, parce qu'il laisse davantage de place au jeu de la concurrence entre établissements, et confère de ce fait davantage de responsabilité aux gestionnaires hospitaliers dans la définition des stratégies de restructurations.

[458] Comme le relèvent H. Michel et A. Jourdain dans leur étude sur la mise en œuvre des SROS III, « *en basant le financement sur les recettes dégagées par chaque établissement sur un marché concurrentiel, l'Etat introduit un mécanisme extrêmement puissant de régulation du système hospitalier par le marché. Ce modèle de gestion fait appel aux outils de l'analyse stratégique popularisés par la matrice d'analyse croisant les forces et faiblesses d'une organisation avec ses opportunités et menaces.* »¹²¹

1.2.2. Le système français mêle les deux approches

[459] Si la mise en place de la T2A a réduit le rôle de l'agence régionale dans sa fonction d'allocation de ressources, les ARH (puis les ARS) ont conservé un rôle budgétaire résiduel qui s'avère en pratique important pour l'équilibre financier des établissements de santé, à travers la gestion de dotations de complément qu'elles leur versent pour des objets spécifiques (activités d'intérêt général, recherche...). Ces dotations peuvent être utilisées pour retarder des ajustements nécessaires, ou peuvent au contraire constituer des éléments essentiels d'un plan de restructuration lorsqu'elles viennent en financer les mesures d'accompagnement.

¹²¹ H. Michel et A. Jourdain, *Les modes de régulation du système hospitalier – L'exemple des SROS III*, Revue Politiques et Management Public, juillet-septembre 2011, pp. 279-309 ;

- [460] L'ARS ayant par ailleurs conservé son rôle de planification et de gestion des autorisations, elle reste au niveau régional l'autorité décisionnaire *in fine* pour tous les projets de restructurations hospitalières se traduisant par une évolution des capacités ou des activités des établissements concernés. Vis-à-vis des hôpitaux publics déficitaires, elle est par ailleurs tenue, comme les ARH avant elle, de passer des contrats de retour à l'équilibre destinés à encadrer leur stratégie de résorption de leur déficit. Elle dispose enfin d'un pouvoir de décision propre, et peut imposer dans certains cas et dans certaines limites des restructurations aux acteurs locaux.
- [461] Dans le système français actuel, régulateurs et gestionnaires ont de ce fait des responsabilités croisées dans la définition et la mise en œuvre des restructurations hospitalières.

2. LA POLITIQUE DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES MANQUE DE CLARTE

2.1. *Le constat de la Cour des comptes en 2008 : une doctrine ministérielle imprécise, aux effets mitigés*

- [462] La Cour des Comptes a consacré aux restructurations hospitalières un chapitre de son rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale 2008. La Cour y fait le constat que, après une période marquée par un grand volontarisme à la création des ARH en 1996, que manifeste l'ampleur des pouvoirs alors conférés aux directeurs d'agence à l'époque, la dynamique de restructuration s'est peu à peu essoufflée et dispersée : si l'édiction de normes contraignantes pour l'obstétrique a constitué un puissant outil de restructuration de l'offre, en conduisant à la fermeture des plus petites structures sur la période étudiée (fin des années 1990 – première moitié des années 2000), la restructuration des plateaux techniques chirurgicaux et l'assainissement des finances des plus grands centres hospitaliers ont été beaucoup plus difficiles.
- [463] La Cour constatait en outre un certain délitement de la doctrine ministérielle en matière de restructurations hospitalières par rapport à l'impulsion initiale de 1996, illustrée par trois phénomènes :
- le manque de suivi des opérations de restructuration, rendu d'autant plus difficile par l'absence d'une définition claire de la notion et par les déficiences bien connues des systèmes d'information hospitaliers (cf. annexe 10) ;
 - les conflits de priorités entre les différents chantiers de réformes : les hôpitaux ont eu en effet à gérer sur la période la mise en œuvre de la réduction de temps de travail, de la T2A et de la nouvelle gouvernance hospitalière, du plan Hôpital 2007, ainsi que de plusieurs plans d'action thématiques (périnatalité, cancer, maladies rares...) ;
 - les signaux contradictoires adressés aux ARH par le ministère, notamment en ce qui concerne la fermeture des petits services de chirurgie ou des services à faible activité¹²², qui a pu être différée à la suite d'interventions nationales, ou pour les restructurations de CHU, que la Cour juge « *tardives et mal engagées* ».
- [464] Force est de constater que le nouveau contexte issu de la loi HPST n'amène pas à remettre en cause ces constats.

¹²² La Cour cite ainsi les exemples de la fermeture de la maternité de Pithiviers et du rapprochement des CH d'Hirson et de Fourmies ;

2.2. *Les enjeux de restructuration ne sont pas toujours explicites dans les textes d'application de la loi HPST*

[465] En ce qui concerne les restructurations hospitalières, la loi HPST s'inscrit pleinement dans la continuité des ordonnances de 1996 qui ont créé les ARH, en conservant aux ARS leur rôle de planification, de gestion des autorisations et de tutelle stratégique sur les établissements publics de santé (grâce à leur CPOM). La loi a même renforcé les pouvoirs des directeurs d'agence en la matière, en leur permettant de passer outre l'avis des instances de gouvernance d'un EPS pour mettre en œuvre une mesure de restructuration qu'il juge nécessaire (ainsi en matière de coopération ou de fusion).

[466] Dans ce contexte, le SROS de quatrième génération intégré au projet régional de santé que doit élaborer chaque ARS (SROS-PRS) a vocation à être le document stratégique-cadre de l'action de l'agence en matière de réorganisation de l'offre de soins sur son territoire, et donc de sa politique des restructurations hospitalières, au sens où la mission a défini ce terme *supra* au point 1.1.1.

2.2.1. **Les instructions aux ARS pour la préparation des SROS-PRS restent très générales sur la question des restructurations hospitalières**

[467] Si les ARS sont des établissements publics de l'Etat dotés de l'autonomie juridique, leur action est pilotée au niveau national par un conseil national de pilotage (CNP), et leur action a vocation à s'inscrire dans les orientations générales définies au niveau national. En ce qui concerne les restructurations hospitalières, ces orientations résultent principalement de la circulaire du 24 février 2011, validée par le CNP du 11 février 2011, qui fournit aux agences les éléments de cadrage théoriques et pratiques des futurs SROS-PRS.

[468] Les enjeux de restructuration ne sont pas absents de ce document, qui précise dans son introduction que « *la restructuration de l'offre de soins hospitalière régionale doit être orientée sur l'évolution des modes de prises en charge, en optimisant l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des soins hospitaliers et le développement de modes substitutifs à l'hospitalisation complète* ». Sur le champ MCO, la circulaire décline cette orientation à travers notamment :

- la maîtrise de l'activité des établissements, à travers un mécanisme d'objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) abandonné depuis ;
- l'organisation de l'offre autour d'une gradation entre les établissements, des hôpitaux de proximité aux centres de recours nationaux permettant de fonder des démarches de mutualisation ou de coopération entre établissements ;
- le respect de normes minimales d'activité en obstétrique et à moindre titre en chirurgie et en médecine ;
- le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation : chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre, hospitalisation à domicile...

[469] La circulaire dessine donc un objectif général de réduction de la place de l'hospitalisation complète dans l'organisation du système de soins, qui doit normalement guider les ARS et les responsables d'établissement dans leur réflexion stratégique sur l'évolution de l'offre hospitalière locale lors de l'élaboration du SROS-PRS. Mais la déclinaison concrète de ces orientations générales s'avère plus malaisée.

2.2.2. Les orientations fixées par le niveau national ne sont pas exemptes de contradictions

[470] Si la circulaire SROS-PRS fixe explicitement aux ARS un objectif de « poursuite des restructurations », les messages qu'elle leur délivre par ailleurs ne sont pas exemptes de contradictions, sur leur rôle dans le système de régulation du système de soins d'une part, et sur l'opportunité même de leur mission de restructuration d'autre part.

2.2.2.1. L'effet restructurant de la T2A n'est pas intégré

[471] La circulaire reste marquée par la logique planificatrice antérieure à l'introduction de la T2A, dont elle ignore l'effet restructurant souligné *supra*, au point 1.2.1.2. L'effet de la T2A n'y est traité que sous l'angle des OQOS, instruments censés limiter l'activité des établissements « *afin de permettre des hausses de tarif* », dont la stagnation du fait de l'évolution très dynamique des volumes hospitaliers est jugée dans l'introduction de la circulaire « *plus soutenable à moyen terme [...] car elle implique des efforts de productivité trop importants* ».

[472] En revanche, la vertu restructuratrice de la T2A, qui fait apparaître les surcoûts autrefois masqués par la dotation globale, n'est pas mise en exergue, pas plus que le nécessaire effort de restructuration des établissements autrefois surdotés (ou ayant à faire face à un déclin de leur activité). D'une manière générale, la circulaire n'évoque pas la situation financière des établissements, la problématique des structures en contrat de retour à l'équilibre, la question de la pertinence des investissements des hôpitaux au regard des prévisions d'activité contenues dans le SROS ou la priorité affichée par le président de la République d'une résorption des déficits hospitaliers à l'horizon 2012. Le lien entre la logique de planification territoriale de l'offre et la logique financière des établissements n'est pas fait, alors que ces deux logiques sont liées et rétroagissent l'une avec l'autre :

- parce que les orientations du SROS ont un impact sur l'activité et donc sur l'équilibre financier des établissements, à travers la gestion des autorisations par l'ARS ;
- parce que l'équilibre économique des activités hospitalières est un élément à prendre en compte dans les décisions de planification, à côté des normes sanitaires ; le développement de l'efficience à l'hôpital suppose d'intégrer cette dimension dans les décisions de maintien ou de suppression d'activités ;
- parce que tous ces éléments constituent le cadre dans lequel les hôpitaux ont vocation à prendre leurs décisions d'investissement, qui doivent reposer sur des hypothèses d'activité cohérentes avec les orientations générales tracées par le SROS, afin d'éviter de grever pour de longues années le budget des établissements du poids d'investissements surdimensionnés (situation que la mission a pu constater par exemple à Beaumont).

[473] Le fait que ces problématiques ne soient pas reprises dans les orientations générales des SROS-PRS est regrettable, alors qu'elles sont au cœur de nombreuses restructurations hospitalières, que le SROS a précisément vocation à encadrer.

2.2.2.2. L'édiction de normes destinées à guider les restructurations est toujours malaisée

[474] Les normes minimales d'activité sont des outils très importants de restructuration de l'offre de soins. Reposant sur l'hypothèse, validée empiriquement sur de nombreuses activités¹²³, qu'il existe jusqu'à un certain point un lien entre volume d'activité et qualité des soins, ces normes ont été édictées par les pouvoirs publics sur l'obstétrique (seuil minimal de 300 accouchements/an pour les maternités), sur la chirurgie du cancer (avec des seuils minimaux par type d'intervention) et sur un certain nombre d'autres activités techniques¹²⁴. Elles ont ensuite servi à guider le mouvement de restructuration des années récentes sur ces secteurs, qui est aujourd'hui quasiment achevé en ce qui concerne les maternités.

[475] Une démarche similaire a été initiée sur la chirurgie et la médecine, qui a abouti à la mi-2010 à la rédaction d'une série de textes réglementaires fixant notamment un seuil minimal d'activité à 1 500 séjours avec actes classants pour les petits services de chirurgie (et à 100 séjours avec actes classants pour les services de chirurgie gynécologique), à atteindre d'ici la fin 2012. Mais, malgré l'avis favorable du Comité National d'Organisation Sanitaire et Sociale (CNOSS), le ministère a annoncé en juillet 2010 que sa publication était reportée *sine die*, suite aux réactions qu'il avait suscitées auprès des élus des petites communes.

[476] Même si la circulaire SROS-PRS reprend cette référence pour inviter les ARS à « *la poursuite des restructurations, malgré le report de la publication des décrets relatifs à la médecine et à la chirurgie* », le report de la publication du décret a affaibli la position des agences sur la question des services à faible activité, en les privant d'un outil réglementaire opposable du même type que celui dont elles disposent déjà en matière d'obstétrique. Les ambiguïtés de la position du ministère sur cette question, que relevait la Cour des comptes en 2008, n'ont donc pas disparu.

2.2.3. La circulaire SROS-PRS explicite peu les conséquences des restructurations et leur accompagnement

[477] Pour la mission, une politique des restructurations hospitalières doit aller au-delà de l'énoncé de l'objectif général de réduction de la place de l'hospitalisation complète dans le système de soins, qui était déjà une orientation de la politique hospitalière en 1970 (annexe 3). Une politique des restructurations hospitalières a surtout vocation à décliner précisément les conséquences de cet objectif général sur les établissements d'un territoire, à expliciter les conditions de succès des réorganisations à opérer, et à détailler leurs modalités de mise en œuvre et d'accompagnement.

[478] Cet aspect est relativement absent de la circulaire SROS-PRS ou des autres documents produits par l'administration centrale. Pour ne prendre que l'exemple du développement de la chirurgie ambulatoire, présentée comme substitutive à la chirurgie conventionnelle¹²⁵ : les modalités de mise en œuvre de cet objectif sont détaillées dans la fiche 3.2. de la circulaire et dans une circulaire spécifique¹²⁶, mais ces documents n'évoquent qu'indirectement les modalités de la nécessaire restructuration corrélative de la chirurgie conventionnelle, principalement à travers la notion de gradation des plateaux techniques en plusieurs niveaux de recours.

¹²³ Cf. annexes 6, 7, 8, 9 et 13 ;

¹²⁴ neurochirurgie, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie ;

¹²⁵ ce qu'elle n'est d'ailleurs pas toujours, cf. annexe 13 ;

¹²⁶ Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspective de développement et démarche de gestion du risque ;

[479] Or, comme l'annexe 9 le relève, les gains liés à l'effet substitutif de la chirurgie ambulatoire ne peuvent être dégagés que si, parallèlement, l'établissement rationalise les moyens qu'il consacre à son activité de chirurgie conventionnelle : restructuration des plateaux techniques (blocs), réduction des équipes de nuit, fermeture de services désormais surcapacitaires... La logique de la T2A pousse normalement à cette rationalisation¹²⁷ mais, parce que ces mouvements ont un impact sur la situation des personnels (réduction ou disparition des gardes et astreintes rémunérées, par exemple), leur mise en œuvre n'est pas naturelle et demande à être soutenue et accompagnée par la tutelle. Un affichage plus explicite de la nécessité de ces évolutions dans les documents d'orientation produits par le ministère aiderait les agences dans leur action de restructuration (et les établissements dans la mise en œuvre de ces opérations).

[480] De la même manière, l'accompagnement des restructurations est peu abordé. Or certaines mesures peuvent modifier sensiblement les conditions de travail ou de rémunération des personnels, et ne sauraient être mises en œuvre sans un accompagnement spécifique, voire des mesures de compensations temporaires. Dans certains cas particuliers, les contraintes territoriales d'accessibilité aux soins peuvent également justifier de déroger aux normes minimales d'activité, ou de mettre en place des moyens exceptionnels (hélicoptère...). Si ces situations ont vocation à être traitées au niveau régional, les agences doivent disposer pour ce faire d'outils et de moyens spécifiques de la part du niveau national, et de correspondants rapidement mobilisables. La DGOS ne s'étant pas organisée pour assurer un suivi spécifique des restructurations hospitalières, elle n'est pas aujourd'hui en mesure de fournir une telle assistance aux ARS dans l'élaboration et le déploiement des SROS-PRS.

3. LA PROMOTION PAR LA TUTELLE DES RAPPROCHEMENTS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE S'INSCRIT DANS CE CONTEXTE DE FLOU SUR LES OBJECTIFS ET LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES

3.1. La tutelle promeut les coopérations entre établissements de santé mais elle n'a pas évalué leur impact sur la recomposition de l'offre

3.1.1. Les coopérations entre établissements de santé sont nettement encouragées par la loi HPST

[481] Comme le montre l'annexe 3, les coopérations inter-hospitalières sont anciennes, et ont connu un important essor depuis les années 1990, sous une multitude de formes que la mission détaille dans son annexe 4. Ces initiatives ont été largement soutenues par les tutelles : les ARH (au titre de l'ancien article L6121-1 du code de la santé publique, les coopérations entre établissements de santé sont l'un des thèmes que les SROS doivent obligatoirement traiter) comme la DHOS, comme l'illustre la multiplicité des outils qui ont été introduits dans le code de la santé publique pour encadrer et accompagner ce mouvement. La loi HPST s'inscrit en pleine continuité de cette tendance, à travers les outils nouveaux qu'elle a mis à disposition des acteurs locaux (CHT, GCS-ES) ou les évolutions qu'elle a apportées aux dispositifs existants (GCS).

¹²⁷ en incitant les établissements à optimiser leurs charges spécifiquement associées à l'activité de chirurgie (coût d'utilisation des plateaux techniques, dépenses liées aux gardes et astreintes ou à l'ouverture des services la nuit), en regard des recettes qu'elle génère ;

[482] Sur cette base, le ministère comme les ARS ont depuis 2008 une politique de promotion active des coopérations inter-hospitalières. Ainsi, la DHOS a dédié une enveloppe spécifique du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) à la promotion des coopérations inter-hospitalières. La circulaire de présentation de cet instrument¹²⁸ résume la doctrine du ministère en la matière, en inscrivant les coopérations dans une triple perspective :

- l'organisation d'une gradation des soins et la recherche de complémentarité entre établissements, par le développement d'une logique de filières,
- le renforcement de la démarche de performance
- l'amélioration de l'articulation de l'offre de soins entre ville et hôpital.

[483] Parallèlement à cette initiative, la direction a participé à l'élaboration sous l'égide de l'ANAP d'un guide méthodologique des coopérations territoriales à l'intention des acteurs locaux. Du côté des établissements eux-mêmes, la Fédération hospitalière de France (FHF) s'inscrit elle aussi dans ce mouvement, et a produit en 2010 un *Atlas des coopérations* dans lequel elle défend une « stratégie de groupe » pour les hôpitaux et établissements médico-sociaux publics.

3.1.2. L'impact réel des coopérations sur la restructuration de l'offre de soins reste toutefois peu documenté

[484] Si l'engagement de la tutelle en faveur des coopérations hospitalières ne fait pas de doute, tout particulièrement depuis la loi HPST, force est de constater que cet engagement n'est pas fondé sur une démonstration solide des vertus qui leur sont prêtées.

[485] Certes, la réalité de leur impact sur la recomposition de l'offre de soins doit être appréciée en tenant compte des ambiguïtés plus générales du discours ministériel sur cette question, que la mission a relevées *supra*. Pour juger, par exemple, de l'intérêt des coopérations dans la restructuration de la chirurgie, il n'est pas possible d'ignorer l'effet qu'a pu avoir sur les acteurs le fait que, jusqu'à présent, le ministère n'ait pas été en mesure d'édicter par la voie réglementaire des normes opposables en la matière. Mais, d'une façon plus générale, la mission relève dans l'annexe 5C *infra* que les intentions des acteurs qui s'engagent dans des coopérations ne sont pas dénuées d'ambiguïtés, et que, dans certains cas, ces intentions peuvent entrer en contradiction avec l'objectif général de rationalisation de l'offre de soins hospitalière ou d'amélioration de l'efficacité des établissements de santé.

[486] Ces analyses s'inscrivent dans le prolongement du bilan contrasté des coopérations hospitalières qu'a dressé la Cour des comptes dans son rapport 2011 sur l'exécution du PLFSS. A partir d'études de cas réalisées sur des coopérations pour la plupart antérieures à l'entrée en vigueur de la loi HPST, elle constate ainsi que, si certaines coopérations ont incontestablement eu un effet positif sur l'offre de soins, ces initiatives ne sont pas utilisées par les agences comme de véritables outils de restructurations, et que certaines opérations 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 en au service d'une dynamique de réorganisation en profondeur* ».

[487] La Cour relève également les déficiences de l'appareil de suivi du ministère sur ces initiatives et, surtout, l'absence d'évaluation méthodique de leur impact, tant au niveau régional par les ARH qu'au niveau national par la DGOS. Même si l'administration centrale s'est mobilisée depuis 2008 sur le suivi de la mise en œuvre des nouveaux outils introduits par la loi HPST, notamment les CHT, et dispose désormais d'un recensement arrêté à la mi-2010 des CHT et des GCS, ce constat reste largement valable aujourd'hui, et appelle, selon la Cour des comptes, « *un pilotage beaucoup plus ferme et rigoureux [des coopérations] 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* ».

¹²⁸ Circulaire DHOS du 21 septembre 2009 relative au financement par le FMESPP 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé ;

3.2. *Les fusions : un non-sujet pour le ministère*

- [488] Si les coopérations font l'objet auprès des établissements de santé d'une importante promotion de la part du ministère et des ARS, tout particulièrement depuis le vote de la loi HPST, les fusions, en revanche, sont beaucoup moins mises en avant. Le ministère n'a pas de doctrine précise en la matière, et l'approche des agences sur cette question apparaît avant tout dictée par l'empirisme.
- [489] Il est vrai que le sujet est plus mal connu encore que les coopérations hospitalières, qui ont fait l'objet d'un recensement - certes partiel - en 2009/2010. En effet, la disparition de l'observatoire des recompositions hospitalières en 2006 a privé le ministère de tout outil de suivi du mouvement de fusion entre établissements de santé (cf. annexe 10). Quant à l'impact de ces opérations sur l'organisation de l'offre de soins, les observations de la Cour des comptes sur l'absence d'évaluation des résultats des coopérations en la matière sont également valables pour les fusions.
- [490] Mais surtout, les fusions n'ont pas fait l'objet du même investissement juridique et méthodologique de la part du ministère. Alors que chaque loi hospitalière a apporté son lot d'évolutions dans l'arsenal juridique des coopérations, et que, sur la période récente, le ministère, l'ANAP et la FHF ont produit d'importants documents de méthode sur ce sujet, les fusions n'ont pas fait l'objet du même investissement (juridique et méthodologique), alors qu'il s'agit d'opérations au moins aussi complexes.
- [491] Le code de la santé publique est peu disert sur les modalités juridiques de mise en œuvre d'une fusion, certains points traités de façon trop générale étant même à l'expérience sources de difficulté pour les acteurs. Tel est notamment le cas de l'encadrement de la phase de préfiguration de la fusion, une fois acquises les décisions des instances des entités fusionnantes ; en effet :
- durant cette phase, les décisions sont prises conjointement par les directeurs et conseils de surveillance des établissements à fusionner (article L. 6141-7-1 CSP) ; si une direction commune n'a pas été mise en place par ailleurs, un directeur préfigurateur peut alors être désigné selon la procédure prévue par l'article 31 du décret n°2005-921 du 2 août 2005, mais cette désignation ne lui confère aucun pouvoir particulier sur ses collègues durant cette phase pourtant essentielle ;
 - d'autre part, s'il est possible de mettre en place les nouvelles instances représentatives (CME, CTP, commission du service de soins infirmiers) avant la date prévue de création du nouvel établissement, des dispositions concurrentes du code sur les modalités de désignation de la CME interdisent de la constituer avant la mise en place du conseil de surveillance du nouvel établissement.
- [492] L'absence d'un retour sur expérience formalisé sur les fusions passées ne permet pas d'en tirer tous les enseignements, alors que, ces opérations nécessitant de mobiliser toujours les mêmes expertises (stratégiques et médicales, juridiques, comptables et financières, RH...), elles se prêtent naturellement à la capitalisation d'expériences. Exploités au niveau national, ces retours d'expérience permettraient de moderniser les dispositions du code, et justifient pleinement la rédaction d'un guide à l'intention des ARS et des gestionnaires d'établissement, à l'instar du guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP.
- [493] Ce guide aurait vocation à éclairer les acteurs sur les avantages et les inconvénients des fusions, et sur les conditions de réussite de ces opérations lorsqu'elles paraissent répondre aux objectifs généraux de restructuration de l'offre de soins, ce qui n'est pas toujours le cas.

Annexe 5b : L'impact des facteurs financiers sur les rapprochements entre établissements de santé

- [494] Le secteur hospitalier français connaît depuis le début des années 2000 une profonde évolution avec l'unification du cadre de financement des établissements publics et privés autour de la tarification à l'activité (T2A). En liant les moyens de tous les acteurs du secteur à leur activité (et non plus seulement ceux des cliniques privés), la T2A a avivé la concurrence entre établissements sur les territoires de santé, tout en liant de façon plus directe les conditions de leur équilibre économique à leur capacité à attirer les patients, et à leurs coûts internes.
- [495] Par ailleurs, les années récentes ont été marquées par un resserrement de la contrainte de financement sur le secteur hospitalier, à travers un durcissement de la norme d'évolution de l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM) et une pression beaucoup plus forte sur les résultats d'exploitation des établissements après la mise en place de la T2A.
- [496] Ces évolutions pèsent sur la stratégie des hôpitaux, notamment sur leurs politiques vis-à-vis des autres établissements.

1. DE FAÇON GENERALE, LA LOGIQUE DE LA T2A PEUT ENCOURAGER LES FUSIONS MAIS COMPLIQUE LES COOPERATIONS HOSPITALIERES

1.1. La T2A développe la concurrence entre structures hospitalières, qu'elles peuvent tenter de contourner en se rapprochant

1.1.1. La T2A développe la concurrence entre les hôpitaux

- [497] En liant directement les ressources des établissements à leur activité, la T2A place les établissements de santé en situation de concurrence face aux patients, leurs recettes étant directement liées aux comportements de ces derniers. Dans tous les pays ayant mis en place un tel mode de financement des dépenses hospitalières (Grande-Bretagne, Etats-Unis...), il est attendu de ce système une amélioration des performances des acteurs, tant sur le plan médical – grâce à l'émulation, la qualité des soins étant un élément déterminant dans l'attractivité d'une structure hospitalière – que sur le plan économique – les tarifs étant uniques, les établissements les plus coûteux sont incités à faire converger leurs charges vers les niveaux optimisés sur la base desquels les tarifs ont été fixés.
- [498] Dans ce système, contrairement à un modèle fondé sur un financement des hôpitaux par dotation globale, les ajustements reposent sur les établissements eux-mêmes et non à titre principal sur le régulateur qui, sur le plan financier, n'intervient plus que de façon complémentaire, à travers les dotations qu'il continue à allouer (MERRI, MIGAC) et ses pouvoirs d'autorisation et de contractualisation (notamment dans le cadre de son pilotage des contrats de retour à l'équilibre des établissements déficitaires).

1.1.2. Les fusions peuvent être utilisées comme des outils pour défendre sa position de marché ou contourner les effets de la concurrence

- [499] Dans ce contexte concurrentiel, l'intérêt des acteurs est de consolider – voire d'augmenter – leur part de marché face aux autres établissements de santé du territoire. Les fusions peuvent être un outil pour atteindre cet objectif.
- [500] Cette tendance est particulièrement visible dans le secteur des cliniques privées, où la croissance externe par fusion-acquisition (i.e. le rachat d'une structure existante) est parfois le seul moyen pour un acteur pour prendre pied ou préserver sa position concurrentielle sur un territoire, du fait de l'importance des barrières à l'entrée dans le secteur hospitalier, qu'elles soient réglementaires (contingentement de l'offre par la politique des autorisations), financières (importance de l'investissement initial à produire pour développer une activité complexe, tout particulièrement en MCO) ou techniques (compétences médicales rares). C'est entre autres ce qui explique que les opérations de consolidation sur un même territoire soient aussi fréquentes dans le secteur des cliniques privées (cf. annexe 10).
- [501] Du côté des hôpitaux publics, la volonté de limiter le jeu de la concurrence sur un territoire n'est pas complètement absente des projets de fusions entre établissements, notamment dans les schémas qui ont pu sous-tendre les projets de communautés hospitalières de territoire à visée intégrative. Mais la perspective de voir se constituer de monopoles locaux est clairement en contradiction avec la logique de concurrence et d'émulation qui sous-tend le mode de régulation induit par la T2A, et elle ne semble guère désirable pour les ARS, dont le rôle de régulateur ne pourrait être qu'affaibli face à des acteurs dont la position monopolistique les placerait de fait en situation de « *too big to fail* ».
- [502] Moins restructurantes, les coopérations soulèvent les mêmes questions mais à un degré moindre. Surtout, elles s'intègrent particulièrement mal dans la mécanique financière de la T2A, qui constitue pour elles un vrai facteur de complication.

1.2. T2A et coopérations : deux logiques contradictoires que les outils de la loi HPST ne réconcilient pas

1.2.1. La T2A complique les coopérations entre établissements de santé

- [503] Comme la mission l'a relevé dans son annexe 4, les coopérations inter-hospitalières sont encouragées depuis longtemps par les pouvoirs publics, notamment à travers la création de structures *ad hoc* telles que les syndicats inter-hospitaliers ou les groupements de coopération sanitaire (GCS). Ce mouvement s'est par ailleurs développé bien au-delà des seuls projets qui se sont traduits par la création d'une structure juridique, de nombreuses initiatives reposant sur de simples conventions bilatérales, par exemple lorsqu'un établissement accepte que certains de ses professionnels aillent effectuer des actes sur le site et pour le compte d'un autre établissement.
- [504] Pour les établissements publics, ces initiatives étaient neutres financièrement dans le système de la dotation globale, dans la mesure où l'établissement « prêteur » n'était pas pénalisé sur ses recettes du fait que ses personnels « prêtés » ne réalisaient pas d'activité pour lui lorsqu'ils intervenaient dans un autre établissement. Tel n'est plus le cas avec la T2A : même lorsque l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition en rembourse le coût complet à l'établissement « prêteur », l'activité générée par ces personnels qui lui demeurent rattachés ne lui bénéficie pas.

[505] Sur le plan économique, le bilan de la coopération est alors déséquilibré aux dépens de l'établissement prêteur : toutes choses égales par ailleurs, s'il ne remplace pas les personnels ainsi mis à disposition, il subit une perte d'activité, et donc de recettes T2A, et s'il les remplace grâce aux remboursements que lui verse l'établissement bénéficiaire, il augmente son personnel puisque les agents mis à disposition lui sont toujours rattachés. Les accords de coopération, même au sein de structures juridiques autonomes, traitant rarement des conditions de leur dissolution, c'est alors l'établissement prêteur qui porte seul le risque lié à l'arrêt éventuel de la coopération, qui se traduirait pour lui par la perte de recette de remboursement de la part de l'établissement bénéficiaire et par l'apparition corrélative d'un sureffectif s'il avait remplacé ses personnels mis à disposition.

[506] Face à ces limites dont ils ont bien conscience, les établissements mettent en avant les autres intérêts qu'ils retirent des coopérations (répartition plus harmonieuse des prises en charge des patients sur le territoire, meilleure utilisation des capacités de production existantes, organisation de filières, amélioration de l'attractivité des établissements pour le corps médical, etc.), et qui les font s'engager malgré tout dans ces opérations. Mais ces arguments ne font pas disparaître les inconvénients inhérents au système de tarification par établissements :

- en pratique, chaque établissement est en permanence renvoyé à l'impact du partenariat sur ses seuls comptes, sans vision sur l'équilibre économique global de l'activité mise en commun, ni valorisation de l'intérêt de cette coopération pour la collectivité ;
- cette vision par établissement n'a aucun sens lorsqu'elle s'applique à une activité pleinement intégrée, dont la répartition des charges et produits entre structures ne répond qu'à des conditions contingentes (disponibilité des ressources et des autorisations ici ou là).

[507] Dans un tel schéma (que la mission a pu observer par exemple entre les CH de Romans et de Valence), dans un contexte marqué par ailleurs par le resserrement de la contrainte financière sur le secteur hospitalier, il est à craindre qu'un établissement engagé dans un partenariat évalué dans ses comptes comme « perdant » soit incité à y mettre un terme, même si cette coopération présente un intérêt du point de vue de régulateur et/ou des usagers du système de santé : en mode T2A, la logique financière de chaque établissement fragilise les coopérations lorsque leur organisation n'est pas formalisée dans une structure dotée d'une gouvernance et d'un cadre économique dédiés.

1.2.2. Les nouveaux outils institués par la loi HPST ne lèvent pas cette contradiction

[508] Le seul moyen d'éviter cet effet est de donner au partenariat une organisation permettant d'appréhender de façon globale les flux financiers le concernant et de le doter d'une gouvernance dédiée. Cela suppose d'isoler dans une structure (juridique ou comptable) *ad hoc* toutes ses charges et tous ses produits, idéalement en y transférant également les autorisations des activités concernées par la coopération ainsi que le personnel associé.

[509] Cette organisation qui, dans le paysage juridique issu de la loi Hôpital santé patients territoire (HPST), ne peut prendre que la forme d'un « GCS-établissement de santé » s'il porte des activités de soins, permet de donner un cadre économique propre à l'activité mutualisée, en évitant d'avoir à en atomiser la vision selon des divisions analytiques par établissement artificielles.

[510] Mais la création d'un GCS-ES est aussi un facteur de complexification de la gouvernance d'ensemble du dispositif dans la mesure où, d'une part, il dispose de ses instances propres d'établissement de santé qui s'ajoutent à celles des structures qui le composent, ce qui est un premier facteur de complexité, et où, d'autre part, ces instances, limitées à l'objet de la coopération, ne sauraient être assimilées à des structures faïtières de gouvernance « groupe » (i.e. jouant le rôle de « holdings »), ce qui est un second facteur de complexité : en effet, les questions d'articulation stratégique entre les entités parties prenantes de la coopération, au-delà de l'objet de la coopération, doivent être traitées par ailleurs, c'est-à-dire dans d'autres (et nouvelles) instances *ad hoc*.

[511] Les communautés hospitalières de territoire (CHT) instituées par la loi HPST ont théoriquement vocation à offrir ce cadre d'articulation stratégique entre établissements publics de santé. Mais, alors qu'elles sont censées notamment (i) organiser des délégations ou transferts de compétences entre établissements partenaires, avec éventuellement des transferts d'actifs, (ii) mettre en cohérence leurs orientations stratégiques, en particulier en matière d'investissement et de financement, (iii) définir leurs modalités de coopération en matière de gestion et de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers¹²⁹, leur caractère purement conventionnel ne leur permet pas de dépasser la contradiction de logique relevée *supra* entre T2A et coopération :

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

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

[513] Ce contexte n'est évidemment pas favorable au développement des coopérations inter-hospitalières. Lorsque ces coopérations sont très poussées, il peut même pousser à des fusions, faute de mieux, en l'absence d'outils opérationnels permettant de structurer une véritable gouvernance (financière, comptable et stratégique) de groupe entre des établissements juridiquement distincts.

[514] Mais ce mouvement n'a rien de naturel : en effet, la pression financière croissante qui s'exerce sur les établissements publics de santé constitue autant un frein qu'un facteur facilitant pour les projets de fusions inter-hospitalières.

2. LES RAPPROCHEMENTS ENTRE ETABLISSEMENTS NE SONT PAS TOUJOURS LA REPOSE LA PLUS ADAPTEE A L'AUGMENTATION DE LA PRESSION DES QUESTIONS FINANCIERES

[515] Pour les établissements publics de santé, la mise en place de la T2A s'est doublée d'une modernisation très importante de leur cadre financier et comptable, avec la mise en place des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) et la certification des comptes. Ce double mouvement a eu pour conséquence de faire apparaître des situations de déficits dans un grand nombre d'établissements, soit parce qu'ils étaient sur-financés au regard de leur activité à l'époque de la dotation globale, soit parce que certains artifices comptables avaient pu masquer cette situation. Le tableau suivant montre l'évolution des résultats hospitaliers entre 2008 et 2010 et du nombre d'établissements en déficit et en excédent sur la période :

¹²⁹ Cf. l'article L6132-2 du code de la santé publique sur le contenu de la convention constitutive d'une CHT ;

Tableau 8 : Résultat net comptable des établissements publics de santé 2008-2010 (hors APHP)

	2008		2009		2010	
	Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
Etablissements en déficit	352	-680	290	-515	311	-491
Etablissements en excédent	629	325	680	367	645	371
TOTAL secteur (hors APHP)	981	-356	970	-148	956	-120

Montants en M€

Source : Données DGFIP, calculs DREES

[516] Si la situation s'est améliorée depuis 2008 en ce qui concerne tant le nombre d'établissements en déficit que le niveau global de ces déficits, près d'un tiers des hôpitaux publics (hors APHP) n'arrivent toujours pas à présenter leurs comptes en excédent. Le rééquilibrage des comptes des EPS en déficit demeurent donc un enjeu majeur pour le secteur hospitalier public.

2.1. *Le retour à l'équilibre d'exploitation doit d'abord passer par une restructuration interne des établissements*

[517] Si la T2A a pu agir comme un révélateur, de nombreuses situations de déficits résultent en réalité de phénomènes antérieurs, qui avaient pu être masqués par le caractère « historique » des dotations globales, qui étaient fondées principalement sur les coûts des établissements, ainsi que par des aides ponctuelles des ARH, voire par certaines pratiques comptables critiquables que la modernisation de la comptabilité hospitalière a permis de réduire. Ces problèmes qui n'avaient pas été correctement appréhendés peuvent concerner autant les recettes de l'établissement (facturation déficiente, codage non exhaustif, etc.), que les charges et l'organisation de l'hôpital (sous-productivité de certains services, utilisation non optimale des plateaux techniques, charges financières trop élevées, etc.).

[518] Pour un établissement en déficit, le retour à l'équilibre passe d'abord par une action sur ces facteurs qui, étant pour la plupart d'origine interne, doivent se traiter au niveau de l'établissement.

[519] En l'occurrence, comme l'IGAS l'a relevé dans sa mission d'évaluation de la première vague de contrats de retour à l'équilibre financier (CREF)¹³⁰, l'augmentation de l'activité des hôpitaux ne doit pas être le levier principal des contrats de retour à l'équilibre, l'expérience des premiers plans de retour à l'équilibre signés en 2006 montrant que les prévisions d'augmentation d'activité sur lesquelles ces CRE étaient fondés étaient exagérément optimistes. Par ailleurs, la généralisation de ce principe serait dangereuse pour les finances publiques et la qualité des soins si elle devait se traduire par une augmentation d'actes inadéquats facturés à l'assurance maladie.

[520] C'est la raison pour laquelle la mission de l'IGAS insistait au contraire sur la nécessité d'optimisation des dépenses, trop négligée dans les premiers CRE qu'elle avait étudiés. La Cour des Comptes ne dit pas autre chose dans le chapitre sur l'organisation de l'hôpital de son rapport 2009 lorsqu'elle relève que « de façon générale, un niveau élevé de dépenses nuit plus sûrement à la situation financière que ne l'améliore une progression de l'activité »¹³¹.

¹³⁰ Rapport n°2007-164P sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du CREF par des hôpitaux « perdants » à la TAA, T. Breton, C. Lannelongue, H. Léost, janvier 2008 ;

¹³¹ Rapport 2009 sur l'exécution de la LFSS, p. 121 ;

[521] L'apport des coopérations et rapprochements hospitaliers dans cet effort de rationalisation des charges et de l'organisation internes des établissements déficitaires apparaît en pratique marginal. L'argument en général mis en avant est celui des économies d'échelle. Mais, sur ce point, les éléments théoriques rassemblés par la mission dans son annexe 9 comme les exemples empiriques qu'elle a étudiés l'amènent à relativiser l'impact de cet effet, qui n'est ni automatique, ni général. Les actions de mutualisation à gains rapides (par exemple sur les achats) sont rares et ne portent pas, en général, sur les principaux facteurs internes de déficit des établissements (sous-productivité, organisations inadéquates...) ; elles ne peuvent donc se substituer à un effort direct de l'établissement sur ces facteurs.

2.2. Il faut parfois être capable de dépasser les égoïsmes d'établissements au nom des exigences de la réorganisation de l'offre hospitalière

2.2.1. Les différentes formes de rapprochements peuvent être des outils utiles pour faciliter les restructurations inter-hospitalières

[522] S'il est essentiel que les hôpitaux déficitaires envisagent leur redressement en travaillant d'abord sur les facteurs internes de leur déficit, dans certains cas l'optimisation de leur organisation suppose de restructurer l'offre au-delà de l'établissement lui-même : fermeture ou mutualisation d'un plateau technique trop coûteux, arrêt d'une activité déficitaire, etc. Les décisions prises ont alors des impacts sur les autres établissements de la zone, entre lesquels se répartira l'activité autrefois réalisée par la structure, et qui pourront par ailleurs récupérer une partie de ses moyens dans le cadre d'un transfert d'autorisation. Ces décisions sont donc à la fois des mesures de retour à l'équilibre pour l'établissement concerné et des opérations de restructuration de l'offre de soins sur le territoire.

[523] Dans ces conditions, parce qu'elles permettent de dépasser le cadre de l'établissement, les différentes formes de rapprochements entre établissements de santé (directions communes, coopérations avec ou sans création de structure *ad hoc*, fusions) peuvent être des outils intéressants pour conduire ce type de restructurations :

- les directions communes peuvent faciliter la coordination stratégique entre établissements et éviter les égoïsmes de structure inopportuns (aboutissant par exemple à la dénonciation d'une coopération pertinente sur le plan de l'organisation territoriale mais jugée « perdante » par un établissement, ou à des politiques d'investissement inflationnistes aboutissant à la création de surcapacités au niveau de la zone) ;
- les coopérations structurées (i.e. avec création d'une entité juridique dédiée) peuvent faciliter l'organisation et la gestion d'activités mutualisées ; la CHT est présentée comme ayant le même intérêt ;
- les fusions, enfin, peuvent faciliter la conduite d'opérations lourdes de rapprochements opérationnels entre structures en plaçant leur pilotage sous la responsabilité d'un responsable unique, notamment lorsque la restructuration se traduit par d'importantes redistributions d'activités entre sites : concentration des plateaux techniques, unification de la permanence des soins, etc.

2.2.2. L'intérêt financier bien compris des établissements peut gêner la mise en œuvre de restructurations inter-hospitalières pourtant souhaitables

- [524] La question des restructurations hospitalières, notamment lorsqu'elles impliquent de fusionner des établissements, souligne les limites de la logique décentralisée de la T2A, qui renvoie sur les établissements eux-mêmes l'essentiel des décisions d'amélioration de l'efficacité du système. En effet, dans certains cas l'intérêt financier bien compris d'un établissement ne s'aligne pas sur l'intérêt général. C'est notamment le cas lorsqu'il paraît pertinent, du point de vue de l'organisation de l'offre de soins, de rapprocher un établissement en bonne santé financière et un établissement en mauvaise santé financière (soit du fait d'une activité structurellement déficitaire, soit du fait d'un passif particulièrement lourd). Dans ce cas, l'établissement en bonne santé financière n'a aucun intérêt à spontanément s'engager dans une telle démarche : le simple jeu du « marché » est insuffisant pour permettre la mise en œuvre d'une telle réforme, pourtant pertinente du point de vue de la rationalisation de l'offre de soins.
- [525] Les problèmes que pose de façon générale ce type de situation ont été très précisément analysés par le King's Fund, un *think tank* anglais spécialisé sur l'évaluation des politiques de santé dans une note relative à la restructuration des hôpitaux du Sud de Londres, qui conclut que, dans le modèle anglais, qui est fondé sur la T2A comme le modèle français, et face à une situation dans laquelle l'expert recommande de rapprocher des structures dont la situation financière est divergente, « *les restructurations pertinentes résultent rarement du seul jeu du marché* » et que « *seule une politique de commissionnement¹³² vigoureuse a une chance de permettre la mise en œuvre des changements nécessaires pour améliorer la qualité et baisser les coûts* »¹³³.
- [526] La mission a rencontré une situation de ce type entre l'hôpital de Beaumont-sur-Oise (déficitaire et très endetté), qui est engagé dans une démarche de coopération très poussée et portée par la communauté médicale avec le CH de Pontoise, qui est en meilleure situation financière. Dans ce cas où l'intégration des deux hôpitaux est déjà importante sur certains services, la poursuite de la coopération paraît conduire naturellement à une fusion, sur laquelle les dirigeants de Pontoise se montrent pourtant réservés en raison de la différence de situation financière entre les deux établissements. Dans ce cas, une approche centrée sur les seuls établissements (le CRE de Beaumont d'un côté et le projet d'établissement de Pontoise de l'autre) ne permet pas de faire émerger spontanément une solution conforme à l'intérêt général, qui suppose une intervention du régulateur pour achever la restructuration.

¹³² C'est-à-dire une action du régulateur destinée à « forcer » les établissements que l'expert propose de rapprocher à le faire, dans la mesure où leur intérêt bien compris peut les conduire à refuser cette perspective si elle ne leur est pas imposée ;

¹³³ Cf. K. Palmer, *Reconfiguring Hospital Services – Lessons from South East London*, The King's Fund 2011, pp. V et 20-24 ;

2.3. *L'usage généralisé de la fusion comme outil de réorganisation de l'offre de soins est à proscrire*

2.3.1. **La réorganisation de l'offre de soins sur un territoire et la gestion d'un établissement de santé sont deux activités différentes**

[527] Si la fusion est incontestablement un outil de restructuration hospitalière, il convient en revanche de souligner que **la réorganisation de l'offre de soins sur un territoire et l'optimisation de la gestion d'un établissement de santé ne sont pas des activités de même nature** : la réorganisation de l'offre de soins est une activité en tant que telle qui requiert un professionnalisme particulier du fait de sa technicité (définition d'un diagnostic et d'une stratégie, négociation avec les différentes parties prenantes, gestion du calendrier, suivi du dispositif d'accompagnement...) et dont la responsabilité appartient d'abord au régulateur, c'est-à-dire à l'ARS, et qui est distincte de la gestion des établissements concernés par cette réorganisation, qui est de la responsabilité de leur directoire.

[528] Cette différence de nature est très importante car les « bons niveaux » de responsabilité pour exercer chacune de ces deux missions sont différents :

- le bon niveau pour conduire la restructuration de l'offre est le niveau régional (dans le SROS) ou infra-régional (sur les territoires de santé) dans le cadre des orientations générales définies par le niveau national ; cette activité doit par ailleurs se déployer sur l'ensemble du secteur hospitalier et non pas simplement sur les seuls EPS du territoire ; il s'agit par nature d'une prérogative du régulateur, c'est-à-dire de l'ARS ;
- le bon niveau de gestion d'un établissement renvoie quant à lui à la problématique de sa taille optimale : il n'est pertinent de fusionner les équipes de direction, et *a fortiori* les établissements, que dans la limite où cette fusion n'amène pas le nouvel ensemble à dépasser sa taille optimale de gestion ; or les éléments réunis par la mission invitent plutôt à se méfier des ensembles de trop grande taille, à la gouvernance trop complexe et pour lesquels on observe des effets de déséconomies d'échelle.

2.3.2. **Les ARS ne doivent pas déléguer leur rôle de régulateur aux gestionnaires d'établissements**

[529] La différence de nature entre l'activité de réorganisation de l'offre de soins sur un territoire et l'activité de gestion d'un établissement de santé est aisément perceptible. Pourtant, la mission a pu constater lors de ses déplacements en région que certains modes d'organisation promus par les ARS pouvaient conduire à un certain mélange entre ces deux fonctions.

2.3.2.1. Le directeur d'hôpital, agent de la réorganisation de l'offre de soins au nom de l'ARS ?

[530] Ainsi en est-il lorsque, soit par le biais d'un usage extensif de la direction commune, soit par le biais de CHT conçues comme les instruments de mise en œuvre infrarégionale des orientations du SROS-PRS, les ARS placent *de jure* (dans le cas d'une direction commune) ou *de facto* (dans le cas d'une CHT, compte tenu des limites juridiques de cet outil relevées *supra*) des directeurs d'hôpitaux à la tête d'ensembles composites qu'il leur appartiendrait de réorganiser.

[531] Certes, ces modes d'organisation ne se traduisent pas par la fusion de tous les établissements publics d'un territoire au sein « d'assistantes publiques territoriales » que certains ont pu appeler de leurs vœux et qui auraient alors officiellement la double responsabilité de restructurer leurs composantes et de centraliser leur gestion opérationnelle. Mais, lorsqu'une ARS confie à un directeur à une direction commune ou lorsqu'elle l'invite à former une CHT « restructurante » calquée sur le territoire de santé qui est l'échelon de mise en œuvre infra-régionale du SROS, elle assortit en général cette décision d'une mission de réorganisation des activités entre les différents établissements parties prenantes de la direction commune ou de la CHT.

[532] Cette responsabilité particulière donnée au directeur d'hôpital peut se comprendre lorsque la réorganisation à opérer a vocation à déboucher sur une fusion entre plusieurs établissements – sous réserve, naturellement, que cette perspective ait été clairement posée par l'ARS comme un objectif à atteindre vis-à-vis des acteurs locaux : il est utile, dans la phase finale de préparation de la fusion, d'avoir un responsable unique et clairement identifié pour la piloter, le directeur agissant alors comme un préfigurateur.

[533] Mais, outre que les textes sont ambigus sur les pouvoirs du directeur préfigurateur lorsqu'il n'est pas déjà directeur commun des structures fusionnantes¹³⁴, ce cas n'est pas le plus fréquent. La plupart des CHT n'a pas vocation à déboucher sur la fusion des établissements qui les composent. Confier dans ce cadre une mission de réorganisation de l'offre publique à un directeur d'établissement présente alors deux risques bien réels :

- un risque de conflit d'intérêt : si les établissements ont vocation à demeurer autonomes, il est délicat de placer le directeur de l'un d'entre eux dans une position de *primus inter pares* en lui demandant de piloter des réflexions ayant vocation à modifier le périmètre d'activité de chaque structure ; comme dans toute situation de conflit d'intérêt, ce risque est autant lié à la perception des parties prenantes qu'à l'attitude du directeur lui-même ;
- un risque d'engorgement : préparer la réorganisation de l'offre sur un territoire suppose de négocier avec les communautés médicales et les élus des établissements concernés afin de déterminer la nature et les modalités de mise en œuvre des réorganisations à opérer, qui n'ont pas forcément été explicitées par l'ARS ou le SROS, puis d'en suivre le déploiement effectif ; il s'agit là d'une charge de travail très importante, à laquelle s'ajoute par ailleurs la multiplication des instances de gouvernance auxquelles il doit participer (les instances du ou des établissements qu'il dirige auxquelles s'ajoutent les instances de la ou des structures de coopération auxquels ils sont par ailleurs parties prenantes) ; le risque est donc que, accaparé par ces missions chronophages, il ne puisse consacrer tout le temps nécessaire à sa tâche de directeur d'établissement ; le manque de disponibilité relevé par l'IGAS du directeur du centre hospitalier intercommunal de Poissy-St Germain (CHIPS), qui assumait par ailleurs un intérim avec le CH de Saint-Denis¹³⁵, montre que ce risque d'engorgement n'est pas théorique.

2.3.2.2. La stratégie de réorganisation de l'offre de soins doit rester sous la responsabilité des ARS

[534] La définition et la mise en œuvre de la stratégie de réorganisation de l'offre de soins relèvent de la responsabilité du régulateur, c'est-à-dire des ARS, et cette mission ne peut être déléguée aux acteurs eux-mêmes. Tout d'abord parce que cette réorganisation doit embrasser tous les secteurs de l'offre sur chaque territoire – hôpitaux publics, ESPIC, cliniques privées – et qu'elle ne saurait se résumer à la somme des stratégies propres de « groupe » de ces différents acteurs. C'est la raison pour laquelle, quel que soit l'intérêt que peut représenter la CHT dans la structuration territoriale de l'offre publique hospitalière au niveau local, elle n'est pas l'outil de déclinaison territoriale du SROS, qui doit faire l'objet d'un document spécifique traitant de l'ensemble de l'offre locale, tous secteurs confondus.

¹³⁴ Cf. *supra*, 5A, point 3.2.

¹³⁵ Cf. IGAS, rapport RM2010-182Z, *Contrôle du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain*, A Bruant-Bisson, D. Imbaud, P. Penaud, P. Vienne, juin 2010, p. 59 ;

- [535] Au-delà de cet aspect intersectoriel que seule l'agence est en mesure de porter, elle a également une responsabilité première dans la définition des restructurations hospitalières auxquelles les orientations du SROS auront vocation à donner lieu. Ce volet est évidemment l'aspect le plus sensible de la démarche de planification sanitaire. Mais c'est précisément pour cela qu'il ne peut être délégué aux acteurs de terrain : si ceux-ci doivent évidemment être associés à la préparation des décisions, qu'ils auront ensuite à mettre en œuvre dans leurs établissements, il est de la responsabilité du régulateur de porter le discours de restructuration auprès des parties prenantes, notamment les élus, et de tracer les perspectives de rationalisation pour les établissements.
- [536] Il a été souligné *supra* que ce travail représente une charge importante, d'autant plus prenante qu'elle est politiquement sensible. Cette charge revient à titre principal à l'ARS, car elle a vocation *in fine* à déboucher sur des décisions de restructuration qui relèvent de sa responsabilité (fermeture, transfert ou reconversion d'activités). Ce n'est que si ces perspectives sont clairement établies et assumées par l'agence que, ensuite, elle peut éventuellement confier certains de ses aspects de mise en œuvre, pour ceux qui concernent les hôpitaux publics, à un directeur d'hôpital.
- [537] Si les grandes orientations de l'offre de soins figurent dans le SROS, les décisions précises de restructurations hospitalières auxquelles elles donnent lieu se préparent au niveau des territoires. Pour pouvoir jouer pleinement leur rôle de régulation à ce niveau, les ARS doivent y disposer de personnels effectivement capables de jouer ce rôle, que le directeur de l'établissement-chef lieu de CHT ne peut assumer en son nom. Ceci doit amener les agences à repenser le rôle et les compétences de leurs délégations départementales, afin de leur permettre de s'investir davantage dans la préparation et la conduite des restructurations hospitalières au niveau des territoires, face aux différents acteurs locaux : gestionnaires d'établissement, élus, personnels...

Annexe 5c – Les spécificités des fusions entre hôpitaux publics

[538] Par rapport aux structures hospitalières privées (cliniques et à moindre titre les ESPIC), les établissements publics de santé présentent deux grandes spécificités qui expliquent qu'ils ne fusionnent pas pour les mêmes raisons et dans les mêmes conditions que les structures privées :

- du fait de leur forme même d'établissement public, qui d'une part les place hors du marché des fusions et acquisitions qui constitue le cadre des fusions entre cliniques privées, et qui d'autre part les soustrait aux procédures collectives de redressement judiciaire applicables aux ESPIC et aux cliniques privées, qui jouent un grand rôle dans la restructuration de ces deux secteurs ;
- du fait de leur gouvernance et de leur organisation interne, dont les diverses caractéristiques ne poussent pas les établissements publics de santé à se regrouper.

1. LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE NE SONT SOUMIS NI AUX LOGIQUES CAPITALISTIQUES DE SOCIETES DE CAPITAUX NI A LA PRESSION DES PROCEDURES COLLECTIVES DE REDRESSEMENT JUDICIAIRE APPLICABLES AUX STRUCTURES PRIVEES

1.1. *Des logiques capitalistiques absentes de la dynamique des fusions entre établissements publics de santé*

1.1.1. Les fusions de cliniques privées peuvent avoir une dimension spéculative que n'ont pas les fusions entre EPS

[539] Parce qu'elles sont réalisées entre des sociétés de capitaux, les fusions de cliniques privées s'analysent autant comme des transactions financières que comme des opérations industrielles. Il y a un marché des cliniques privées, sur lequel agissent des acteurs dont les motivations sont également guidées par des considérations financières. Ces considérations peuvent même être déterminantes dans leurs décisions, lorsque le rachat est effectué dans un but d'amélioration de la valorisation boursière de la société acheteuse (dans une logique de consolidation sur son secteur), ou *a fortiori* lorsque ce rachat a pour but une revente à moyen terme, avec une plus-value, de la société ainsi acquise.

[540] Comme le montre l'annexe 9, ces facteurs financiers sont l'une des explications principales des fusions d'entreprises de ces dernières années, notamment la vague de fusions et de rachats par le biais d'OPA amicales ou hostiles avec effet de levier (LBO) destinées à « créer de la valeur » pour les actionnaires des sociétés concernées.

[541] Le secteur des cliniques privées n'a pas été épargné par ce mouvement. Pour un certain nombre de fusions ou rachats observés ces dernières années, les facteurs financiers – voire spéculatifs – ont pu jouer un rôle important dans les décisions stratégiques des acteurs : la construction très rapide de certains groupes de cliniques sur le marché français peut ainsi s'expliquer pour partie par une stratégie de « *build-up* » d'investisseurs financiers cherchant à atteindre rapidement une certaine taille critique pour pouvoir ensuite revendre ce nouvel ensemble avec une plus-value¹³⁶.

[542] Ces éléments, déterminants pour expliquer un certain nombre de fusions observées ces dernières années dans le secteur des cliniques privées, ne s'appliquent évidemment pas aux établissements publics de santé, ni d'ailleurs aux ESPIC. Ils mettent également en exergue une autre particularité du processus de concentration dans le secteur privé : en effet, lorsqu'un opérateur rachète une clinique privée, il peut le faire dans le but de la réunir avec une autre clinique implantée à proximité, s'il est dans une logique de restructuration de l'offre privée sur ce territoire, face à l'hôpital public ; mais, le plus souvent, le rachat vise en fait à maintenir l'existence de cet établissement tout en l'agréant dans un ensemble plus large, un « groupe » dont la gestion sera plus ou moins intégrée.

1.1.2. Les logiques de groupe ne sont pas opérantes aujourd'hui dans le secteur public

1.1.2.1. Un modèle largement répandu dans le secteur hospitalier privé

[543] Le phénomène des groupes est caractéristique de l'univers des cliniques privées. Il s'agit d'un modèle intermédiaire entre l'établissement hospitalier pleinement autonome et la fusion complète des organes de direction et de gestion de plusieurs structures hospitalières (modèle « assistance publique ») : en effet, dans ce schéma, un établissement membre du groupe conserve son indépendance juridique mais est la filiale d'une holding qui contrôle la majorité ou la totalité de son capital. Le groupe est constitué par la holding, ses filiales opérationnelles et les autres sociétés qu'elle contrôle éventuellement (sociétés civiles immobilières, etc.) ; il est consolidé financièrement, et forme un ensemble économique unique vis-à-vis de l'extérieur.

[544] En 2010, d'après les chiffres de la FHP, près de la moitié des cliniques privées appartenaient ainsi à un groupe : 36,5 % à des groupes nationaux et 13,8 % à des groupes loco-régionaux. La société Eurostaf recense 49 groupes en 2011 : un leader (Générale de santé) et 5 challengers (Vitalia, Capiro, Medi-Partenaires, Vedici, GHMF¹³⁷), 8 spécialistes de la dépendance, 23 outsiders et 12 « micro-groupes » (moins de 4 établissements)¹³⁸.

[545] Les organisations internes des groupes sont très diverses mais elles reposent en général sur les principes suivants :

- une répartition de fonctions et de responsabilités entre siège et filiales reposant sur le maintien d'une certaine autonomie des filiales qui ne perdent pas leur indépendance juridique en étant rachetées (sauf cas particulier d'une restructuration locale de l'offre du groupe) ;

¹³⁶ notamment dans la deuxième partie de la période (i.e. durant les années 2000), avec l'apparition sur le marché français des cliniques d'opérateurs purement financiers (fonds d'investissement tels que Blackstone, premier investisseur du groupe Vitalia, ou LBO-France, actionnaire de Médi-Partenaires) ; le cas de Blackstone est particulièrement significatif : après être entré en force sur le marché français en 2006 en procédant au rachat de 46 structures en deux ans pour constituer Vitalia, ce fonds d'investissement a cherché à se désengager globalement de ce groupe dès 2008, sans y parvenir néanmoins du fait du retournement du marché ;

¹³⁷ Groupe hospitalier de la Mutualité Française, qui réunit les cliniques privées et les ESPIC des mutuelles de la Mutualité Française, sans intégration capitalistique ;

¹³⁸ <http://www.eurostaf.fr/fr/catalogue/etudes/sectorielles/pharmacie-sante/marche-clinique-privee.html>

- un degré d'intégration variable entre le siège et les cliniques ; la stratégie financière (endettement, politique d'acquisitions, de reventes ou de restructuration), la politique de marque, le contrôle de gestion et le choix des responsables des filiales constituent les fonctions minimales de la holding, qui peut par ailleurs développer une politique de centralisation d'un certain nombre de fonctions opérationnelles : centralisation des achats, convergence informatique, immobilier, etc. ; le degré d'implication du siège peut par ailleurs évoluer dans le temps : ainsi, la Générale de Santé a procédé à deux plans sociaux au début et à la fin des années 2000 destinés à réduire le périmètre (et le coût) de ses fonctions centralisées.

[546] Ce modèle est également décliné dans le secteur non lucratif. L'objectif est, comme dans le cas des groupes privés lucratifs, d'assurer une identité commune à l'ensemble, notamment vis-à-vis des pouvoirs publics et des communautés locales, de développer une stratégie commune de développement et de mutualiser au niveau du groupe un certain nombre de fonctions. Cependant, la structuration des groupes non lucratifs se fait avec des montages spécifiques, adaptés à la nature non capitalistique des liens entre entités : organisation en fédération d'organismes, communauté des dirigeants, création d'unions de personnes morales, etc.

1.1.2.2. Une absence persistante d'outil pour organiser des groupes d'hôpitaux publics

[547] La fédération hospitalière de France (FHF) souhaite également s'inspirer de ce modèle, lorsqu'elle plaide pour une « *stratégie de groupe publique* », fondée notamment sur les coopérations entre établissements¹³⁹, mais aussi sur le développement de structures intégratives. La communauté hospitalière de territoire-établissement public prônée par le rapport Larcher s'inscrivait clairement dans ce cadre, compte tenu de l'importance et de la diversité des fonctions que ces structures étaient censées intégrer obligatoirement : équipe de direction commune, programmes d'investissement, stratégie médicale, gestion des médecins et des cadres, systèmes d'information, fonctions logistiques support, politique de qualité et gestion des risques, certification, gestion des comptes¹⁴⁰.

[548] Mais ce projet, qui avait été repris dans le projet de loi HPST du gouvernement (« CHT fédérative »), n'a pas été retenu dans la discussion parlementaire. Aujourd'hui, il n'existe pas de cadre pour organiser les établissements publics de santé d'un territoire sous la forme d'un groupe présentant les mêmes caractéristiques que les groupes de cliniques privées ou d'ESPIC, i.e. avec consolidation des comptes, solidarité financière et unité stratégique entre ses composantes, mais en préservant leur autonomie de gestion à l'intérieur de ce cadre.

[549] Il n'est du reste pas certain que le modèle de CHT fédérative telle que la prévoyaient le rapport Larcher et le projet de loi HPST aurait constitué un cadre pertinent pour organiser efficacement un groupe hospitalier public.

¹³⁹ Cf. notamment *Atlas des coopérations 2010 – La stratégie de groupe des hôpitaux et établissements médicaux-sociaux publics*, FHF, 2010 ;

¹⁴⁰ Cf. rapport Larcher, p. 54 ; on relèvera cependant que le contrôle de gestion, fonction essentielle dans l'animation et le pilotage d'un groupe, n'est pas cité comme une fonction importante à mutualiser au sein de cette liste pourtant fournie : pour sa CHT, le rapport Larcher dessine ainsi plutôt une perspective d'intégration complète que de structuration en « groupe », au sens où les acteurs privés entendent ce mot ;

- [550] Il convient tout d'abord de relever que ce modèle de CHT reposait sur une mutualisation forte de la gestion des établissements membres du nouvel ensemble, potentiellement plus importante que celle que l'on peut observer dans certains groupes privés. Ce modèle pouvait même aller jusqu'à la fusion des établissements de la CHT lorsque celle-ci était déclarée « intégrée », d'après le projet de loi du gouvernement. La question du partage des responsabilités entre le centre et la périphérie dans un groupe d'hôpitaux publics, qui renvoie également à la problématique de la réorganisation des groupes hospitaliers publics existants et dont l'organisation est fortement intégrée (assistantes publiques), n'est clairement pas épuisée par les listes de compétences envisagées pour les CHT fédératives par le rapport Larcher ou par le projet de loi HPST ; la réflexion en la matière reste encore largement à conduire.
- [551] De plus et surtout, la CHT fédérative n'était pas à proprement parler dotée d'une organisation qui lui soit propre, dans la mesure où les textes n'instituaient pas une gouvernance de groupe spécifique. Le projet de loi investissait en effet un membre de la CHT de cette fonction (« l'établissement-siège ») en adjoignant au sein de ses propres organes de gouvernance (conseil de surveillance, directoire, comité médical d'établissement...) des représentants des autres établissements membres.
- [552] Ce schéma, peu orthodoxe au regard de l'organisation traditionnelle des groupes, présentait le risque soit d'emboliser la gestion de l'établissement-siège par les questions liées à la gestion du groupe, soit au contraire de faire disparaître la logique de groupe derrière les préoccupations plus immédiates de la gestion de l'établissement-siège – par ailleurs, alors que les perceptions sont essentielles dans les projets de rapprochement entre entreprises, en instituant l'établissement-siège en *primus inter pares* ce choix ne pouvait que le faire apparaître comme « gagnant » de la création de la CHT face aux autres établissements susceptibles d'y participer, et de ce fait peu incités à y entrer effectivement.
- [553] Entre les coopérations au cadre juridique limité et la fusion pure et simple, il n'existe toujours pas de troisième modèle de rapprochement pour les établissements publics de santé.

1.2. Les fusions à la suite de redressement judiciaire n'existent pas pour les établissements publics de santé

1.2.1. Dans le secteur hospitalier privé, beaucoup de fusions résultent de procédures collectives

- [554] Dans de nombreux cas, les rapprochements ou fusions entre structures hospitalières privées, quel que soit leur statut (société anonyme, association, union mutualiste, etc.), résultent des difficultés financières de l'une des parties, se traduisant pour elle par la mise en œuvre d'une procédure de redressement judiciaire, devant le tribunal de commerce pour les SA, devant le tribunal de grande instance pour les autres types de structures¹⁴¹. L'intervention obligatoire de cette procédure en cas de graves difficultés financières constitue un moteur très important de restructuration du secteur hospitalier privé, et un élément fondamental de « bouclage » de la logique de marché.

¹⁴¹ Ou par l'intervention d'un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) pour les hôpitaux en difficultés gérés par des unions mutualistes du Livre III du code de la mutualité ; cette faculté a cependant disparu du droit mutualiste avec la mise en place de l'autorité de contrôle prudentielle (ACP) en 2010 ;

- [555] Dans une économie de concurrence où tous les acteurs sont autonomes et financièrement indépendants, les restructurations s'opèrent certes par la pression de la concurrence et la logique d'émulation qu'elle organise, mais également par la disparition des acteurs qui ne sont pas capables d'équilibrer de façon durable leur activité. Dans ce cas, le droit prévoit des procédures collectives qui permettent de vérifier si la structure ne peut pas se redresser, tout en préservant autant que possible les intérêts de ses salariés et de ses créanciers. Si le redressement s'avère impossible, la procédure vise ensuite à rechercher si l'activité de la structure peut faire l'objet d'une reprise. Enfin, s'il n'existe aucun repreneur, la structure fait l'objet d'une liquidation judiciaire.
- [556] La procédure de redressement judiciaire est obligatoire en cas de cessation de paiement, mais elle peut intervenir avant car le droit a prévu des mécanismes d'alerte préventifs :
- dans une société de capitaux, lorsque les fonds propres ne représentent plus que la moitié du capital social, les actionnaires doivent être consultés sur la poursuite de l'activité de la société ;
 - le commissaire aux comptes a un devoir d'alerte vis-à-vis de la direction de la structure, puis du tribunal compétent, lorsqu'il constate des faits de nature à compromettre la continuité de l'exploitation ;
 - les institutions représentatives du personnel peuvent également saisir le tribunal en cas de doutes sur la pérennité de l'entreprise ;
 - par ailleurs, depuis la loi du 26 juillet 2005 il existe en amont de la cessation de paiement une procédure de sauvegarde inspirée de la loi américaine « Chapitre 11 » sur les faillites.
- [557] Pour une structure privée, il existe ainsi un seuil au-delà duquel une situation de déficit récurrent conduit nécessairement à l'intervention d'une autorité extérieure, et oblige à une réflexion sur sa pérennité. Dans le secteur hospitalier privé, de nombreuses opérations de fusion de structures privées s'inscrivent dans ce cadre (« reprise à la barre du tribunal »).

1.2.2. Les procédures collectives de redressement ne s'appliquent pas dans le secteur public

- [558] Ces mécanismes n'existent pas dans les établissements publics de santé. Leur statut d'établissement public les fait échapper aux procédures collectives automatiques. La règle de la consommation de la moitié du capital social ne leur est pas applicable, et elle serait d'ailleurs de peu d'utilité dans un univers où la notion de « capital social » a peu de sens. Jusqu'à une époque récente à laquelle la certification des comptes est censée avoir mis un terme, des situations de déficits ont pu être masquées par des pratiques comptables irrégulières.
- [559] Certes, il existe un mécanisme de contrat de retour à l'équilibre passé entre l'établissement et l'ARS, qui est susceptible d'aboutir à une administration provisoire si les mesures prévues au contrat n'ont pas eu d'effet (article L6143-3-1 du code de la santé publique), mais ce mécanisme n'a pas le même degré d'automaticité que les procédures collectives. Il laisse une marge d'appréciation en pratique assez large au directeur général d'ARS, ce qui peut être vu comme une source de souplesse pour traiter des situations locales complexes et délicates, mais aussi comme une atténuation regrettable du principe de réalité économique.
- [560] Ce contexte moins rigide, doublé de la certitude de nombreux acteurs hospitaliers que « la tutelle épongera toujours les pertes » par le biais de dotations et artifices divers, explique que des EPS en déficit chronique puissent demeurer autonomes bien plus longtemps que des structures non publiques, alors même que leur exploitation n'est plus viable économiquement, et qu'ils auraient fini par être contraints à une procédure de redressement judiciaire s'ils avaient été des acteurs privés.
- [561] Dans ces conditions, faute de ce ressort financier il n'est guère étonnant de constater comme le rapport Larcher que « *les regroupements d'hôpitaux ont été limités dans le secteur public, à la différence du privé* ».

[562] Cette situation n'est pas saine : elle aboutit à différer des restructurations nécessaires et ne constitue pas une bonne utilisation des ressources de l'assurance maladie, mobilisées par le biais de dotations diverses pour maintenir à flot des structures qui ne sont pas économiquement viables, pour des raisons qui ne relèvent pas toujours d'un motif d'intérêt général (structures desservant des zones en situation d'isolement...).

2. LES SPECIFICITES DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE NE FACILITENT PAS LES REGROUPEMENTS INTER-HOSPITALIERS

[563] Cette différence de statut des EPS par rapport aux structures privées au regard de leur structure financière n'est pas la seule à jouer sur la manière particulière dont sont décidées et conduites les fusions entre hôpitaux publics. Leur gouvernance particulière joue également un rôle.

2.1. Le poids plus grand des logiques locales dans la gouvernance des EPS contraint leurs mouvements de rapprochements

2.1.1. Un statut traditionnellement local que la loi HPST a fait quelque peu évoluer

2.1.1.1. Un statut traditionnellement local

[564] L'ancrage local des établissements publics de santé est très ancien puisqu'il remonte à la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) qui rattache les hôpitaux publics à leur commune d'implantation. Ce rattachement a ensuite été confirmé par les textes successifs sur les EPS, jusqu'à la loi HPST. Ainsi, avant ce texte, les hôpitaux étaient dans leur immense majorité des établissements publics communaux ou intercommunaux, dont le conseil d'administration était présidé de droit par le maire.

[565] Ce lien entre l'hôpital et sa commune de rattachement s'est peu à peu émoussé : juridiquement, l'activité de production de soins qui est aujourd'hui l'activité principale des hôpitaux n'est pas une compétence des collectivités territoriales. De plus, sur le plan sanitaire, la spécificité proprement communale d'établissements de soins soumis à des normes nationales (juridiques, financières, en termes de qualité des soins) et drainant des patientèles bénéficiant du libre choix de leur structure de soins n'apparaît pas évidente. Enfin, le mouvement de restructurations, qui suppose de redistribuer des activités entre sites et entre établissements, peut rencontrer l'hostilité des collectivités locales de rattachement qui verraient une activité quitter leur territoire.

[566] Dans ce contexte, la pertinence du lien juridique et politique entre les EPS et la commune où ils sont implantés, manifesté notamment par la composition de leur conseil d'administration, a pu être critiquée : « *Le conseil d'administration ne porte pas la responsabilité financière de son établissement. [...] Son rôle est [...] rendu difficile dans la mesure où ses membres peuvent être amenés à concilier une compétence relative à l'intérêt de l'établissement, une responsabilité pour le dynamisme des territoires dont ils peuvent avoir la charge, pour certains d'entre eux, en tant qu'élus, et une absence de responsabilité financière réelle à l'égard de l'établissement bien qu'ils délibèrent sur le budget.* »¹⁴²

¹⁴² Rapport Larcher, p. 28 ;

2.1.1.2. Une situation que la loi HPST a commencé à faire évoluer

- [567] Prenant appui sur les analyses du rapport Larcher, la loi HPST a cherché à atténuer les liens entre les EPS de leur commune de rattachement. Tout d'abord, la loi a unifié le statut des hôpitaux publics en supprimant la mention selon laquelle ces établissements sont « *communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux* » ; désormais, l'article L6141-1 se borne à préciser que, en tant que personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, les centres hospitaliers ont un « *ressort* » qui « *peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional, national* » : pour certains auteurs, cette évolution de formulation entraîne *ipso facto* la fin du statut d'EP communal de la plupart des CH, et leur rattachement à l'Etat¹⁴³.
- [568] Surtout, la loi HPST a transformé le CA des hôpitaux publics en un conseil de surveillance (CS) dont la présidence n'est plus automatiquement accordée au maire : le président est en effet élu au sein des premier et troisième collèges (élus et personnalités qualifiées) : d'après un recensement effectué par la DGOS sur 705 établissements, la mise en place des nouvelles instances de gouvernance issues de la loi HPST a conduit à l'élection du maire de la commune siège de l'établissement comme président du CS dans 72,1 % des cas, d'un autre représentant des collectivités territoriales dans 24,8 % et d'une personne qualifiée ou d'un représentant des usagers dans 3,1 % des cas.
- [569] La loi a par ailleurs limité les pouvoirs du conseil de surveillance par rapport au conseil d'administration, en étendant le champ de responsabilité du directeur, président du directoire de l'hôpital. En particulier, la signature des conventions de coopération avec des professionnels de santé ou d'autres établissements de santé est désormais un pouvoir propre du directeur qu'il exerce après concertation avec le directoire, alors que ces projets devaient être soumis au conseil d'administration sous l'empire des anciens textes.
- [570] Enfin, la loi a modifié les conditions de nomination des directeurs d'établissements, aujourd'hui nommés par le directeur du Centre national de gestion (CNG) sur la base d'une liste de trois noms proposés par le directeur de l'ARS après avis du président du conseil de surveillance, alors que, dans l'ancien système, les directeurs étaient nommés par arrêté du ministre après avis du président du conseil d'administration de l'hôpital.
- [571] Ce mouvement a été accompagné d'un renforcement corrélatif des pouvoirs de la tutelle – en l'occurrence du directeur général de l'ARS – sur les EPS et sur leurs directeurs. En ce qui concerne plus particulièrement les rapprochements entre établissements, la loi autorise le directeur de l'ARS à demander aux CS des EPS de sa région de conclure une convention de coopération, de créer une CHT, un GCS ou un GIP ou de fusionner, et lui permet ensuite de les contraindre à conclure une convention de coopération ou à créer un GCS ou un GIP, si les CS ont repoussé sa demande (article L6131-2 du code de la santé publique).

¹⁴³ Cf. D. Larose, « *Rattachement organique, libre administration et démocratie sanitaire : le retour de messidor an II ?* », in *Les cahiers hospitaliers* n°251, décembre 2008 ;

2.1.2. L'importance des enjeux locaux pèse sur la conduite des projets de rapprochements entre hôpitaux publics

2.1.2.1. Le rôle des élus reste en droit et en fait important dans le fonctionnement des hôpitaux publics

[572] Si la loi HPST a quelque peu atténué l'aspect local des EPS, elle n'a pas cherché à le faire totalement disparaître. Les élus représentent toujours un tiers des membres de leur conseil de surveillance, dont les pouvoirs de décision, bien que limités, restent importants : approbation du projet médical et des comptes de l'établissement, mais aussi de tout projet de fusion ou d'adhésion à une CHT, pour lesquelles le directeur général de l'ARS ne dispose pas d'un pouvoir propre de décision. Ainsi, si les coopérations non intégratives sont désormais l'apanage du directeur du CH et peuvent par ailleurs faire l'objet d'une décision imposée par l'ARS, les coopérations intégratives ne peuvent se faire sans l'accord des conseils de surveillance de tous les EPS concernés.

[573] En outre, dans son rôle de président du conseil de surveillance qu'il a conservé dans les trois quarts des cas, le maire a toujours un droit de regard sur la nomination du directeur.

[574] Mais, au-delà de ce rôle qu'ils conservent dans l'administration des EPS, les élus sont et demeureront des acteurs importants dans la politique de l'hôpital public. Leur implication sur ces questions est en effet le reflet de la place importante que tiennent les EPS dans l'économie locale – en tant qu'employeurs, en tant qu'acheteurs, en tant qu'éléments structurants de l'attractivité d'une zone – et du rôle qui doit être le leur, en tant que structures sanitaires chargées d'une mission de service public, dans la réponse aux besoins de la population en matière d'accessibilité des soins.

[575] Par ailleurs, même si les collectivités territoriales n'étaient pas directement représentées dans la gestion des EPS, le statut public de ces derniers les placent nécessairement sous le contrôle démocratique des élus, contrairement aux cliniques privées et aux ESPIC, qui relèvent d'abord de leurs actionnaires (pour les cliniques) ou de leurs fondateurs et membres participants (pour les ESPIC). En Angleterre, où les élus ne sont pas représentés dans les instances de gouvernance des établissements du NHS, ils ont néanmoins une influence certaine sur les procédures de restructurations hospitalières, du fait du statut public des hôpitaux et de leur financement par l'impôt, comme le résume un expert cité par le King's Fund dans sa note de septembre 2011 sur le pilotage des reconfigurations hospitalières : « *[Les élus] sont responsables in fine et, sauf si le NHS cesse d'être financé par l'impôt, tant que le système fonctionne comme cela, alors le ministre sera toujours responsable, et si vous arrêtez cela ils interféreront de toutes façons.* »¹⁴⁴

2.1.2.2. L'influence des pressions locales dans la conduite des rapprochements entre hôpitaux publics

[576] Cette présence permanente des enjeux locaux dans les dossiers de restructurations hospitalières publiques pèse sur leur conduite : en effet, lorsqu'une opération de restructuration est susceptible de se traduire par une réduction du périmètre d'activités d'un établissement se pose immédiatement la question des « compensations » à accorder à la communauté locale touchée. Cette question se pose de façon plus aiguë encore dans le cas d'une fusion qui, comme on l'a vu, ne peut être imposée de l'extérieur et suppose l'adhésion des organes de gouvernance de tous les établissements concernés, alors que la mise en œuvre du projet privera le maire de la commune de l'établissement absorbé de son statut de président de conseil de surveillance¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Cette remarque étant citée pour manifester le scepticisme de certains observateurs face aux déclarations de l'actuel ministre de la santé du Royaume-Uni sur sa volonté de ne plus intervenir sur les sujets opérationnels du NHS, alors que certains envisagent de confier la charge des restructurations hospitalières à un organisme indépendant, à l'instar de la Health Services Restructuring Commission mise en place par le gouvernement de l'Ontario en 1996 ; cf. King's Fund, *Reconfiguring Hospital Services*, septembre 2011, p. 16 ;

¹⁴⁵ Sauf cas de présidence tournante, qui ne fait pas disparaître la perte d'autonomie inhérente à la fusion ;

- [577] Dans un processus de fusion, les compensations accordées à la collectivité vue comme « perdante » dans l'opération peuvent être multiples : assurance sur le maintien d'une activité à fort enjeu symbolique (maternité, chirurgie, urgences...) sur le site grâce au soutien de l'établissement absorbant, développement de nouvelles activités, le plus souvent sur le long-séjour : (soins de suite et de réadaptation...) ou les personnes âgées (mais on trouve également le cas d'ouverture de centres de périnatalité en remplacement d'une maternité, par exemple à Méru lorsque l'activité de la maternité a été transférée à l'hôpital de Beaumont) comme l'y pousse l'article R.6123-50, mise en place de consultations avancées de la part des praticiens de l'hôpital absorbant...
- [578] Cette volonté de développer des compensations pour emporter l'assentiment des acteurs locaux à un projet de fusion est légitime si les services ou les activités ainsi développés ou maintenus permettent le maintien d'une offre de proximité sans remettre en cause l'objectif général d'amélioration de l'efficacité du nouvel ensemble ; mais il ne faudrait pas *a contrario* que ces compensations aboutissent *in fine* soit à garantir en pratique le maintien de l'organisation existante après la fusion juridique des structures, soit à obliger le nouvel ensemble à développer des activités nouvelles non rentables ou à mettre en œuvre des modes d'organisation inefficients (services éclatés en plusieurs sites, équipes non intégrées, etc.). Dans ce cas, la fusion apparaît bien plus comme un artifice juridique pour retarder des restructurations inévitables que comme un outil pour les conduire effectivement.
- [579] Pour rester pertinente, une fusion doit conserver ses finalités premières : permettre au nouvel ensemble fusionné de réaliser des économies d'échelles et faciliter la mise en œuvre de réorganisations que l'existence d'établissements autonomes ne permettait pas de conduire. Comme une fusion est par ailleurs en elle-même consommatrice de ressources (temps de négociation et de mise en œuvre, mesures d'accompagnement...) et génératrice d'incertitude et de désorganisation, il convient de veiller à ce que, entre cette charge inévitable et les compensations accordées par ailleurs pour obtenir l'assentiment de tous les acteurs, le bilan coût/avantage de l'opération demeure positif.
- [580] Les exemples recueillis ou étudiés par la mission montrent que ce cas n'est pas hypothétique. Ainsi, lors de son déplacement à Romans, la mission s'est interrogée sur la pertinence du développement sur le site de Saint-Vallier (fusionné avec l'hôpital de Romans au sein des Hôpitaux de Drôme Nord) d'une nouvelle activité déportée de médecine physique et de réadaptation (MPR), trop éloignée des utilisateurs finaux, destinée à compenser notamment la fermeture de son service de chirurgie.
- [581] Parmi les interventions hospitalières de l'IGAS ou des CGES de ces dernières années, plusieurs exemples peuvent être cités de fusions qui n'ont pu être opérées qu'au prix de concessions telles (sur le maintien de l'organisation antérieure par sites, sur la non-fusion des équipes médicales, sur l'absence de mise en cohérence des projets médicaux...) qu'elles ont fini par effacer tous les gains supposés qui étaient attendus du projet, tout en compliquant la gouvernance et le fonctionnement du nouvel ensemble : centre hospitalier intercommunal Eure-Seine (fusion de l'hôpital de Vernon et de celui d'Evreux), centre hospitalier du sud-francilien (fusion de l'hôpital d'Evry et de celui de Corbeil), centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain...
- [582] Bien plus que les mouvements de fusion ou de concentration touchant les structures hospitalières privées, pour lesquels les facteurs économiques sont en réalité décisifs, les restructurations d'EPS doivent donc se faire dans un contexte local complexe, soumis à des pressions multiples, où l'enjeu pour le régulateur et les gestionnaires d'établissement est de parvenir à concilier les différentes dimensions à prendre en compte : la qualité des soins, l'équilibre financier des structures, l'accessibilité et la motivation du personnel, qui ne doit pas être négligée.

2.2. *Les motivations des responsables médico-administratifs de l'hôpital*

[583] L'expérience des fusions d'entreprise le montre : il s'agit d'opérations délicates sur le plan des ressources humaines, où les managers ont un rôle déterminant – dans son lancement puis dans sa conduite, et donc au final dans son succès ou son échec. Ce constat est valable aussi pour les fusions entre EPS, qui requièrent la mobilisation des directeurs d'hôpitaux et des praticiens hospitaliers, dont l'intervention s'inscrit dans l'environnement particulier qui est celui de la gestion des hôpitaux publics.

2.2.1. **La croissance externe n'est pas un objectif pour les responsables des hôpitaux publics**

[584] Dans le secteur privé, nombre de projets de fusions sont portés par les managers, dans le cadre d'une stratégie de développement fondée sur la croissance externe. Ce rôle moteur peut d'ailleurs être un problème, si les motivations des managers les poussent à engager leur entreprise dans des processus de fusion qui n'ont d'autre but en réalité que de satisfaire leurs ambitions et leur désir de prestige (comme dans le cas de « *l'hypothèse de l'hubris* » de R. Roll, cf. annexe 9), ou leurs intérêts financiers bien compris.

[585] Ce risque ne semble pas avéré dans les établissements publics de santé. Les mécanismes liant la rémunération des dirigeants des entreprises cotées au cours de leurs actions, qui ont pu être avancés pour expliquer la propension de certains managers à promouvoir des opérations de fusions-acquisitions pour améliorer la valorisation boursière de leur entreprise, n'existent pas, par construction, à l'hôpital public. L'exemple des groupes d'ESPIC montre cependant que la volonté de croissance externe n'appartient pas qu'aux structures lucratives : les dirigeants d'ESPIC ne sont rémunérés ni en fonction du cours de l'action de leur structure (qui n'a pas d'actionnaires), ni en fonction de ses résultats, mais ils peuvent développer des politiques de reprise de structures et de fusions pour valoriser leur identité ou leur savoir-faire sur un territoire.

[586] En réalité, c'est le contexte juridique particulier du secteur hospitalier public qui explique que la notion même de croissance externe soit relativement étrangère à ses acteurs. En effet, pour les raisons que la mission a exposées *supra*, pour un hôpital public, tout projet de croissance externe, c'est-à-dire par lequel il se développerait en absorbant un autre EPS, ne peut en pratique s'opérer qu'en empruntant la voie complexe et aléatoire de la fusion, qui requiert comme on l'a vu l'accord de toutes les parties prenantes. La lourdeur et les incertitudes de cette procédure ne peuvent qu'inciter un directeur à la prudence avant d'engager son établissement dans une stratégie offensive de croissance externe.

[587] L'existence d'outils permettant de structurer des groupes d'hôpitaux publics pourrait peut-être aider à nourrir chez eux cette ambition, comme le montrent d'ailleurs les discours de la FHF sur ce sujet, mais aujourd'hui ces outils n'existent pas. Les fusions demeurent de ce fait des opérations exceptionnelles, en général plus subies que voulues, résultant de stratégies bien plus défensives qu'offensives de la part des directeurs qui les conduisent.

[588] Le corps médical, auquel les réformes récentes donnent une place de plus en plus importante dans la gouvernance hospitalière, n'a pas plus d'intérêt à pousser à la concentration des hôpitaux.

[589] L'univers professionnel d'un praticien hospitalier s'organise avant tout autour de sa pratique personnelle et de la place qu'il tient dans l'organisation médicale à l'hôpital autrefois structurée en services et aujourd'hui en pôles et en unités de soins. La taille de l'établissement où il exerce est évidemment un facteur important pour lui, car elle détermine la diversité des cas qu'il pourra traiter, la variété des compétences de la communauté médicale où il évoluera et la qualité du plateau technique auquel il aura accès ; mais l'organisation médicale de l'établissement et la place qu'il y occupe est également un élément important, notamment à sa capacité à accéder à des fonctions de responsable d'unité ou de pôle.

- [590] Dans ce contexte, la problématique des fusions est relativement étrangère à ses motivations. La perspective d'un rapprochement avec un autre établissement peut même gêner ses intérêts si elle se traduit *in fine* par une réduction de ses perspectives de carrière dans le nouvel ensemble fusionné. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, en pratique, l'organisation médicale des hôpitaux ne se caractérise pas par une course à la taille ; au contraire, on constate fréquemment une multiplication hier du nombre de services, aujourd'hui du nombre d'unités voire de pôles, afin de pouvoir contenter les plus grand nombre de praticiens. Dans ces conditions, on comprend que l'intérêt bien compris d'un praticien hospitalier ne s'aligne pas forcément avec celui du régulateur ou du management de l'hôpital en cas de fusion¹⁴⁶.
- [591] Ce constat est d'autant plus vrai lorsque les rationalisations consécutives à la fusion ont un impact négatif sur la situation personnelle et financière des personnels médicaux et para-médicaux, par exemple lorsqu'elles se traduisent par la fermeture d'un plateau technique ou par l'unification sur site unique des urgences H24, conduisant à les priver des rémunérations des gardes et astreintes, salaires de nuit, etc., qu'il percevait dans l'organisation antérieure. Cet aspect peut expliquer le manque d'adhésion des médecins (et plus généralement des personnels soignants) à certains projets de restructuration ou fusion.
- [592] Comme on le voit, les motivations qui pourraient pousser les directeurs d'hôpitaux comme les praticiens hospitaliers à défendre des stratégies offensives de fusions entre EPS ne sont pas très fortes. Elles le sont d'autant moins chez les directeurs d'hôpitaux que, en pratique, la conduite réussie d'une fusion n'est guère récompensée dans leur carrière.

2.2.2. Les opérations de fusion ne sont pas valorisées dans la carrière des directeurs d'hôpitaux

- [593] Alors que ces opérations sont délicates à conduire et souvent présentées comme emblématiques des restructurations hospitalières, la conduite d'une fusion n'est pas valorisée dans la carrière d'un directeur d'hôpital.
- [594] Les conditions dans lesquelles les directeurs d'établissements doivent mettre en œuvre une opération de fusion sont encadrées par l'article L6141-7-1 du code de la santé publique, qui précise (4^{ème} §) : « *Le directeur de l'établissement public de santé devant faire l'objet d'un changement de ressort prend toutes les décisions nécessaires à la mise en place de l'établissement qui en résultera. En cas de fusion de plusieurs établissements, les décisions nécessaires à la mise en place de l'établissement qui en résultera sont prises conjointement par les directeurs des établissements concernés, après que les conseils de surveillance de ces établissements se soient prononcés en application du 4° de l'article L. 6143-1.* »
- [595] En pratique, il ne s'agit pas d'une situation particulière d'exercice de la fonction de directeur, contrairement à l'intérim et à la direction commune, qui donnent chacun(e) lieu à un complément de rémunération spécifique versé par le CNG. La prime prévue en cas de direction commune est ainsi de 580 € mensuels, quel que soit le nombre d'établissements dirigés¹⁴⁷. Ce montant est identique pour l'intérim de la direction d'un autre établissement.
- [596] La seule exception est lorsque la fusion est précédée par une phase de direction commune, à ce titre reconnue et rémunérée comme telle, mais cette pratique n'est pas systématique.

¹⁴⁶ Ce constat n'est pas propre à la France : citant des études américaines sur la perception des restructurations hospitalières par les médecins, D. PIOVESAN souligne l'importance des « enjeux de pouvoir et de territoire » pour les médecins confrontés à une fusion (D. PIOVESAN, *Les restructurations des cliniques privées*, décembre 2003, p. 129) ;

¹⁴⁷ Cf. fiche de procédure CNG : « La direction commune », http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/procedure_direction_commune.pdf

- [597] Compte tenu de la difficulté intrinsèque aux processus de fusion, liée notamment à la nécessité d'obtenir l'assentiment de toutes les parties concernées (élus, communautés médicales, personnels), on peut d'ailleurs se demander s'il ne serait pas opportun de modifier l'article L6141-7-1 afin de prévoir que toute fusion soit systématiquement précédée par une phase de direction commune, destinée à préparer correctement l'intégration en amont.
- [598] Dans une optique plus volontariste, on pourrait même envisager que, sans modifier les pouvoirs de validation des CS sur la fusion elle-même, cette phase de direction commune puisse être imposée par le directeur général de l'ARS. Ce système serait une extension des dispositions actuelles du droit qui autorisent le DG de l'ARS ou le préfet selon le type de structure à imposer une direction commune à plusieurs établissements médico-sociaux (article L313-24-2 du code de l'action sociale et des familles).
- [599] Non reconnues de façon spécifique sur le plan indemnitaire¹⁴⁸, les fusions ne le sont pas non plus sur le plan de la gestion de carrière des directeurs d'hôpitaux. Ainsi, le fait d'avoir réussi une fusion ne garantit pas que cet élément sera pris en considération dans la suite de sa carrière. Surtout, les directeurs ayant conduit de telles opérations ne sont pas considérés comme un « vivier » de compétences spécifiques par la DGOS ou le CNG, alors que les qualités (diplomatie, sens stratégique, gestion de projet...) et les connaissances techniques (RH, juridique, finances et comptabilité...) qu'il faut mobiliser pour conduire une fusion sont assez largement dupliquables d'une situation à une autre. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, dans le secteur privé, il est de bonne pratique de confier la réalisation de fusions délicates à des professionnels ayant déjà eu l'expérience de ce type de chantier. Le repérage de ce type de compétences par la DGOS et le CNG serait très utile, afin de constituer un vivier pouvant être mobilisé en appui des projets de fusion en cours (voire pour conduire directement les projets les plus délicats).

2.2.3. Les situations de blocage liées aux managers sont difficiles à résoudre

- [600] Enfin, force est de constater que, dans l'organisation actuelle de la gestion des directeurs d'hôpitaux et à plus forte raison des praticiens hospitaliers, lorsqu'un des acteurs censés participer à la mise en œuvre d'une fusion – DH ou PH – décide de résister explicitement ou implicitement à ce mouvement, il est difficile de le circonvenir.

2.2.3.1. En ce qui concerne les directeurs

- [601] Plusieurs cas de blocage plus ou moins importants peuvent être envisagés :
- celui du DH qui ne souhaite s'inscrire dans aucun dispositif de collaboration locale : comme on l'a vu, le DG d'ARS dispose d'un pouvoir de contrainte sur cette question et peut obliger son établissement à souscrire à une convention de coopération ou à créer une structure de coopération ; mais, si la situation de l'établissement n'est pas déséquilibrée, il ne peut guère faire davantage, n'ayant ni le pouvoir d'imposer une fusion, ni même une direction commune ; les DH n'étant en outre pas assujettis à une obligation de mobilité périodique, ce directeur pourra demeurer en poste jusqu'à ce qu'il parte en retraite ou décide de muter de lui-même, ce qui ouvrira une nouvelle marge de latitude à l'ARS à travers le choix de son successeur, ou l'incitation de l'établissement à entrer dans une direction commune ;

¹⁴⁸ la façon dont le directeur a conduit une fusion peut être prise en compte dans la détermination du montant de sa part variable, mais celle-ci n'est pas pour autant abondée d'une enveloppe exceptionnelle directement liée à la fusion ;

- celui du DH qui ne s'inscrirait pas dans la logique collective prescrite par l'article L6141-7-1 du code de la santé publique qui encadre la procédure de fusion ; dans ce cas, son autorité de nomination (i.e. le directeur général du CNG dans la plupart des cas) pourrait mettre en œuvre les dispositions les dispositions de l'article L6143-7-2 du code de la santé publique, qui lui permettent de retirer à un DH son emploi dans l'intérêt du service ; mais l'expérience montre que cette faculté est rarement sollicitée par les ARS ;
- enfin, celui du directeur dont l'établissement est dans une situation financière gravement déséquilibrée, malgré un plan de redressement (a fortiori si le plan proposé par l'ARS a été refusé par le CS de l'hôpital) ; dans ce cas, le DG de l'ARS peut conformément à l'article L6143-3-1 du code de santé publique placer l'établissement sous administration provisoire et, dans ce cadre, placer le directeur (voir d'autres membres de la direction) en recherche d'affectation auprès du CNG.

[602] Les ressources juridiques existent donc pour déplacer un DH qui ferait obstacle à la mise en œuvre d'une fusion ou laisserait la situation de son établissement se dégrader. Mais il s'agit de mesures de dernière extrémité (dans le cas de l'administration provisoire), ou dont les régulateurs locaux hésitent à user (mutation dans l'intérêt du service). La mission recommande une utilisation plus active de ces outils – mais aussi de tous les autres outils de gestion des DH à la disposition des tutelles (ARS et CNG) : sélection des candidatures lors des recrutements, évaluations annuelles, politique de rémunérations variables, etc.

2.2.3.2. En ce qui concerne les praticiens hospitaliers

[603] La mission a déjà eu l'occasion de relever que, dans certains cas, l'intérêt bien compris de certains PH est de s'opposer (à tout le moins de résister) à des fusions qui pourraient leur faire perdre des avantages – rémunérations supplémentaires liées aux gardes, astreintes... – ou des perspectives de carrière. Il ne s'agit pas dans ce cas de praticiens dont la pratique serait insuffisante ou « à problèmes », ce qui pourrait justifier l'engagement à leur encontre d'une procédure disciplinaire ou sur la base de l'insuffisance professionnelle, mais simplement de professionnels qui ont à subir les conséquences qu'ils jugent négatives pour eux de restructurations par ailleurs souhaitables du point de vue de l'intérêt général.

[604] Il faut aussi évoquer les difficultés entre professionnels de santé qui, dans le cas d'une fusion entre EPS, rendent difficiles l'accouchement de schémas d'organisation médicale rationnels, tirant tous les partis de la capacité à mutualiser les moyens des deux structures : fusions de services et de pôles, unifications des plateaux techniques sur site unique, évolutions des pratiques professionnelles vers des techniques plus efficaces (chirurgie ambulatoire...). La pertinence et la valeur ajoutée d'une fusion se jugeant à la capacité qu'elle offre au nouvel ensemble de repenser ses processus, ses organisations et ses moyens sur les fonctions support ou périphériques (pharmacie, biologie...) mais aussi – mais surtout – sur son activité médicale, la capacité de la communauté médicale à s'accorder sur une nouvelle organisation pèse lourd dans la réussite ou l'échec d'une fusion.

[605] Dans ces conditions, la présence au sein de la communauté médicale de personnalités non coopératives constitue un problème en soi qui est susceptible d'affecter significativement la réussite du projet. Cette situation peut en effet aboutir à différer pour de longues années des ajustements nécessaires, et générateurs de gains pour l'établissement dans son entier, comme la mission a pu le constater dans le cas de la fusion entre le CH de Montmorency et le CH d'Eaubonne, où la réorganisation des services de soins a été ralentie par le manque de volonté d'un praticien d'un des deux sites qui avait décidé de ne pas s'inscrire dans le nouveau cadre né de la fusion.

[606] Or les règles de gestion nationale des PH sont bien plus contraignantes que le statut des directeurs d'hôpitaux et n'offrent pas d'outil du même type que la mutation dans l'intérêt du service (i.e. pour un motif non disciplinaire) pour traiter ce genre de difficulté. Plus encore que dans le cas des DH, les ajustements attendent pour se faire le départ du PH, en général en retraite.

- [607] Une approche plus volontariste des restructurations hospitalières devrait conduire à imaginer des dispositifs permettant de contraindre un PH non coopératif à ne pas bloquer un processus nécessaire, tout en lui proposant une solution de reclassement adaptée et tenant compte par ailleurs, s'il y a lieu, de la perte que cette opération de restructuration lui fait subir.
- [608] En définitive, c'est bien d'une politique globale d'accompagnement des restructurations, assortie d'outils et de moyens spécifiques, dont auraient besoin les EPS pour conduire jusqu'à leur terme (c'est-à-dire parfois bien des années après la date de la réunion juridique des établissements) ces opérations complexes et délicates que sont les fusions.

Annexe 6 : La restructuration de l'obstétrique : un processus en voie d'achèvement

ANNEXE 6 : LA RESTRUCTURATION DE L'OBSTETRIQUE : UN PROCESSUS EN VOIE D'ACHEVEMENT.....157

INTRODUCTION..... 159

1 LE CONTEXTE S'EST BIEN PRETE A LA RESTRUCTURATION DES MATERNITES159

1.1 LES BESOINS DE SANTE PUBLICS ETAIENT CLAIRS ET NON CONTESTABLES 159

1.2 LES CONTRAINTES PESANT SUR LES PRINCIPAUX ACTEURS ONT JOUE EN FAVEUR D'UNE REDUCTION DES SITES..... 160

1.2.1 La démographie des personnels est sous tension 160

1.2.2 Le poids de la responsabilité civile s'accroît sur les obstétriciens restants..... 161

1.2.3 La rentabilité des maternités est jugée trop faible par le secteur privé pour qu'il continue à s'y investir autant qu'autrefois 161

2 – LA POLITIQUE DE PERINATALITE A ETE CONSTANTE, SOUTENUE ET COORDONNEE..... 162

2.1 LES DIFFERENTS PLANS DE PERINATALITE ONT POURSUIVI LES MEMES OBJECTIFS SUR UNE PERIODE SUFFISANTE 162

2.2 LES SROS, L'ARRIVEE DES ARH, PUIS DES ARS ONT SU REMOBILISER LES PROTAGONISTES 163

3 AU BOUT DU COMPTE ON A CONSTATE UNE AMELIORATION DU SERVICE RENDU ET LE QUASI ACHEVEMENT DE LA RESTRUCTURATION DES MATERNITES..... 163

3.1 LES FERMETURES DE MATERNITES ONT ETE NOMBREUSES ET LA TAILLE DES MATERNITES A AUGMENTE..... 163

3.1.1 Dans le secteur public, la fermeture a touché des services d'hôpitaux de petites villes. 164

3.1.2 Dans le secteur privé, la fermeture a touché des établissements entiers, mais de petite taille et souvent dans des grandes villes..... 164

3.2 LA QUALITE DU SERVICE RENDU S'EST AMELIORE, AU PRIX D'UN ACCROISSEMENT DES DEPENSES 165

3.2.1 Les indicateurs de santé témoignent de la baisse de mortalité..... 165

3.2.2 Les coûts n'ont cessé de croître..... 165

4 EN REVANCHE CERTAINES QUESTIONS RESTENT MAL REGLEES ET MERITERAIENT DES CLARIFICATIONS 166

4.1 LES DEROGATIONS TERRITORIALES N'ONT PAS FAIT L'OBJET DE CRITERES DE DEFINITION CLAIRS..... 166

4.2 LE PYRAMIDAGE DES ACTIVITES N'A PAS CONDUIT A UNE REPARTITION COHERENTE DES PARTURIENTES 166

Introduction

- [609] La restructuration des maternités (par fusion ou fermeture ; les deux opérations étant liées) est le paradigme invoqué pour montrer l'impact et la cohérence des politiques de santé publique et démontrer le rôle des ARH, puis des ARS, dans le remodelage du paysage sanitaire.
- [610] Le présent texte montre que, si en effet, une politique claire, soutenue pendant de longues années, produit des effets positifs indéniables, le modèle n'est pas pour autant reproductible en l'état, car il a bénéficié d'un contexte favorable à cette évolution, c'est-à-dire en réalité de contraintes telles qu'aucune alternative n'était réellement possible.

1. LE CONTEXTE S'EST BIEN PRETE A LA RESTRUCTURATION DES MATERNITES

1.1. *Les besoins de santé publics étaient clairs et non contestables*

- [611] Comme le montre l'évaluation du plan périnatalité¹⁴⁹ « avec 821 000 naissances en France en 2009, la France se classe en deuxième position des pays de l'Union Européenne en termes de fécondité, avec 1,99 enfants par femme... Pour autant les indicateurs prénataux se situent à un niveau moyen, comparé aux performances des autres pays développés. La diminution de la mortalité périnatale est moins rapide que dans les autres pays européens. La France est également régulièrement citée pour ses mauvais résultats en matière de mortalité maternelle, même si les dernières données disponibles montrent une amélioration dans ce domaine. En 2003 avec 9 décès pour 100 000 naissances, elle occupait le 11ième rang européen. La France présente une situation mitigée en ce qui concerne la morbidité, avec une proportion de naissances prématurées (avant 6 SA de 6,3 %), inférieure à la moyenne européenne, et une proportion de nouveaux nés dont le poids est inférieur à 2500 g de 7,3 % parmi les plus élevées d'Europe ».
- [612] L'accroissement de la sécurité de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois de la vie fait consensus dans la population, qui est sensible aux conséquences néfastes des échecs obstétricaux.
- [613] Face à cet objectif, l'opposition des élus ou des populations aux fermetures de services n'apparaît crédible et ne peut être audible que si la proximité de la future maternité d'accueil est trop dégradée. Dans les autres cas, l'expérience¹⁵⁰ a montré que les futures parturientes « votaient avec leurs pieds », c'est-à-dire délaissaient avant l'annonce de la fermeture une clinique ou un service devenu désuet ; les protestations émanant de personnes qui n'étaient plus directement concernées par les fermetures.

¹⁴⁹ Ministère de la santé Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Rapport final mai 2010. Pp 32-33

¹⁵⁰ A Moutiers, Sainte Affrique, Saint Yrieix-le-perche (vérifier) par exemple

1.2. Les contraintes pesant sur les principaux acteurs ont joué en faveur d'une réduction des sites

1.2.1. La démographie des personnels est sous tension

- [614] L'obstétrique est une spécialité très astreignante, en ce sens qu'elle demande aux professionnels qui l'exercent une disponibilité de tous les instants, les accouchements survenant 24h/24 tout au long de l'année et les complications pouvant survenir rapidement. Or le nombre de gynécologues-obstétriciens n'a jamais été très élevé, si on le compare à d'autres spécialités tenues à de nombreuses gardes et astreintes (comme les anesthésistes par exemple deux fois plus nombreux). Ces spécialistes sont à l'heure actuelle au nombre de 5537, répartis principalement entre l'exercice libéral (3236), les salariés exclusifs de l'hôpital public (2031) et des ESPIC (166)¹⁵¹.
- [615] Leur importance relative a décliné au sein de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales. L'âge moyen reste élevé, surtout chez les hommes (47 % ont plus de 60 ans), en dépit d'une récente ouverture du numerus clausus.

Tableau 9 : Evolution des effectifs de gynécologues-obstétriciens

	1985	1990	1995	2000	2005	2011
Gynécologues obstétriciens	2240	3800	4400	4800	4900	5537

Source : DREES 2011. Chiffres arrondis pour les années antérieures

- [616] Les contraintes de gardes et d'astreintes reposent donc sur un nombre faible de personnes. Si autrefois, les professionnels acceptaient d'exercer à un ou deux dans un même établissement – en étant il est vrai moins souvent appelés- les jeunes médecins réclament aujourd'hui une meilleure qualité de vie.
- [617] Pour remédier à cette carence démographique, la spécialité de gynécologie obstétrique a été « filiarisée » au concours de l'internat en 1999, c'est-à-dire qu'alors qu'elle était recrutée jusqu'à cette date avec la filière de chirurgie, elle a fait l'objet d'un recrutement séparé. Cette filiarisation a eu deux conséquences : une augmentation importante du nombre d'internes (qui était voulue¹⁵²) et une « dévalorisation de la qualité de la formation, liée entre autres à une insuffisance des terrains de stage formateurs et de postes de post-internat », selon les auteurs d'une étude¹⁵³.
- [618] De son côté, la démographie des sages-femmes (profession médicale qui joue un rôle clef dans la réalisation de l'accouchement et le suivi des femmes enceintes) a connu depuis 1990 une augmentation régulière de 3 % par an en moyenne¹⁵⁴. Le nombre de sages-femmes était compris entre 16 et 17 000 en 2004 et leur nombre devrait atteindre 19 000 en 2020. Contrairement aux médecins, elles ont un exercice essentiellement salarié. Ces effectifs devraient permettre de couvrir les normes des décrets périnatalité de 1998 (cf. infra).

¹⁵¹ Source « Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2011 » Conseil national de l'ordre des Médecins.

¹⁵² La même étude comptabilisait 710 internes en gynécologie-obstétrique en 2003

¹⁵³ « Démographie de la gynécologie obstétrique en France en 2003. Les internes en formation » JI de Gynéco-obstétrique vol 34 juin 2005 pp 321-327 L.CHANAVAZ-LACHERAY, J.NIZARD.

¹⁵⁴ Source IRDES « Questions d'économie de la santé. La profession de sage-femme ; bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins » décembre n° 101 2005

[619] Cependant, dans la mesure où le taux de césarienne augmente tendanciellement et dans la mesure où les sages-femmes n'ont pas le droit de pratiquer les césariennes, on peut voir poindre de nouvelles difficultés. En effet l'élévation progressive du taux de césarienne est une tendance constatée dans plusieurs pays : il est passé de 16 à 21, 5 % au Royaume Uni entre 1995 et 2000¹⁵⁵ ; il atteint 32 % aux Etats-Unis en 2010. En France, les taux de césariennes sont souvent corrélés à des patientes ayant des revenus élevés, et aux demandes explicites des parturientes. Par exemple, on relève un taux de césarienne de 37 % à la clinique de la Muette à Paris 16^{ème} ou de 43 % à l'hôpital américain de Neuilly¹⁵⁶. L'HAS a placé dans son programme¹⁵⁷ l'évaluation de la pertinence de la césarienne programmée.

1.2.2. Le poids de la responsabilité civile s'accroît sur les obstétriciens restants

[620] Les gynécologues-obstétriciens sont les praticiens qui paient les cotisations d'assurances les plus élevées (20 à 30 000 euros/an). Selon la Fédération française des sociétés d'assurance, la fréquence des sinistres n'a pas évolué de façon significative (le nombre de plaintes n'est pas en hausse), mais une erreur commise dans la discipline peut se traduire par la naissance d'un enfant handicapé. Dans ces circonstances, le montant des indemnités versées atteint, et parfois dépasse, 6 M d'€. « On constate en moyenne chaque année, pour l'ensemble des gynécologues-obstétriciens exerçant en tant que praticiens libéraux, 2 à 3 sinistres de plus de 3M€ et 5 à 6 de plus de 1 M€ ». La diminution du nombre d'obstétriciens libéraux augmente le poids du risque sur l'ensemble de la profession. Aussi lors de l'été 2006, une négociation avec les chirurgiens et obstétriciens a-t-elle conduit à l'adoption du décret du 7 décembre 2006 qui a permis la prise en charge d'une part de leurs primes par l'assurance maladie¹⁵⁸. En novembre 2011, lors du vote du PLFSS 2012, les parlementaires avaient proposé le principe de création d'un fonds couvrant les accidents médicaux de plus de 8 M€. Mais cette proposition a été rejetée au titre de l'article 40 de la Constitution

[621] Ce phénomène impose aux obstétriciens et aux établissements qui les accueillent une particulière vigilance en matière de respect des normes et des bonnes pratiques, et contribue à rendre cette discipline difficile à exercer en dehors des grandes structures à exercice collectif.

1.2.3. La rentabilité des maternités est jugée trop faible par le secteur privé pour qu'il continue à s'y investir autant qu'autrefois

[622] L'exigence d'effectifs plus étoffés de sages-femmes ou d'anesthésistes, les gardes et astreintes, les nouvelles normes d'équipement et de matériels, la demande des femmes enceintes de chambres seules confortables se sont ajoutés aux tarifs des assurances pour renchérir fortement les coûts des services d'obstétrique. Les petites maternités n'ont plus trouvé la rentabilité nécessaire à leur fonctionnement. En effet, selon les interlocuteurs de la FHP ou la FEHAP entendus par la mission, c'est à partir de 1200 à 1400 accouchements que l'activité de maternité peut devenir rentable.

¹⁵⁵ En 2010, il atteint 36 % au Vietnam et 34 % en Thaïlande, contre seulement 18 % en Inde. Son taux est tel en Chine pour les patientes des villes (il est passé selon un bulletin de l'OMS de mai 2011 de 53,5 % pour les naissances en maternité au cours de la période 1993-1994 à 82,2 % pour la période 2001-2002) que l'OMS a lancé une enquête pour en analyser les causes : enfant unique, demande maternelle, motivations financières des cliniques et des médecins, rapport taille bébé/mère...

¹⁵⁶ SAE 2009

¹⁵⁷ « Quatre interventions chirurgicales à la loupe en 2011 » in la lettre d'information de la HAS n°27 mai-juin 2011.

¹⁵⁸ Rapport IGAS RM 2007-027P de février 2007 « L'assurance en responsabilité civile médicale » .P.L. BRAS, C. d'AUTUME, B. ROUSSILLE et V. SAINTOYANT.

[623] Cette situation a poussé le secteur privé commercial, qui possédait essentiellement des cliniques de petite taille (maternités de type 1), à désinvestir progressivement le domaine de l'obstétrique, malgré l'image attrayante que celui-ci présentait à la clientèle, pour investir ses moyens dans le domaine de la chirurgie. Dès les décrets Dienech, et massivement dans les années 90, c'est donc ce qui s'est passé. La restructuration du secteur public n'a donc pas rencontré de concurrence.

2. LA POLITIQUE DE PERINATALITE A ETE CONSTANTE, SOUTENUE ET COORDONNEE

2.1. *Les différents plans de périnatalité ont poursuivi les mêmes objectifs sur une période suffisante*

[624] La politique de périnatalité s'est affirmée dès les années 70 au travers du plan 1970-1975 (décrets Dienech) et des mesures qui l'ont suivi, puis au travers de deux plans 1995-2000 et 2005-2007. Cette politique a été d'emblée globale : elle ne s'est pas limitée aux infrastructures et au recrutement de personnels qualifiés, mais s'est préoccupé à la fois du développement de la prévention primaire et des dépistages, de la prise en charge de la grossesse, de la sécurité de l'accouchement et de la naissance. Elle a été facilitée par différentes évolutions, comme une demande forte de qualité et de confort (par exemple diminution des extractions instrumentales et développement des péridurales), mais aussi par l'amélioration des modes de communications et de transports.

[625] Elle a été rythmée par la parution de plusieurs textes fondamentaux (notamment loi du 6 août 2004, décrets du 9 octobre 1998 dont une partie est codifiée aux articles R 6123-39 et suivants, arrêté du 25 avril 2000). En particulier, l'article R 6123-50 a fixé : « l'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ... que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements.»

[626] Les décrets de 1998 ont organisé l'orientation des femmes enceintes en cas de risque décelé (article R 6123-51) et les coopérations nécessaires entre établissements. Ils ont défini trois niveaux de maternité (niveau 1, 2, 3) selon le degré croissant d'équipement et d'effectifs, afin d'accueillir des grossesses et des nouveaux nés de risque également croissant. Les plans ont donné lieu à des financements spécifiques : 274 M € pour le dernier notamment, principalement utilisé pour permettre la mise aux normes des maternités (239 M€) et l'amélioration de la sécurité. Le dernier plan a fait l'objet d'une évaluation¹⁵⁹, qui s'est appuyée sur 12 études diverses et porte sur le niveau national et le niveau local.

[627] Dernièrement (décembre 2011) la CNAMTS vient de proposer un projet d'aide au retour à domicile (PRADO) aux jeunes mères (sous forme de rémunération de 2 visites de sages-femmes libérales permettant d'encadrer les sorties de maternité 48 h après un accouchement normal pour éviter les HAD qu'elle juge inutiles.

¹⁵⁹ « Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 » inspiré par DGS et effectué sous la présidence d'E.MENGUAL. Rapport final mai 2010 Planète publique

2.2. *Les SROS, l'arrivée des ARH, puis des ARS ont su remobiliser les protagonistes*

[628] L'objectif des différents SROS, et notamment du dernier, était de poursuivre et améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse et du nouveau-né, de limiter la séparation de la mère et de l'enfant et d'orienter chaque parturiente vers l'établissement le plus adapté à la prise en charge de l'accouchement, en fonction des difficultés prévisibles. Si les premiers objectifs semblent avoir été atteints (meilleure prise en charge pré et post-natale, développement du dépistage et du suivi à long terme des nouveaux nés, mise en œuvre d'un réseau régional de périnatalité...), le dernier ne l'est pas (cf. chapitre 4)

[629] Il n'en est pas moins vrai que l'arrivée des ARH a eu un effet temporaire net sur la fermeture des maternités, qu'elle a « dopée ». Néanmoins, lorsqu'on observe la courbe du nombre des maternités, on constate que depuis les années 70, elle décrit grosso modo une droite, ou plutôt des ondulations autour d'une droite. Il semble donc que les contraintes nationales, exercées à titre constant, aient eu plus d'effet que les incitations régionales. Pour autant l'accompagnement du niveau régional joue un rôle facilitant qu'il ne faut pas négliger.

3. **AU BOUT DU COMPTE ON A CONSTATE UNE AMELIORATION DU SERVICE RENDU ET LE QUASI ACHEVEMENT DE LA RESTRUCTURATION DES MATERNITES**

3.1. *Les fermetures de maternités ont été nombreuses et la taille des maternités a augmenté*

[630] Le nombre de maternités est passé de 1369 en 1975 à 1010 en 1985, 814 en 1996, 779 en 1997, 576 en 2007, 554 en 2008, soit une baisse pratiquement linéaire pendant 30 ans, alors même que le nombre de naissances ré augmentait¹⁶⁰. Parallèlement le nombre de lits de maternités a été divisé par deux. Le taux d'utilisation des lits de maternité a donc fortement augmenté, passant de 22 accouchements /lit/an en 1975 à 46/lits/an fin 2008.¹⁶¹ Les disparités régionales se sont atténuées, si l'on compare les capacités offertes avec les accouchements réalisés : toutes les régions disposent de 21 à 26 lits pour 1000 accouchements, à l'exception de la Corse qui dispose de 35 lits pour 1000.

[631] Selon l'étude confiée par DEXIA à « la Nouvelle fabrique des territoires »¹⁶², près de 180 opérations de recomposition ont eu lieu en obstétrique entre 1995 et 2005. Elles se sont soldées par 126 fermetures de services de maternité et par une quarantaine de regroupements.

Tableau 10 : Part des trois secteurs hospitaliers dans le mouvement de fermeture et de coopération

Opération	Secteur privé commercial	Secteur PSPH	Secteur public	Total
Fermeture	57 %	7 %	35 %	126
Coopération entre établissements de tous statuts	31 %	15 %	55 %	40

Source : NFT d'après SAE et FINESS * ces opérations ne concernent pas seulement l'obstétrique

¹⁶⁰ Il avait atteint un pic de 800 000 naissances en 1980, puis avait diminué vers 700 000 dans les années qui ont suivi (738 000 en 1998, 775 000 en 2000, 775 000 en 2005). Il a atteint un nouveau pic en 2010 avec 830 000 naissances (source INSEE).

¹⁶¹ « Les établissements de santé. » collection études et statistiques DREES. Chiffres issus du SAE. Citation du « panorama des établissements de santé 2010 » p 96

¹⁶² « Dix ans de recompositions hospitalières en France » janvier 2009. S.HAAS, E.VIGNERON

[632] La DREES constate pour sa part que la taille des maternités augmente avec le niveau de spécialisation : en 2008 une maternité de niveau 1 effectue en moyenne 877 accouchements, une maternité de niveau 2 en moyenne 1721 et une maternité de niveau 3 de l'ordre de 2758. La Cour des comptes¹⁶³ en infère qu' « *au détriment d'une véritable structuration, l'attribution par les ARH des niveaux aux établissements semble avoir été faite plus en fonction de leur activité (une maternité effectuant plus de 1000 accouchements avait une probabilité forte d'être classée en niveau 2) que de l'organisation des réseaux, dans lesquels il doit y avoir une graduation des prises en charge* ».

3.1.1. Dans le secteur public, la fermeture a touché des services d'hôpitaux de petites villes

[633] Entre 1997 et 2005, une étude menée par la conférence des présidents de CME¹⁶⁴ a montré que 41 maternités publiques avaient été fermées. Le nombre moyen d'accouchements dans l'année précédant la fermeture se situait autour de 300 en moyenne (éventail entre 134 et 504).

[634] Il s'agissait de services d'obstétrique d'hôpitaux de petite ville¹⁶⁵ (ou exceptionnellement de banlieue comme Courbevoie) et non d'établissements ou de sites entiers. Au contraire, 30 % de ces établissements ont réussi à maintenir, voire à augmenter, leur activité globale dans les trois années suivant la fermeture de leur service. « *Dans 83 % des cas (34 maternités) la fermeture s'est accompagnée de la création d'un centre périnatal de proximité¹⁶⁶, qui a permis une forte croissance des activités de consultation par rapport à celles que proposait la maternité avant sa fermeture* ».

3.1.2. Dans le secteur privé, la fermeture a touché des établissements entiers, mais de petite taille et souvent dans des grandes villes

[635] L'étude DEXIA qualifie de « offensives, stratégiques et partenariales », les recompositions dans le secteur privé. « Un tiers des établissements privés ont disparu ». Le secteur privé a vu le nombre de ses établissements diminuer, mais leur taille augmenter. S'agissant de ceux qui sont restés sur le créneau de l'obstétrique, « les établissements privés qui ont converti l'obstétrique sont plutôt de gros établissements de chirurgie, qui ont fait le choix de renforcer leur position par une spécialisation de leurs activités et de maintenir ainsi leurs capacités, là où les autres établissements privés les réduisaient ».

[636] D'une façon générale, l'hospitalisation privée commerciale a désinvesti l'obstétrique pour se déployer massivement sur la chirurgie. Désormais entre 60 et 90 % des accouchements selon les régions se font dans le secteur public¹⁶⁷. Au total, on a assisté à une diminution du nombre d'établissements ou de services pratiquant les accouchements, la taille des maternités a augmenté et l'offre s'est déplacée vers le secteur public

¹⁶³ Rapport sur les restructurations hospitalières.

¹⁶⁴ « Fermetures de chirurgies et maternités publiques » E.BICHER, F.FELLINGER in Gestions hospitalières Novembre 2008, p 611-616.

¹⁶⁵ Exemples : Guebwiller, la Réole, Valognes, Loudéac, Luxeuil, Mazamet, Bourgneuf, Luçon, Moutiers, Barbezieux...

¹⁶⁶ Ces structures n'ont pas fait l'objet d'évaluations particulières.

¹⁶⁷ Chapitre « Les restructurations hospitalières » Rapport de la Cour des Comptes p 280 compléter

3.2. La qualité du service rendu s'est améliorée, au prix d'un accroissement des dépenses

3.2.1. Les indicateurs de santé témoignent de la baisse de mortalité

[637] La mortalité néo-natale et la qualité des dépistages se sont améliorés, sans qu'on puisse ni affirmer ni infirmer qu'il s'agit là de l'effet direct de la politique poursuivie.

Tableau 11 : Evolution des taux de mortalité néo natale pour 1000 enfants nés vivants

	1970	1980	1990	2000	2007	2009
Tx de mortalité néonatale précoce (avant 7 j)	10,2	4,4	2,5	2,0	1,6	1,7
Tx de mortalité néo natale (avant 28 j)	12,6	5,8	3,6	2,8	2,4	2,4

Source : INSEE 2011

[638] Quant au taux de mortalité maternelle, il se situe en 2010 entre 9 et 13 décès pour 100 000 grossesses, notamment par hémorragies du post partum, qui sont deux fois plus fréquentes en France qu'au Royaume Uni¹⁶⁸. Le bilan déjà évoqué ne constate pas d'amélioration drastique en la matière, en dépit d'une action ciblée sur les morts évitables.

[639] La multiplication des réseaux entre établissements, l'amélioration et la densification des soins pré et post-natals, de même que l'augmentation des transferts intra-utérins (TIU) en cas de menace d'accouchement prématuré, ont contribué à améliorer la prise en charge de la naissance et à diminuer le nombre des complications.

[640] Toutefois, l'amélioration de la détection et de la réponse aux problèmes de précarité reste une des faiblesses du dispositif. Ainsi, s'il est indéniable que la sécurité et la qualité de la prise en charge périnatale se sont améliorées durant ces 40 dernières années, on ne constate pas en France une évolution plus rapide que chez nos différents voisins.

3.2.2. Les coûts n'ont cessé de croître

[641] Selon l'étude confiée par DEXIA à « la Nouvelle fabrique des territoires »¹⁶⁹, les opérations de conversion de l'obstétrique ont généré en 5 ans 11 % d'emplois non médicaux en plus dans les services de soins et 18 % d'emplois non médicaux hors services de soins. Seules les fermetures ou le regroupement total sur un site entraîne une diminution des effectifs.

[642] L'étude menée par la conférence des présidents de CME¹⁷⁰ entre 1997 et 2005 observe quant à elle, qu'après une diminution passagère, les effectifs médicaux, soignants et non médicaux remontent (entre 2 et 4 % de plus que la situation antérieure en moyenne) quatre ans après la fermeture. La même étude montre que « *les fermetures génèrent très peu d'économies pour la collectivité ... Néanmoins ... une attention particulière doit être portée aux CH qui ferment simultanément la chirurgie et la maternité (donc le plateau technique) pour les quels 6/7 dégagent des excédents budgétaires à N+3 qui peuvent être supérieurs à 5% du budget global* ». Les auteurs concluent « *plus que la fermeture des activités, c'est celle du plateau technique qui est génératrice d'économies* ».

¹⁶⁸ Déclaration du syndicat national des gynécologues obstétriciens en date du 31 octobre 2010

¹⁶⁹ « Dix ans de recompositions hospitalières en France » janvier 2009. S.HAAS, E.VIGNERON

¹⁷⁰ « Fermetures de chirurgies et maternités publiques » E.BICHIER, F.FELLINGER in Gestions hospitalières Novembre 2008, p 611-616.

4. EN REVANCHE CERTAINES QUESTIONS RESTENT MAL REGLEES ET MERITERAIENT DES CLARIFICATIONS

4.1. *Les dérogations territoriales n'ont pas fait l'objet de critères de définition clairs*

[643] Si l'article R 6123-50 permet à titre exceptionnel le maintien d'une maternité « *lorsque l'éloignement ... impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population* », il n'a pas pour autant fixé les critères dérogatoires que devaient suivre ARH puis ARS. Certaines l'ont fixé de leur propre chef à 45 mn.

[644] En 1999 il restait 99 maternités réalisant moins de 300 accouchements par an. Ce nombre était tombé à 24 en 2007 et atteint 13 en 2011, les deux tiers se trouvent dans le secteur public.

[645] Si l'on peut évidemment considérer que le temps de trajet est excessif, lorsqu'un nombre non nul de parturientes arrive en accouchant en cours de trajet ou sur le point d'accoucher, on voit bien qu'il faudrait affiner l'indicateur, d'autant que quand on étudie le « rapatriement » d'une maternité sur une autre (par fusion ou fermeture) il faut non seulement se préoccuper du temps de trajet entre les deux structures, mais aussi du temps que mettrait la population à rejoindre l'ancienne maternité, dans le quadrant éloigné de la nouvelle.

[646] A cet égard, il est clair que la fermeture des maternités existant encore à l'heure actuelle en montagne (Exemple Die : 131 accouchements en 2009, Bourg saint Maurice : 231 en 2009 ou CHI Sud Ardennes 263), dans des îles (Saint Pierre et Miquelon, Marie Galante) ou des régions d'habitat rare et dispersé, du moins à certaines périodes (L'Aigle 560 accouchements, Apt 294) entraînerait une dégradation de la durée des trajets (largement supérieurs à 45 mn en moyenne) qui rend la fermeture difficilement compatible avec une notion de service public.

[647] Pour autant ces maternités vivent dans une perpétuelle incertitude qui ne facilite pas une maintenance correcte et un maintien, voire une amélioration de la qualité du service. Il faudrait assumer une fois pour toute, ou en tous cas pour une durée raisonnablement longue, le fait que si l'on veut maintenir le principe d'un accès aux soins suffisant pour tous les citoyens, il faut accepter de payer plus pour le fonctionnement de ces structures (dotation spécifique) et diminuer les exigences en matière d'effectifs (faute de quoi, on n'arrivera pas à les faire fonctionner). Des études et une modélisation devaient être menées, pour fixer les seuils acceptables.

4.2. *Le pyramidage n'a pas conduit à une répartition cohérente des parturientes et des contrôles*

On aurait pu penser que plus de 80 % des accouchements se déroulant sans aucune complication, la majorité d'entre eux aurait pu s'effectuer dans des maternités de type 1. Or ces dernières disposent de moins de lits que les maternités de type 2 et cette tendance s'accroît : ce sont avant tout les maternités de type 1 qui disparaissent.

Tableau 12 : Répartition des maternités en 2007 et 2008¹⁷¹

	Niveau 1 2007 /2008	Niveau 2	Niveau 3	Total
Nombre de maternités	300/283	207/208	65/63	572/554
Nombre de lits	6566	7425	3695	17 686
Nombre d'accouchements	256 644/248 321	349 744/358 068	169 614/173770	775 902/780 159

Source : SAE 2007 et 2008

- [648] On aurait pu également penser que les maternités de type 2, mais surtout de type 3 étaient avant tout des maternités de recours. Il n'en est rien, seules 8 régions ne comptent qu'une seule maternité de niveau 3 sur le territoire et la part des accouchements qu'elles réalisent augmente régulièrement. Seuls 33 % des accouchements se sont ainsi déroulés en 2007 dans des maternités de type 1 et cette proportion a encore diminué en 2011. Or les maternités de type 2 et 3 sont publiques ou PSPH, alors que 40 % des maternités de type 1 sont privées à but commercial
- [649] C'est bien évidemment les femmes qui choisissent la maternité où elles accouchent. Selon les enquêtes réalisées lors de l'évaluation du plan périnatalité en 2010, elles ne sont qu'entre 6 à 13 % à ne pas obtenir la maternité de leur choix (pour une question de date et de place). Mais il est clair que l'information donnée aux femmes enceintes pousse un nombre croissant d'entre elles à choisir un établissement pourvu de l'ensemble des équipements de réanimation, même s'il y a peu de risques qu'elles en aient besoin. Il est également probable que les messages négatifs implicites délivrés par les autorités à l'occasion d'une fermeture jouent un rôle dans ce mouvement, qui renchérit finalement l'accouchement normal, même si, depuis la T2A, les établissements sont censés recevoir la même rémunération¹⁷². Or selon les enquêtes effectuées pour l'évaluation du plan périnatalité, le choix de l'hôpital public est avant tout guidé par des motivations de qualité technique et celui du privé par des motivations de qualité d'accueil. Dans la mesure où la place du secteur privé recule, il est probable que ce phénomène ne fera que se renforcer.
- [650] La Cour des Comptes remarquait ainsi dans un récent rapport que les « établissements de niveau 3 qui doivent prendre en charge les cas les plus lourds... réalisent plus de 70 % des naissances sans complications ». Ce pourcentage atteint 83 % par exemple au CHU de Nice (maternité de niveau 3). Elle remarque également que « les maternités de Nice et de Lens réalisent un nombre similaire d'accouchements¹⁷³, mais la première dispose de presque deux fois plus de sages-femmes en salle de travail. » La maternité de Lens est également une maternité de niveau 3. Il est clair que ce processus renchérit le coût de l'accouchement, sans réel intérêt sanitaire.
- [651] De ce point de vue, les données de l'ATIH montrent que la charge annuelle en accouchements va de 0 à 160 pour un obstétricien ou une sage-femme (les deux types de personnel ne sont pas distingués). Ce n'est pas forcément, tant s'en faut dans les plus gros établissements que la charge individuelle est la plus grande. Dès lors le principe selon lequel « plus on fait un acte, plus on sait le faire, et meilleur on est » n'est pas forcément en faveur des CHU (qui emploie beaucoup de personnels jeunes en fin de formation initiale) ...Mais les contrôles des ARS se concentrent sur les maternités de type 1 avant tout, et c'est sur elles que portent les efforts. Peut être faudrait-il inclure l'hélicoptère dans l'équipement normal des services de recours, mais diminuer à terme le libre accès de ces derniers.

¹⁷¹ Sur un total de 572 maternités en 2007, il y avait 364 maternités publiques, 42 PSPH et 166 privées commerciales

¹⁷² Cf. annexe 5. En réalité, les gros établissements, souvent en difficulté, finissent par recevoir l'équivalent d'une subvention de soutien...

¹⁷³ En 2006 : 2450 accouchements pour Nice et 2893 accouchements pour Lens avec 60,8 etp sages-femmes à Nice et 29 à Lens.

Conclusion

- [652] Pour comprendre l'évolution du système français, il n'est pas inintéressant de faire un détour par les Pays Bas¹⁷⁴, dans la mesure où l'expérience hollandaise obtient des résultats peu éloignés (meilleurs sur certains aspects, moins bons sur d'autres) qui permettent de comprendre que les principes sur lesquels est bâti le système français ne sont pas forcément de nature mathématique et absolue. En effet, aux Pays Bas on considère que le suivi de la grossesse normale (confié aux sages-femmes et aboutissant à des accouchements moins technicisés) se différencie clairement du suivi de la grossesse pathologique (confié aux obstétriciens et aboutissant à des accouchements hospitaliers techniques) et peut faire l'objet de circuits séparés. A l'inverse en France, on considère que les risques pathologiques surviennent à tout instant et que, si les sages-femmes peuvent suivre les femmes enceintes au long de grossesses normales, les obstétriciens doivent néanmoins être toujours présents au sein d'établissements à plateau technique en constante croissance.
- [653] Mais la logique implicite du système français conduit, si l'on n'y prend pas garde, à pousser toutes les femmes à accoucher dans des maternités de plus en plus techniques et à faire disparaître les maternités de type 1, d'autant que les experts obstétriciens qui inspirent les politiques (PU-PH de CHU) réclament une activité de premier recours pour des raisons d'enseignement et de diversité. Il est clair qu'une telle tendance n'est pas en faveur d'une réduction des coûts ...Des décisions devraient être prises pour établir une ligne de conduite à l'attention de chacun.

¹⁷⁴ « Accoucher à domicile ? Comparaison France/pays bas » M.ALKIRCH CNRS UMR7 185 in La santé de l'homme n° 391 INPES

Annexe 7 : la difficile restructuration de la chirurgie

ANNEXE 7 : LA DIFFICILE RESTRUCTURATION DE LA CHIRURGIE	169
INTRODUCTION.....	171
1 LE CONTEXTE EST MOINS FAVORABLE QU'EN OBSTETRIQUE, CAR LES CONTRAINTES AGISSENT DE FAÇON CONTRADICTOIRE OU AMBIGÛE.....	171
1.1 LE POIDS DE LA PERMANENCE DES SOINS PEUT POUSSER AUX REGROUPEMENTS, MAIS LA SPECIALISATION EMETTE LES EQUIPES PROFESSIONNELLES.....	171
1.1.1 <i>La permanence des soins repose sur un petit nombre de personnels du secteur public ..</i>	<i>171</i>
1.1.2 <i>Mais la spécialisation toujours plus poussée contribue à émettre les équipes</i>	<i>172</i>
1.2 L'UTILISATION DES BLOCS EST LOIN D'ETRE TOUJOURS OPTIMALE, MAIS IL Y A PEU D'INADEQUATIONS DANS LES HOSPITALISATIONS	173
1.2.1 <i>L'étude de l'organisation des blocs révèle des marges de progression.....</i>	<i>173</i>
1.2.2 <i>Mais l'occupation des lits hospitaliers n'est pas si mauvaise.....</i>	<i>173</i>
1.3 LA CONCURRENCE ENTRE SECTEUR PRIVE ET SECTEUR PUBLIC PEUT CONTRIBUER AU SUREQUIPEMENT, OU INCITER AU CONTRAIRE AUX FUSIONS INTRA SECTORIELLES.....	174
1.3.1 <i>La concurrence entre les deux secteurs a joué un rôle dans les surcapacités passées. ...</i>	<i>174</i>
1.4.2 <i>Mais la concurrence est aussi un facteur puissant de réorganisation</i>	<i>175</i>
2 – LA STRATEGIE DES POUVOIRS PUBLICS VIS-A-VIS DE LA CHIRURGIE N'EST NI CLAIRE NI SOUTENUE	175
2.1 LES ARGUMENTS MIS EN AVANT NE SONT PAS FORCEMENT LES BONS.....	175
2.1.1 <i>Plusieurs instances ont milité pour la fermeture des petits sites, arguant de la non-qualité de la chirurgie effectuée, ce qui n'est pas forcément démontré</i>	<i>175</i>
2.1.2 <i>Il est cependant légitime de fermer des sites qui ne fonctionnent pas suffisamment, si cela ne dégrade pas l'accès aux soins.....</i>	<i>177</i>
2.2 LA GESTION DE LA DEMOGRAPHIE CHIRURGICALE SE REVELE D'UN MANIEMENT DELICAT	178
2.2.1 <i>Les effectifs globaux de chirurgie sont en hausse</i>	<i>178</i>
2.2.2 <i>En revanche leur répartition n'est pas adéquate</i>	<i>178</i>
2.3 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EST PRESENTÉE COMME UNE ALTERNATIVE A TOUS LES DYSFONCTIONNEMENTS, CE QU'ELLE NE PEUT PAS ETRE, MALGRE SES AVANTAGES	179
3 – UN CERTAIN NOMBRE DE FUSIONS SE SONT NEANMOINS REALISEES, AVEC DES RESULTATS TRES VARIABLES.....	179
3.1 DANS LE SECTEUR PUBLIC, LE FREQUENT MAINTIEN DES PLATEAUX TECHNIQUES EMPECHE L'AMELIORATION DE L'EFFICIENCE	179
3.2 DANS LE SECTEUR PRIVE, LES EFFETS SONT GENERALEMENT PLUS DRASTIQUES	180

Introduction

[654] Le fonctionnement des services de chirurgie est au cœur du processus de restructuration des hôpitaux publics et des cliniques. Les gestionnaires des cliniques privées ont été les premiers à réorganiser leurs établissements, en les fermant et/ou en les fusionnant. Les hôpitaux publics tentent de reconquérir ce domaine d'action, qui leur paraît emblématique de leur mission.

1. LE CONTEXTE EST MOINS FAVORABLE QU'EN OBSTETRIQUE, CAR LES CONTRAINTES AGISSENT DE FAÇON CONTRADICTOIRE OU AMBIGUË

[655] Contrairement à l'obstétrique, qui traite d'une activité majoritairement homogène, la chirurgie est multiple, même si les activités chirurgicales ont en commun le recours à un bloc opératoire et à l'anesthésie. La discipline « chirurgie » comprend notamment la chirurgie générale, la chirurgie infantile, la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie plastique et reconstructrice, la chirurgie thoracique, l'urologie, la chirurgie vasculaire et la chirurgie viscérale. Quant aux spécialités chirurgicales, elles comprennent l'ophtalmologie, l'ORL et la stomatologie (en voie de disparition cf. infra).

1.1. *Le poids de la permanence des soins peut pousser aux regroupements, mais la spécialisation émiette les équipes professionnelles*

1.1.1. **La permanence des soins repose sur un petit nombre de personnels du secteur public**

[656] La chirurgie nécessite, comme l'obstétrique, que les professionnels qui l'exercent s'organisent pour assurer une permanence des soins la nuit, le weekend et les jours fériés.

Tableau 13 : Effectifs chirurgicaux en 2011 pour la France entière (métropole et DOM)

	Public	PSPH	Clinique Privée	Autre mode d'exercice	Total
Chirurgie générale	2042	182	1433	37	3694
Chirurgie orthopédique et traumatologique	846	65	1698	11	2620
Ophtalmologie	668	60	nd	Nd	5656
Stomatologie	138	4	26	1060	1228
ORL	657	66	nd	Nd	2919
Total des effectifs chirurgicaux (différent du total des colonnes)	7982	657	nd	Nd	25494

Source : DREES¹⁷⁵ effectifs des médecins par spécialité et secteur d'activité

¹⁷⁵ DREES Document de travail : « Les médecins au 1^{er} janvier 2011 » D.SICART N° 156 mai 2011, p 21. Les ophtalmologistes et ORL ayant souvent des exercices mixtes (cabinet et clinique) n'ont pas été classés

[657] Seule une partie des chirurgiens assure une garde ou une astreinte opérationnelle dans le cadre de la permanence des soins. C'est sur le secteur public (et de façon minoritaire sur certains ESPIC) que repose avant tout l'organisation de la permanence des soins, sous forme de gardes ou d'astreintes, alors que l'activité en clinique privée est plus souvent programmée. Si on rapporte le nombre de chirurgiens exerçant en secteur public (par exemple 846 chirurgiens orthopédistes de statut public) au nombre de sites publics de chirurgie (394 entités juridiques selon la DGOS en 2010), on constate la lourdeur de la charge, qui peut conduire les professionnels à se regrouper pour l'atténuer (une garde par semaine au plus, notamment après cinquante ans).

1.1.2. Mais la spécialisation toujours plus poussée contribue à émietter les équipes

[658] Même dans les petits hôpitaux publics, il n'existe plus de système polyvalent : une garde (ou une astreinte) de chirurgie viscérale et une garde (ou astreinte) d'orthopédie sont nécessaires pour assurer une permanence de soins en chirurgie. Dans les CHU, la garde chirurgicale s'étend à la chirurgie vasculaire, la neurochirurgie, la chirurgie infantile, la chirurgie cardiaque, éventuellement l'urologie, l'ophtalmologie etc.

[659] Mais si le nombre de spécialités cliniques reconnu est déjà fort élevé en France (plus de 46, ce qui nous distingue de nos voisins, qui en ont le plus souvent un moins grand nombre), il ne cesse encore d'augmenter. En outre à l'intérieur de chaque spécialité, les praticiens se sur-spécialisent, en chirurgie comme en médecine. Exemples : chirurgie du membre inférieur, chirurgie de la main, chirurgie ambulatoire digestive... Cette tendance a été souhaitée par les hospitalo-universitaires, qui sont à l'origine de la reconnaissance de nouvelles spécialités (d'abord à l'hôpital, puis plus tard en ville si le conseil national de l'ordre des médecins et l'administration les suivent), d'une part pour assurer une meilleure qualité et une plus grande visibilité à leur discipline, mais aussi pour garantir une recherche et un enseignement spécifiques, permettre des débouchés aux jeunes médecins qui s'y engagent en créant des postes hospitalo-universitaires.

[660] Mais cette course à la spécialisation, qui rend toute mutualisation délicate, pénalise de fait les tentatives d'amélioration des performances, en segmentant les équipes et en détruisant les passerelles. Comment faire tenir une garde de chirurgie généraliste à un praticien qui participe déjà à une garde spécialisée ? comment un sur-spécialiste pourrait-il être compétent dans une autre discipline ?

1.2. *L'utilisation des blocs est loin d'être toujours optimale, mais il y a peu d'inadéquations dans les hospitalisations*

1.2.1. **L'étude de l'organisation des blocs révèle des marges de progression**

[661] La MEAH a publié en 2008 une étude¹⁷⁶ réalisée dans 850 blocs opératoires de 352 établissements publics de santé, situés eux-mêmes dans 10 régions différentes. Les mesures ont porté sur 240 000 interventions chirurgicales. La MEAH a constaté que le temps de vacation offert (TVO) était inférieur à 27 heures par semaine dans un quart des blocs étudiés. Plus le nombre de salles du bloc opératoire était important, plus le taux d'ouverture augmentait. Toutefois, au regard du taux d'occupation (temps réel occupation des salles/TVO), celui-ci était inférieur à 58 % dans un quart des blocs. *« Le temps moyen d'occupation des salles de bloc est de 4 h par jour environ, tous statuts juridiques confondus. La taille du bloc opératoire a une influence sur sa performance, puisque, au-delà de 4 salles et en dessous de 15 salles, les taux d'occupation sont plus proches des recommandations de la MEAH »* (à savoir au moins 65 % et si possible 75 %). Trois causes expliquent un faible taux d'occupation : un démarrage tardif par rapport au programme, des temps d'intervention trop importants (c'est sur cet indicateur que l'expérience de l'opérateur joue le plus), des fins précoces par rapport à l'horaire prévu, notamment quand l'équipe de bloc ne tolère aucun débordement par rapport aux horaires... Inversement un taux de débordement a été constaté dans 23 % des journées opératoires étudiées. Les actes sont plus longs et plus variés dans les CHU. L'étude des temps d'occupation des salles pour certaines interventions fréquentes montre des variations de durée de plus d'une heure. Au total, il existe un fort suréquipement en blocs opératoires publics, si l'on s'en réfère aux temps d'utilisation.

1.2.2. **Mais l'occupation des lits hospitaliers n'est pas si mauvaise**

[662] Pour autant, il ne faudrait pas croire à une désorganisation généralisée de la filière chirurgicale : une étude menée par la SANESCO en 2011¹⁷⁷ pour mesurer les inadéquations hospitalières a étudié les dossiers de 3145 patients hospitalisés dans 166 services de médecine et de chirurgie répartis dans 73 établissements publics de 11 zones géographiques. Elle conclut : *« d'une manière générale, les taux d'inadéquation observés sont plus bas que ceux retrouvés dans la littérature, aussi bien en admissions qu'en journées. Les admissions non justifiées sont beaucoup plus fréquentes en médecine qu'en chirurgie (entre 1 et 7 % en médecine, contre moins de 1 % en chirurgie). Le taux de journées non justifiées est également plus élevé en médecine (entre 5,3 et 13,5 %) qu'en chirurgie. L'étude évalue à 17 % les lits de médecine occupés de façon inadéquate un jour donné, contre seulement 5 % en chirurgie.*

[663] Au total, c'est le nombre et l'organisation des plateaux techniques publics et des blocs opératoires qu'il faut revoir, plus que le nombre de lits, comme cela a été le cas à une autre époque. C'est de cette fonte des blocs et de leur meilleure utilisation que l'on tirera une meilleure efficience.

¹⁷⁶ « Benchmark des blocs opératoires dans dix régions pilotes. Synthèse nationale ». Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Les actes datent de 2007

¹⁷⁷ « Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières. SANESCO aout 2011

1.3. *La concurrence entre secteur privé et secteur public peut contribuer au suréquipement, ou inciter au contraire aux fusions intra sectorielles*

1.3.1. **La concurrence entre les deux secteurs a joué un rôle dans les surcapacités passées.**

[664] Secteurs public, parapublic et privé se sont développés longtemps de façon distincte. Le secteur privé est resté majoritaire en chirurgie. Avec 587 cliniques et hôpitaux privés comptabilisant 46 700 lits et places en chirurgie, le secteur privé commercial a assuré 56 % des séjours de chirurgie en 2010 (3,3 millions)¹⁷⁸. Il reste majoritaire en chirurgie ambulatoire. Il se répartit, selon les données du PMSI, entre 63 % de cliniques « spécialisées (1 à 4 domaines d'activité) et intermédiaires spécialisées (5 à 6 domaines d'activité) », 30 % de cliniques « polyvalentes et intermédiaires polyvalentes (7 à 9 domaines) et 6 % de cliniques de petite taille généralistes, effectuant moins de 500 séjours et ne comptant que pour 1 % de l'activité de chirurgie. Ce sont les 73 cliniques polyvalentes et les 107 cliniques intermédiaires polyvalentes qui comptent le plus de lits (54 % de la capacité du secteur) et effectuent 55 % des séjours en chirurgie du secteur. Le secteur privé lucratif assure en moyenne une activité plus homogène que le secteur public (qui assure un éventail étendu d'activité, qui va des petites urgences aux interventions les plus lourdes) pour une population globalement moins sévère, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 14 : Répartition des séjours selon les niveaux de sévérité dans le secteur privé commercial

Niveau de sévérité	1	2	3	4	E (décès)	Sans niveau	Total
Nombre de séjours (HC)	2 057 592	411 750	145 318	35 240	1906	639128	3290934
Part dans les séjours en HC	63 %	13%	4 %	1 %	0 %	19 %	100 %
DMS	3,3	7,7	12,1	20,1	0,8	1,1	

Source PMSI –FHP HC : hospitalisation complète

[665] C'est en effet le secteur public qui accueille les malades les plus atteints : 49,5 % des français meurent dans les hôpitaux publics (et surtout dans les services de réanimation et de médecine) pour 8,4 % qui meurent dans les cliniques privées. Le secteur public, qui assure 62 % des séjours globaux des malades, comptabilise également 78 % des décès qui surviennent en établissement de soins¹⁷⁹.

[666] Le secteur parapublic (ex-PSPH) compte 7000 lits et environ 1000 places de chirurgie et réalise environ 300 000 séjours (centres très spécialisés, CLCC, etc.).

[667] Le secteur public compte quant à lui 180 1001 entités juridiques (dont 31 CHU et 519 CH) et 40 378 lits et 2730 places, réalisant 1, 619 millions de séjours de plus d'un jour et 522 336 séjours de moins de un jour. La durée moyenne de séjour y est légèrement plus élevée. Le secteur public garde pratiquement l'exclusivité des polytraumatisés, des brûlures et des transplantations. Il est fortement majoritaire pour les fractures, les entorses et la neurochirurgie crânienne. Dans les autres cas –et notamment les chirurgies réglées et programmables- le secteur privé est majoritaire. Ces constatations sont cohérentes avec le fait que le secteur public assure la majeure partie des urgences.

¹⁷⁸ « Cliniques et hôpitaux privés. Rapport sectoriel. Edition 2011 FHP p 81

¹⁷⁹ Données INSERM et ATIH publiées dans le rapport IGAS n° RM 2009-124 P « la mort à l'hôpital ».

¹⁸⁰ Source DREES le panorama des établissements de santé 2010 SAE 2008.

- [668] Pendant plusieurs décennies (1960-1990), la présence des deux secteurs concurrents a poussé aux surcapacités, notamment dans certaines régions (exemple PACA, Languedoc Roussillon...), même s'il est difficile d'apporter la preuve du lien entre les deux phénomènes. En outre, la diminution des durées de séjour hospitalier a mécaniquement entraîné des surcapacités.
- [669] Les SROS ont eu notamment pour objectif d'endiguer cette tendance. Certains directeurs d'ARH ont favorisé la complémentarité entre cliniques privées et hôpitaux publics, dans le but de maintenir une activité chirurgicale viable dans des villes petites et moyennes, au besoin aux dépens des ressources publiques, comme la cour des comptes l'a récemment montré.

1.3.2. Mais la concurrence est aussi un facteur puissant de réorganisation

- [670] Plusieurs exemples montrent à quel point la concurrence, privé/privé ou privé/public peut avoir une influence favorable pour pousser des équipes du secteur public à se regrouper, dans le but de devenir plus efficace.
- [671] A Pontoise par exemple, le souhait de la clinique privée de créer un service de réanimation a eu pour résultat de fédérer les réanimateurs du secteur public, qui ont ébauché un début de fusion entre le centre hospitalier intercommunal des portes de l'Oise et le centre hospitalier de Pontoise, malgré les réticences des financiers.
- [672] En Savoie, c'est la décision de fermeture de la chirurgie générale dans une clinique d'Aix les bains, qui a permis de fusionner la maternité sur un seul site à Chambéry et de créer une unité de chirurgie ambulatoire. De même en Champagne c'est la décision des cliniques de travailler ensemble qui a conduit les hôpitaux à se regrouper (CHT Sud –Champagne).

2. LA STRATEGIE DES POUVOIRS PUBLICS VIS-A-VIS DE LA CHIRURGIE N'EST NI CLAIRE NI SOUTENUE

2.1. *Les arguments mis en avant ne sont pas forcément les bons.*

2.1.1. Plusieurs instances ont milité pour la fermeture des petits sites, arguant de la non-qualité de la chirurgie effectuée, ce qui n'est pas forcément démontré

- [673] Le rapport sur « l'état de la chirurgie en France » du Professeur GUIDICELLI et de Mme VERAN-PEYRET évoquait déjà en 1996 la problématique de fermeture des petits établissements.
- [674] En juin 2004, le Conseil national de la chirurgie présentait ses recommandations pour « redonner de l'attractivité à la chirurgie du secteur public », en conseillant la « reconversion des lits de chirurgie en lits de soins de suite et de lits pour les personnes âgées...Le seuil minimum d'activité d'un bloc opératoire est de 2000 interventions par an [...pour] un bassin de population de 50 000 habitants ».

- [675] Dans le même sens, son secrétaire, le Pr Guy Vallancien, chef de service d'urologie à l'institut mutualiste Montsouris, estimait en avril 2006¹⁸¹, que « la sécurité, la qualité et la continuité des soins n'existent pas, quand le nombre de chirurgiens passe au-dessous du quota lié aux réglementations de repos quotidien » et que, par conséquent il fallait fermer les blocs des petits hôpitaux « les 126 655 opérations réalisées dans les petits centres hospitaliers [pouvant] être facilement absorbées par les hôpitaux de référence ». Dans ce rapport, le Pr Vallancien ne se montrait pas partisan de la chirurgie ambulatoire, qui n'était selon lui, qu'« un pis-aller ». « On conçoit mal [déclarait-il] comment opérer un malade quand le bloc opératoire ferme la nuit et en fin de semaine »¹⁸².
- [676] Quant à l'Académie de chirurgie, elle allait dans le même sens en 2005 en liant la qualité au nombre total de séjours. La FHF avait également recommandé à cette époque qu'on fixe un seuil minimum de 2000 interventions chirurgicales annuelles, avec une équipe minimale de 6 etp de chirurgie.
- [677] Mais d'une part, on peut constater que le nombre de 2000 interventions chirurgicales résulte de l'agrégation d'activités disparates tant par le domaine que par l'expérience des chirurgiens qui les réalisent. D'autre part, il est injuste et vexatoire de considérer qu'au-dessous de cet agrégat, la chirurgie est forcément de mauvaise qualité. Le Professeur Vallancien constatait lui-même, pour un nombre d'interventions égal (60 colectomies par an environ), des taux de décès allant du simple au triple¹⁸³, selon les établissements

Exemple de la chirurgie de l'hôpital de L'Aigle (Orne)

Dans ce petit établissement, l'activité chirurgicale annuelle varie entre 1701 et 1755 séjours hospitaliers avec interventions ces dernières années... Le total de 1700 séjours correspond à environ 600 interventions de chirurgie générale auxquelles s'ajoutent 800 interventions orthopédiques, essentiellement programmées (PTH), effectuées par un chirurgien jouissant d'une excellente réputation locale et d'une importante expérience ; environ 200 interventions sur l'œil (cataracte) et une centaine d'interventions de chirurgie bariatrique effectuées par un PH qui partage son activité avec un autre site. Les 12 indicateurs communs de qualité sont bons et la certification a été obtenue sans réserve. A quel titre prétendre que les interventions de ces spécialistes sont de mauvaise qualité ?

- [678] Le Center for Reviews and Dissemination de l'université d'York, qui s'est livré en 1996 au dépouillement systématique de plus de 200 études, conclut que « l'idée largement répandue selon laquelle plus on soigne de malades et meilleurs sont les résultats se heurtait à plusieurs démentis »¹⁸⁴. La corrélation est surestimée parce que la plupart des auteurs ne tiennent pas suffisamment compte du case mix et parce que le fait que qualité et volume évoluent ensemble ne prouvent pas l'existence d'un lien de causalité entre les deux facteurs.
- [679] S'il est possible que l'on fasse-en chirurgie comme ailleurs- plus aisément quelque chose qu'on fait souvent, plusieurs questions demeurent mal réglées :
- le volume minimal d'activité requis s'applique-t-il au service dans son ensemble ou aux professionnels (chirurgien, anesthésiste, IBODE, infirmier) ?
 - le volume d'activité doit-il être comptabilisé intervention par intervention (exemple open coelioscopie pour appendicectomie non compliquée), par domaine d'intervention (cancer du colon) ou par discipline (chirurgie digestive)¹⁸⁵ ?

¹⁸¹ Rapport sur « l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France » présenté à M. Xavier BERTRAND par M. Guy VALANCIEN 2006

¹⁸² Page 17.

¹⁸³ Rapport suscité page 16

¹⁸⁴ Bulletin de l'OMS recueil d'articles n° 3 ; 2000 « le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation » M. Mc KEE et J. HEALY

¹⁸⁵ La question du case mix reparait ici.

- l'expérience antérieure des professionnels est-elle prise en compte (une personne qui a déjà accompli mille fois la même intervention a des chances d'être meilleure qu'une personne qui démarre cette activité, même si les deux personnes réalisent le même nombre d'actes l'année évaluée) ? leur âge, puisqu'une récente étude sur la chirurgie thyroïdienne a montré que c'était entre 35 et 50 ans que les chirurgiens obtenaient leurs meilleurs résultats opératoires ¹⁸⁶?

[680] On peut en effet remarquer que, dans un CHU, on a plus de chance d'être opéré par un personnel médical jeune (chef de clinique, interne) ou âgé (PU-PH) que dans un établissement périphérique. Par ailleurs les grands établissements comptant également les plus forts effectifs, le nombre d'interventions par personne peut y devenir faible. La comparaison de la Cour des comptes sur le nombre d'accouchements effectués par sage-femme entre le CHU de Nice et le CH de Lens, pour un même nombre d'accouchements et le même niveau de maternité (niveau 3) (voir annexe 6) montre que les sages-femmes de l'hôpital général accomplissent deux fois plus d'actes que celles du CHU.

[681] L'exemple du secteur privé, qui compte 247 cliniques « spécialisées » et 122 cliniques « intermédiaires spécialisées » d'assez faible taille (66 lits et places MCO en moyenne pour les premières) montre d'ailleurs qu'on peut être efficace (DMS courte, développement chirurgie ambulatoire important) dans une discipline (exemple ophtalmologie), sans effectuer un nombre très élevé de séjours chirurgicaux.

[682] Au total, la bonne prise en compte de l'effet volume voudrait, en chirurgie, que l'on se préoccupe à la fois du type précis d'activité (exemple appendicectomie par open coelioscopie) de l'expérience antérieure du chirurgien (exemple 500 interventions de ce type dans les dix dernières années), de l'activité présente (exemple 50 par an) et de l'expérience de l'équipe (exemple 3000 interventions digestives dans l'année). Sur cette base, une évaluation du suivi des résultats permettrait de valider l'échelle obtenue.

[683] De ce point de vue, le « décret 2007-3888 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitements du cancer » représente un premier progrès, puisqu'il conditionne l'autorisation d'activité à la fois à un seuil minimal annuel défini par pathologie et à des critères de qualité et de fonctionnement minimales.

2.1.2. Il est cependant légitime de fermer des sites qui ne fonctionnent pas suffisamment, si cela ne dégrade pas l'accès aux soins

[684] Un projet de décret « relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de soins de médecine et de chirurgie » a été soumis à concertation par la DGOS au cours de l'été 2010. L'autorisation en chirurgie devait être subordonnée à une activité minimale fixée par arrêté. Le seuil prévu était de « 1500 séjours hospitaliers avec intervention chirurgicale ». L'étude d'impact réalisée par la DGOS avait prévu que sur 993 établissements de santé représentant une entité juridique distincte, 134 -soit 13,5 %- avaient une activité chirurgicale inférieure à 1500 séjours. Cette activité ne représentait que 64 744 séjours par an, soit 2,25 % de l'activité chirurgicale nationale. Sur ces 134 entités, 85 relevaient du secteur public, 14 du secteur privé PSPH (dont 5 CLCC) et 35 du secteur privé commercial. La constatation d'une atteinte d'un nombre aussi élevé de sites du secteur public a conduit à retirer le texte, à la demande des élus locaux et des petits établissements.

[685] Pour autant, il n'est pas anormal que la tutelle ne souhaite pas maintenir ouvert 24 heures/24 un bloc opératoire qui n'est pas utilisé au moins une nuit sur deux et ne veuille pas maintenir des postes dans lesquels les agents n'ont pas d'activité. Il est judicieux de fermer des secteurs dans lesquels on est obligé de recruter en intérim et fort cher, des praticiens, pour qu'ils viennent dormir en garde à l'hôpital la majorité du temps. Mais il ne faut pas présenter ces choix comme une conséquence de la dégradation de la qualité, car cet argument vexe inutilement les praticiens mis en cause, qui deviennent des adversaires acharnés de toute évolution...

¹⁸⁶ Etude du groupe CATHY publiée dans le british med. Journal doi : 10.1136 :bmj.d8041

2.2. La gestion de la démographie chirurgicale se révèle d'un maniement délicat

[686] La diminution des effectifs est en obstétrique un facteur puissant de regroupement, de fusion et de fermeture. Mais ce facteur ne joue pas de la même façon en chirurgie

2.2.1. Les effectifs globaux de chirurgie sont en hausse

[687] Les chirurgiens se sont longtemps montrés malthusiens : contrairement à d'autres spécialités qui étaient accessibles par les CES avant la généralisation de l'internat (par exemple l'anesthésie-réanimation), la chirurgie n'était accessible qu'aux étudiants ayant réussi l'internat dans le premier tiers du classement. Le nombre de chirurgiens restait contenu.

[688] Mais la situation a changé. Une étude de la DREES menée à partir d'ADELI187, montre que les effectifs de chirurgie ont augmenté, de 1990 à 2010, plus vite que l'ensemble des effectifs de spécialistes : les chirurgiens étaient environ 4000 en 1984, ils étaient 5000 en 1990, 70000 en 2000, 8500 en 2005. Si l'on applique une base 100 en 1990 au taux de spécialiste et à celui des chirurgiens, le taux était à 140 en 2000 pour les chirurgiens et en 2004 pour l'ensemble des spécialistes et à 180 en 2008 pour les chirurgiens, alors que la même année il n'atteignait pas 160 pour l'ensemble des spécialistes. En chirurgie générale, l'âge moyen est plus jeune en hôpital public qu'en privé. La part des femmes est de 10 %.

2.2.2. En revanche leur répartition n'est pas adéquate

[689] Les jeunes internes ne vont pas forcément dans la discipline et dans la région où ils seraient le plus utiles. Cette tendance persistera tant que le nombre total des postes de stage spécialisés offerts à l'internat ne sera pas identique au nombre de sortants, ce qui ne demande aucune loi nouvelle, comme la région Aquitaine l'a longtemps démontré188.

[690] S'appuyant sur une hypothèse de comportements inchangés, les projections effectuées par la DREES en novembre 2004 montraient que « les diminutions les plus prononcées du nombre de médecins en activité devaient concerner l'ophtalmologie, ... et l'ORL (de l'ordre de - 30 à - 40 % entre 2002 et 2025) »189. Sans que ceci ne soit acté, la stomatologie est devenue une spécialité en voie d'extinction : on peut espérer (sans en être sûr) que les chirurgiens-dentistes et les chirurgiens maxillo-faciaux aient repris les activités des stomatologistes. Quant au déficit en ophtalmologistes, à compétence inchangée des opticiens190, il risque de rendre plus ardu l'accès des personnes âgées aux soins des yeux.

Tableau 15 : Nombre de diplômes délivrés pour l'ensemble des DES de 2001 à 2009

Chirurgie générale (c.a.d chirurgie viscérale, orthopédique, thoracique, pédiatrique, cardiaque, urologique, plastique...)	1113
Neurochirurgie	57
Ophtalmologie	321
Stomatologie	4
ORL et chirurgie cervico-faciale	226
Total diplômes délivrés en chirurgie et spécialités chirurgicales	1400

Source : Observatoire national des professions de santé 2010

¹⁸⁷ DREES Document de travail : « Les médecins au 1^{er} janvier 2011 » D.SICART N° 156 mai 2011 ; p 129

¹⁸⁸ Rapport IGAS conventions Constitutives des CHU

¹⁸⁹ « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national » Etudes et résultats ; DREES N° 352 novembre 2004

¹⁹⁰ Si les opticiens se voyaient reconnu plus de droits en matière de prescription de lunettes des adultes, le déficit ne serait pas forcément évident.

[691] De nouvelles projections démographiques à 2030 confirment ces tendances : entre 2006 et 2030, les effectifs de chirurgie augmenteraient de 40 %, ceux d'ophtalmologie diminueraient de 36 % et ceux d'ORL de 19 %, les effectifs d'anesthésistes diminuant quant à eux de 5 %¹⁹¹.

2.3. *La chirurgie ambulatoire est présentée comme une alternative à tous les dysfonctionnements, ce qu'elle ne peut pas être, malgré ses avantages*

[692] Cf. annexe 12

[693] La bonne organisation sur laquelle repose la chirurgie ambulatoire devrait irriguer l'ensemble de la chirurgie traditionnelle. Pourquoi en effet devrait-on lui laisser le respect des horaires et des programmes, l'anticipation des douleurs et des nausées, la bonne information des malades, le suivi téléphonique, l'admission du malade le jour même de l'intervention, la vérification qu' tout instant un malade ne reste à l'hôpital que le temps qui est strictement nécessaire ?

3. UN CERTAIN NOMBRE DE FUSIONS SE SONT NEANMOINS REALISEES, AVEC DES RESULTATS TRES VARIABLES

3.1. *Dans le secteur public, le fréquent maintien des plateaux techniques empêche l'amélioration de l'efficience*

[694] La conférence nationale des présidents de CME a publié en 2008 un bilan de neuf années de fermetures en chirurgie¹⁹². Elle a pu observer 88 fermetures de service (47 en chirurgie et 41 maternités) dans 76 établissements hospitaliers. A l'exception de Neuilly-sur-Seine, la fermeture des services concerne des petites villes d'en moyenne 12 000 habitants.

[695] Parmi les 41 fermetures en chirurgie, le nombre moyen de chirurgiens était de 2,8 etp avant fermeture. Pratiquement la moitié des hôpitaux ont maintenu voire développé leur activité globale, et ce de manière stable à moyen terme. Quand l'établissement a fermé la chirurgie en maintenant sa maternité, on observe une augmentation significative de l'activité de gynéco-obstétrique (+ 22 à + 39 %) et une augmentation du nombre d'anesthésistes et de gynécologues. Mais surtout la fermeture de la chirurgie s'accompagne d'une forte augmentation des entrées en médecine (supérieure à 120 %) avec des DMS plus longues. L'explication de ce phénomène n'est pas claire.

[696] Les fermetures génèrent très peu d'économies car elles n'entraînent pas de perte d'emplois ; au contraire, on observe souvent des recrutements nouveaux (+ 4 % quatre ans après fermeture)¹⁹³. « Seuls les établissements qui ferment à la fois la maternité et la chirurgie et donc l'ensemble du plateau technique correspondant (les blocs) dégagent des excédents budgétaires à N+3 qui peuvent être supérieurs à 5 % du budget global ». Dans cette étude, ils étaient 7 sur 41.

¹⁹¹ « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales » Etudes et résultats DREES ; n° 679 février 2009

¹⁹² « Fermetures de chirurgies et maternités publiques. Bilan et prospective » E. BICHER, F.FELLINGER in gestions hospitalières novembre 2008 p 611-616

¹⁹³ Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements de CH : « les fermetures de chirurgies publiques et maternités en France : bilan de 9 années (1997-2005) » 2007

3.2. *Dans le secteur privé, les effets sont généralement plus drastiques*

[697] Dans le public, la fusion s'accompagne presque constamment de la fermeture d'une des entités juridiques. Il convient de se reporter aux annexes 5, 10 et 11.

Annexe 8 : La médecine, grande oubliée des restructurations

ANNEXE 8 :LA MEDECINE, GRANDE OUBLIEE DES RESTRUCTURATIONS	181
INTRODUCTION.....	183
1. PEU DE CONTRAINTES POUSSENT CE SECTEUR A SE RESTRUCTURER	183
1.1. <i>La démographie médicale permet grosso modo de couvrir les besoins hospitaliers globaux, même si la répartition régionale est loin d'être optimale.....</i>	<i>183</i>
1.2. <i>La permanence des soins pèse peu sur les médecins spécialistes des hôpitaux publics....</i>	<i>184</i>
1.3. <i>Les effets d'une absence de sécurité sanitaire sont moins visibles qu'en obstétrique ou en chirurgie</i>	<i>186</i>
2. BIEN QUE LA RESTRUCTURATION DES LITS DE MEDECINE CONSTITUE UN REEL ENJEU, LES POUVOIRS PUBLICS ONT DU MAL A DEFINIR UNE STRATEGIE.....	187
2.1. <i>La place qu'occupe la médecine et l'importance des inadéquations expliquent l'importance de l'enjeu.....</i>	<i>187</i>
2.2. <i>A l'exception de la cancérologie, les objectifs ne sont pas définis.....</i>	<i>189</i>
2.3. <i>Les plateaux techniques d'imagerie et d'explorations fonctionnelles ne font pas l'objet du même type de réforme que la biologie.....</i>	<i>192</i>
2.4. <i>Le manque de débouchés en aval perturbe en partie le bon écoulement des flux</i>	<i>193</i>

Introduction

[698] L'adaptation aux évolutions techniques, sociales et économiques est une nécessité permanente, à laquelle n'échappent ni les services de médecine ni les plateaux médicotechniques. Pour autant, aucun modèle n'est présenté pour montrer la marche à suivre.

1. PEU DE CONTRAINTES POUSSENT CE SECTEUR A SE RESTRUCTURER

1.1. *La démographie médicale permet grosso modo de couvrir les besoins hospitaliers globaux, même si la répartition régionale est loin d'être optimale*

[699] Alors qu'environ 75 000 praticiens exercent, à temps plein ou à temps partiel, à l'hôpital, on y rencontre relativement peu de généralistes¹⁹⁴, l'hôpital public comptant majoritairement des spécialistes. La médecine interne qui aurait pu occuper le rôle de plaque tournante n'a jamais pris cette orientation. Près de 60 % des praticiens exerçant à l'hôpital relèvent de la médecine et des spécialités médicales.

1.1.1. **Les effectifs de médecins ont crû depuis un quart de siècle, mais ce sont les régions les mieux pourvues qui en ont bénéficié**

[700] Si les effectifs de spécialistes de médecine ont augmenté dans toutes les disciplines, le taux de croissance n'a pas été le même partout, comme le montre le tableau ci-dessous :

- multiplication par deux en 26 ans pour la gastro-entérologie (2,7), la cardiologie (2,5) la dermatologie (2,4), la pneumologie (2,3), la pédiatrie (2,2) et la médecine interne (2,0) ;
- croissance plus rapide pour la neurologie (x 8,8), l'endocrinologie (x 7,5 en 20 ans), la néphrologie.

[701] La dermatologie, la rhumatologie, la cardiologie, la gastro-entérologie et l'endocrinologie s'exercent majoritairement en ville. A l'inverse, médecine interne, néphrologie, neurologie et pneumologie s'exercent majoritairement à l'hôpital (CF. infra). Il en est de même de spécialités comme l'hématologie clinique, l'oncologie, l'immunologie clinique, etc. La pédiatrie représente un cas à part : avec seulement 54 % des pédiatres en ville, le secteur libéral a du mal à attirer de nouveaux candidats, alors que le nombre d'enfants-et donc les besoins de soins- augmente.

¹⁹⁴ 14 208 médecins généralistes exercent cependant à l'hôpital et en clinique, soit à titre de salarié (urgentistes par ex) soit à titre libéral

Tableau 16 : Evolution des spécialités entre 1985 et 2011 (27 ans) et répartition des spécialistes

Spécialité	Nombre en 1985 *	Nombre en 2011	Dont nombre et proportion de médecins hospitaliers en 2011
Cardiologie	2500	6281	1891 (30 %)
Dermatologie	1700	4090	496 (12 %)
Endocrinologie, maladies métaboliques, diabète	220 (en 1991)	1597	716 (45 %)
Gastro-entérologie, hépatologie	1250	3412	1292 (38 %)
Médecine interne	1100	2221	1677 (76 %)
Néphrologie	220	1330	812 (61 %)
Neurologie	240	2016	1199 (59 %)
Pédiatrie	3200	7033	3244 (46 %)
Pneumologie	1200	2727	1369 (50 %)
Rhumatologie	1380	2608	619 (24 %)

Source : DREES répertoire ADELI. Chiffres arrondis pour 1985. Le total inclut aussi d'autres spécialités non représentées dans le tableau¹⁹⁵

[702] La répartition régionale est inégalitaire :

- d'une part certaines régions attirent beaucoup plus les médecins, en formation ou déjà formés, notamment IDF, PACA, Languedoc Roussillon, Aquitaine et à l'inverse certaines régions éprouvent les plus grandes difficultés à les garder (Centre, Champagne-Ardenne, Normandie et surtout Picardie).
- d'autre part à l'intérieur de régions sur dotées, il existe des départements moins favorisés. Ainsi par exemple, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) remarque en 2011 qu'en Ile de France, « le département de la ville de Paris polarise 47 % des nouveaux [médecins] inscrits, alors que la Seine et Marne n'en dénombre que 4 %.¹⁹⁶ ».

1.1.2. Les jeunes médecins sont de plus en plus nombreux à préférer un exercice salarié, ce qui ne devrait pas desservir l'hôpital

[703] Dans l'atlas démographique produit par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), le relevé des inscriptions de jeunes médecins montre que l'on est sorti de la période induite par la restriction du numérus clausus des années 80/90. En effet, alors qu'en 2006 seulement 760 nouveaux médecins commençaient à exercer, ils étaient 835 en 2008, 885 en 2007, 950 en 2009 et ils atteignaient 1204 en 2010. Ces jeunes médecins choisissent plus volontiers que leurs aînés l'exercice salarié, et notamment l'exercice en établissement de santé.

[704] C'est donc plutôt dans le secteur libéral en cabinet que les difficultés apparaissent, comme le CNOM le déplore en 2011 : « à peine un nouvel inscrit sur dix au tableau de l'Ordre souhaite exercer sa spécialité en libéral ». Sur 46 spécialités, le CNOM remarque que le solde (nombre d'entrants – nombre de sortants) n'est plus négatif que pour 8 spécialités (dont la médecine générale), mais cela affecte peu l'hôpital.

1.2. La permanence des soins pèse peu sur les médecins spécialistes des hôpitaux publics

[705] Il y a encore une trentaine d'années, la « garde médicale » assurée par les internes ou faisant fonction (FFI) assurait, bon an mal an, l'accueil médical des urgences externes et la réponse aux urgences internes. Le numérus clausus d'une part (qui a réduit le nombre d'internes) et l'exigence d'une meilleure sécurité ont contribué à « senioriser » les profils des personnels médicaux de garde ou d'astreinte. Les urgentistes et les réanimateurs ont ainsi occupé dans l'hôpital une place de plus en plus importante, qui leur confère désormais un réel pouvoir.

¹⁹⁵ « Les médecins au 1^{ier} janvier 2011 ». D.SICART DREES séries statistiques

¹⁹⁶ Présentation des atlas régionaux CNOM 2011. Dr ROMESTAING.

1.2.1. La gestion des urgences externes est déléguée aux urgentistes organisés en emplois postés

[706] Jusqu'en 2004, la médecine d'urgence n'était pas reconnue par l'Ordre en tant que spécialité. Les urgentistes provenaient d'horizons divers (souvent des médecins généralistes) et avaient complété leur formation par une capacité de médecine d'urgence (CAMU) et, plus rarement, par une capacité de médecine de catastrophe (CATA). Ils avaient parfois des diplômes d'origine étrangère et occupaient assez souvent des emplois précaires (FFI, contractuels, PAC...). Ils ont adopté le mode de fonctionnement des SAMU-SMUR et des anesthésistes-réanimateurs dont ils étaient au début les élèves. Ils ont ainsi fonctionné par équipes (8 ou 12 h le plus souvent), pour assurer une présence 24 h/24, afin de recevoir les malades qui se présentaient à l'hôpital sans rendez-vous.

[707] Depuis 2004, l'instauration d'un DESC de deux ans, dans le prolongement du troisième cycle de spécialités (option médecine générale) permet progressivement d'homogénéiser le niveau. Par ailleurs, des maisons de santé médicale fonctionnant avec les médecins libéraux se sont ouvertes dans un certain nombre d'établissements. Les médecins spécialistes hospitaliers sont ainsi délivrés de la part la plus ingrate de la permanence des soins.

1.2.2. La surveillance des malades les plus sévères est dévolue aux réanimateurs, qui eux aussi ont un fonctionnement 24 h /24

[708] Les malades les plus sévères sont souvent admis dans les services de réanimation chirurgicale, médicale et polyvalente. Plusieurs spécialités médicales fournissent des réanimateurs : cardiologues d'USIC, pneumologues, spécialistes des AVC. Depuis 2002, la réanimation médicale est devenue une spécialité à part entière. Mais ses effectifs restent encore limités (une centaine de professionnels). C'est encore l'anesthésie réanimation qui fournit les plus gros bataillons. La spécialité compte aujourd'hui pratiquement 10 000 praticiens, relativement jeunes :

Tableau 17 : Effectif 2011 des anesthésistes-réanimateurs

	hommes	femmes	total	% des plus de 55 ans
Métropole	6244	3371	9615	18 %
DOM-TOM	215	100	315	16 %

Source : CNOM 2011

[709] Dans l'ordre, la spécialité est la troisième choisie par les futurs internes, ce qui paraît rassurant pour l'avenir. En effet, le mode de fonctionnement des réanimateurs, planifié à l'avance, fonctionnant sur 24 heures par emploi posté, permet en théorie de connaître à l'avance les phases de travail et de repos et de ménager ainsi à la fois l'intérêt technique du travail et le respect de la vie de famille.

[710] Une proportion notable de praticiens hospitaliers des autres spécialités de médecine reste soumise à des contraintes, mais d'une part le travail n'y est pas toujours intense¹⁹⁷ et d'autre part ils sont souvent nombreux à se les partager. La pression en garde n'a rien à voir avec celle que subissent les chirurgiens, les obstétriciens ou les anesthésistes. Le mode de fonctionnement est également différent de celui des emplois postés.

¹⁹⁷ Exception faite pour les cardiologues d'USIC et les réanimateurs spécialisés (pneumo, neuro...)

1.3. Les effets d'une absence de sécurité sanitaire sont moins visibles qu'en obstétrique ou en chirurgie

[711] Parmi les arguments qui contribuent à pousser aux restructurations, celui d'un défaut de la sécurité sanitaire est souvent placé au premier plan. A l'occasion d'un accident, le DRASS, le directeur de l'ARH, puis celui de l'ARS proposait une fusion avec un autre établissement, tout en fermant le petit service mis en cause¹⁹⁸. On a vu qu'en obstétrique par exemple, cet argument avait permis dès les années 70 la fermeture des petites maternités qui ne répondaient pas à des normes minimales d'effectifs.

[712] L'observatoire des risques médicaux (abrité par l'ONIAM) a analysé en 2010 le bilan de 4000 dossiers d'accidents médicaux survenus entre 2006 et 2009. Malgré la part minoritaire des chirurgiens parmi les docteurs en médecine, ce sont les dossiers chirurgicaux (2418 dossiers soit 59 % des dossiers déposés) qui sont les plus nombreux¹⁹⁹. Les obstétriciens représentent 172 dossiers (4,2%) L'anesthésie-réanimation-urgences et régulation compte 260 dossiers (6,4 %). L'ensemble des autres disciplines médicales comptent 502 dossiers.

Tableau 18 : Accidents médicaux déclarés en France en 2010 selon la discipline en cause

	Nbre dossiers d'accidents	Montant moyen (en €)	Nbre de praticiens (chiffres 2011 CNOM)
Anesthésie	260	159 000	9 956
Disciplines chir	2418	116 000	18 186 dont 4351 à l'hôpital public
Disciplines med (sauf anesthésie)	502	142 000	179 932 dont 93 394 généralistes
Obst + sages femmes	172 +7	97 000+1 799 000	1869 obst+18000 sages femmes

Source : Observatoire des risques médicaux rapport 2010, CNOM atlas démographie 2011

[713] Si l'on ramène ces données aux effectifs de praticiens, on trouve 13,3 accidents médicaux déclarés par an pour 100 chirurgiens ; 9,2 accidents pour 100 obstétriciens ; 2,6 pour 100 anesthésistes et seulement 0,28 accidents médicaux déclarés pour 100 médecins.

[714] Le rapport annuel de la MACSF (assurance qui couvre 338 523 professionnels de santé dont 118 485 médecins) permet d'avoir une analyse plus fine des risques de sinistres (sinistralité) par spécialité.

Tableau 19 : Sinistralité par spécialité

Discipline	Professionnels assurés par la MACSF (1)	Nbre déclarations * (2)	Sinistralité pour 100 praticiens/an (2x100)/(1)
Anesthésistes réanimateurs	4873	199	4,1
Chirurgiens (hors ORL et ophtalmo)	2361	257	10,9
Gynécologues-Obstétriciens	1089	91	8,4
Cardiologues	3114	68	2,2
Dermatologues	2396	68	2,8
Hépto-gastro-entérologues	1669	79	4,7
Médecins généralistes	43 568	372	0,85
Autres médecins	59 415	830	1,4
Total médecins	118 485	1964	1,66

Source rapport annuel MACSF 2011

* les déclarations concernent aussi bien des procédures pénales, civiles, disciplinaire ou des demandes d'indemnisation devant l'ONIAM. Elles correspondent à une ouverture de dossier chez l'assureur

¹⁹⁸ Ex rapport de contrôle sur le CH de L'Aigle IGAS 2011, rapport de contrôle sur la Réole IGAS 1996, etc.

¹⁹⁹ Non compris ORL, ophtalmologie et stomatologie

[715] La grande majorité des plaintes concerne l'hospitalisation (publique ou privée), car la pratique ambulatoire en ville génère peu de sinistres. La sinistralité moyenne est de 1,66 déclarations/100 praticiens/an. Les chirurgiens se situent largement au-dessus de la moyenne, avec une sinistralité de 10,9 déclarations/100 chirurgiens/an, suivis par les obstétriciens (8,4). Les spécialités médicales les plus exposées sont la gastro-entérologie (sinistralité 4,7), la cardiologie (2,2) du fait de leur activité interventionnelle (cathétérismes, endoscopies...) ainsi que la dermatologie (2,8) du fait de l'incidence esthétique des actes pratiqués. Dans les autres cas, la sinistralité est faible (entre 0,8 et 1,6).

[716] Ces différences tiennent au fait que les accidents en obstétrique et en chirurgie sont directement visibles des non-experts : un accouchement raté peut aboutir à une mort fœtale, à un nouveau-né qui décède à la naissance ou à un enfant définitivement handicapé. A tort ou à raison, la famille rattache immédiatement au praticien la responsabilité de ses malheurs. Un patient entré à l'hôpital sans infection peut se retrouver avec une ostéite suppurante, un patient porteur d'une sciatique peut se retrouver paraplégique après une intervention maladroite sur un disque intervertébral. Dans ces divers cas, la mise en cause du chirurgien n'est pas difficile.

[717] En revanche, les disciplines médicales – si on met de côté l'anesthésie²⁰⁰, dont les accidents suivent le sort des accidents de chirurgie – comportent des effets négatifs ou des accidents beaucoup moins faciles à différencier des évolutions pathologiques habituelles, des comorbidités associées etc.

2. BIEN QUE LA RESTRUCTURATION DES LITS DE MEDECINE CONSTITUE UN REEL ENJEU, LES POUVOIRS PUBLICS ONT DU MAL A DEFINIR UNE STRATEGIE

[718] Les services de médecine ont connu des réorganisations et des diminutions de lits (du fait de la réduction des DMS) mais aucun modèle de restructuration n'a été proposé, comme pour les maternités, et quand il y a fusion, la médecine n'est jamais menacée

2.1. La place qu'occupe la médecine et l'importance des inadéquations expliquent l'importance de l'enjeu

2.1.1. Les lits de médecine occupent une place majoritaire à l'hôpital public

[719] Le secteur public domine sans conteste l'offre de soins médicale avec 82 % des lits et 70 % des places de médecine. Il n'assure cependant que 75 % des séjours de plus d'un jour et 56 % des hospitalisations de moins d'une journée. La part de la médecine dans l'ensemble des séjours hospitaliers publics représente 66 % dans les hôpitaux publics et a plutôt tendance à augmenter (+1% par exemple entre 2007 et 2008), alors qu'elle ne représente que 56 % de celle des PSPH et 39 % des séjours des cliniques privées. L'enjeu de restructuration devrait donc être majeur pour le service public.

Tableau 20 : Répartition de l'activité « Médecine » du MCO entre les différents secteurs

	Secteur public	Secteur PSPH	Secteur privé commercial	Total
Lits	93 843	9434	11 791	115 068
Places	7487	1194	2002	10 683
Séjours hospitaliers	4 258 936	461 480	929 474	5 649 890
Hospitalisation de la journée	1 990 308	272107	1 298 097	3 560 512

Source : DREES et PMSF²⁰¹

²⁰⁰ L'accident d'anesthésie le plus fréquent est le bris de dent lors de l'intubation.

²⁰¹ Le panorama des établissements de santé 2010. DREES. Collection études et statistiques ;

[720] Le secteur privé se focalise quant à lui sur des activités relativement techniques, notamment interventionnelles, en gastro-entérologie (endoscopies), néphrologie (dialyse) et cardiologie (cathétérismes, poses de stent, pace maker...). Par ailleurs, il progresse en cancérologie. A l'inverse, les séjours en pneumologie, endocrinologie, hématologie et neurologie sont presque l'apanage du secteur public et/ou PSPH²⁰². Il y a donc peu de concurrence sur une majorité des activités médicales.

2.1.2. Les inadéquations sont plus importantes en médecine qu'en chirurgie

[721] La DMS en médecine se situe autour de 6,5 jours et a peu évolué en 10 ans. C'est ainsi qu'en Basse Normandie, la DMS de médecine n'est passée entre 1996 et 2006 que de 6,95 à 6,58 jours dans le secteur public, alors qu'elle baissait de 7,98 à 5,56 dans le secteur privé.

[722] La DREES constate en 2011 : « l'analyse de l'évolution des parts de marché par discipline (qui montre une remontée du secteur public) permet de constater que les bonnes performances du secteur public sont surtout dues à la chirurgie et à l'obstétrique²⁰³ » la médecine restant à peu près stable²⁰⁴.

Tableau 21 : Evolution de la part de marché de la médecine (en %)

Secteur	2005	2006	2007	2008	2009
Public	72,9	72,8	73,1	73,5	73,2
PSPH	8,4	8,4	8,3	8,4	8,4
Privé	18,7	18,8	18,6	18,1	18,4

Source : ATIH et DREES

[723] Une « enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières » -demandée à la SANESCO en 2010 par la DGOS- a été publiée en 2011. Cette enquête, menée un jour donné de mars 2010 dans 73 établissements de onze régions différentes, a retenu au final 3145 dossiers de malades hospitalisés dans 4686 lits dont 2438 lits de médecine. Les auteurs ont constaté que la méthodologie retenue entraînait deux biais : d'une part la surreprésentation des durées de séjour longues et d'autre part la surreprésentation des âges élevés (liée au problème précédent). L'interprétation des données a tenu compte de ces caractéristiques. Les inadéquations pouvaient provenir « d'admissions inadéquates » ou d'admissions adéquates mais avec un séjour trop prolongé (« journées inadéquates »).

[724] Le taux d'admissions inadéquates était double en médecine de ce qu'il est en chirurgie, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 22 : Répartition des admissions inadéquates en nombre de dossiers et en pourcentage

Type d'établissement	Nbre dossiers inadéquats (1)	Total dossiers (2)
CHU	22	405
Privé	28	397
Public non CHU	66	710

Source : SANESCO

²⁰² Même référence page 81

²⁰³ L'augmentation de la part du marché public tient surtout à la baisse d'un certain nombre de séjours en clinique privée, notamment appendicectomies, amygdalectomie, drains transtympaniques.

²⁰⁴ « Evolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009 » F.EVAÏN Etudes et Résultats DREES n° 785 ; novembre 2011.

- [725] Les principales raisons invoquées pour expliquer l'inadéquation sont, dans l'ordre, une demande expresse du médecin de ville, l'attente d'un avis diagnostique interne à la structure, l'impossibilité transitoire du retour à domicile, la décision du patient ou de son entourage, l'absence de place d'aval, le risque de non-observance des prescriptions, l'attente d'un avis de collègues ou d'un avis externe à la structure, l'attente d'un examen...Le refus de la demande par l'aval n'arrive qu'en cinquième position, dans 9 % des cas. Les patients devraient être à leur domicile avec ou sans aide dans 45 % des cas, en SSR 27 % ou en EHPAD (21 %)
- [726] S'agissant des journées inadéquates, les principales raisons rencontrées sont : en premier la demande refusée en aval faute de place, puis l'attente d'un avis diagnostique, un protocole ou l'habitude, l'attente d'une décision médicale, la décision du patient ou de son entourage, l'attente d'une procédure diagnostique d'une autre structure, l'absence de service relais...

Tableau 23 : Répartition des journées inadéquates en médecine en nombre de dossiers et en pourcentage

Type d'établissement	Nbre dossiers inadéquats (1)	Total dossiers (2)
CHU	68	349
Privé	58	326
Public non CHU	171	694

Source : SANESCO

- [727] Au total, les inadéquations sont le plus souvent expliquées par un **problème d'organisation interne** (attente d'un examen complémentaire ou du passage du médecin senior du service ou d'un service voisin), par l'attente d'une structure d'aval ou par les relations avec le médecin traitant ou le malade.
- [728] La SANESCO conclut que « le taux d'inadéquation dépasse 20 % en médecine dans les établissements privés et publics non CHU » soit deux fois plus qu'en chirurgie. « 17,5 % des lits de médecine sont occupés de manière inadéquate un jour donné ».

2.2. A l'exception de la cancérologie, les objectifs ne sont pas définis

2.2.1. La médecine reste une « boîte noire »

- [729] Les malades arrivent dans les lits de médecine soit de façon non programmée par les urgences (23 %) ou directement (6 %), soit après consultation hospitalière (60 %), soit adressé par un médecin libéral (4%), soit par transfert d'un autre service (4%) ou établissement (3%)²⁰⁵. Ils y séjournent ensuite pour diagnostic, bilan, suivi thérapeutique ou démarche palliative...Ils en sortent vers leur domicile (avec ou sans HAD ou SSIAD...), un autre service hospitalier, une structure médico-sociale ou décédés.

²⁰⁵ Les pourcentages sont tirés de l'enquête SANESCO décrite plus haut. Ils sont proches des résultats de l'ATIH

- [730] Le PMSI ne donne pas sur les séjours médicaux le même niveau d'information que sur la chirurgie. « Les groupes chirurgicaux de la classification des GHM sont beaucoup plus homogènes que les groupes médicaux, parce que les actes expliquent l'effort de soins et la consommation de ressources... Les groupes médicaux posent plus de problèmes d'homogénéité, car on mélange des phases diagnostiques qui peuvent être très variables, des phases évolutives d'une même maladie, des prises en charge plutôt bien codifiées d'actes techniques non opératoires (non classant) ou d'actes opératoires non classant, parce que non discriminants et des phases finales d'une maladie... »²⁰⁶ Le classement des séjours en médecine est un classement par défaut, qui ne favorise pas la lisibilité : « si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en obstétrique, l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ». »²⁰⁷
- [731] Par exemple, s'agissant des soins palliatifs, l'IGAS avait montré qu'aucun document ne définissait précisément ce qu'est une prise en charge palliative en milieu hospitalier et qu'aucun référentiel ne précisait les critères de validation du GHM soins palliatifs. Cette validation conditionne pourtant la possibilité de coder l'un des trois GHS correspondants. Afin de mettre fin à une situation favorisant les abus, la CNAMTS a diffusé auprès des DIM des hôpitaux une note précisant les critères de décision pour la validation du GHM soins palliatifs, mais pour éviter les risques contentieux, la CNAMTS a délibérément retenu des critères peu contraignants. Malgré ce faible niveau d'exigence, le département des fraudes de la CNAMTS a remarqué à diverses reprises, lors de contrôles d'établissements hospitaliers, que si l'affection causale était le plus souvent retrouvée dans les dossiers par les contrôleurs, les autres critères n'étaient pas toujours remplis. Autrement dit, ce qui est appelé aujourd'hui soins palliatifs dans les établissements hospitaliers est parfois réduit à l'administration de quelques soins de support, qui ne présentent aucun caractère nouveau, notamment en cancérologie. L'existence du GHM soins palliatifs ne rend compte ni de la réelle activité en soins palliatifs ni de l'étendue des soins de support dispensés aux personnes en fin de vie.
- [732] Au total, dans le classement des séjours médicaux, si la sévérité de la pathologie et les comorbidités sont bien enregistrées, la bonne réalisation des actes, leur qualité et leur adéquation avec les besoins n'entrent pas en ligne de compte.

2.2.2. Aucun expert ou aucune instance ne milite pour redéfinir les modes d'organisation

- [733] En obstétrique, plusieurs grandes voix de la profession se sont engagées en faveur des plans de périnatalité et de la fermeture des petites maternités. De même, on a vu que plusieurs PU-PH ainsi que l'Académie de chirurgie avaient milité en faveur des fusions et fermetures.
- [734] L'Académie de médecine s'est penchée en 2007 sur « l'exercice de la médecine française à l'horizon 2015 »²⁰⁸. Elle a constaté que « face aux bouleversements que va connaître notre système de soins dans un proche avenir, on ne peut pas compter sur le mode d'organisation actuel figé depuis 50 ans pour s'adapter rapidement ». Face à un tel constat, elle a évoqué, comme refonte prévisible et nécessaire, la formation professionnelle des médecins, la nécessité d'une politique de revenus du monde médical, et a traité rapidement de l'hôpital, en évoquant les urgences, le plateau technique et la chirurgie ainsi que le rôle d'enseignement et de recherche des CHU, mais elle a fait l'impasse sur la réorganisation des services de médecine.

²⁰⁶ Texte de cours du Dr Marion GIRADIER. Université Paris V

²⁰⁷ Le panorama des établissements de santé 2010 page 74.

²⁰⁸ Bulletin. Acad. Nl. Med 2007 191, N° 2, 413-424

- [735] Depuis sa création en 2005, la Haute Autorité de santé s'est efforcée de promouvoir la qualité au sein du système de santé par diverses méthodes (référentiels, information, évaluation, certifications...) Mais s'agissant de la certification, malgré les progrès qu'elle a fait accomplir aux établissements, l'IGAS a souvent pu constater que des hôpitaux posant de très graves problèmes d'organisation et de fonctionnement n'en avaient pas moins été certifiés, avec peu ou pas de réserve.²⁰⁹ Dans ces conditions, le rôle restructurant de ce processus certificateur ne pourra se concrétiser que quand la certification pourra être refusée et les conséquences assumées.
- [736] Aussi intéressants qu'ils soient, les rapports de la Cour des Comptes sur les restructurations hospitalières²¹⁰, qui évoque largement celle des maternités, de la chirurgie et des soins de suite, et le rapport du Haut Comité de l'Assurance Maladie²¹¹ n'évoquent pas la restructuration des lits de médecine.
- [737] Tout se passe comme si le vieillissement de la population conduisait inéluctablement à conserver des lits de médecine (polyvalents, ou spécialisés), et que le mode de gestion (dynamique ou pas) importait peu, dès lors que les patients étaient soignés. Les modes de fonctionnement des flux d'entrée et de sortie et l'utilisation du temps d'hospitalisation ne sont pas évalués, afin qu'ils ne soient pas une succession d'attentes inutiles. Or souvent dans un service de spécialité médicale, la sortie du malade est décidée par un médecin sénior, qui « passe » trop peu souvent dans les lits du service (une ou deux fois par semaine²¹²). Les « staffs » et rencontres interdisciplinaires sont trop rares. Certains services d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle ont des délais d'attente inacceptables, car leur organisation, leur rythme et leur durée réelle de fonctionnement ne sont pas adéquats. Certains consultants sont trop sollicités, et de façon trop dispersée, ce qui leur fait perdre beaucoup de temps. Sur tous ces aspects là une réflexion et une aide méthodologique (ANAP par exemple) serait souhaitable, à l'image de ce qui s'est fait pour les blocs opératoires ou la chirurgie ambulatoire, pour que les services de médecine deviennent plus performants.

2.2.3. La cancérologie se situe à part

- [738] Ce domaine pathologique nécessite la coopération à la fois de médecins (hémato, cancéro, chimio...) de radiologues radiothérapeutes et radiophysiciens, de biologistes et de chirurgiens. Il a fait l'objet d'une politique très volontariste, qui devrait permettre une mise à niveau et une restructuration importantes du parc hospitalier.
- [739] Le premier plan cancer a été lancé en 2003 dans le but de faire diminuer de 20 % le nombre de morts par cancer. Outre un effort marqué sur le dépistage, la prévention, la recherche et le bien être des malades, il s'est attaqué au chantier de l'amélioration de la qualité des soins et à l'élaboration régionale des volets cancer des SROS. Il a abouti en mars 2007 à la publication de deux décrets (décret 2007-388 relatif aux conditions d'implantation [des sites] de traitement du cancer et décret 2007- 389 relatif aux conditions techniques de fonctionnement), qui ont été complétés par l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle)
- [740] A partir de cette date, pour recevoir et traiter des malades atteints de cancers, les établissements devaient répondre à des conditions de qualité (dispositif d'annonce, concertation pluridisciplinaire, respect de bonnes pratiques, conditions de compétence, dossier patient minimal...) et justifier à terme d'une activité moyenne au moins égale à 80 % du seuil fixé.

²⁰⁹ En rapport IGAS CHIPS, rapport IGAS CHSM, rapports IGAS CH Epinal continuer...

²¹⁰ Rapport sur « l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale » septembre 2008.

²¹¹ Rapport HCAM 2009 : « la situation des établissements de santé ».

²¹² Ce qui ne préjuge pas de son niveau d'occupation : il peut avoir beaucoup de consultations, faire des cours, avoir des activités de gestion et d'administration, etc.

[741] Le plan cancer 2009-2013 vise ensuite à assurer la montée en charge des établissements pendant la mise en conformité. L'autorisation d'un ou de plusieurs modes de traitement des cancers a été accordée (source INCA) à 881 établissements en juin 2010. Mais l'autorisation doit être confirmée au bout de 18 mois. Parmi les 1152 établissements qui avaient en 2008 une activité en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie, 271 d'entre eux, soit 24 % n'ont pas reçu cette autorisation.²¹³

2.3. Les plateaux techniques d'imagerie et d'explorations fonctionnelles ne font pas l'objet du même type de réforme que la biologie

2.3.1. On peut espérer une forte restructuration de la réforme de la biologie de 2010

[742] L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie hospitalière a traduit en texte juridique les recommandations du rapport Ballereau²¹⁴ de 2008 proposant d'instituer des règles identiques dans le secteur privé et dans le secteur public. La réforme vise à garantir un meilleur niveau de qualité, conforme à la norme ISO 15189, et attesté par une accréditation délivrée par le COFRAC (date d'entrée effective en novembre 2013). En cas de non-obtention, l'ARS devrait fermer le laboratoire. Cette réforme devrait pouvoir entraîner un regroupement important des laboratoires d'analyse de biologie médicale publics et privés dans une région donnée, quitte à laisser des petites antennes de réponses rapides pour les urgences. L'ordonnance a en effet prévu que les laboratoires puissent être désormais multi-sites, ce qui leur était auparavant interdit.

2.3.2. En revanche les plateaux techniques d'imagerie ne sont soumis à aucune démarche d'accréditation ou de certification

[743] Lors d'une inspection menée dans le Nord et en Picardie à l'occasion d'un accident sanitaire de grande ampleur,²¹⁵ l'IGAS avait pu constater que de très nombreux services intervenaient au niveau local pour assurer le bon fonctionnement et le contrôle de l'activité d'imagerie : divisions territoriales de l'ASN et organismes agréés par elle pour les contrôles techniques des activités utilisant des rayonnements, AFSSAPS et organismes de contrôle agréés par elle pour les contrôles de qualité des installations de radiodiagnostic, IRSN pour la radioprotection, ARS pour les autorisations hospitalières, mais que la coordination entre ces services n'était pas organisée par les textes. Les référentiels de qualité restaient indicatifs et non obligatoires.

[744] Il n'existe pas d'équivalent en imagerie d'une vérification technique d'ensemble de la structure « plateau technique d'imagerie », à l'instar de ce qui existe pour les laboratoires d'analyse médicale (accréditation COFRAC) ou – à un moindre niveau- pour les établissements de santé (certification HAS) qui puisse déboucher en cas de carence technique ou organisationnelle sur une fermeture partielle ou totale de la structure. L'ASN enregistre la déclaration d'utilisation des appareils générant des rayonnements ionisants chaque fois qu'il y en a un nouveau ou que l'on modifie un déjà existant (radiologie conventionnelle), des organismes de contrôle effectue les contrôles techniques de radioprotection ou les contrôles de qualité externe de certains appareils, l'assurance maladie n'est censée rembourser que les actes faits avec des appareils régulièrement déclarés (mais n'a aucun moyen de savoir s'ils le sont). Quant aux services du travail, ils vérifient en principe la radioprotection des travailleurs. Si chacun de ces points ne marche pas, il n'existe pas de mesure permettant d'interdire la structure elle-même.

²¹³ INCA mesure 19 « le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010 ».

²¹⁴ Lui-même inspiré du rapport IGAS 2006-045 sur la biologie médicale

²¹⁵ Rapport IGAS RM 2008-104P sur les dysfonctionnements de cinq cabinets d'imagerie

[745] Or le fonctionnement des plateaux techniques de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle retentit sur le fonctionnement des lits de médecine et (à un moindre degré) de chirurgie. C'est bien pour cela que la plupart des grands établissements de santé se préoccupent d'une restructuration de leur plateau technique.²¹⁶ Mais une politique nationale manque sur le sujet.

2.4. *Le manque de débouchés en aval perturbe en partie le bon écoulement des flux*

[746] Ce problème a été rappelé à de nombreuses reprises et mériterait un développement autonome. Pour mémoire, on rappellera que les SSR font l'objet de révisions régulières du SROS à la suite notamment des décrets 2008-376 et 2008-777. Par ailleurs, les relations avec les conseils généraux ne facilitent pas la création de lits médico-sociaux. *Le développement de l'HDJ est plutôt freiné par la CNAMTS qui redoute de payer une consultation au prix d'un séjour hospitalier* Quarante ans après sa création officielle, et malgré de nombreuses relances²¹⁷, l'HAD reste majoritairement cantonnée à certains types de pathologies (31 groupes homogènes de tarifs). Cette alternative à l'hospitalisation ne représente encore qu'un secteur de 7000 lits répartis en plus de 200 structures qui prend en charge un peu plus de 100 000 patients hospitalisés par an pour une DMS de 24 jours²¹⁸, ce qui –comparé à l'hospitalisation traditionnelle- reste dérisoire.

²¹⁶ Ex aux HCL, création d'une direction des plateaux techniques pour restructurer l'offre.

²¹⁷ La circulaire DGOS du 1 déc. 2006 sur HAD en rappelle le caractère essentiel.

²¹⁸ Rapport HCAM 2009 sur les établissements de santé.

Annexe 9 : Fusions et effet-taille dans les entreprises et à l'hôpital : les enseignements des études disponibles

ANNEXE N°9 - FUSIONS ET EFFET-TAILLE DANS LES ENTREPRISES ET A L'HOPITAL : LES ENSEIGNEMENTS DES ETUDES DISPONIBLES 195

1. LES FONDEMENTS THEORIQUES DES FUSIONS D'ENTREPRISES.....	197
1.1. <i>Fusionner pour croître</i>	197
1.1.1. Les justifications de la croissance externe.....	197
1.1.2. Les avantages de la grande taille : les économies d'échelle.....	198
1.2. <i>Le bilan ambigu des fusions-acquisitions</i>	199
1.2.1. L'existence de déséconomies d'échelle.....	199
1.2.2. Le bilan contrasté des opérations de fusions-acquisitions.....	199
1.2.3. Les difficultés intrinsèques des processus de fusion.....	200
2. LA QUESTION DE L'EFFET-TAILLE A L'HOPITAL.....	202
2.1. <i>Les raisons qui poussent les hôpitaux à augmenter leur taille</i>	202
2.1.1. La qualité des soins : taille critique et effets d'apprentissage.....	203
2.1.2. L'efficacité médico-économique : économies et déséconomies d'échelle.....	204
2.2. <i>Applications empiriques au cas des établissements de santé français</i>	205
2.2.1. Effet-volume et effet-gamme dans les cliniques privées au début et à la fin des années 2000.....	205
2.2.2. Effet-volume et effet-gamme dans les établissements de santé : l'étude PwC/DGOS de 2010.....	207
2.2.3. Les analyses de la Cour des Comptes.....	208
2.2.4. La situation financière des établissements publics de santé.....	209

- [747] Tous les mouvements de fusion dans le secteur hospitalier (fusions d'établissements ou, de façon plus limitée, fusions de services dans le cadre de structures coopératives) reposent sur une même hypothèse : l'augmentation de la taille de l'établissement ou du service résultant de la fusion permettra d'améliorer la situation du nouvel ensemble par rapport à la situation antérieure. Selon les modèles ou les projets, l'amélioration est attendue en termes de qualité, d'efficience, de productivité, d'attractivité..., ces objectifs n'étant pas *a priori* alternatifs les uns des autres.
- [748] Cependant, ces présupposés ne font pas des fusions entre établissements de santé un phénomène inexorablement positif, la validité de l'hypothèse qui les sous-tend étant loin d'être démontrée. De plus, certaines caractéristiques du secteur hospitalier et de sa dynamique interne tendent plutôt à développer les stratégies autonomistes des établissements, et constituent par conséquent un frein au développement des fusions.
- [749] A partir des études existantes, l'objet de la présente annexe est d'explicitier les fondements théoriques de ces différentes tendances, d'en analyser les impacts sur les établissements de santé.

1. LES FONDEMENTS THEORIQUES DES FUSIONS D'ENTREPRISES

- [750] Publics ou privés, les établissements de santé sont des entreprises de production de services. A ce titre, il est intéressant d'utiliser les outils conceptuels de la recherche en management et de l'analyse économique sur les fusions d'entreprises pour éclairer les ressorts théoriques et pratiques du mouvement de fusions que l'on observe depuis plusieurs années dans le secteur hospitalier – de façon nette parmi les établissements de santé privés mais aussi, à un moindre degré, au sein des établissements publics de santé.
- [751] Les réflexions théoriques sur les fusions d'entreprises ont été conduites dans le cadre de réflexions plus générales sur les stratégies de développement des entreprises, et notamment sur leurs stratégies de croissance externe par acquisition (*mergers & acquisitions*) : les chercheurs en gestion se sont ainsi interrogés sur les principes pouvant guider le développement d'une entreprise, et, sur cette base, sur les raisons théoriques pour lesquelles elle pourrait être amenée à absorber d'autres entreprises, par fusion ou rachat.

1.1. Fusionner pour croître

1.1.1. Les justifications de la croissance externe

- [752] Selon une typologie classique, la croissance externe est l'un des trois modes de développement d'une entreprise, avec la croissance interne et la croissance conjointe, ou alliance stratégique²¹⁹. Plusieurs types de justifications économiques peuvent fonder la décision d'une entreprise d'emprunter cette voie. Elle peut ainsi chercher :
- à accroître sa part de marché par absorption de ses concurrents ; on parle alors de concentration horizontale²²⁰ : fusion BNP-Paribas, Carrefour-Promodès, etc. ;
 - à maîtriser l'ensemble d'une filière de production ; on parle alors de concentration verticale : la stratégie d'intégration verticale de Ford au début du XX^{ème} siècle est un exemple classique de cette logique ;

²¹⁹ Les développements de cette partie reposent largement sur la section relative aux référentiels théoriques des opérations de restructuration des cliniques privées de la thèse de D. Piovesan sur ce sujet commandée par la DREES (Université Jean Moulin – Lyon 3, décembre 2003) ;

²²⁰ Sur les marchés concurrentiels, ce mouvement est en principe limité par la vérification par les autorités de régulation que les rachats envisagés n'auront pas pour effet de conduire à la constitution d'un monopole sur le secteur considéré ;

- à diversifier ses activités ; on rappellera ainsi que la Générale de Santé est née en 1987 d'une décision de la Compagnie Générale des Eaux de diversifier vers le secteur de la santé ses activités d'exploitation privée de services publics ou assimilés ;
- à atteindre une taille critique suffisante au regard des caractéristiques de son activité (importance des investissements nécessaires au développement, accès au financement, seuils réglementaires, etc.) ; le mouvement de concentration observable depuis une quinzaine d'années dans le secteur des assurances (fusion UAP/AXA, réduction par fusion du nombre de mutuelles et d'institutions de prévoyance) a ainsi été grandement accéléré par l'élévation des normes prudentielles issues des directives européennes sur l'assurance ;
- à contrôler certaines ressources rares ou à acquérir certains savoirs-faires ; c'est par exemple le cas lorsque de grandes entreprises technologiques rachètent des entreprises innovantes ou des PME disposant d'un portefeuille de brevets intéressants pour leur activité : de nombreux cas peuvent être cités dans les secteurs de l'industrie informatique, pharmaceutique ou des biotechnologies ;
- à mettre en œuvre des synergies permettant de dégager des économies d'échelle, lorsque la combinaison des moyens des entités fusionnées donne un résultat supérieur à la somme des résultats des entités prises séparément ; ces synergies peuvent être recherchées dans le contexte d'une stratégie de diversification comme d'une stratégie de concentration.

1.1.2. Les avantages de la grande taille : les économies d'échelle

[753] Cette question des économies d'échelle a elle-même fait l'objet de nombreuses réflexions et modélisations. Elle repose sur l'hypothèse que le coût unitaire des unités produites diminue avec le volume d'unités produites, c'est-à-dire lorsque la taille de l'entreprise s'accroît (rendements d'échelle croissants). Ce phénomène s'observe notamment dans les activités économiques nécessitant des investissements importants et où les coûts fixes sont de ce fait élevés (infrastructures, dépenses de R&D, etc.) : dans ce cas, quand la production augmente, et pour autant que cette augmentation ne nécessite pas de nouveaux investissements, le fait de répartir les coûts fixes sur un plus grand nombre d'unités produites fait mécaniquement diminuer le coût unitaire de l'unité produite.

[754] Par ailleurs, l'augmentation de la taille d'une entreprise est susceptible de lui apporter en elle-même des avantages : capacités de financement plus importantes, capacité à attirer des talents, accroissement du potentiel de négociation dans la fonction achats, etc. L'un de ces avantages les mieux documentés est l'effet d'apprentissage, particulièrement fort lorsque les activités de production sont complexes ; la littérature anglo-saxonne résume cet effet avec l'expression « la pratique rend parfait » : plus on pratique un acte, plus on le maîtrise.

[755] Mais, dans le cas d'une opération de fusion, ces effets théoriques ne peuvent être obtenus qu'au prix de réorganisations entre les entités fusionnées. En effet, les économies d'échelle et gains liés à la grande taille ne peuvent être obtenus que si les organisations sont concrètement rapprochées : suppression des doublons, harmonisation des outils et des procédures, mutualisation d'activités exercées de part et d'autre... Dans le cas contraire, en effet, l'augmentation de la taille du nouvel ensemble masque le maintien des coûts et habitudes liés aux organisations antérieures.

[756] La difficulté intrinsèque de rapprocher effectivement les pratiques entre les entités parties prenantes d'une fusion est l'une des raisons qui expliquent que le bilan réel des opérations de croissance externe des entreprises apparaisse beaucoup plus ambigu que ce que laissent supposer les discours théoriques sur la rationalité économique de ces projets.

1.2. *Le bilan ambigu des fusions-acquisitions*

1.2.1. **L'existence de déséconomies d'échelle**

[757] Avant même d'envisager en quoi les conditions pratiques de réalisation des fusions-acquisitions peuvent en limiter l'intérêt économique, il convient tout d'abord de rappeler que l'hypothèse des rendements d'échelle croissants qui fonde la notion d'économies d'échelle – et donc les stratégies d'augmentation de taille des acteurs économiques – n'est en aucune manière universelle : il existe en effet des situations où le coût marginal de production d'une unité s'accroît avec le volume de la production (plus on produit et plus il est coûteux de produire une unité supplémentaire). On parle alors de déséconomies d'échelle.

[758] Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène :

- le caractère limité des ressources, qui augmente leur coût d'acquisition lorsque la production augmente ;
- le caractère limité des débouchés, qui augmente les coûts d'acquisition de clientèle, par exemple lorsqu'un marché est saturé ;
- le coût des investissements : la productivité des facteurs de production n'est pas extensible à l'infini et à partir d'un certain palier, il devient nécessaire de réaliser de nouveaux investissements pour continuer à augmenter la production ; or, dans ce cas, le coût des nouveaux investissements à réaliser peut alourdir de façon excessive le coût des nouvelles unités produites, et il n'est plus économiquement rationnel de développer la production ;
- l'apparition de nouveaux coûts liés à la grande taille : les organisations de grande taille génèrent des coûts qui leur sont propres (fonctionnement du siège, coûts des dispositifs de supervision et de contrôle, enjeux de gestion des ressources humaines, systèmes d'information, etc.), tout en étant menacées de risques particuliers liés à leur complexité (bureaucratisme, manque de lisibilité de la gouvernance, etc.).

[759] Toutes les organisations dont la taille s'accroît de façon significative doivent composer avec ces risques ou ces phénomènes, quel que soit la façon dont elles augmentent leur activité. Mais il existe par ailleurs des risques spécifiques liés aux opérations de fusion elles-mêmes qui expliquent leur bilan souvent mitigé dans le secteur privé.

1.2.2. **Le bilan contrasté des opérations de fusions-acquisitions**

[760] Les fusions-acquisitions sont un outil qui n'a jamais cessé d'être utilisé par les acteurs économiques pour mettre en œuvre leurs stratégies de développement. Pourtant, le bilan de ces opérations est loin de démontrer de façon absolue leur intérêt pour les entreprises qui les ont mises en œuvre. Dans la littérature managériale et économique, principalement anglo-saxonne, les études sur ce thème proposent plusieurs approches : l'analyse du gain que l'opération de fusion-acquisition a permis (ou non) aux actionnaires de dégager, la vérification de l'impact *a posteriori* de l'opération de fusion sur les comptes de l'entreprise (et non sur sa valorisation boursière), la comparaison entre les objectifs affichés par les dirigeants lors du lancement de l'opération et les objectifs atteints *in fine*, etc.

[761] Les résultats de ces travaux s'accordent sur deux points : un nombre significatif de fusions échoue et, dans une proportion plus large encore, la fusion ne semble pas avoir substantiellement amélioré la situation du nouvel ensemble par rapport aux autres entreprises du secteur de comparaison. Une revue de littérature conduite en 2002 et portant principalement sur les études conduites par les grands cabinets de conseil en management sur les dix précédentes années conclut ainsi : « *Les fusions et acquisitions sont des entreprises risquées qui atteignent les objectifs fixés par les responsables interrogés dans plus d'un cas sur deux, mais dont les résultats en termes financiers (amélioration de la valeur de l'action après l'opération) ne sont positifs que dans 30 à 55% des cas.* »²²¹

[762] L'appréciation générale des auteurs sur l'intérêt des fusions (« plutôt positif » ou « plutôt négatif ») varie finalement selon qu'ils agrègent les cas où elles n'ont pas eu d'impact aux cas où elles ont été un succès ou aux cas où elles ont été un échec. Le professeur F.M. Scherer, de la Harvard Business School, auteur d'une étude faisant référence sur le bilan économique (globalement négatif) des fusions industrielles aux Etats-Unis dans les années 1960 et 1970, résume plus simplement l'état de la connaissance : « *Le tableau paraît sombre : de nombreux échecs, un considérable niveau de médiocrité, des succès occasionnels* ».

1.2.3. Les difficultés intrinsèques des processus de fusion

[763] Le taux d'échec des fusions – qui ne semble jamais être inférieur à un tiers dans les études empiriques, et est même souvent présenté comme le cas général par les observateurs du monde des affaires²²² – s'explique de multiples façons. Le professeur Thomas Straub, de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Orientale a identifié trois catégories de facteurs pouvant expliquer l'échec (ou la réussite) d'une fusion :

Tableau 24 : Les facteurs-clé de succès ou d'échec d'une fusion d'entreprises

Logique stratégique	Management et organisation	Prix et aspects financiers
- similarités de marché	- expérience en matière de fusions	- évaluation du prix d'acquisition
- complémentarité de marché	- taille relative des parties	- procédure de rachat
- similarités opérationnelles	- compatibilité des cultures d'entreprise	- diligences en matière d'audit préalable
- parts de marché		
- capacité d'achat		

Source : Thomas Straub: *Reasons for Frequent Failure in Mergers and Acquisitions - A Comprehensive Analysis*, Deutscher Universitäts Verlag (DUV), Gabler Wissenschaft, 2007

[764] Ainsi, selon les résultats de l'échantillon de fusions d'entreprises analysées par le professeur Straub, les échecs constatés pouvaient s'expliquer soit pour des raisons de logiques stratégiques (la cible a été mal choisie), soit pour des raisons managériales (l'intégration a été mal gérée), soit pour des raisons financières (la cible a été achetée trop cher). Ces différentes catégories de raisons mettent en exergue trois éléments importants dans l'analyse des fusions :

- la nécessité d'inscrire le projet dans un cadre stratégique solidement étayé : la fusion n'a de sens que si elle s'appuie sur un projet cohérent qui donne son sens au rapprochement des entités fusionnées ; la seule recherche de la grande taille n'est pas suffisante pour fonder une telle cohérence ;

²²¹ P. Pautler, *The Effects of Mergers and Post-Mergers Integration: A Review of Business Consulting Literature*, Federal Trade Commission, 2003 ;

²²² Par exemple dans *The Economist* (« *The Trouble With Mergers* », article de couverture du 10/09/1994) ; ou dans *Business Week* dans deux enquêtes parues en 1995 et 2002 ;

- la nécessité de démontrer la rentabilité financière du projet de fusion : si la problématique de la valorisation du prix d'achat de la cible est propre aux fusions-acquisitions d'entreprises capitalistiques (OPA amicales ou hostiles, etc.), l'analyse de la rentabilité financière d'une fusion ne saurait se limiter à cette seule question ; en effet, dans le cas d'une fusion entre deux structures autres que des sociétés de capitaux (organismes privés sans but lucratif, établissements publics...), si cette fusion est effectuée à certaines conditions qui aboutissent *in fine* à dégrader la rentabilité des structures ou interdisent de l'améliorer, cela aboutit au même résultat que lorsque le prix d'une acquisition a été surévalué : les surcoûts de l'opération finissent par excéder les gains ;
- l'importance des facteurs humains et managériaux : ceux-ci jouent dans la phase d'intégration proprement dite, dont la complexité ne doit pas être sous-estimée ; ainsi, lorsque la conduite de la fusion mobilise de façon disproportionnée le management des structures fusionnées, ou affecte excessivement la mobilisation d'une partie de leur personnel, elle dégrade la performance globale de l'ensemble, parfois de façon irréversible ; sur le moyen/long terme, ces questions demeurent essentielles, notamment lorsque les entités rapprochées ont des cultures d'entreprise très différentes ; de nombreuses fusions échouent parce que les cultures d'entreprise n'ont pas su évoluer pour tenir compte l'une de l'autre²²³.

[765] Le fait que ces facteurs humains et managériaux soient trop souvent négligés malgré leur importance explique que, même lorsque la fusion apporte des gains, ceux-ci ne sont jamais dégagés aussi rapidement que prévu. Ce constat doit également amener à considérer la période de fusion comme un moment particulièrement critique qui nécessite un traitement approprié, idéalement par des responsables ayant déjà eu l'occasion de gérer ce genre de situation.

[766] Enfin, un dernier aspect doit être signalé dans l'analyse des aspects humains des fusions : ceux-ci ne concernent pas que le management et le personnel des entités fusionnées. Il concerne également leurs dirigeants, et notamment ceux de l'entreprise « acheteuse » : en effet, à côté des facteurs inhérents à l'activité et à la stratégie de l'entreprise qu'ils dirigent, certaines analyses ont également souligné le rôle que pourrait jouer dans le déclenchement des opérations de croissance externe les motivations personnelles des dirigeants. Dans certains cas, ceux-ci pourraient défendre des projets de croissance externe pour des raisons liées à leur propre intérêt : maximisation de leur rémunération, amélioration de leur stature extérieure, volonté de « bâtir un empire » ; ce facteur a été baptisé « *hypothèse de l'hubris* » par R. Roll (1986)²²⁴. Même si son importance a pu être contestée par la suite, cette hypothèse illustre la nécessité de ne pas négliger d'étudier les objectifs propres des dirigeants, et d'intégrer par ailleurs le fait toujours possible que ceux-ci puissent se tromper.

[767] En définitive, les enseignements de la littérature managériale et économique pourraient être synthétisés de la façon suivante :

- sous certaines conditions, une entreprise peut retirer de multiples avantages de l'augmentation de sa taille, et il peut être rationnel pour elle de rechercher cette croissance par la fusion avec une autre entreprise ;
- néanmoins, toutes les opérations de ce type ne sont pas couronnées de succès, et les échecs ne sont pas rares ; ceci doit par conséquent amener les dirigeants d'entreprises qui envisagent de mettre en œuvre une fusion à bien vérifier la solidité de leur projet ;

²²³ Le cas de l'échec de la fusion Daimler-Chrysler est ainsi donné en exemple d'une opération ayant échoué du fait des différences irréconciliables de culture entre les deux fabricants automobiles par R.A. Weber et C.F. Camerer dans leur article *Cultural Conflict and Merger Failure : An Experiment Approach*, Management Science, avril 2003 ;

²²⁴ R. Roll, *The Hubris Hypothesis*, Journal of Business, avril 1986 ;

- trois points doivent faire l'objet d'une vigilance particulière : la crédibilité du projet stratégique sur lequel repose la fusion, l'analyse précise de son impact financier, et les aspects managériaux et humains de celle-ci, sur le court terme (gestion de la fusion) comme sur le moyen/long terme (mise en œuvre de l'intégration des entités fusionnées).

[768] Pour la mission, les enseignements de nature générale de la partie précédente sont également applicables aux établissements de santé. Pour autant, le secteur hospitalier comme les établissements de santé eux-mêmes présentent des caractéristiques spécifiques (missions de service public, financement socialisé, réglementations propres, existence d'un régime d'autorisation et de planification par des autorités régulatrices...) qui rendent les modèles managériaux développés pour les entreprises concurrentielles inopérants sur de nombreux aspects.

[769] Dès lors, l'analyse des fusions hospitalières doit être complétée d'éléments d'explication liés aux spécificités propres du secteur hospitalier en général et des établissements publics de santé en particulier. La présente annexe envisage cette question à travers la question de l'adaptation aux établissements de santé des analyses économiques sur les effets de taille. L'annexe 5 traite quant à elles des déterminants des acteurs de l'hôpital face à la problématique des fusions.

2. LA QUESTION DE L'EFFET-TAILLE A L'HOPITAL

[770] La question de l'adaptation au secteur hospitalier des raisonnements sur les avantages et inconvénients de la grande taille dans les organisations est évidemment centrale dans l'analyse des fusions hospitalières. Les études disponibles semblent montrer que l'effet-taille existe bien dans les hôpitaux, mais que ses conséquences sont ambiguës et ne poussent pas à une augmentation indéfinie de la taille des structures hospitalières.

2.1. Les raisons qui poussent les hôpitaux à augmenter leur taille

[771] La relation entre la taille des hôpitaux et leur performance sanitaire (qualité des soins) ou médico-économique (efficacité) est une question qui a fait l'objet de nombreux travaux, qui ont en général cherché à identifier les effets de « taille critique » pour la conduite de certaines activités hospitalières, et à s'interroger de façon plus générale sur l'existence d'une « taille optimale » pour les établissements de santé, taille qui leur permettrait de maximiser leur performance en matière de qualité des soins et/ou d'efficacité économique.

[772] Pour analyser ces travaux, la mission s'est principalement appuyée sur plusieurs revues de littérature :

- une revue de littérature effectuée par l'université de York en 1997, qui est citée dans la plupart des travaux ultérieurs²²⁵ ;
- la thèse précitée de D. Piovesan sur les restructurations des cliniques privées ;
- l'étude de l'IRDES « *Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? – Enseignements de la littérature* »²²⁶ ;
- la revue de littérature internationale effectuée par PriceWaterHouseCoopers (PwC) pour la DGOS sur l'évaluation de l'impact économique des effets taille et gamme dans les établissements de santé²²⁷ ;
- le document de travail de l'ANAP « *Etude des liens entre volume et gamme d'activité et performance des hôpitaux* »²²⁸.

²²⁵ A. Sowden, V. Aletras & allii, *Volume of clinical activity in hospitals and healthcare outcomes, costs and patient access*, NHS Centre for Reviews and Dissemination / University of York, 1997 ;

²²⁶ In Questions d'économie de la Santé n°135, septembre 2008 ;

²²⁷ Note de synthèse PwC version 0.11 du 08/04/2010 ;

2.1.1. La qualité des soins : taille critique et effets d'apprentissage

- [773] En ce qui concerne le rapport éventuel entre taille et qualité des soins dans un établissement de santé, les travaux de l'IRDES offrent la vision la plus récente sur ce sujet, d'autant qu'ils ont été complétés en 2009 par une étude spécifique sur cette question, appliquée à huit modes de prise en charge hospitalière.
- [774] De façon générale, il existe un certain consensus dans la littérature internationale pour affirmer l'existence d'un lien entre le volume d'activité des établissements comme des praticiens eux-mêmes et la qualité des soins dispensés. L'IRDES précise cependant que ce constat doit être modulé :
- ce lien n'est pas évident pour tous les actes étudiés ; plus les actes sont complexes (notamment sur les interventions cardio-vasculaires et la chirurgie lourde), plus le rapport volume-qualité semble établi ;
 - ce lien est difficile à quantifier : les seuils ne font pas l'objet d'un consensus, et la progression de la qualité n'est pas linéaire ; elle peut par ailleurs « *devenir marginale au-delà d'un seuil parfois relativement bas* » ;
 - ce lien peut évoluer dans le temps, voire disparaître lorsqu'une technique s'est banalisée ;
 - enfin, si les études tendent à expliquer ces résultats par un effet d'apprentissage collectif (au niveau de l'établissement) comme individuel (au niveau du praticien), l'existence de phénomènes de « *renvoi sélectif* »²²⁹ n'est selon l'IRDES pas à exclure.
- [775] En 2009, l'IRDES a cherché à mesurer empiriquement ce lien en étudiant sur les données PMSI de 2006 les taux de mortalité et de réadmission à 30 jours dans les établissements de santé français pour huit actes courants²³⁰. L'étude a confirmé les conclusions de la revue de littérature de 2008 pour six des huit actes étudiés : à l'exception de l'appendicectomie et de la pose de stents, un lien a été identifié entre le niveau d'activité de l'établissement et les taux de mortalité et de réadmission à 30 jours ; ce lien est plus net pour les actes complexes (chirurgie lourde) que pour les actes simples ; en revanche, il ne semble plus jouer au-delà d'un certain palier qui reste néanmoins assez difficile à établir de façon précise.
- [776] Sur cette base, l'étude suggère quelques pistes pour l'action publique :
- si la nécessité de fermer les services à très faible activité (c'est-à-dire l'existence d'une taille critique minimale pour exercer certaines activités de façon satisfaisante) semble bien démontrée, cela ne justifie pas pour autant de promouvoir la constitution de services de très grande taille, qui n'ont pas de meilleurs résultats que les services de taille moyenne ;
 - l'approche par les seuils mérite d'être affinée par spécialités ou types d'actes, dans la mesure où le lien qualité / volume ne s'observe pas dans tous les cas ;
 - enfin, il convient toujours de se méfier de l'effet d'adressage ; en effet, le fait que la réputation de qualité d'un établissement augmente son attractivité n'améliore pas la qualité globale du système de santé, et peut même le dégrader si cet effet conduit à dégrader l'accessibilité aux soins ou à aboutir à un monopole sur la zone (dans le cas où, *in fine*, toute l'activité est concentrée sur l'établissement « de qualité »).

²²⁸ Synthèse des travaux de préparation du rapport du conseil scientifique et d'orientation de l'ANAP – version de travail du 06/08/2010 ;

²²⁹ Ce phénomène, également appelé « effet d'adressage », désigne le cas où, du fait de sa réputation de qualité, un établissement voit les malades les plus lourds orientés vers ses services ; dans ce cas, c'est donc la qualité qui génère le volume, et non l'inverse ;

²³⁰ Accident vasculaire cérébral, appendicectomie, infarctus du myocarde, pontage aorto-coronarien, pose de stent, prothèse totale de hanche, résection de cancer du côlon, résection pancréatique ;

2.1.2. L'efficience médico-économique : économies et déséconomies d'échelle

[777] Les économies d'échelle dans le secteur hospitalier ont fait l'objet de nombreux travaux visant à mesurer si l'efficience économique des établissements s'améliorait avec l'augmentation de leur taille. Outre l'effet d'expérience déjà évoqué, deux autres effets sont traditionnellement mis en avant :

- l'effet volume, assimilable aux traditionnelles économies d'échelle gains liés à la grande taille analyses *supra* au point 1.1.2. ;
- l'effet de gamme, qui se définit comme « *l'hypothèse selon laquelle la production simultanée de plusieurs activités se traduit, s'il existe une certaine synergie entre activités, par des gains en termes de coûts* »²³¹.

2.1.2.1. L'effet volume

[778] En ce qui concerne l'effet volume, les éléments de la revue de littérature de l'université d'York convergent autour de l'idée que, pour les hôpitaux de court séjour, « *des économies peuvent être réalisées par le seul jeu des économies d'échelle jusqu'à 200 lits, et qu'il est probable que les très grands hôpitaux (plus de 600 lits) ont un fonctionnement inefficace, qu'ils peuvent néanmoins compenser grâce à d'autres avantages* ». L'étude réalisée par PwC pour la DGOS va dans le même sens en s'appuyant sur une revue de littérature établie en 2002 par M. Rosko²³² à partir de sources essentiellement américaines ; Rosko relève ainsi que « *si les estimations situent le coût minimal moyen d'un hôpital à long terme à entre 150 et 900 lits, la plupart des études suggèrent que ce coût moyen est minimal autour de 200 à 300 lits* ».

[779] Cependant, selon ces travaux ce constat ne saurait être pris de façon absolue : tout d'abord, dans la théorie économique, les économies d'échelle supposent normalement un taux d'utilisation des capacités de production maximum ; or le secteur hospitalier comporte des établissements en situation de surcapacité ou de sous-activité, et la réflexion à adopter à leur égard (notamment lorsqu'ils sont parties prenantes d'une fusion) renvoie à d'autres notions qu'à celle d'économies d'échelle. En outre, comme au point précédent, l'approche globale au niveau de l'établissement peut être trompeuse, et doit être affinée par activités : dans son étude, Rosko note ainsi que les économies d'échelle paraissent plus aisées à dégager au niveau des services qu'au niveau des établissements, moins manœuvrables du fait de leur structure plus complexe.

2.1.2.2. L'effet de gamme

[780] En ce qui concerne l'effet de gamme, c'est-à-dire l'impact de la structure d'activités de l'établissement sur ses coûts, les réflexions ont porté sur la pertinence de stratégie de diversification (entretien d'une large gamme de spécialités au sein de l'hôpital afin de développer des synergies entre elles) ou de spécialisation (positionnement privilégié sur certains créneaux spécifiques²³³). Dans ce dernier cas, la stratégie de gamme vise à réaliser des économies d'échelle sur le secteur de spécialisation retenu : économies de gamme et économies d'échelle ne sont donc pas des notions étanches.

²³¹ G. de Pourville, JC Moisson et *alii*, *Les économies d'échelle dans le secteur public hospitalier français, Economie de la santé : Trajectoires du futur*, INSEE Méthodes, 1997, pp. 244-259 ;

²³² M. Rosko, *Understanding variations in hospital costs : An economics perspective*, Annual of Operations Research, 2005 ;

²³³ Dans ce cas, la stratégie de gamme s'entend sur le secteur de spécialisation retenu, en tablant sur l'existence de complémentarités entre les cas lourds que l'établissement prend en charge sur ce secteur et les cas légers qu'il continue par ailleurs de traiter ;

[781] Les travaux consultés par l'étude PwC comme par le document de travail de l'ANAP ne sont guère concordants sur cette question : l'étude PwC a ainsi relevé des conclusions diamétralement opposées sur l'intérêt de la diversification par rapport à la spécialisation ; plusieurs études citées tendent toutefois à démontrer la supériorité des structures à consultations (i.e. dont l'activité est programmée) sur les structures dépendant des urgences – ce qui paraît logique compte tenu de la nécessité de conserver des surcapacités pour gérer les pointes (« modèle de l'incertitude »). De son côté, le document de travail de l'ANAP cite une série d'études réalisées aux Etats-Unis dans le contexte de développement d'hôpitaux spécialisés²³⁴ laissant penser que leur meilleure rentabilité affichée est davantage liée à des effets d'aubaine tarifaire qu'à une structure de coûts plus favorable que dans les hôpitaux généralistes ; leur plus petite taille et la plus grande spécialisation de leur personnel (qui alourdit leur rémunération) sont mises en avant pour expliquer ce constat.

[782] Ces constats contradictoires illustrent le fait que l'activité et les coûts d'un établissement de santé sont en réalité le produit d'une multitude de facteurs dont le volume et la gamme d'activité ne sont que deux des éléments. Le caractère peu concluant des études empiriques récentes effectuées sur les hôpitaux français vient renforcer ce constat.

2.2. Applications empiriques au cas des établissements de santé français

[783] Plusieurs études empiriques ont essayé au cours des années 2000 d'identifier un effet-taille ou un effet-gamme sur les coûts des établissements de santé français

2.2.1. Effet-volume et effet-gamme dans les cliniques privées au début et à la fin des années 2000

[784] Dans le cadre de son mémoire de 2003 sur la restructuration des cliniques privées, D. PIOVESAN a conduit une analyse sur les résultats financiers (chiffre d'affaires, bénéfices, taux de marge...) des cliniques privées en fonction de leur taille (en nombre de lits) et de leur gamme (médecine / chirurgie / obstétrique, lourdeur des interventions), en croisant les données des comptes des structures avec les données SAE de 1999 :

- en ce qui concerne l'effet-volume, l'étude montre que les profils les plus rentables sont les petites cliniques avec une forte activité (< 80 lits, CA entre 7 et 10 M€²³⁵) et les cliniques les plus grosses avec une forte activité (> 120 lits, CA > 10 M€) ; d'une manière générale, il semble y avoir davantage de lien entre la rentabilité et le chiffre d'affaires de la clinique qu'entre la rentabilité des cliniques et leur taille en nombre de lits ; dans certains cas, à chiffre d'affaires constant les cliniques auraient même plutôt intérêt à optimiser leur outil de production en réduisant leur nombre de lits ;
- en ce qui concerne les effets de gamme, l'étude révèle de meilleurs taux de marge pour certaines combinaisons d'activités : M/O, O seule, C seule et C/M, ces taux étant les plus favorables dans ces deux derniers cas ; à l'inverse, les établissements ultra-généralistes présents sur les trois secteurs (M/C/O) semblent peu rentables, tout particulièrement lorsqu'ils sont petits ; en ce qui concerne la question de la spécialisation (nombre et part des actes lourds dans l'activité), l'étude dessine deux stratégies possibles (en fonction des taux de marge constatés) : soit le maintien d'un certain équilibre entre actes lourds et actes plus courants, mais avec nécessité d'une certaine masse critique en termes de nombre d'actes réalisés, soit la spécialisation sur les actes les plus techniques plutôt que sur les actes plus simples.

²³⁴ Hôpitaux cardiologiques, orthopédiques ou de centres autonomes de chirurgie ambulatoire ;

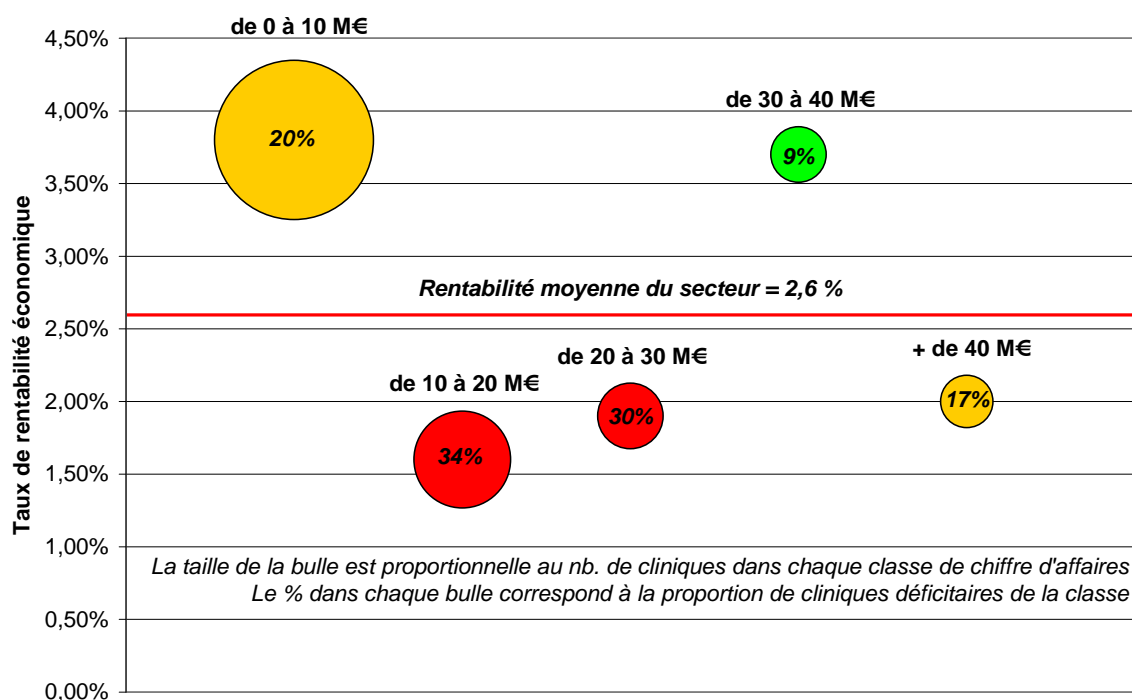
²³⁵ 45 et 65 MF dans l'étude originelle ;

[785] Compte tenu de la mise en place de la T2A et de l'évolution des tarifs sur les dix dernières années, ces conclusions (notamment en ce qui concerne les effets de gamme) ne reflètent probablement plus la réalité de la situation du secteur, et doivent par conséquent être prises pour leur valeur d'exemple dans un contexte particulier (en l'occurrence, celui de la fin des années 1990).

[786] Plusieurs éléments restent néanmoins pertinents sur la période actuelle. Tout d'abord, aujourd'hui comme il y a dix ans, les effets de taille pour les structures privées lucratives s'appliquent à des tailles d'établissements nettement plus faibles que pour les hôpitaux publics : selon la stratification retenue par l'étude, les plus grosses cliniques sont celles qui ont plus de 120 lits (qui représentaient 22 % de l'échantillon étudiée), seuil particulièrement bas pour un hôpital public (et même, selon les études citées *supra* au point 2.1.2.1., sous le seuil d'efficience). Malgré les regroupements intervenus depuis, cette situation n'a pas fondamentalement évolué : en 2009, la taille moyenne d'une clinique privée est de 115 lits MCO, et la fédération de l'hospitalisation privée considère que la taille d'une clinique commence à être « grosse » à partir de 200 lits.

[787] Ensuite, les éléments relevés par l'étude en ce qui concerne l'effet ambigu de la taille sur la rentabilité des cliniques privées semblent corroborés par les dernières données disponibles sur la situation financière de ce secteur :

Graphique 2 : Rentabilité économique des cliniques privées en fonction de leur chiffre d'affaires en 2009



Source : Rapport sectoriel 2011 de la FHP – retraitement IGAS

[788] On observe ainsi que, comme en 1999, ce sont les plus petits établissements en CA (<10 M€) qui sont aussi les plus rentables, suivis des gros établissements (entre 30 et 40 M€ de CA), mais pas des plus gros d'entre eux, dont la rentabilité est inférieure de 0,6 points à la moyenne du secteur et qui comptent 17 % d'établissements en déficit. Les établissements moyens (entre 10 et 30 M€) sont les plus en difficulté, en ce qui concerne tant leur taux de marge moyen que leur proportion d'établissements déficitaires.

[789] Une hypothèse pourrait être que les plus petits établissements jouent sur un effet de gamme en se spécialisant (centrage sur la chirurgie, désengagement de l'obstétrique), tandis que les plus gros établissements bénéficieraient d'économies d'échelle jusqu'à la limite de 40 M€ de CA, au-delà de laquelle l'effet s'inverserait. Ces conclusions nécessiteraient cependant des études complémentaires pour être confirmées.

2.2.2. Effet-volume et effet-gamme dans les établissements de santé : l'étude PwC/DGOS de 2010

[790] La DGOS a fait réaliser en 2010 au cabinet PriceWaterhouseCoopers une étude destinée à évaluer l'impact économique des effets taille et gamme dans les établissements de santé. Cette étude a donné lieu à la production de trois livrables : une revue de la littérature internationale déjà citée, une étude statistique conduite avec l'ATIH et une série de monographies sur six établissements ex-DG. Ces travaux visaient à mesurer l'influence de la taille des structures et de leur stratégie de gamme (diversification / spécialisation) sur leurs coûts de production.

[791] Les résultats de l'étude statistique sur les données 2008 de 599 établissements publics et ex-PSPH (« ex-DG ») et de 286 cliniques privées (« ex-OQN ») sont résumés dans l'encadré suivant.

Principaux enseignements de l'étude PwC effet taille / effet gamme de 2010

L'effet-taille

« En ce qui concerne les établissements publics et privés ex-DG, la taille permettant d'enregistrer les coûts les plus bas correspondrait à un chiffre d'affaire d'activité (recettes de l'assurance maladie) compris entre 28 et 41 millions d'euros, ce qui correspond à la troisième classe de taille. En deçà et au-delà de cette classe, les coûts augmentent.

Dans le secteur privé lucratif, ce sont les plus petits établissements qui enregistrent les coûts les plus faibles (recettes d'activité inférieures à 6,7 millions d'euros). »

L'effet-gamme

« La diversification entraînerait des coûts par séjour et séance plus importants, pour les établissements publics et privés ex-DG. Néanmoins le poids des prises en charges n'a pas pu être totalement neutralisé.

Pour les établissements privés ex-OQN, les tendances sont difficilement interprétables et semblent majoritairement dues aux différences de lourdeur prises en charge (et non à des effets de gamme proprement dits). »

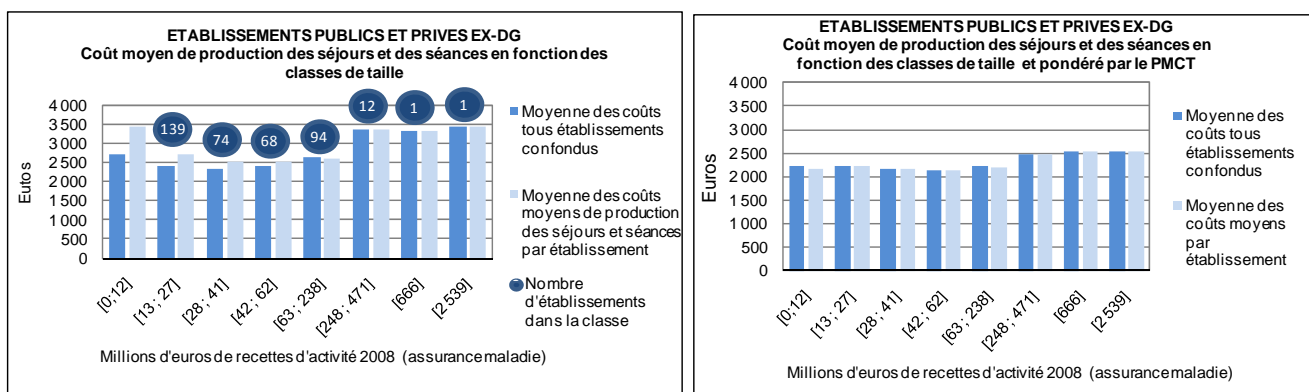
Source : PwC/DGOS – Evaluation de l'impact économique des effets taille et gamme dans les établissements de santé - Analyse statistique : rapport de fin de phase – 14/10/2010

[792] Les éléments observés sont insuffisamment robustes pour dégager des règles générales, notamment en ce qui concerne les effets de gamme, particulièrement difficiles à mesurer compte tenu de la difficulté de neutraliser les autres variables, notamment le poids des prises en charge.

[793] Néanmoins, en ce qui concerne les effets-volume, les résultats de l'étude paraissent cohérents avec les autres études disponibles :

- en ce qui concerne les établissements publics, les chiffres laissent deviner une structure d'évolution des coûts sous la forme d'une « légère courbe en U » selon l'étude, i.e. avec présence d'économies d'échelle dans les établissements les plus petits et de déséconomies d'échelle au-delà d'un certain niveau d'activité qui semble assez bas ;

Graphique 3 : Effets-volume dans les établissements ex-DG en 2008



Source : Etude PwC-DGOS, p. 26

- en ce qui concerne les cliniques privées, de la même manière, on constate une meilleure rentabilité des petites structures et l'existence d'une fonction de coût plutôt croissante avec l'activité, avec néanmoins un point bas pour les structures ayant une activité moyennement importante (entre 32 et 47 M€ de recettes AM).

2.2.3. Les analyses de la Cour des Comptes

[794] Dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009, la Cour des Comptes a consacré un chapitre particulier à la question de l'organisation de l'hôpital où elle a étudié la dispersion des données d'activité et de coûts²³⁶ d'un échantillon de 39 hôpitaux publics sur trois spécialité présentes dans tous les types de structures MCO (pneumologie, chirurgie orthopédique, maternité). Le tableau suivant, extrait du rapport de la Cour des comptes, illustre l'ampleur des écarts ainsi constatés :

Tableau 25 : Ampleur des écarts entre hôpitaux selon la Cour des Comptes, sur trois spécialités (données 2006)

	nombre de GHS codés	PM/lit	PNM/lit	séjours/lit	PMCT	DMS	Recette/lit	Taux occup.
Pn.	1 à 2	1 à 10	1 à 3	1 à 4	1 à 3,3	1 à 4	1 à 2	1 à 3
Ch.O	1 à 3	1 à 8	1 à 3	1 à 3	1 à 2,5	1 à 3	1 à 3	1 à 2
Mate.	1 à 16	1 à 5	1 à 4	1 à 4	1 à 4	1 à 2	1 à 3,4	1 à 3,3

Source : Cour et CRC (rapport entre les valeurs maximales et minimales) – tableau extrait du rapport LFSS 2009, p. 118 ;

²³⁶ personnel médical (PM) / lit, personnel non médical (PNM) / lit, poids moyen en euros des cas traités (PMCT), durées moyennes de séjour (DMS), etc. ; cf. tableau n°2 ;

[795] Comme on le voit, les établissements sont dans des situations très hétérogènes sur la plupart des indicateurs, les écarts n'étant jamais inférieurs à de 1 à 2. Mais la Cour relève par ailleurs que, sur l'échantillon retenu, ces écarts ne s'expliquent ni par la taille des établissements ni par leur qualité de CHU. De plus, cette hétérogénéité se retrouve au sein même des établissements, dont tous affichaient au moins un indicateur moins bon que la moyenne sur la sélection retenue.

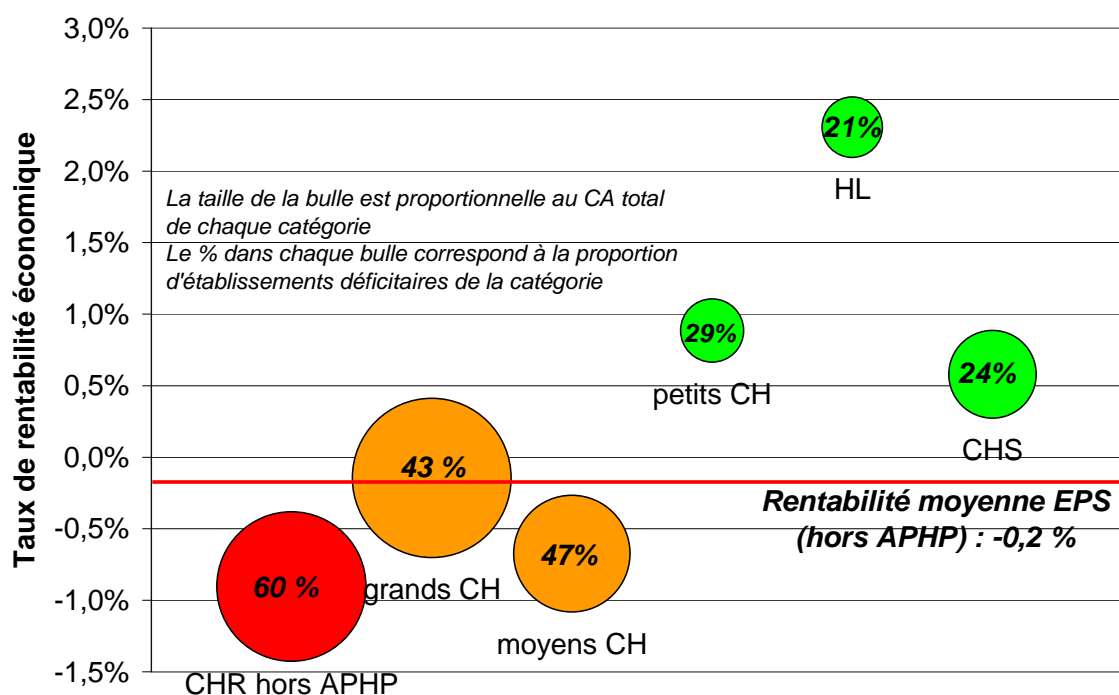
[796] Ces constats n'infirmant pas forcément l'hypothèse de l'existence d'économies d'échelle ou d'économies de gamme dans les établissements publics de santé ; en revanche, ils mettent en exergue deux points importants sur cette question :

- tout d'abord, comme la Cour le relève dans ses commentaires sur ce tableau, ils révèlent qu'il y a « *des marges de progression partout* », ce qu'elle illustre ensuite en examinant notamment les écarts de coûts de journée et de productivité entre les établissements de son échantillon ; ces éléments montrent que, dans le secteur hospitalier, l'utilisation des capacités de production est loin d'être optimale partout, alors que la théorie des économies d'échelle précise que les économies d'échelle ne peuvent être constatées que si les capacités de production sont utilisées à leur maximum ; lorsque cela n'est pas le cas, l'enjeu n'est pas de rechercher à augmenter la taille de l'entité, mais de la restructurer afin de diminuer les surcoûts liés à sa son organisation sous-optimale ;
- par ailleurs, la diversité de situations qu'illustre ce tableau fragilise les discours de nature générale sur les « recettes » pour dégager des économies d'échelle dans les hôpitaux publics – à tout le moins sur les services de soins objets de cette étude –, et soulignent au contraire la nécessité d'adapter les analyses à la situation propre de chaque établissement.

2.2.4. La situation financière des établissements publics de santé

[797] Enfin, il n'est pas inutile pour terminer cette analyse des données disponibles sur la relation entre la taille et la performance des établissements de santé de présenter les éléments relatifs à la rentabilité économique (= résultat net comptable / chiffre d'affaires) des établissements de santé par types de structures :

Graphique 4 : Rentabilité économique des EPS en 2010, par grandes catégories (hors APHP)



Source : Données DGFIP, calculs DREES

[798] Le tableau suivant donne l'évolution du nombre de structures déficitaires et bénéficiaires dans chaque catégorie sur 2008-2010 :

Tableau 26 : Répartition des hôpitaux excédentaires et déficitaires par grandes catégories 2008-2010

	2008		2009		2010	
	% en déficit	% en excédent	% en déficit	% en excédent	% en déficit	% en excédent
CHR hors APHP	83%	17%	70%	30%	60%	40%
grands CH	51%	49%	33%	67%	43%	57%
moyens CH	49%	51%	36%	64%	47%	53%
petits CH	29%	71%	27%	73%	29%	71%
HL	25%	75%	25%	75%	21%	79%
CHS	27%	73%	24%	76%	24%	76%
TOTAL	36%	64%	30%	70%	33%	67%

Source : Données DGFIP, calculs DREES

[799] Ces éléments montrent que le degré de bonne santé économique des hôpitaux publics semble inversement proportionnel à leur taille, tant en niveau absolu qu'en fonction de la proportion d'établissements de la catégorie en déficit, et que les établissements les plus en difficultés (selon ces deux critères) sont aussi les plus gros (i.e. les CHR) – même si leur situation s'est améliorée en 2010, au contraire de celle des CH grands et moyens.

[800] Ces chiffres doivent cependant être pris avec précaution. Tout d'abord parce qu'ils ne reposent pas sur des données comptables complètement fiables²³⁷, mais aussi (et peut-être surtout) parce que la corrélation qu'ils font apparaître ne démontre pas l'existence d'un lien de causalité univoque entre la grande taille et la mauvaise santé financière des EPS en mode T2A, cette apparente corrélation pouvant être liée à d'autres phénomènes comme le statut des différentes catégories d'établissement au regard de la convergence T2A, l'effet des MIGAC et MERRI ou les différences de *case-mix* entre les établissements (autant de phénomènes qui au demeurant peuvent eux-mêmes être indirectement liés à la taille de ces structures).

*

* *

[801] En définitive, l'analyse des études et données existantes conduit à formuler les conclusions suivantes :

- le lien entre la taille des structures et la qualité des soins dispensés est assez solidement étayé, mais cesse de jouer à partir d'une certaine limite, variable selon les spécialités, au-delà de laquelle il ne semble plus exister d'effet d'apprentissage (ni donc de raison liée à la qualité des soins de regrouper les services ou les structures) ;
- les effets d'économies d'échelle et, plus encore, d'économies de gamme sont plus difficiles à mesurer ; si l'existence d'économies d'échelle paraît démontrée pour les structures de petite taille et de taille moyenne, ce qui peut valider la pertinence de stratégies de regroupements concernant ces entités, cet effet tendrait en revanche à s'inverser au-delà d'une certaine taille, qui reste difficile à évaluer mais dont les données médico-économiques existantes laissent penser qu'elle devrait être inférieure à celle des structures de très grande taille du système hospitalier français (gros CH et CHR) ;

²³⁷ dans son rapport 2010 sur l'exécution de la LFSS, la Cour des Comptes encore certains « *errements comptables* » susceptibles de remettre en cause la sincérité des comptes de certains hôpitaux publics ;

- enfin, il convient de rappeler que les économies d'échelle ne s'observent que lorsque ces capacités de production sont utilisées au maximum de leur potentiel ; elles ne s'observent pas, en revanche, dans des situations de surcapacités de production ou de sous-productivité ; or ces phénomènes ne sont pas des hypothèses d'école pour les établissements publics de santé, les données disponibles sur leur activité et leur organisation montrant qu'ils disposent encore d'importantes marges de progrès dans l'optimisation de leurs capacités de production.

Annexe 10 : Analyse des données chiffrées sur les fusions entre établissements de santé 1995-2011

ANNEXE 10 : ANALYSE DES DONNEES CHIFFREES SUR LES FUSIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE 1995-2011 213

1. LES FUSIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE : UNE REALITE MAL CONNUE ET PEU SUIVIE	215
1.1. <i>Les fusions, comme les restructurations hospitalières en général, ne font pas l'objet d'un suivi de la part du ministère</i>	215
1.1.1. Les limitations bien connues des systèmes d'information statistiques sur l'hôpital n'ont toujours pas été surmontées.....	215
1.1.2. L'administration centrale ne suit pas les restructurations hospitalières	216
1.1.2.1. Un sujet qui n'est plus suivi au niveau national depuis le milieu des années 2000....	216
1.1.2.2. Les seules études disponibles n'ont pas été commandées par le ministère et portent sur la période antérieure à 2006.....	217
1.1.3. L'absence de suivi des restructurations hospitalières est un vrai handicap pour les acteurs nationaux de la gestion hospitalière.....	217
1.2. <i>Les restructurations touchent tous les secteurs mais fusions et fermetures touchent davantage le secteur privé que le secteur public</i>	218
1.2.1. Les données du ministère montrent des établissements privées davantage touchés par les fusions que les établissements publics dans les années 2000.....	218
1.2.2. L'étude NFT/DEXIA vient préciser ce constat sur la période 1995/2005	220
2. LES FUSIONS HOSPITALIERES ENTRE 1995 ET 2011 : EVOLUTION ET TYPOLOGIE	221
2.1. <i>Des opérations qui ont connu un pic à la fin des années 1990 et qui restent moins fréquentes que les directions communes d'établissements</i>	222
2.1.1. Un mouvement qui n'a pas retrouvé l'intensité de la fin des années 1990	222
2.1.2. Il y aurait moins d'une fusion pour deux directions communes.....	223
2.2. <i>Typologie des fusions d'EPS</i>	224
2.2.1. Les fusions n'impliquent en général que deux établissements, et en majorité des centres hospitaliers.....	224
2.2.2. Les entités parties prenantes des fusions : une surreprésentation des petits centres hospitaliers.....	225
2.2.3. Les fusions hospitalières se font rarement entre égaux	227
2.2.4. Des fusions très inégalement réparties selon les régions.....	228
3. LISTE DES FUSIONS D'EPS 1995-2015 RECENSEES PAR LA MISSION	231

- [802] Les restructurations hospitalières, dont les fusions entre établissements de santé font partie, ne font pas l'objet d'un suivi méthodique et régulier de la part de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), ni de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistiques (DREES), les outils de suivi statistiques des établissements de santé s'avérant inadaptés à ce suivi.
- [803] Pour pallier ces déficiences, la mission a mobilisé les sources disponibles auprès de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), du centre national de gestion (CNG) et de la Nouvelle Fabrique des Territoires (NFT)²³⁸, afin de constituer une base des fusions entre établissements publics de santé sur la période 1995-2011.
- [804] Après avoir examiné les données disponibles dans les systèmes d'information du ministère et les enseignements de l'étude NFT de 2008, la présente annexe détaille les résultats de l'exploitation de cette base, afin de donner un image chiffrée des fusions entre établissements de santé sur les quinze dernières années.

1. LES FUSIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE : UNE REALITE MAL CONNUE ET PEU SUIVIE

- [805] La connaissance des fusions entre établissements de santé (publics ou privés) pâtit des faiblesses de l'appareil statistique du secteur pour suivre ce type d'information, et d'un certain manque de volonté de la part de l'administration centrale du ministère de la santé pour améliorer sa connaissance en la matière.

1.1. Les fusions, comme les restructurations hospitalières en général, ne font pas l'objet d'un suivi de la part du ministère

1.1.1. Les limitations bien connues des systèmes d'information statistiques sur l'hôpital n'ont toujours pas été surmontées

- [806] Les fusions sont une des formes des restructurations hospitalières, qui recouvrent également les transferts d'activité, les conversions de places, les fermetures de services, etc. Bien qu'essentiels pour comprendre les évolutions de l'offre de soins, ces mouvements sont difficiles voire impossibles à identifier dans les outils statistiques de suivi des établissements publics : répertoire FINESS, base de données Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).
- [807] Les limites de ces outils sont bien connues :
- le fichier FINESS, qui reprend les données administratives (nom, adresse, statut juridique) des établissements de santé de toute nature, n'offre pas une représentation exacte du nombre de structures de soins, qu'il soit décompté en entités juridiques ou en sites géographiques ; en effet, d'une part, une même structure peut avoir plusieurs numéros FINESS, en fonction de la variété de ses activités, du nombre de ses sites, de l'historique des restructurations dont elle est issue, et d'autre part, il peut être malaisé de rattacher des sites géographiques à leur entité juridique « consolidante » ;

²³⁸ Le laboratoire de recherche qui a réalisé en 2008 la dernière étude en date sur les restructurations hospitalières, afin de constituer une base des fusions entre établissements publics de santé, *10 ans de recompositions hospitalières en France*, DEXIA/NFT, janvier 2009 ;

- les bases SAE et PMSI reposant sur le répertoire FINESS, elles sont victimes de son manque de fiabilité pour le suivi des données d'activité par site et par entité ; de plus, les restructurations n'étant pas des événements identifiés en tant que tels dans la base, il n'est pas possible de rattacher les mouvements observables d'une année sur l'autre sur un site ou une entité à l'impact des restructurations qui l'auraient touché sur la période (cas par exemple d'un transfert d'activité réduisant ou augmentant les capacités de la structure et son activité associée).

[808] Malgré les remarques récurrentes des corps de contrôle²³⁹, la situation sur ce point n'a pas évolué dans les années 2000, et aucune refonte de l'application FINESS n'est programmée dans un avenir proche.

1.1.2. L'administration centrale ne suit pas les restructurations hospitalières

1.1.2.1. Un sujet qui n'est plus suivi au niveau national depuis le milieu des années 2000

[809] Il n'existe donc pas de moyens de connaître à partir des outils disponibles le nombre des mouvements de restructuration d'une année sur l'autre, ni leur typologie, ni même, de façon plus modeste, le nombre d'opérations de fusions entre établissements de santé. Pour les raisons exposées au point précédent, la seule observation de l'évolution du nombre d'entités et d'établissements actifs dans SAE d'une année sur l'autre, si elle donne une idée générale sur l'évolution du nombre d'établissements de santé sur la période (cf. *infra*, point 1.2.1), ne permet pas de déduire le nombre exact de fusions ou de disparitions d'établissements, pas plus que l'évolution du nombre de sites d'un établissement donné.

[810] Cette situation est d'autant plus regrettable que la DGOS n'a pas maintenu le dispositif de suivi des restructurations hospitalières qui avait été mis en place à la création des ARH. Ce dispositif, fondé sur l'exploitation des remontées d'informations des ARH, a donné lieu à la production de deux atlas des recompositions en 1998 et 2002, et à la création d'un observatoire des recompositions hospitalières. Celui-ci a cessé de fonctionner au milieu des années 2000. Depuis 2006, ni la DGOS ni la DREES n'ont produit de suivi ni *a fortiori* de bilan chiffré des opérations de restructurations hospitalières. Ces opérations ne constituaient manifestement pas pour l'administration centrale une priorité telle qu'elle méritait un suivi spécifique et régulier au niveau national.

[811] Au niveau local, la mission a pu en revanche constater que les ARS tenaient le compte des restructurations mises en œuvre sur leur territoire, mais que ce suivi était empirique et « littéraire », c'est-à-dire avec très peu de données chiffrées : si les agences disposent en général de documents synthétiques présentant les opérations réalisées ou en cours, il s'agit le plus souvent de documents *ad hoc* à usage interne, non consolidables par nature, faute que les éléments quantitatifs qui seraient nécessaires pour une exploitation nationale (ainsi que la typologie précise des opérations à suivre) aient été définis par le ministère.

[812] Lors du conseil des ministres du 5 janvier 2011 il a été annoncé la réactivation de l'observatoire des recompositions hospitalières, et l'article 17 de la loi du 11 août 2011²⁴⁰ demande la production d'un rapport annuel du gouvernement au parlement sur l'activité des ARS en matière de recompositions hospitalières. Pour autant, à la date de la mission, aucun de ces deux chantiers n'a véritablement démarré, et les données disponibles sont toujours aussi lacunaires.

²³⁹ Cf. par exemple les observations de la Cour des comptes sur la nécessité de moderniser FINESS dans son rapport LFSS de 2002, réitérée dans le chapitre relatif aux restructurations hospitalières de son rapport de 2008 ;

²⁴⁰ loi du 11 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « PPL Fourcade » ;

1.1.2.2. Les seules études disponibles n'ont pas été commandées par le ministère et portent sur la période antérieure à 2006

- [813] Il n'existe donc pas de document officiel recensant de façon exhaustive les fusions entre établissements de santé (ou plus généralement les opérations de restructuration) conduites sur les dernières années. La DGOS a cessé d'actualiser le site de l'observatoire des recompositions en 2006, et les documents produits par la DREES, que la mission examine *infra* au point 1.2.1., ne donnent que des tendances générales qui ne peuvent pas être décomposées de façon fine, opération par opération.
- [814] Depuis le début des années 2000, le seul recensement à visée exhaustive des opérations de restructurations hospitalières de la période récente a été effectué par la Nouvelle Fabrique des Territoires (NFT) pour le compte de Dexia en 2008. A partir d'un travail d'exploitation des bases SAE complété d'investigations propres, NFT a ainsi recensé toutes les opérations de recombinaison de l'offre de soins MCO publique et privée conduites entre 1995 et 2005.
- [815] A cette étude générale dont les principaux apports sont détaillés *infra* au point 1.2.2., et sur les données de laquelle la mission s'est pour partie appuyée dans la suite de cette annexe, s'ajoutent par ailleurs les analyses produites par la Cour des Comptes dans son rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale 2008, qui consacre un de ses chapitres aux restructurations hospitalières. Celui-ci ne contient pas de bilan global de ces opérations, mais en discute les effets à travers l'analyse thématique d'un échantillon d'opérations jugées significatives.

1.1.3. L'absence de suivi des restructurations hospitalières est un vrai handicap pour les acteurs nationaux de la gestion hospitalière

- [816] L'absence de bilan – et, *a fortiori*, d'évaluation – des restructurations hospitalières conduites depuis le milieu des années 2000 nuit évidemment à la qualité du pilotage régional comme national de ces opérations toujours délicates. La mission développe ce point de façon plus approfondie dans son annexe 5 sur les déterminants des acteurs, dans la partie relative à la tutelle (ministère, ARH/ARS).
- [817] Mais le manque de fiabilité des outils de suivi des restructurations hospitalières est également dommageable pour les acteurs nationaux de la gestion hospitalière, alors que ces informations constituent pour eux des données de gestion importantes :
- Le CNG
- [818] Dans sa mission de gestion des personnels de direction médico-administratifs des établissements publics de santé, le CNG doit normalement disposer d'une information en temps réel des mouvements de restructuration et de fusion afin d'ajuster immédiatement ses bases quant à l'établissement d'affectation des personnels qu'il gère. Il est même souhaitable qu'il puisse être informé de ces opérations lorsqu'elles sont encore à l'état de projet, afin de pouvoir contribuer aux côtés des acteurs locaux à l'élaboration des éventuelles mesures d'accompagnement RH de ces restructurations qui concerneraient les personnels qu'il gère.
- [819] En pratique, le CNG est tenu informé par les ARS des fusions concernant des établissements de santé ou médico-sociaux (le CNG gérant également les directeurs d'établissements sanitaires et sociaux), des évolutions d'activité se traduisant par des mouvements de praticiens hospitaliers (transferts d'activité) ainsi que des situations d'intérim et des conventions de direction commune passées entre établissements, ces dernières donnant lieu à des avantages statutaires pour les directeurs concernés. Mais ces informations circulent selon une procédure peu formalisée, appuyée sur des outils informatiques obsolètes (outil de gestion des DH) ou pas toujours correctement mis à jour par le niveau local (outil SIGMED de gestion des PH) qui ne garantit pas que l'exhaustivité des informations remonte effectivement au CNG.

- L'ATIH

[820] L'ATIH doit également disposer d'un référentiel à jour afin de pouvoir restituer les données d'activité des établissements sur les différents périmètres pertinents pour les analyses, qui sont multiples : selon les besoins, il peut ainsi être nécessaire de disposer d'une vision agrégée par entité juridique ou éclatée par site, et présentée sur le périmètre avant recombinaison ou après recombinaison. Dans ces conditions, les données devraient pouvoir être éclatées jusqu'au niveau le plus fin, et les opérations de recombinaisons devraient être précisément datées et faire l'objet d'une clé de passage entre l'ancien et le nouveau périmètre l'année où elles se produisent.

[821] Or, aujourd'hui, l'ATIH ne dispose pas de ce degré de visibilité et de précision sur les opérations de restructuration, et les retraitements qu'elle opère manquent de souplesse : dans le cadre de la mise à jour de l'outil Hospi-DIAG, elle est ainsi amenée à tenir une liste des fusions d'établissements, qui lui est nécessaire pour pouvoir présenter des données rétrospectives consolidées sur le nouveau périmètre ; mais l'outil Hospi-DIAG ne permet pas de ré-éclater les données au niveau des établissements, ni de suivre les mouvements par site.

[822] Néanmoins, malgré toutes ces limites, le CNG et l'ATIH sont aujourd'hui les seules entités nationales qui tiennent à jour en temps réel un fichier des fusions hospitalières. La mission s'est donc appuyée sur ces fichiers pour prolonger jusqu'en 2011 les données du recensement effectué sur 1995-2005 par l'étude NFT (cf. exploitation *infra* en partie 2).

1.2. Les restructurations touchent tous les secteurs mais fusions et fermetures touchent davantage le secteur privé que le secteur public

1.2.1. Les données du ministère montrent des établissements privés davantage touchés par les fusions que les établissements publics dans les années 2000

[823] Malgré leurs limites, les données de SAE offrent une première image de l'impact des restructurations sur le tissu hospitalier public et privé dans les années 2000. Le tableau suivant présente – avec les limites méthodologiques soulignées *supra* au point 1.1.1. – l'évolution annuelle du nombre d'établissements (et d'entités juridiques, s'agissant des structures publiques) et du nombre de lits dans les secteurs publics et privés entre 2003 et 2008, tel qu'il est restitué dans les *Panoramas des établissements de santé* de la DREES :

Tableau 1 : Evolutions du nombre de structures hospitalières et du nombre de lits d'hospitalisation entre 2003 et 2008 dans SAE

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	π 2008/2003	
							en nb	en %
Nb. d'établissements								
EPS (entités juridiques)	997	994	987	1 006	1 001	983	-14	-1,4%
PSPH (établt.)	564	573	560	565	554	539	-25	-4,4%
Privé hors PSPH (établt.)	1 373	1 323	1 309	1 306	1 283	1 262	-111	-8,1%
Nb. de lits								
EPS (entités juridiques)	299 102	294 802	288 866	291 483	290 067	284 140	-14 962	-5,0%
PSPH (établt.)	51 599	51 729	50 517	50 791	50 372	49 961	-1 638	-3,2%
Privé hors PSPH (établt.)	106 410	104 183	104 384	106 231	106 003	106 326	-84	-0,1%

Source : DREES (*Panorama des établissements de santé*)

- [824] On constate ainsi que le nombre de lits a baissé dans le secteur public de façon beaucoup plus importante que dans le secteur privé, en % comme en volume, signe que les hôpitaux publics n'ont pas été épargnés par les restructurations. Par contre, l'évolution du nombre de structures révèle une importante divergence entre le secteur privé, où ce nombre a connu une baisse très sensible (-8,1 % entre 2003 et 2008 pour les cliniques, -4,4 % pour les PSPH), et le secteur public, où le nombre de structures a diminué nettement moins vite (-1,4 % en nombre d'entités juridiques sur la période) : même si la différence de champ peut jouer (nombre d'entités juridiques pour les EPS, nombre d'établissements pour les structures privées), il semble que, dans le secteur privé, les restructurations passent davantage par des fusions ou fermetures que dans le secteur public.
- [825] Ce constat est encore renforcé par les enseignements de l'étude DREES « Hôpitaux et cliniques en mouvement » parue en 2008, qui fournit des chiffres sur la part des établissements de santé qui ont connu une évolution notable de leur activité entre 2003 et 2007, au-delà des restructurations (cf. le développement de l'activité ambulatoire par exemple)²⁴¹ :

Tableau 2 : Evolutions d'activité dans les établissements de santé entre 2003 et 2007

	Ensemble	Public	Privé à BNL*	Privé à BL**
Transfert d'activités	21,3 %	21,0 %	27,7 %	19,5 %
Suppression d'activités	10,7 %	9,9 %	17,6 %	9,2 %
Fusion totale ou partielle	17,6 %	11,1 %	17,3 %	23,9 %
Développement de l'activité ambulatoire	71,4 %	61,6 %	69,4 %	81,6 %
Développement d'activités transversales	83,3 %	93,2 %	88,4 %	72,1 %
Elargissement à d'autres activités, à de nouvelles spécialités	51,5 %	50,7 %	48,3 %	53,5 %

*BNL : but non lucratif, **BL : but non lucratif

Source : Enquête COI-H DREES/CEE 2007, repris dans *Etudes et Résultats* n°633 – avril 2008

- [826] La part des suppressions, transferts ou développements d'activités déclarés par les établissements est relativement équivalente entre le public et le privé lucratif²⁴². Les activités ambulatoires se développent partout (un peu plus chez les cliniques privées que dans les établissements publics). En revanche, on constate des écarts importants entre privé et public quant à la part d'établissements impliqués dans des fusions totales ou partielles, une fois et demie plus importante chez les PSPH et deux fois plus importantes chez les cliniques privées.
- [827] La plus petite taille des établissements de santé privés, combinée au poids plus important des facteurs financiers dans les conditions de leur survie (cf. sur ce point l'annexe 5), peut expliquer que le mouvement de réduction des lits observable dans tout le secteur hospitalier conduise à davantage de disparitions d'établissements, par fermeture ou fusion. Compte tenu des évolutions divergentes entre public et privé tant sur le nombre d'établissements que sur le nombre de lits, il n'est guère étonnant de constater que, en moyenne, les données SAE montrent une augmentation de la taille moyenne des cliniques privées et PSPH, et une légère diminution de celle des établissements publics de santé :

²⁴¹ Données recueillies en 2007 auprès d'un échantillon de 800 établissements de santé publics et privés dans le cadre de l'enquête sur les Changements Organisationnels et l'Information dans le secteur de la santé (enquête « COI-H ») réalisée par la DREES et le centre d'études sur l'emploi (CEE) ;

²⁴² En revanche, les établissements privés à but non lucratif sont plus nombreux à déclarer des fermetures ou transferts d'activité, et moins nombreux à déclarer des développements d'activités ;

Tableau 3 : Evolutions de la taille moyenne des établissements hospitaliers entre 2003 et 2008 dans SAE (en nombre de lits)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	□ 2008/2003	
							en nb	en %
EPS	300,0	296,6	292,7	289,7	289,8	289,1	-10,9	-3,6%
PSPH	91,5	90,3	90,2	89,9	90,9	92,7	1,2	+1,3%
Privé hors PSPH	77,5	78,7	79,7	81,3	82,6	84,3	6,8	+8,7%

chiffres en nb. de lits MCO / structure (entités juridiques pr les EPS, établt. pr les PSPH et autres privé)

Source : SAE/DREES, retraitement IGAS

1.2.2. L'étude NFT/DEXIA vient préciser ce constat sur la période 1995/2005

[828] Comme indiqué *supra*, le dernier recensement à visée exhaustive des restructurations hospitalières est l'étude réalisée par NFT pour le compte de DEXIA en 2008 sur les recompositions hospitalières conduites dans les secteurs public et privé entre 1995 et 2005. Cette étude recense 1 146 opérations dans les secteurs privé commercial, privé non lucratif et public, qu'elle répartit en sept catégories : fermetures, conversions, extensions d'activité de court-séjour, fusions, coopérations, regroupements sur site unique, autres.

Tableau 4 : Tableau synthétique des restructurations hospitalières entre 1995 et 2005, par grand type

TYPES D'OPERATIONS DE RECOMPOSITION	Nombre d'opérations de reconstitution	Répartition des établissements recomposés par statut		
		Privé Commercial	Privé non Lucratif	Public
Fermetures	199	85%	10%	4%
Conversion de la chirurgie	113	22%	26%	52%
Conversion de l'Obstétrique ou de la Médecine & de l'Obstétrique	126	57%	7%	35%
Conversion du court séjour	98	41%	33%	27%
Conversion de la Médecine	89	40%	26%	34%
Ensemble des conversions	426	41%	22%	37%
Extension d'activités de court-séjour	75	62%	14%	24%
Fusion privé/privé	85	82%	18%	0%
Fusion public/public et public/privé	73	8%	1%	91%
Ensemble des fusions	158	48%	10%	42%
Coopérations entre établ de tous statuts	40	31%	15%	55%
Redistribution d'activité entre plusieurs établ.	59	49%	6%	44%
Ensemble des coopérations	99	42%	10%	49%
Regroupement total sur site privé/privé	46	91%	9%	0%
Regroupement total sur site public/public ou public/privé	18	10%	10%	80%
Total des regroupements	64	70%	9%	21%
Autres	125	29%	20%	52%
Ensemble des opérations de reconstitution	1146	51%	14%	34%

Sources : SAE, Finess

Traitements NFT-Juillet 2007

Source : Etude NFT/DEXIA, janvier 2009, p. 3

[829] Au-delà de ces dénombrements thématiques, l'étude fournit des éléments sur l'impact des restructurations sur la répartition de l'offre entre public et privé, sur la capacité et les effectifs des établissements fusionnés... Elle montre ainsi :

- l'ampleur de l'effort de réorganisation des maternités publiques et privés, et les différences d'impact de la réorganisation de la chirurgie entre un secteur privé touché par de nombreuses fermetures ou conversions et un secteur public où les fermetures ont été moins nombreuses et où la réduction générale du nombre de lits a donc eu plutôt pour effet de fragiliser les plus petits établissements ;

- un effort de recompositions réparti de façon très hétérogène entre les régions, sans raison apparente ; il ne semble pas y avoir de corrélation, notamment, entre l'évolution démographique de la région et le nombre d'opérations conduites sur la période²⁴³ ;
- des établissements privés qui, confirmant la tendance observée dans les données SAE 2003-2008, font plus souvent l'objet de fermetures ou de fusions que les établissements publics : « *un tiers des établissements privés ont disparu contre 4 % dans le secteur public* » ; l'étude met également en exergue la stratégie différente qui fonde les fusions privées, conçues comme offensives et se traduisant souvent par une augmentation du nombre de lits du nouvel ensemble et les fusions publiques, essentiellement défensives et se traduisant souvent par une diminution du nombre de lits du nouvel ensemble ;
- un impact très variable des recompositions sur l'évolution des effectifs non médicaux des structures ; pour ce qui concerne les fusions, l'étude montre que l'on observe une augmentation des emplois non médicaux entre 2000 et 2005 dans les établissements ayant fusionné, particulièrement forte dans le secteur privé (+18 % pour les effectifs non médicaux des services de soins, + 27% pour les effectifs non médicaux hors services de soins) par rapport au secteur public (respectivement +10% et +9%), ce qui pourrait tendre à confirmer l'hypothèse de fusions « offensives » dans le privé (i.e. destinées à développer l'activité, et conduisant par conséquent à des embauches) et « défensives » dans le public (i.e. destinée plutôt à pallier les effets d'une diminution de l'activité, l'augmentation des effectifs observée sur 2000-2005 devant notamment être rapportée au fait que la période observée est marquée par la mise en œuvre de la RTT).

[830] Enfin, l'étude a été complétée par huit monographies de territoire analysant les flux de patientèle avant et après restructuration. Dans le secteur public, les opérations étudiées portaient sur des établissements de petite taille, relativement rapprochés les uns des autres, et n'ont pas eu pour effet de dégrader la couverture des besoins sur le territoire (pas de fuite observée vers les établissements d'un autre territoire). Dans le secteur privé, les opérations ont surtout concerné des établissements implantés dans des grandes villes ; elles n'ont donc pas dégradé la couverture des besoins territoriaux, mais elles ont pu avoir un effet indirect sur l'offre en fragilisant les établissements des zones périphériques.

2. LES FUSIONS HOSPITALIERES ENTRE 1995 ET 2011 : EVOLUTION ET TYPOLOGIE

[831] En s'appuyant sur le recensement des fusions entre 1995 et 2005 réalisé par NFT et en complétant ces données par les éléments disponibles auprès de l'ATIH et du CNG, la mission a constitué une base des fusions entre établissements publics de santé (90 opérations recensées) sur la période 1995-2011. Dans la mesure, où, d'après les dernières exploitations de la base SAE par la DREES, il y avait à la fin des années 2000 environ 1 000 établissements publics de santé, on peut donc avancer que, **sur les 15 dernières années, 9 % environ des établissements publics de santé ont fusionné.**

[832] La mission ne peut pas affirmer que cette base constitue un recensement exhaustif de toutes les fusions hospitalières de ces dernières années, notamment sur la période 2006-2011 qui dépasse celle étudiée par NFT ; il s'agit seulement de la liste des opérations dont la mission a eu connaissance, et sur lesquelles elle a pu réunir des informations chiffrées (taille des établissements, etc.), de qualité par ailleurs variable compte tenu, notamment, des limitations des outils statistiques SAE et Hospi-DIAG utilisés pour enrichir les données par structure.

²⁴³ Par exemple, l'Auvergne et la Champagne-Ardenne sont parmi les régions dont la population a le plus baissé et dont les établissements ont le moins connu de recompositions, à l'inverse le Languedoc-Roussillon est l'une des régions dont la population a le plus augmenté et qui figure parmi les plus actives en matière de recompositions ;

- [833] Les analyses de la présente annexe sont donc à prendre avec ces réserves, en particulier en ce qui concerne les éléments de tendance (nombre de fusions/an) présentés sur la période postérieure à 2006. Le nombre d'opérations identifiées (une centaine pour les fusions impliquant des EPS comme pour celles n'impliquant que des établissements privés) constitue en revanche un échantillon significatif qui donne une certaine robustesse aux éléments de typologie générale analysés par la mission.
- [834] Enfin, ce recensement ne portant que sur les structures ayant une activité autorisée en MCO, il n'inclut pas les fusions entre un EPS et un établissement sanitaire et social (ESS). Il s'agit cependant d'un phénomène important, ayant donné lieu à de nombreuses opérations sur les quinze dernières années, et qui mériterait une analyse particulière, afin notamment d'étudier leur intérêt éventuel dans le cadre de la constitution de filières cohérentes de prise en charge de l'amont (médecine) vers l'aval (médico-social).

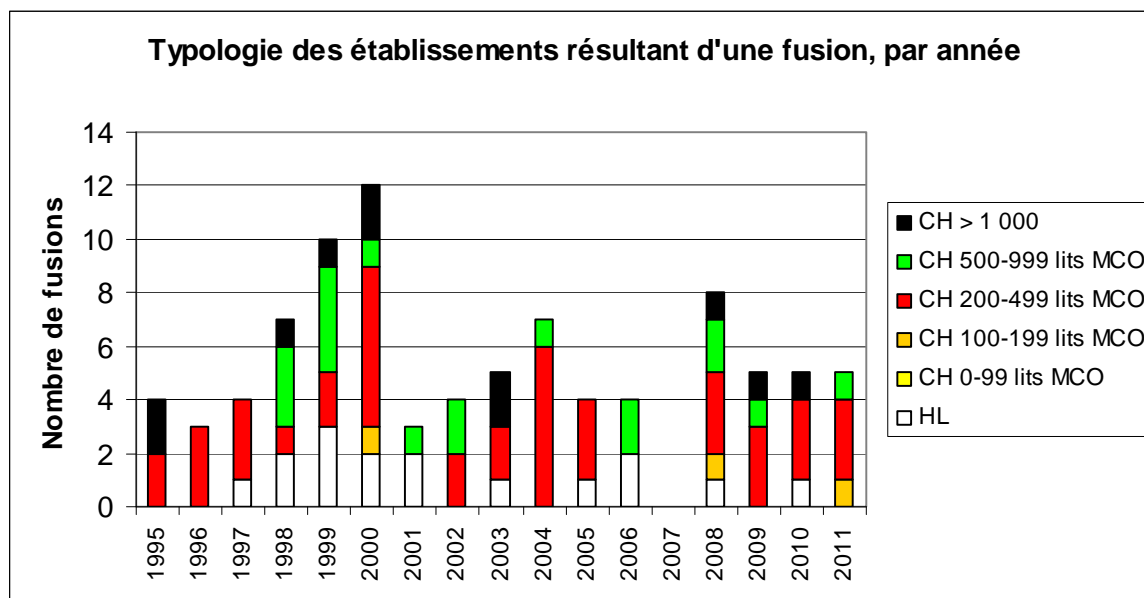
2.1. Des opérations qui ont connu un pic à la fin des années 1990 et qui restent moins fréquentes que les directions communes d'établissements

2.1.1. Un mouvement qui n'a pas retrouvé l'intensité de la fin des années 1990

- [835] Le nombre annuel de fusions entre EPS a connu un premier pic à la fin des années 1990, avec 12 opérations recensées en 2000. Ce pic met fin à une période d'activité de plus en plus intense sur ce front, qui a commencé en 1997, après le point bas de 1996 (3 fusions recensées). Il semble donc être le résultat direct de la mise en place des ARH et du discours général sur la nécessaire restructuration de l'offre hospitalière qui l'a accompagnée. Une fusion nécessitant souvent une période de préparation de plusieurs années, la plupart des opérations correspondant au pic de 1999/2000 sont selon toute vraisemblance des « opérations-phares » de restructurations initiées par les ARH dès leur création.
- [836] Ce mouvement a connu un coup d'arrêt à partir de 2001, où le nombre d'opération est revenu à l'étiage minimal de 1996, pour ensuite osciller entre 3 ou 4 et 8/an sur la décennie 2000²⁴⁴. Dans la mesure où, sur la même période, le nombre de lits MCO dans les EPS a connu une baisse sensible (cf. *supra*, point 1.2.1.), il semble que, contrairement à la fin des années 1990, les fusions n'aient pas été un outil privilégié pour conduire les restructurations hospitalières – ou que leur usage se soit « normalisé », avec un flux plus régulier dans le temps, et moins corrélé à une politique active de restructurations à un moment donné comme à la fin des années 1990.

²⁴⁴ En ce qui concerne l'année 2007, les données du CNG n'affichent aucune opération, mais elles n'ont pu être rapprochées des données de l'ATIH, qui ne remontent que jusqu'en 2008 ;

Graphique 1 : Evolution du nombre annuel de fusions d'EPS entre 1995 et 2011



Source : NFT, retraité par IGAS (95-05), données CNG et ATIH, retraitées par IGAS (06-11)

2.1.2. Il y aurait moins d'une fusion pour deux directions communes

- [837] Sur la période 1995-2011, la mission a recensé 90 fusions entre EPS. Ce nombre est plus de deux fois inférieur au nombre de directions communes impliquant des EPS connues du CNG : à la date de la mission, le CNG recense ainsi 211 directions communes impliquant au moins un EPS (237 avec les directions communes dénoncées depuis leur mise en place).
- [838] Pour les établissements qui les décident²⁴⁵ - ou pour les ARS qui peuvent parfois les susciter en cas de vacance d'un emploi de directeur -, la direction commune est donc l'outil de préférence pour partager la gouvernance de deux établissements ; il est vrai qu'il s'agit d'un instrument peu engageant et d'une grande souplesse, puisqu'il préserve l'indépendance juridique des deux structures, ne nécessite qu'une convention et est dénonçable à tout moment (dans sa base, le CNG recense ainsi 26 conventions de direction commune impliquant des EPS qui ont été dénoncées depuis leur signature²⁴⁶).
- [839] Pour autant, la typologie de ces directions communes amène à relativiser ce constat, tout en mettant en exergue une autre caractéristique des rapprochements hospitaliers dont la seule analyse des fusions entre établissements MCO ne rend que partiellement compte :

²⁴⁵ Juridiquement, une direction commune est matérialisée par une convention validée par les instances des établissements qui souhaitent la mettre en place ; elle se traduit par la nomination d'un directeur unique pour les structures parties prenantes, et par la fusion totale ou partielle de leurs équipes de direction ;

²⁴⁶ Ce décompte n'inclut pas les éventuelles directions communes qui auraient précédé les fusions recensées par la mission, qui ne sont pas identifiées sur les fichiers de suivi du CNG ;

Tableau 5 : Typologie des directions communes impliquant au moins un EPS à la date de la mission

	DC en vigueur		DC dénoncées		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%
L'établissement-pivot de la DC est un CH :	151	72%	19	73%	170	72%
DC CH/CH	64	30%	3	12%	67	28%
DC CH/HL	42	20%	6	23%	48	20%
DC CH/autres (ESS...)	45	21%	10	38%	55	23%
L'établissement-pivot de la DC est un HL :	60	28%	7	27%	67	28%
DC HL/HL	15	7%	1	4%	16	7%
DC HL/autres (ESS...)	45	21%	6	23%	51	22%
TOTAL	211	100%	26	100%	237	100%
Pour information, DC entre ESS	162		34		196	

Source : CNG, retraitement IGAS

[840] Il apparaît ainsi que les directions communes ne concernent que dans moins de 30 % des cas des centres hospitaliers *stricto sensu* (i.e. hors hôpitaux locaux) ; de plus, le nombre de directions communes encore en vigueur et impliquant un CH ou un HL et un autre CH ou un HL (131) est supérieur d'à peine un tiers au nombre de fusions identifiées par la mission sur le même périmètre de structures (90).

[841] En fait, la principale caractéristique des directions communes est que dans leur grande majorité (70 % des cas) elles impliquent un établissement de petite taille, souvent un établissement sanitaire et social ou de long séjour (45 % des cas), qui décide de partager sa direction avec un autre établissement du même type ou avec un établissement plus important (CH).

2.2. Typologie des fusions d'EPS

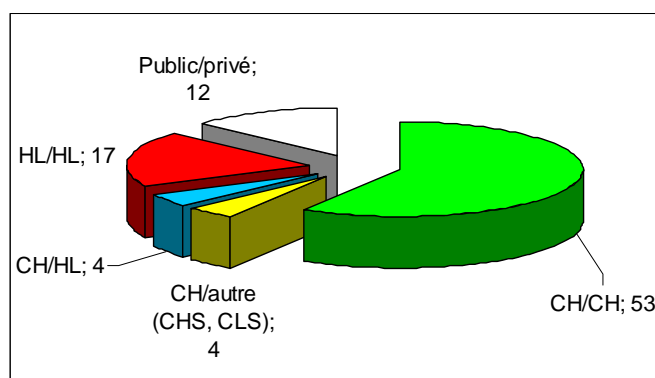
[842] On rappelle que les fusions qui sont étudiées dans la présente annexe excluent les opérations de réunion d'un EPS et d'un ESS.

2.2.1. Les fusions n'impliquent en général que deux établissements, et en majorité des centres hospitaliers

[843] Sur les 90 opérations recensées par la mission, 81 concernaient 2 établissements, 8 en concernaient 3 et une seule en concernait 4 : ainsi, **seulement 1 fusion sur 10 concerne plus de deux établissements.**

[844] Ces fusions impliquent en majorité des centres hospitaliers, soit qu'ils fusionnent entre eux (dans 60 % des cas), soit qu'ils fusionnent avec une autre structure – centre hospitalier spécialisé (CHS), hôpital local, centre de long séjour (CLS), clinique privée ou PSPH), dans 21 % des cas.

Graphique 2 : Typologie des fusions impliquant des EPS 1995-2011



Source : NFT/ATIH/CNG, retraitement IGAS

[845] En termes de taille, les établissements résultant de fusion sont assez sensiblement plus grands que la population générale des EPS, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 6 : Taille des établissements résultant de fusion 1995-2011

	EPS résultant d'une fusion	EPS par taille dans SAE 2010
HL	17,8%	30,8%
CH 0-100	0,0%	15,1%
CH 100-200	3,3%	16,0%
CH 200-500	46,7%	25,1%
CH 500-1000	20,0%	9,1%
CH 1000-3000	12,2%	3,7%
CH > 3000	0,0%	0,2%
TOTAL	100,0%	100,0%

Source : NFT/ATIH/CNG, SAE 2010, retraitement IGAS

[846] **Près de 80% des établissements résultant de fusion font plus de 200 lits**, alors que la proportion d'EPS de plus de 200 lits n'était que d'à peine plus de 38 % en 2010.

[847] On relèvera également du graphique et du tableau précédent que les fusions impliquant hôpitaux locaux pèsent relativement peu dans l'ensemble des fusions recensées alors que, du fait de leur petite taille et de leur implantation dans des zones rurales, on aurait pu croire ces structures plus fragiles, et donc davantage touchées par les fusions, notamment pour les adosser à un établissement plus grand. Or les fusions entre un CH et un HL ne forment que 4 % du total des fusions, les fusions impliquant un HL représentant quant à elles 24 % du total²⁴⁷. L'analyse des entités parties prenantes des fusions confirme ce constat.

2.2.2. Les entités parties prenantes des fusions : une surreprésentation des petits centres hospitaliers

[848] La mission a analysé les caractéristiques (juridiques, nombre de lits d'hospitalisation) des entités parties prenantes des fusions, à partir des données réunies par NFT pour la période 1995-2005, puis en s'appuyant sur les bases disponibles (SAE, Hospi-DIAG) pour les opérations postérieures. Cependant, elle n'a pas été en mesure de réunir ces éléments que pour 79 des 90 fusions recensées. Les analyses *infra* portent donc sur cet échantillon (168 structures en tout).

²⁴⁷ 4 % de fusions CH/HL, 19 % de fusions HL/HL et 1 % de fusion entre un HL et une structure privée (soit 1 opération) ;

[849] Le tableau suivant montre la répartition des entités parties prenantes des fusions :

Tableau 7 : Répartition par taille et type de structure des entités parties prenantes d'une fusion hospitalière entre 1995 et 2011

sur un total de 168 établt., en nb. de lits d'hospit.	Etablt. parties prenantes d'une fusion	EPS par taille dans SAE 2010
HL	17,3%	30,8%
établt 0-100	16,7%	15,1%
établt 100-200	28,0%	16,0%
établt 200-500	29,2%	25,1%
établt 500-1000	7,1%	9,1%
établt 1000-3000	1,8%	3,7%
établt > 3000	0,0%	0,2%
TOTAL	100,0%	100,0%

Source : NFT/ATIH/CNG/SAE, retraitement IGAS

[850] On constate ainsi que, comme relevé au point précédent *supra*, les hôpitaux locaux sont en proportion moins impliqués dans des fusions que ne le laisserait supposer leur part dans le nombre total des EPS. Un élément d'explication réside peut-être dans le mode de financement de ces structures : en effet, même si ce statut juridique a été supprimé par la loi HPST et que les HL sont désormais considérés sur un plan juridique comme des centres hospitaliers de droit commun, ils demeurent financés par une procédure de dotation globale, et ne devraient passer à la T2A qu'en 2013.

[851] Les éléments financiers produits par la mission dans son annexe 9 sur l'effet-taille à l'hôpital montrent par ailleurs que les HL sont les EPS qui affichent les résultats les plus élevés (en % de leur chiffre d'affaires), et ceux où la proportion d'établissements en déficit est la plus faible (21 % du total des HL en 2010). La pression financière est donc moindre sur ces établissements, qui n'ont par ailleurs pas à faire face aux divers problèmes (seuils, coûts, démographie médicale) liés au maintien de plateaux techniques MCO auxquels ont à faire face les centres hospitaliers *stricto sensu*.

[852] A l'inverse, on relève une surreprésentation des structures autour de la taille médiane des EPS (i.e. entre 100 et 200 lits) : elles représentent 16 % des EPS en 2010, mais 28 % des établissements parties prenantes d'une fusion ; on observe également une légère surreprésentation des CH de moins de 100 lits, qui est d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'établissements de même taille que les HL. Les facteurs financiers peuvent peut-être jouer²⁴⁸ mais, pour la mission, la principale explication est plutôt à rechercher dans la démographie médicale, qui complique les recrutements de personnels médicaux pour les plus petits établissements MCO et les poussent à se rapprocher pour être plus attractifs. Cette hypothèse recoupe les constatations que la mission a faites dans ses déplacements.

[853] Enfin, on notera la sous-représentation des plus grandes structures (> 500 lits), et la légère sur-représentation des plus grandes des structures moyennes (200/500 lits) : ce constat indique que, lorsque l'établissement-pivot de la fusion (i.e. la structure la plus grosse) est un grand CH, il s'agit rarement d'un CHR ou d'un très grand établissement de taille similaire, mais plutôt d'un gros CH départemental. Là encore, ces éléments confirment les observations faites par la mission dans ses déplacements en région.

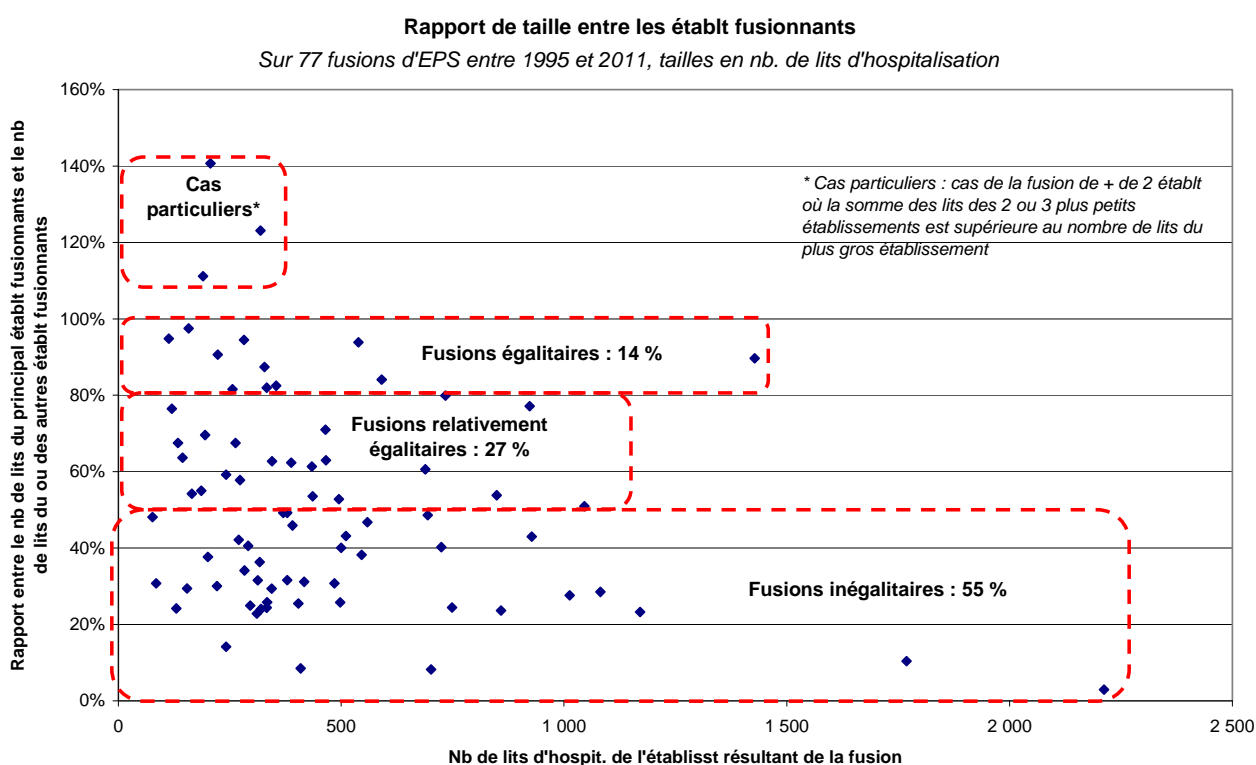
²⁴⁸ Néanmoins, d'après les chiffres 2010 de la DREES détaillés dans l'annexe 9, les plus petits CH (dont le CA est inférieur à 10 M€, chiffre que certains CH de moins de 100 lits dépassent déjà) sont les deuxièmes après les HL en termes de rentabilité (résultat en % du CA) et de nombre de structures déficitaires (29 % du total) ;

2.2.3. Les fusions hospitalières se font rarement entre égaux

[854] La mission a également étudié le rapport de taille entre les structures parties prenantes d'une fusion. Le graphique ci-dessous rapproche, pour les 77 fusions pour lesquelles ces informations étaient disponibles, le nombre total de lits du nouvel établissement fusionné et le rapport entre le nombre de lits de l'établissement-pivot de la fusion (i.e. l'établissement fusionné le plus grand) et le nombre de lits du ou des autres établissements fusionné(s) :

- pour une fusion à deux établissements, cas le plus fréquent, un pourcentage de 40 % signifie le nombre de lits du plus petit établissement est égal à 40 % du nombre de lits du plus grand établissement ;
- la mission a ensuite défini quatre classes : les cas particuliers (fusions à plus de 2 établissements), les fusions égalitaires (le rapport de taille entre les établissements se situe entre 80 et 100 %), les fusions relativement égalitaires (ce rapport de taille se situe entre 50 et 80 %), les fusions inégalitaires (ce rapport de taille se situe entre 0 et 50 %).

Graphique 3 : Rapport de taille entre les établissements parties prenantes d'une fusion entre 1995 et 2011



Source : NFT/ATIH/CNG/SAE, retraitement IGAS

[855] On observe ainsi que la fusion est inégalitaire dans 55 % des cas, et que la proportion de fusions réellement égalitaire n'est que de 14 %. Par ailleurs, la proportion des fusions inégalitaires a tendance à augmenter à partir d'une certaine taille : pour les fusions aboutissant à des établissements de plus de 700 lits environ, on ne trouve quasiment plus de fusions égalitaires, et beaucoup moins de fusions relativement égalitaires. Dans la majorité des cas, au-delà de cette limite, les opérations correspondent à un « gros » qui absorbe un (ou des) « petit(s) ».

[856] Ce constat ne signifie pas qu'il s'agit là d'une norme garantissant le succès de ces opérations. Mais on ne peut que relever que, sur cette tranche de taille, les quelques cas particuliers qui s'écartent de ce schéma – i.e. les très grosses opérations de fusion entre établissements de taille comparable (Poissy/St Germain, Sud-Francilien, Belfort-Montbéliard) – sont, au moins les deux premiers, des échecs manifestes.

2.2.4. Des fusions très inégalement réparties selon les régions

[857] La mission a rapproché dans le tableau ci-dessous le nombre de fusions par régions, le nombre d'EPS tel que donné par SAE en 2010 et le nombre d'habitants de chaque région, afin de mesurer s'il existe un lien entre la plus ou moins grande activité relevée au niveau régional en matière de fusions, et le nombre d'établissements de cette région (ce qui semblerait logique) ou le taux d'équipement hospitalier plus ou moins important de la région, mesuré par les ratios nombre d'habitants pour 1 EPS ou nombre d'habitants pour 1 lit d'hospitalisation.

[858] Il s'agit naturellement d'une approche assez rudimentaire, dans la mesure notamment où, en toute rigueur, c'est le nombre d'établissements en 1995 qu'il faudrait normalement prendre comme base de référence. Cependant, l'importance des écarts qu'il met en exergue entre régions et l'absence d'explication claire à ces écarts sont en eux-mêmes des éléments révélateurs de la très grande hétérogénéité régionale en ce qui concerne le phénomène des fusions (en vert les régions « actives » : > 10% de fusions, en jaune les régions « moyennement actives » : 5/10 % de fusions, en bleu les régions « peu actives » : 0-5% de fusions :

Tableau 8 : Fusions hospitalières dans les régions 1995-2011

Régions	Nombre d'EPS SAE 2010	Nombre de fusions 1995-2011	Ratio fusions/EPS	Nb. lits hospit SAE 2010	Population INSEE 2009 (en nb d'h)	Ratio h/EPS	Ratio h/lit
Alsace	33	0	0,0%	7 930	1 846 865	55 966	233
Aquitaine	44	3	6,8%	12 671	3 202 717	72 789	253
Auvergne	26	1	3,8%	6 754	1 343 760	51 683	199
Basse-Normandie	29	4	13,8%	6 966	1 470 669	50 713	211
Bourgogne	48	2	4,2%	8 129	1 640 733	34 182	202
Bretagne	48	9	18,8%	14 245	3 173 044	66 105	223
Centre	44	0	0,0%	10 951	2 539 010	57 705	232
Champagne-Ardenne	27	2	7,4%	6 304	1 336 217	49 490	212
Corse	6	1	16,7%	1 264	306 906	51 151	243
Franche-Comté	25	2	8,0%	5 501	1 168 790	46 752	212
Haute-Normandie	30	3	10,0%	6 577	1 829 525	60 984	278
Ile-de-France	70	11	15,7%	43 299	11 729 613	167 566	271
Languedoc-Roussillon	35	3	8,6%	9 327	2 608 095	74 517	280
Limousin	19	2	10,5%	4 706	743 265	39 119	158
Lorraine	50	6	12,0%	10 496	2 348 384	46 968	224
Midi-Pyrénées	50	8	16,0%	10 669	2 865 975	57 320	269
Nord-Pas-de-Calais	46	0	0,0%	16 200	4 025 344	87 507	248
Pays de la Loire	56	10	17,9%	14 036	3 538 033	63 179	252
Picardie	37	2	5,4%	9 542	1 910 234	51 628	200
Poitou-Charentes	30	2	6,7%	8 015	1 763 521	58 784	220
PACA	66	3	4,5%	15 897	4 918 050	74 516	309
Rhône-Alpes	104	12	11,5%	24 450	6 165 126	59 280	252
Régions d'Outre-Mer	29	4	13,8%	5 681	1 848 909	63 755	325
TOTAL	952	90	9,5%	259 610	64 322 785	67 566	248

Source : NFI/ATIH/CNG/SAE/INSEE, retraitement IGAS

[859] On constate ainsi qu'il n'y a aucun lien entre le nombre de fusions observées et la taille de la région, mesurée en nombre d'EPS comme en nombre d'habitants, ni entre le nombre de fusions observées et le taux d'équipement hospitalier des régions :

- des très grandes régions avec beaucoup d'établissements ont connu très peu de fusions (Nord-Pas de Calais, PACA), alors que, par exemple, la région Ile-de-France a connu une activité importante en la matière ;
- des régions ayant des taux d'équipement hospitalier similaires ont connu pour certaines une forte activité de fusions, et pour d'autres relativement peu d'opérations : ainsi Auvergne (peu active) et Basse-Normandie (active), parmi les régions de petite taille, ou, de façon plus significative s'agissant de deux régions moyennes limitrophes, Lorraine (active) et Alsace (peu active).

[860] Il faut donc en conclure, comme le faisait déjà l'étude NFT, au caractère prédominant des circonstances locales, peu modélisables, dans l'explication du plus ou moins grand nombre de fusions observées sur un territoire donné.

3. LISTE DES FUSIONS D'EPS 1995-2015 RECENSEES PAR LA MISSION

Légende :

CH = centre hospitalier ; CH10 = CH entre 100 et 199 lits d'hospitalisation ; CH20 = CH entre 200 et 499 lits d'hospitalisation ; CH50 = CH entre 500 et 999 lits d'hospitalisation ; CH100 = CH ≥ 1 000 lits d'hospitalisation ; HL = hôpital local ; Autres = ESPIC, clinique privée, centre de long séjour...

Après vérifications, la mission a par ailleurs écarté du recensement 3 fusions identifiées par l'étude NFT mais ne relevant pas de son champ d'enquête : Pompey (1999, fusion EPS/ESS), Cochin/St Vincent de Paul (1999, fusion interne APHP), Castelsarrasin/Moissac (2002, fusion effective depuis 1990)

N°	Année	Nom de l'établissement fusionné	Région	nb d'établ fusionnants	Type de fusion	Type établt fusionné	Total lits hosp. établt fusionné	% autres établt. fusionnants / établt. princ. fusionnant (en nb lits)	Etablissements fusionnants	Source
1	1995	CTRE HOSP. DES PAYS DE MORLAIX	BRE	2	CH/CH	CH100	1 159	ND	- CENTRE HOSPITALIER DE MORLAIX - CENTRE MEDICAL DEPARTEMENTAL	NFT
2	1995	CHI DE CORNOUAILLE	BRE	2	CH/CH	CH100	1 082	29%	- CHIC - QUIMPER - CENTRE HOSPITALIER CONCARNEAU	NFT
3	1995	C.H.I.C. MARMANDE - TONNEINS	AQ	2	CH/CH	CH20	296	25%	- C-H YVES GASSOT - MARMANDE - CENTRE HOSPITALIER TONNEINS	NFT
4	1995	CHI DES ANDAINES	B-N	2	CH/CH	CH20	466	63%	- CH DE LA FERTE MACE - CH DE DOMFRONT	NFT
5	1996	CH PAYS DE GIER	R-A	2	CH/CH	CH20	404	25%	- CH ST CHAMOND - C.H.RIVE DE GIER	NFT
6	1996	CHI ANNEMASSE BONNEVILLE	R-A	2	CH/CH	CH20	379	32%	- HOPITAL D'ANNEMASSE - HOPITAL DE BONNEVILLE	NFT
7	1996	CH NORD DEUX-SEVRES	PC	3	CH/CH	CH20	319	123%	- CENTRE HOSPITALIER DE THOUARS - SITE HOSPITALIER DE BRESSUIRE - SITE HOSPITALIER DE PARTHENAY	NFT
8	1997	CH HOPITAUX DU SUD CHARENTE	PC	2	CH/CH	CH20	317	36%	- CENTRE MEDIC CHATEAU ST BERNARD - CENTRE HOSPITALIER DE BARBEZIEUX	NFT
9	1997	CHI de PLEMET-LOUDEAC	BRE	2	CH/autre	CH20	334	26%	- C.H.I.C. PLEMET LOUDEAC - CENTRE DE MOYEN SEJOUR BODIFFE	NFT
10	1997	CHI MEULAN LES MUREAUX	IDF	2	CH/CH	CH20	465	71%	- CENTRE HOSPITALIER DE BECHEVILLE - CENTRE HOSPITALIER DE MEULAN	NFT
11	1997	C.H.I. ST ANDRE/ ST BENOIT	DOM REU	3	HL/HL	HL	130	24%	- HOPITAL LOCAL DE SAINT-BENOIT - HOPITAL LOCAL DE SAINT-ANDRE	NFT
12	1998	HL DE LIMOUX	L-R	2	public/privé	HL	154	29%	- HL LIMOUX-QUILLAN SITE DE LIMOUX - CLINIQUE HAUTE VALLEE AUDE	NFT
13	1998	CH BRETAGNE SUD	BRE	2	CH/CH	CH100	1 013	28%	- CENTRE HOSPITALIER DE LORIENT - HOPITAL HENNEBONT	NFT
14	1998	CHI LES HOPITAUX DU LEMAN	R-A	2	CH/CH	CH50	559	47%	- HOPITAL CAMILLE BLANC - CH DE THONON LES BAINS	NFT
15	1998	CH POISSY - ST GERMAIN	IDF	2	CH/CH	CH50	923	77%	- C. H. INTERCOM. POISSY - CENTRE HOSPITALIER ST GERMAIN	NFT
16	1998	CHI DU HAUT LIMOUSIN	LIM	3	HL/HL	HL	ND	145%	- HOPITAL LOCAL MAGNAC LAVAL - HOPITAL LOCAL BELLAC - HOPITAL LOCAL LE DORAT	NFT
17	1998	CH DE COURBEVOIE-NEUILLY/SEINE	IDF	2	CH/CH	CH20	333	82%	- CH DE COURBEVOIE-NEUILLY /SEINE - C. H. COURBEVOIE-LA-DEFENSE	NFT
18	1998	GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION	DOM REU	4	CH/CH	CH50	749	24%	- CHSPT - HOPITAL LOCAL DE SAINT-LOUIS - HOPITAL LOCAL DE CILAOS - C.H. SAINT JOSEPH	NFT
19	1999	HLI DE ROCHER-LARGENTIERE	R-A	2	HL/HL	HL	113	95%	- CENTRE HOSPITALIER LES CEDRES - HOPITAL DE LARGENTIERE	NFT
20	1999	CHI Elbeuf-Louviers / Val de Reuil	H-N	2	CH/CH	CH50	500	40%	- CH LOUVIERS CHI ELBEUF - CH LES FEUGRAIS CHI ELBEUF	NFT
21	1999	CHU TOULOUSE	M-P	2	CH/CH	CHR	ND	ND	- HOPITAL LARREY CHU TOULOUSE - CHU TOULOUSE	NFT
22	1999	CH du Bassin de Thau	L-R	2	CH/HL	CH20	498	26%	- CH DE SETE - HOPITAL LOCAL AGDE- MARSEILLAN	NFT
23	1999	HL PAIMBOEUF / PORNIC	PDL	2	HL/HL	HL	144	64%	- HOPITAL LOCAL DE PAIMBOEUF - HOPITAL LOCAL DE PORNIC	NFT
24	1999	HOPITAL LOCAL INTERCOMMUNAL 3 H SANTE	LOR	2	HL/HL	HL	121	ND	- SYNDICAT INTERHOSP.- BADONVILLER - HOPITAL LOCAL INTERCOMMUNAL 3 H SANTE	NFT
25	1999	CHI Castres-Mazamet	M-P	3	CH/CH	CH50	694	49%	- CENTRE HOSPITALIER DE CASTRES - CENTRE HOSPITALIER MAZAMET	NFT
26	1999	CH SUD FRANCILIEN	IDF	2	CH/CH	CH50	734	80%	- CH CORBEIL-ESSONNE - CENTRE HOSPITALIER LOUISE MICHEL	NFT
27	1999	CHI LE RAINCY-MONTFERMEIL	IDF	2	CH/CH	CH50	511	43%	- C. H. INTERCOMMUNAL MONTFERMEIL - HOPITAL " VALERE LEFEBVRE"	NFT
28	1999	CHI DES PORTES DE L'OISE A BEAUMONT	PIC/IDF	2	CH/CH	CH20	485	31%	- HOPITAL A. DEGREMONT - MERU - CENTRE HOSPITALIER ALBERT DEGREMONT	NFT

N°	Année	Nom de l'établissement fusionné	Région	nb d'établissements fusionnants	Type de fusion	Type établissement fusionné	Total lits hospitaux fusionnés	% autres établissements fusionnants / établissement princ. fusionnant (en nb lits)	Etablissements fusionnants	Source
29	2000	CHP d'Hauteville	R-A	3	CH/CH	CH20	273	58%	- C.M. BELLECOMBE L'ESPERANCE - CMCI INTERDEPARTEMENTAL HAUTEV. - C.M. BELL L'ALBARINE HAUTEVILLE	NFT
30	2000	CENTRE HOSPITALIER ST AFFRIQUE / CH MILLAU	M-P	2	CH/CH	CH20	434	61%	- CENTRE HOSPITALIER ST AFFRIQUE - CENTRE HOSPITALIER MILLAU	NFT
31	2000	CHI CHATILLON MONTBARD	BOU	2	CH/CH	CH20	328	87%	- HOPITAL DE MONTBARD - HOPITAL DE CHATILLON SUR SEINE	NFT
32	2000	CHI Corté-Tattone	COR	2	CH/HL	CH10	165	54%	- HOPITAL LOCAL DE CORTE - CENTRE HOSPITALIER DE TATTONE	NFT
33	2000	CH DE MONT DE MARSAN	AQ	2	CH/autre	CH50	928	43%	- C.H.S. DES LANDES - C.H.G. DE MONT-DE-MARSAN	NFT
34	2000	HL VERTOU / LE LOROUC	PDL	2	HL/HL	CH20	223	91%	- HOPITAL LOCAL DU LOROUC BOTTEREAU - HOPITAL LOCAL DE VERTOU - HOPITAL LOCAL BAUGE	NFT
35	2000	CHI DU BAUGEOIS ET DE LA VALLEE	PDL	2	HL/HL	HL	158	98%	- HOPITAL LOCAL BEAUFORT EN VALLEE - HOPITAL LOCAL DE RENAZE - HOPITAL LOCAL DE CRAON	NFT
36	2000	HL du Sud Ouest Mayennais	PDL	2	HL/HL	HL	134	68%	- HOPITAL CHUBERT - VANNES - HOPITAL LE PRATEL - AURAY	NFT
37	2000	CH Bretagne Atlantique	BRE	2	CH/CH	CH100	1 171	23%	- C H BOULLOCHE MONTBELIARD - CH BELFORT	NFT
38	2000	CH de Belfort-Montbéliard	FC	2	CH/CH	CH100	1 428	90%	- CENTRE HOSPITALIER DE LA FLECHE - CENTRE HOSPITALIER SABLE/SARTHE	NFT
39	2000	CHI Pôle Santé Sarthe et Loir	PDL	2	CH/CH	CH20	388	62%	- CENTRE HOSPITALIER MACHECOUL - CENTRE HOSPITALIER CHALLANS	NFT
40	2000	CH Loire-Vendée-Océan	PDL	2	CH/CH	CH20	436	54%	- CTRE HOSP. ST. VALLIER - CTRE HOSP GENERAL ROMANS	NFT
41	2001	HOPITAUX Drôme Nord	R-A	2	CH/CH	CH50	849	54%	- HOPITAL DU MADON MATTAINCOURT - HOPITAL RURAL DE MIRECOURT	NFT
42	2001	HOPITAL LOCAL DU VAL DU MADON	LOR	2	HL/HL	HL	77	48%	- HOPITAL DU LORRAIN - HOPITAL DE BASSE POINTE	NFT
43	2001	CHI LORRAIN BASSE POINTE	DOM MAR	2	CH/HL	HL	85	31%	- CH OYONNAX - C.H.G. NANTUA	NFT
44	2002	CH du Haut-Bugey	R-A	2	CH/CH	CH20	333	24%	- CH P MOREL VESOUL - CHI SITE LUXEUIL - CHI SITE DE LURE	NFT
45	2002	CHIO de la Haute-Saône Site de Luxeuil	FC	3	CH/CH	CH50	591	84%	- CTRE HOSPITALIER DE CHAMONIX - CENTRE HOSPITALIER DE SALLANCHES	NFT
46	2002	CHI Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc	R-A	2	CH/CH	CH20	242	14%	- CH MONTMORENCY - CHAA EAUBONNE	NFT
47	2002	Groupement hospitalier Eaubonne - Montmorency	IDF	2	CH/CH	CH50	689	61%	- CH VILLEFRANCHE DE ROUERGUE - POLYCLINIQUE SAINT ALAIN	NFT
48	2003	Centre hospitalier (Villefranche-de-Rouergue)	M-P	2	public/privé	CH20	221	30%	- CH LES 1ES ROCHES - CHU GRENOBLE	NFT
49	2003	CHU GRENOBLE	R-A	2	CH/CH	CHR	ND	10%	- CENTRE HOSPITALIER DE GUERANDE - HOPITAL LOCAL LE CROISIC	NFT
50	2003	CHI de la Presqu'île	PDL	2	HL/HL	CH20	282	94%	- HOPITAL LOCAL DE CHEMILLE - HOPITAL LOCAL - VIHIRS	NFT
51	2003	CHI LYS HYROME	PDL	2	HL/HL	HL	186	55%	- CENTRE HOSPITALIER DE LUCON - CTRE HOSPITALIER G.CLEMENCEAU MONTAIGU - CENTRE HOSPITALIER LA ROCHE/YON	NFT
52	2003	CH Départemental Vendée	PDL	3	CH/CH	CH100	1 046	51%	- HOPITAL LOCAL SAINT POURCAIN - CTRE MED DEPART F ET M MERCIER	NFT
53	2004	HL départemental Hôpital Coeur du Bourbonnais	AUV	2	HL/HL	CH20	270	42%	- CH DU PAYS D'OLMES SITE DE LA SOULANO - CLINIQUE LA SOULANO	NFT
54	2004	CH du Pays d'Olmes	M-P	3	public/privé	CH20	207	141%	- CH EVREUX - CH VERNON	NFT
55	2004	CHI Eure-Seine	H-N	2	CH/CH	CH20	495	53%	- CH DE SAINT-GAUDENS - POLYCLINIQUE DU COMMINGES	NFT
56	2004	CH COMMINGES PYRENEES	M-P	2	public/privé	CH20	313	32%	- CH DE FOUGERES - CLINIQUE SAINT JOSEPH	NFT
57	2004	CH DE FOUGERES	BRE	2	public/privé	CH20	311	23%		NFT

N°	Année	Nom de l'établissement fusionné	Région	nb d'établissements fusionnants	Type de fusion	Type établissement fusionné	Total lits hospita. établt fusionné	% autres établt. fusionnants / établt. princ. fusionnant (en nb lits)	Etablissements fusionnants	Source
58	2004	C.H.I.C ALENCON - MAMERS	B-N/PDL	2	CH/CH	CH50	859	24%	- C.H. ALENCON - C.H. MAMERS	NFT
59	2004	CHI de CAVAILLON LAURIS	PACA	2	CH/CH	CH20	256	82%	- CH DE CAVAILLON - CENTRE PNEUMO. ROQUEFRAICHE	NFT
60	2005	HLI de Thizy, Bourg-de-Thizy et Cours-la-ville	R-A	3	HL/HL	HL	190	111%	- HOPITAL LOCAL DE COURS-LA-VILLE - HOPITAL LOCAL DE THIZY - HOPITAL LOCAL DE BOURG-DE-THIZY	NFT
61	2005	GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	C-A	2	CH/CH	CH20	263	68%	- CENTRE HOSPITALIER DE RETHEL - CENTRE HOSPITALIER DE VOUZIERES	NFT
62	2005	CHI du Centre Bretagne	BRE	2	CH/CH	CH20	391	46%	- CENTRE HOSPITALIER LOUDEAC - CENTRE HOSPITALIER DE PONTIVY	NFT
63	2005	CHI d'Albertville-Moutiers	R-A	2	CH/CH	CH20	379	49%	- CH DE MOUTIERS - CH D'ALBERTVILLE	NFT
64	2006	CHI des Alpes du Sud	PACA	2	CH/CH	CH50	546	38%	- CH Gap - CH Sisteron	CNG
65	2006	HLI de la Vésudie	PACA	3	HL/HL	HL	88	ND	- HL St martin Vésudie - CH Jean Chanton - SIH Vésudie	CNG
66	2006	HL Monts et Barrages	LIM	2	HL/HL	HL	103	ND	- HL de René Barrière - HL de Jalouneix-Bertroff	CNG
67	2006	CHP du Cotentin	B-N	2	CH/CH	CH50	725	40%	- CH de Cherbourg - CH de Valognes	CNG
68	2008	CH DE CHAUNY	PIC	2	public/privé	CH20	409	8%	- CH CHAUNY - CLINIQUE CHIRURGICALE DU CEDRE	ATIH
69	2008	CH D ARDECHE MERIDIONALE	R-A	2	CH/CH	CH20	354	82%	- CH VALS LES BAINS - CH AUBENAS	ATIH
70	2008	GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE (GHAM)	C-A	2	CH/CH	CH10	195	70%	- CH ROMILLY SUR SEINE - CH SEZANNE	ATIH
71	2008	CENTRE HOSPITALIER - VERDUN	LOR	2	public/privé	CH50	702	8%	- CH VERDUN - CLINIQUE ST-JOSEPH-VERDUN	ATIH
72	2008	CHR - METZ THIONVILLE	LOR	2	public/privé	CHR	1371	ND	- CHR METZ THIONVILLE - HOPITAL SAINTE CROIX - METZ	ATIH
73	2008	CH DES QUATRE VILLES	IDF	2	CH/CH	CH20	345	63%	- CH ST-CLOUD - CH SEVRES	ATIH
74	2008	CH de Nevers	BOU	2	CH/autre	CH50	767	ND	- CH de Nevers - Centre de cure médicale Pignelin	CNG
75	2008	Hôpitaux des Portes de Camargue	L-R	2	HL/HL	HL	ND	ND	- HL de Beaucaire - HL de Tarascon	CNG
76	2009	CH GUINGAMP	BRE	2	public/privé	CH20	283	34%	- CENTRE HOSPITALIER GUINGAMP - POLYCLINIQUE ARMOR ARGOAT	ATIH
77	2009	CH ROBERT PAX	LOR	2	public/privé	CH20	298	ND	- CH DU PARC - SARREGUEMINES - HOPITAL - BITCHE	ATIH
78	2009	GHI LE RAINCY-MONTFERMEIL	IDF	2	CH/autre	CH50	552	ND	- CHI de Le Raincy Montfermeil - CMLS de Montfermeil	CNG
79	2009	CHRU de BREST	BRE	2	CH/CH	CHR	1769	10%	- CHRU de BREST - CH Carhaix-Plouguer	CNG
80	2009	CH DE LA CÔTE FLEURIE	B-N	2	CH/CH	CH20	242	59%	- CH de Trouville - CH de Honfleur	CNG
81	2010	CH DE MILLAU	M-P	2	public/privé	CH20	344	29%	- CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU - CLINIQUE SAINT COME	ATIH
82	2010	GROUPE HOSPITALIER EST REUNION	DOM REU	2	public/privé	CH20	201	38%	- CLINIQUE DE SAINT BENOIT - CHI SAINT ANDRÉ - SAINT BENOIT	ATIH
83	2010	CHI Sud Gironde	AQ	2	CH/CH	CH20	320	24%	- CH Langon - CH La Réole	CNG
84	2010	CHU de Nantes	PDL	2	CH/CH	CHR	2 212	3%	- CHU de Nantes - CH de Bellier de Nantes	CNG
85	2010	EPS de Lomagne	M-P	2	HL/HL	HL	55	ND	- HL de Fleurance - HL de Lectoure	CNG
86	2011	Les Hôpitaux de Saint Maurice	IDF	2	CH/CH	CH50	539	94%	- EPS Esquirol - HN St Maurice	CNG

N°	Année	Nom de l'établissement fusionné	Région	nb d'établissements fusionnants	Type de fusion	Type d'établissement fusionné	Total lits hospitaliers d'établissement fusionné	% autres établissements fusionnants / établissement principal fusionnant (en nb lits)	Etablissements fusionnants	Source
87	2011	CHI Courbevoie-Neuilly s/Seine-Puteaux	IDF	2	CH/CH	CH20	417	31%	- CHI Courbevoie-Neuilly - CH Puteaux	CNG
88	2011	CHI Unisanté +	LOR	2	CH/CH	CH20	370	49%	- CH Forbach - CH St Avoird	CNG
89	2011	GHI du VEXIN	IDF	2	CH/CH	CH20	291	41%	- CH Vexin - CH Marines	CNG
90	2011	CH LILLEBONNE	H-N	2	CH/HL	CH10	120	76%	- CH de Lillebonne - HL de Bolbec	CNG

Annexe 11 : Enseignements tirés des études de cas

ANNEXE 11 : ENSEIGNEMENTS TIRES DES ETUDES DE CAS.....	235
1. CARACTERISTIQUES DES FUSIONS ET RAPPROCHEMENTS A VISEE INTEGRATIVE ETUDIES	237
1.1. <i>La genèse de la fusion.....</i>	237
1.1.1. Les fusions rapprochent différents types d'hôpitaux et d'activité.....	237
1.1.2. Un « fait générateur » souvent à l'origine de l'évolution des acteurs	239
1.1.3. Un projet de fusion plus ou moins partagé et préparé	241
1.1.3.1. Un temps de préparation variable, non prédictif de la réussite de la fusion	241
1.1.3.2. La prééminence d'acteurs « porteurs » du projet.....	241
1.1.3.3. Une prise de décision parfois préparée par des étapes de rapprochements intermédiaires	242
1.1.3.4. Dans d'autres cas, un certain manque de préparation en amont	243
1.2. <i>La conduite de la fusion : un impact variable sur l'organisation et le fonctionnement des établissements fusionnés.....</i>	244
1.2.1. Les cas extrêmes de « fusions alibis ».....	244
1.2.2. Des projets médicaux formalisés parfois longtemps après l'acte juridique de fusion.....	244
1.2.3. Une réorganisation variable des activités entre les sites.....	245
1.2.4. La réduction du nombre de sites n'est pas fréquente.....	246
1.2.5. Des économies d'échelle sur les fonctions mutualisées pas toujours mesurées ni visibles	246
2. ENSEIGNEMENTS.....	246
2.1. <i>L'évaluation des fusions est malaisée.....</i>	246
2.2. <i>Beaucoup de projets de regroupement sont des échecs.....</i>	247
2.2.1. Les échecs s'expliquent parfois par des facteurs structurels	247
2.2.2. Un accompagnement au changement défaillant ralentit, voire empêche la réussite d'un projet.....	249
2.2.2.1. Un contexte défavorable peut faire échouer un regroupement	250
2.3. <i>Mais certaines, rares, sont très bénéfiques : les critères d'une fusion pertinente.....</i>	251

[861] La mission s'est déplacée dans trois régions, où elle a pu étudier deux expériences de fusions et quatre coopérations, et deux directions communes :

- en Ile-de-France : les coopérations entre le centre hospitalier (CH) de Pontoise et le centre hospitalier des Portes de l'Oise (CHIPO) de Beaumont sur Oise, la fusion entre les établissements de Beaumont-sur-Oise et celui de Meru (à l'origine du CHIPO), le groupement hospitalier d'Eaubonne-Montmorency (issu d'une fusion entre les CH des deux villes en 1998) ;
- en Rhône-Alpes : la direction commune aux CH de Chambéry et d'Aix-les-Bains, la direction commune aux CH de Valence et de Romans
- en Champagne-Ardenne : la communauté hospitalière de territoire (CHT) Nord-Ardenne (rassemblant quatre établissements, dont le CH de Charleville et celui de Sedan), la CHT Sud-Champagne (rassemblant 9 établissements), la CHT Vallée de la Marne (11 établissements, dont le CHU de Reims).

[862] De plus, la mission a tiré des enseignements de la lecture de cinq rapports de l'IGAS et d'un mémoire de recherche²⁴⁹, ayant pour objet direct ou indirect l'évaluation de fusions et d'une direction commune :

- la fusion entre le CH de Poissy et celui de Saint-Germain-en-Laye²⁵⁰ (Yvelines)
- la direction commune du CH de l'Aigle avec le CH d'Alençon Mamers²⁵¹ (Orne) ;
- la fusion suivie d'une défusion entre le CH de Saint-Affrique et celui de Millau²⁵² ;
- la fusion entre le CH d'Evry et le CH de Corbeil, principaux établissements composant l'hôpital Sud-Francilien²⁵³ (Essonne) ;
- la fusion entre le CH d'Evreux et celui de Vernon (mission en cours) ;
- la fusion entre le CH Le Raincy et le CH de Montfermeil (1999)²⁵⁴.

[863] A partir des fusions et rapprochements à visée intégrative qu'elle a ainsi étudiés, la mission s'est efforcée de tirer quelques enseignements de portée général sur les critères de pertinence d'une fusion hospitalière, les éléments facilitateurs et les obstacles ralentissant, voire empêchant la réussite de ces projets.

1. CARACTERISTIQUES DES FUSIONS ET RAPPROCHEMENTS A VISEE INTEGRATIVE ETUDIES

1.1. La genèse de la fusion

1.1.1. Les fusions rapprochent différents types d'hôpitaux et d'activité

[864] Plusieurs éléments de typologie permettent de caractériser les établissements concernés par des fusions :

²⁴⁹ HEC, Programme de recherche de la MiRe « restructurations hospitalières », rapport final, 2002

²⁵⁰ *Contrôle du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain*, A Bruant-Bisson, D. Imbaud, P. Penaud, P. Vienne, IGAS, juin 2010

²⁵¹ Rapport d'inspection sur le fonctionnement du CH de l'Aigle, Dr F. Lalande, C. Lépine, IGAS, 2011.

²⁵² Cf. *Mission d'inspection du centre hospitalier intercommunal du Sud-Aveyron (Millau Saint-Affrique)*, Pierre Aballéa, Jean-Paul Bastianelli, Roland Cecchi-Tenerini, IGAS, 2004, et *Mission d'appui et de conseil auprès du Centre hospitalier de Saint Affrique*, D. Noire, CGES, et Prof. X. Barral, IGAS, 2010.

²⁵³ *Enquête sur le fonctionnement du centre hospitalier Sud Francilien*, Anne-Chantal Rousseau-Giral, Christian Gal, Gérard Laurand, IGAS, juin 2001

²⁵⁴ *Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le centre hospitalier intercommunal le Raincy Montfermeil*, Christophe Lannelongue, avec le concours de B. Bonniciet P. Mordelet, IGAS, 2007

- [865] 1/ La taille des établissements concernés : une fusion peut concerner deux établissements de grande taille (comme dans le cas de la fusion à l'origine de l'hôpital du Sud-Francilien), un grand et un petit (c'est le cas de la fusion entre les hôpitaux de Meru et de Beaumont), ou encore deux petits (par exemple, lors de la fusion entre les hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique).
- [866] 2/ La zone d'attractivité des établissements : les fusions étudiées peuvent réunir des établissements établis sur un même bassin de patientèle (par exemple Montmorency / Eaubonne, distants de 7 kilomètres) ou desservant au contraire des zones voisines mais différentes (ainsi Valence / Romans, le premier établissement étant plutôt tourné vers le sud de la Drôme et le second vers le nord du département).
- [867] 3/ La dynamique d'activité dans la période précédant la fusion : elle peut révéler une baisse, une stagnation ou une hausse d'activité dans l'un ou les deux établissements, de façon concomitante ou opposée. Ainsi, dans le cas de la fusion entre le CH de Poissy et de Saint-Germain-en-Laye, le CH de Saint-Germain connaissait une baisse d'activité depuis plusieurs années, quand le CH de Poissy voyait son activité augmenter.
- [868] 4/ Les types d'activités : les établissements peuvent compter les trois activités M/C/O ou seulement certaines d'entre elles ; en outre, ils comportent fréquemment la présence d'activités de long séjour et/ou médico-sociales.
- [869] Ces caractéristiques jouent dans la conduite du processus de fusion lui-même une fois l'étape juridique franchie.

Le CH de Poissy-Saint-Germain (CHIPS) : une fusion difficile entre deux gros établissements de taille comparable²⁵⁵

Le CHIPS est actuellement l'établissement le plus important de la région parisienne, hors AP-HP : il dispose de 1 170 lits et places, et compte 4 000 agents dont 400 médecins. Il est issu de la fusion en 1997 de deux centres hospitaliers de taille comparable (entre 750 et 850 lits), celui de Saint-Germain-en-Laye et celui de Poissy. Dix ans après la fusion, il connaît un déficit de 37 M€ (ramené aujourd'hui à 14 M€).

Malgré la proximité géographique des deux sites, distants de 7 km, le projet de fusion ne peut être considéré comme une réussite. L'hôpital de Saint-Germain, situé en centre ville dans des locaux anciens, connaissait une baisse d'activité depuis plusieurs années. Son équipe médicale était vieillissante, et le taux de fuite des patients était conséquent vers les hôpitaux parisiens aisément accessibles. L'hôpital de Poissy, situé sur un bassin de vie radicalement différent, bénéficiait à l'inverse d'une dynamique favorable, portée par des équipes jeunes.

Le projet de fusion, soutenu initialement par le maire de Saint-Germain, visait théoriquement à favoriser les complémentarités entre les deux établissements, mais cet objectif ne se concrétise pas par des réorganisations de service. En 2004, le projet médical entérine le fait que les deux hôpitaux sont des hôpitaux généraux de proximité : encore aujourd'hui, des services d'urgences et de réanimation coexistent sur les deux sites. En 2005-2006, les effectifs de l'établissement fusionné augmentent. Certaines fusions de service sont réalisées, à la faveur de départs à la retraite des chefs de service, sur une période de 10 ans. Mais certaines d'entre elles sont factices, à l'instar du service d'orthopédie. La solution de reconstruire un hôpital sur un site tiers, à Chambourcy, n'a finalement pas été retenue.

Ces difficultés s'expliquent notamment par les réticences des médecins, en particulier sur le site de Saint-Germain, qui craignent que le changement ne leur soit défavorable. Ce sentiment est accentué par le fait que la communauté médicale n'a pas été associée au projet initialement. Dans les faits, le site de Saint-Germain conserve des secteurs médico-techniques et de médecine, mais la perte de la

²⁵⁵ Cf. Rapport IGAS RM2010-182Z, *op. cit.* ;

maternité et de la pédiatrie, ainsi que la fermeture des urgences la nuit, engendrent des interrogations sur l'avenir du site dans son ensemble.

De plus, des défaillances ont été pointées dans la conduite du projet par la direction du nouvel établissement fusionné : en particulier, différents rapports de contrôle de l'IGAS font état d'un manque d'engagement, de l'absence dommageable du pilotage de la masse salariale, ou de gestion adéquate des compétences. De plus, le directeur choisi en 1997 pour diriger le CHIPS était déjà à la tête de l'hôpital de Poissy depuis des années. Sa nomination a été perçue comme une menace supplémentaire d'absorption du site de Saint-Germain par l'hôpital de Poissy.

En parallèle, la tutelle régionale s'est tenue trop en retrait, malgré l'accumulation de difficultés connues par le CHIPS. Ce n'est que tardivement, à partir de 2007, qu'elle s'est intéressée aux problèmes financiers de l'établissement, sans s'impliquer davantage dans la question de la réorganisation de l'offre de soins et des restructurations.

1.1.2. 1.1.2 Un « fait générateur » souvent à l'origine de l'évolution des acteurs

- [870] L'initialisation des projets de fusion par les acteurs (personnel médical et non médical, administration, élus, tutelle) est souvent liée à la survenance d'un « fait générateur » externe : la prise de conscience d'un problème menaçant la pérennité de l'activité ou l'obligation de prendre une décision très structurante pour l'avenir favorisent l'émergence d'une réflexion plus ou moins partagée sur les solutions possibles.
- [871] Ce fait générateur revêt des formes multiples. Il peut s'agir d'une situation financière très dégradée (comme à Méru avant la fusion avec l'hôpital de Beaumont), d'un problème de recrutement médical (à l'origine de la création des CHT en Champagne-Ardenne), de l'obligation de réaliser des investissements lourds que l'établissement n'est pas en mesure de réaliser seul (comme c'était le cas à Méru).
- [872] L'évolution de la concurrence locale, à travers notamment les recompositions de l'offre privée, oblige également les établissements publics à revoir leur stratégie. Un premier exemple en est la coopération mise en place entre le CH de Pontoise et celui de Beaumont en matière de réanimation : le projet d'une clinique privée d'obtenir une autorisation en réanimation a conduit l'hôpital de Pontoise et celui de Beaumont à coopérer stratégiquement, même si cette coopération est compliquée du fait des situations financières différentes des deux hôpitaux (l'un en fort déficit et l'autre non).
- [873] Le cas des CH d'Aix-les-Bains et de Chambéry est encore plus exemplaire, puisque c'est la fermeture d'une clinique privée qui a directement enclenché un processus de rapprochement aujourd'hui très approfondi.

La direction commune entre le CH de Chambéry et le CH d'Aix : une coopération à visée intégrative « gagnant-gagnant »

Le centre hospitalier de Chambéry est l'hôpital de référence pour la Savoie et le secteur de Belley : sa maternité de niveau 3 assure plus de 3 200 accouchements par an, il dispose de 1 200 lits et places dont 761 en MCO, et emploie plus de 3 000 personnes dont 327 personnels médicaux en 2010.

Le centre hospitalier d'Aix-les-Bains est bien plus modeste : début 2010, il disposait de 162 lits et places en MCO (dont 20 en obstétrique, supprimées depuis, cf. infra). Son activité est faible au regard de ses capacités, sauf en gériatrie. Il emploie 805 personnes, dont une quarantaine de médecins.

Les deux hôpitaux se situent à une demi-heure l'un de l'autre.

Les coopérations entre les deux établissements sont nombreuses depuis 1990, mais la fermeture de la clinique privée d'Aix-les-Bains (la Clinique Générale de Savoie), annoncée en septembre 2009, et réalisée en juin 2010, conduit à une intégration plus forte. En effet, la maternité publique d'Aix-les-Bains, qui bénéficiait du plateau technique chirurgical de la clinique, ne pouvait plus être maintenue en activité du fait de cette décision. Dès septembre 2010, l'activité d'obstétrique est transférée au CH de Chambéry, et une unité de chirurgie ambulatoire est créée au CH d'Aix-les-Bains, gérée par le CH de Chambéry. Une convention de direction commune est signée un an plus tard.

Au total, cette coopération intégrative s'est réalisée très rapidement, dans l'urgence imposée par la réorganisation de l'offre privée à Aix-les-Bains. Les deux établissements trouvent un intérêt dans la nouvelle organisation des soins : le site d'Aix-les-Bains voit son avenir assuré à moyen terme, et le CH de Chambéry, limité jusqu'ici par la contrainte immobilière, utilise ce nouveau site pour accroître son activité. Sans être alarmante, la situation financière du CH d'Aix-les-Bains s'est légèrement dégradée depuis deux ans à cause du manque d'activité. Le corps médical d'Aix, initialement réticent, a finalement soutenu le projet. Le rapprochement a également bénéficié d'un contexte politique favorable : le maire d'Aix-les-Bains a personnellement porté le projet, à travers « le projet médical unique » aux deux établissements (dans les faits, ce projet médical porte surtout sur les activités maintenues à Aix-les-Bains grâce à la coopération du CH de Chambéry). De plus, l'accompagnement du personnel d'obstétrique lors du transfert de la maternité à Chambéry a été particulièrement soigné, la direction s'étant appuyée sur des entretiens individuels systématiques avant et après l'opération.

Ainsi, c'est une opération de recombinaison de l'offre privée qui est à l'origine de cette coopération « gagnant-gagnant », aboutie dans un laps de temps très court (deux ans).

[874] Le taux de fuite des patients est un autre facteur déclencheur, notamment dans les petites structures, mais pas exclusivement. Cet élément a fait partie des considérations à l'origine de la fusion avec une autre structure pour l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, Saint-Affrique, et Méru notamment.

Le CH de Pontoise et le CHI de Beaumont-sur-Oise : une coopération stratégique de défense de l'offre publique de soins, potentiellement limitée par des considérations financières

Le CH de Pontoise et le CHIPO mènent diverses coopérations, notamment en matière de réanimation. Le bassin de population est de 330 000 habitants, le bassin d'attraction des deux hôpitaux étant plus large encore. Pontoise est un établissement de référence, et Beaumont, un établissement de proximité. Les équipes médicales ont organisé diverses filières. Dans les chirurgies de spécialité, des consultations de proximité et une chirurgie ambulatoire sont organisées à Beaumont, les cas complexes étant envoyés à Pontoise.

La concurrence avec les cliniques privées installées au nord-ouest du Val d'Oise est forte. C'est la décision de l'une de ces cliniques de demander une autorisation en réanimation qui a conduit les deux établissements à coopérer davantage en exploitant leurs complémentarités. En réanimation, la réanimation de Pontoise confie à Beaumont ses malades locaux, Pontoise se chargeant de l'aval le cas échéant. Surtout, depuis juillet 2010 est constituée une équipe médicale commune, l'objectif étant à terme de créer un service unique bi-sites. Conformément à cette visée stratégique de moyen terme, le CH de Pontoise a recruté des praticiens hospitaliers et les met à disposition du CH de Beaumont. Cette décision de coopération est d'autant plus généreuse qu'elle n'est pas rationnelle du seul point de vue de Pontoise : c'est bien pour assurer la pérennité du service de réanimation de Beaumont, menacé par les velléités de la clinique voisine, que Pontoise a décidé de ce recrutement.

La stratégie des deux établissements est donc déjà très intégrée, ainsi que leur gestion de personnels sur les services partagés entre les deux structures (réanimation). Mais cette stratégie peine à trouver sa gouvernance : en effet, la situation financière très dégradée de Beaumont conduit le CH de Pontoise à se montrer très prudent sur toute perspective de fusion entre les deux établissements. Pour le moment, la création d'un GCS de moyens et d'une CHT est privilégiée, avec toutes les limites que comportent ces organisations (cf. annexe 5).

1.1.3. Un projet de fusion plus ou moins partagé et préparé

1.1.3.1. Un temps de préparation variable, non prédictif de la réussite de la fusion

[875] Le rapprochement entre les établissements impliqués dans une fusion est souvent une perspective évoquée longtemps avant sa mise en œuvre effective. C'est le cas pour les hôpitaux d'Eaubonne et de Montmorency, entre autres. Il y a alors un « historique » ancré dans la perception des acteurs locaux, qu'ils mobiliseront après la fusion pour déterminer « qui a gagné » et « qui a perdu » de chacune des structures impliquées dans le processus.

[876] A l'inverse, un rapprochement peut être mené très rapidement, par exemple en réaction à un brusque changement de l'environnement concurrentiel, et aboutir à des restructurations substantielles, comme le montre la mise en place d'une direction commune et la réorganisation de l'offre de soins sur le bassin de Chambéry et d'Aix-les-Bains.

1.1.3.2. La prééminence d'acteurs « porteurs » du projet

[877] En général, les projets de fusion sont « portés » par un nombre limité d'acteurs décidés et motivés. Dans le cas de la fusion entre l'hôpital de Montmorency et celui d'Eaubonne, il s'agit du directeur commun aux deux structures, soutenu par le directeur de l'ARH. La création du CHIPS a été favorisée et portée par le président de la CME, et politiquement par le maire de Saint-Germain-en-Laye en 1998. Sa disparition un an plus tard explique probablement en partie les blocages signalés à partir de cette date. A Pontoise, c'est la communauté médicale qui porte le projet de coopération en réanimation avec l'hôpital de Beaumont.

- [878] Les cas où la tutelle impose la fusion aux autres acteurs sont rares. A titre d'exemple, l'ARH décide seule de la fusion entre l'hôpital de Millau et celui de Saint-Affrique en 2000, mais les réticences et blocages fort, notamment du corps médical, conduisent à la défusion des deux établissements six ans plus tard.

Le CH de Millau et le CH de Saint-Affrique : l'opposition entre la communauté médicale et les administrateurs mène à la défusion

Plusieurs difficultés rencontrées par l'hôpital de Saint-Affrique concourent à sa fusion avec le centre hospitalier de Millau en 2000 : 1. Un bassin de population de l'hôpital de Saint-Affrique peu important (24 000 habitants environ). 2. Une faible activité de chirurgie de proximité, et une activité d'urgence marginale. 3. Un problème de recrutement de praticiens. 4. Une situation financière problématique.

L'hôpital de Millau, situé à une trentaine de minutes, était l'hôpital de recours pour les gestes chirurgicaux lourds. La fusion des deux établissements paraissait être une solution pour réorganiser efficacement l'offre de soins, dans un objectif d'efficience et de qualité des soins. De fait, dès 2000, année de la fusion, l'activité de court séjour de l'établissement fusionné croît légèrement. L'activité d'obstétrique et de médecine se maintient, le recours aux urgences est en hausse. Seule l'activité de chirurgie viscérale chute. Mais une opposition radicale entre les administrateurs et la communauté médicale va contribuer à bloquer toute évolution. Deux instances s'opposent : la CME, jugée par les administrateurs comme pro-millavoise, et le CA, jugé par la communauté médicale comme pro-saint-affricain. Aucun projet médical n'est approuvé par le conseil d'administration dès 2001. Une dégradation budgétaire est constatée à partir de 2002.

En 2003, une manifestation massive, relayée par les médias nationaux, est organisée par les médecins pour protester contre la décision de l'ARH de fermer l'activité de chirurgie à Saint-Affrique. Cinq personnes font une grève de la faim.

En 2006, la défusion est votée.

Outre l'importance d'une cohésion entre la communauté médicale et les administrateurs, cet exemple illustre également les difficultés à mener une restructuration dans des territoires ruraux ou montagneux, dans lesquels la fermeture de services hospitaliers est vécue par la population comme un abandon par l'Etat de ses missions de service public.

- [879] Certains acteurs, plus passifs, dans le personnel médical et non-médical, expriment souvent le sentiment d'une décision précipitée, indépendamment du temps réel de préparation de la fusion, comme le montrent les fusions de Montmorency/Eaubonne, Méru/Beaumont, Poissy/St Germain, dont la mise en œuvre concrète s'est en réalité étalée sur de nombreuses années.

1.1.3.3. 1.1.3.3 Une prise de décision parfois préparée par des étapes de rapprochements intermédiaires

- [880] Certains projets de fusion sont parfois préparés par des étapes intermédiaires de rapprochement. Ainsi, une direction commune aux CH de Montmorency et d'Eaubonne a été créée en préalable à la fusion.

- [881] Si les diverses formes de coopérations comme les syndicats interhospitaliers, les groupements de coopérations sanitaires ou les communautés hospitalières de territoire n'ont pas vocation à être systématiquement à visée intégrative, la création de direction commune, par l'intégration qu'elle opère dans la gouvernance des établissements, a au contraire vocation à l'être. Or, certaines directions communes sont mises en place sans projet précis de fusion, ou dans des contextes où une telle perspective ne paraît pas forcément pertinente – ainsi dans le cas des CH de Valence et de Romans. De telles pratiques sont à décourager, car elles rendent *de facto* le directeur commun seul responsable de la stratégie des deux établissements, alors même que leurs intérêts peuvent être concurrents. Un projet de fusion émerge difficilement dans ces conditions.
- [882] A l'inverse, de telles étapes préparatoires ne sont pas toujours nécessaires : la situation financière de l'hôpital de Méru était tellement dégradée que la fusion avec l'hôpital de Beaumont-sur-Oise s'est réalisée en un an, sans coopération préalable.

1.1.3.4. Dans d'autres cas, un certain manque de préparation en amont

- [883] Au-delà de l'existence de coopérations préalables, certaines expériences de fusion manquent de préparation en amont. Ceci s'explique de plusieurs manières. Parfois, les objectifs ultimes de réorganisation de l'offre de soins et de cessation d'activité sur l'un des sites ne sont pas explicités pour des raisons tactiques : la direction et la tutelle souhaitent éviter un blocage, comme dans le cas de la fermeture à terme du court-séjour à Montmorency, qui n'avait pas été présentée comme un objectif de la fusion des deux établissements, mais qui finira par être effective en 2014. A cet égard, il faut relever que ce manque de transparence peut parfois masquer plus simplement un défaut de stratégie et d'objectifs clairs de la part des promoteurs de la fusion, doublé d'un manque de communication, qui ne peuvent être que contre-productifs : dans le cas de la fusion entre les hôpitaux de Poissy et de Saint-Germain-en Laye, l'opacité ressentie par le personnel, notamment médical, de Saint-Germain, a alimenté les craintes de fermeture du site à terme, et les blocages.
- [884] Dans certains cas, la fusion souffre d'un défaut d'expertise *a priori*. Ainsi, aucun audit préalable des finances du CH de Méru n'a été réalisé avant la fusion avec l'hôpital de Beaumont. De même, lors de la fusion imposée par l'ARH et réalisée en 1999 entre le CH Le Raincy et le CH de Montfermeil, il apparaît que les mesures de réorganisations nécessaires n'ont pas été anticipées, et de ce fait, n'ont pas été menées à bien : coût de gardiennage, entretien du site du Raincy, reconversion du personnel, fonctions logistiques, etc.
- [885] Le manque de préparation peut également révéler une association déficiente de la communauté médicale en amont de la fusion. Une implication minimale du personnel médical est indispensable pour réfléchir aux réorganisations d'activités à opérer entre les sites. Lorsqu'elle manque, soit par réticence du corps médical, soit parce que la direction ou la tutelle ne l'implique pas suffisamment tôt, la fusion se heurtera à l'hostilité des équipes médicales, et obligera la direction à de multiples négociations et compromis aboutissant *in fine* à des solutions bien souvent peu optimales du point de vue de l'offre de soins. Un tel manque de réflexion en amont a été observé lors de la formation du CHIPS, ou de l'hôpital du Sud-Francilien.

La création de l'hôpital du Sud-Francilien : des malentendus initiaux sur les objectifs de la fusion obèrent la réussite du projet dès l'origine

La fusion des CH d'Evry et de Corbeil a eu lieu en 1999. Les établissements connaissent alors des difficultés budgétaires, et sont de moins en moins performants. Construits à 7 km de distance, ils se situent sur le même bassin de population, ont le même profil de clientèle, et répondent à des besoins de santé comparables. La concurrence de trois cliniques privées est forte, notamment pour l'hôpital d'Evry. Malgré ces différents facteurs favorisant la coopération entre les deux établissements, ces derniers échouent à s'accorder sur les modalités de restructuration, et continuent à offrir une offre similaire, deux ans après la fusion.

Plusieurs problèmes dans la conduite de la fusion ont été identifiés dans le rapport d'inspection de 2001 :

- des malentendus sur les objectifs de la fusion paraissent être à l'origine des difficultés de mise en œuvre des projets de restructuration ; l'ambition de la communauté médicale est de créer un pôle de référence, plus autonome vis-à-vis des CHU parisiens, dans un contexte de recrutement problématique dans certaines spécialités (anesthésie et obstétrique) ; dès 1995, elle prend l'initiative d'écrire un « livre blanc », pour organiser les complémentarités entre les deux sites ; pour l'administration, l'objectif principal de la fusion est en revanche d'améliorer l'efficience ;
- ces malentendus ne sont pas dissipés par la tutelle, qui insiste sur le développement de la complémentarité entre les deux sites, sans en préciser les modalités, et en laissant de fait se développer la concurrence ;
- aucune analyse stratégique sur les besoins de santé du territoire n'est menée préalablement à la fusion, qui était pourtant évoquée depuis une dizaine d'années ;
- des lacunes sont également identifiées au niveau du management de la direction et de la conduite de projet : manque d'explicitation des objectifs, aucune ligne directrice en matière d'investissement, choix d'un cadre inexpérimenté en charge des finances, défaut d'outils de pilotage...

De ce fait, « le règlement à l'amiable des conflits a pris le pas sur la réflexion prospective », selon le rapport d'inspection.

En décembre 2001, le conseil d'administration décide de regrouper les activités sur un site unique. Le nouvel ensemble est inauguré 10 ans plus tard. Avec cette nouvelle étape de la fusion, il sera intéressant de suivre l'évolution des différents indicateurs médicaux, administratifs et financiers de l'établissement, afin de vérifier concrètement si l'installation dans un bâtiment unique permet effectivement d'approfondir la démarche de restructuration initiée en 1999.

1.2. La conduite de la fusion : un impact variable sur l'organisation et le fonctionnement des établissements fusionnés

1.2.1. Les cas extrêmes de « fusions alibis »

[886] Parfois, la fusion n'est que juridique, et ne se traduit par aucune modification substantielle dans l'organisation des deux entités fusionnées ou la répartition de l'offre de soins au niveau local. On peut alors d'une « fusion-alibi », destinée à entretenir l'illusion d'une restructuration qui, en réalité, n'a pas été conduite.

[887] La fusion entre le CH d'Evreux et celui de Vernon, actuellement dans l'impasse, paraît relever de ce type de « fusion-alibi ». Les équipes administratives et médicales fonctionnent en doublons, les sites sont trop éloignés pour organiser des coopérations, et il semble difficile d'acter une réorganisation des activités entre les deux sites.

1.2.2. Des projets médicaux formalisés parfois longtemps après l'acte juridique de fusion

- [888] Si certains rapprochements se basent sur des projets médicaux précis, formalisant des réorganisations d'activités, d'autres fusions connaissent un décalage important entre l'acte juridique de la fusion, les réorganisations administratives, et les restructurations en matière d'offre de soins.
- [889] Dans le cas de la direction commune entre le CH d'Aix-les-Bains et le CH de Chambéry, l'élaboration du « projet médical unique » a été réalisée de façon concomitante aux démarches administratives : le projet médical et les réorganisations d'activité entre Aix-les-Bains et Chambéry était bien l'objectif, la direction commune n'en étant que l'outil.
- [890] A l'inverse, la fusion entre l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye et celui de Poissy n'a abouti à un projet médical actant des réorganisations concrètes de l'offre de soins que cinq ans plus tard. Les réticences des communautés médicales, ainsi que la perspective de la construction d'un nouvel hôpital sur un site tiers expliquent un tel délai.

1.2.3. Une réorganisation variable des activités entre les sites

- [891] La réorganisation des activités entre les sites est variable, et peut s'échelonner dans le temps.
- [892] Tout d'abord, le regroupement du MCO sur un site unique est loin d'être systématique. Il n'est pas nécessairement l'objectif. Ainsi, la fusion entre l'hôpital de Millau et celui de Saint-Affrique ne visait pas à la fermeture de la maternité d'un des deux sites, mais avait en revanche pour objectif le transfert de la chirurgie sur le site de Millau, et le maintien d'une activité de chirurgie ambulatoire sur le site de Saint-Affrique. Les blocages de la communauté médicale ont eu raison de ce transfert, ce qui aboutit à la défusion des deux établissements en 2006.
- [893] De plus, certaines activités paraissent plus faciles à restructurer que d'autres (cf. annexes 6, 7, 8 et 12) :
- la mission a pu constater les effets de l'important mouvement de restructuration des maternités (annexe 6), avec la fermeture de nombreux sites à faible activité ou à l'organisation fragile (par exemple à Méru et à Aix-les-Bains), et le renforcement des maternités de type 3 dans l'offre de soins locale (Chambéry) ;
 - en ce qui concerne la chirurgie, les tensions sur le renouvellement des personnels médicaux (Champagne-Ardenne), ou le poids des contraintes financières liées à la mise aux normes des plateaux techniques (Méru), ont conduit à des regroupements d'activités sur site unique, mais ce mouvement n'a pas été aussi simple, en raison des fortes résistances qu'il suscite de la part des communautés locales, des élus et des praticiens eux-mêmes (cf. la difficulté de réunir sur un site unique l'activité chirurgicale du CH d'Eaubonne-Montmorency) ; en revanche, si la mission a pu constater que la plupart des établissements qu'elle a visités cherche à développer la chirurgie ambulatoire, elle n'a guère observé d'impact de ce mouvement sur leurs coûts ou leur organisation : des espaces géographiques sont certes réservés à l'activité de chirurgie ambulatoire, mais, dans les structures visitées, le développement de la chirurgie ambulatoire n'a entraîné ni fermeture de blocs, ni réduction des équipes, notamment de nuit, dédiées à la chirurgie ; de fait, dans certains cas le développement de cette pratique s'inscrit davantage dans une logique de prise de parts de marché (ainsi au CH de Valence ou à Chambéry/Aix-les-Bains) que d'optimisation de l'organisation de l'activité chirurgicale ;

Un exemple de coopération en chirurgie ambulatoire : Aix-les-Bains et Chambéry

Suite à la fermeture de la clinique à Aix-les-Bains et la cessation de son activité de chirurgie, les deux CH d'Aix-les-Bains et de Chambéry ont décidé de mettre en place une offre publique de proximité en chirurgie ambulatoire et endoscopie digestive à Aix. Douze lits et places ont été créés, et du personnel est mis à disposition par le CH de Chambéry.

Cette coopération a été mise en place dès septembre 2010, soit trois mois après la fermeture de la clinique. Elle a été consolidée par une direction commune aux deux établissements, depuis septembre 2011. L'activité de chirurgie ambulatoire s'élève aujourd'hui à 1 200 actes par an à Aix-les-Bains comme à Chambéry.

Cette coopération satisfait les deux sites. A Aix, une couverture chirurgicale est maintenue ; quant au CH de Chambéry, il peut étendre son activité, ce qui n'était pas possible sur son propre site pour des raisons immobilières.

- enfin, la mission n'a pu que constater le faible poids que pèsent les enjeux relatifs à la médecine dans les fusions ou rapprochements qu'elle a examinés : si certaines fusions se traduisent par la fusion de services de médecine, notamment en cas de concentration de l'activité MCO sur un site unique (Eaubonne-Montmorency), la problématique de la médecine n'est jamais à l'origine du projet de fusion lui-même. Ce constat est le reflet de la faiblesse du discours sur la restructuration de ce secteur, par rapport à la chirurgie et à l'obstétrique (cf. annexe 8).

1.2.4. La réduction du nombre de sites n'est pas fréquente

- [894] La fermeture d'un seul site est un cas très rare (aucun cas observé dans l'échantillon étudié par la mission). En revanche, lorsque la situation est bloquée, la recherche d'un « site tiers » est souvent vue par les acteurs comme une solution consensuelle. Le coût d'un tel investissement, et les obstacles à sa réalisation, doivent cependant être mis en regard des gains espérés. A cet égard, l'exemple de l'hôpital du Sud-Francilien montre que la construction d'un nouvel établissement n'est jamais une « solution miracle ».

1.2.5. Des économies d'échelle sur les fonctions mutualisées pas toujours mesurées ni visibles

- [895] La mutualisation des fonctions supports (blanchisserie, restauration, logistique...) permet théoriquement de réaliser des économies d'échelle. Les gains ne sont pas toujours mesurés ou visibles. Dans les faits, ils ne sont pas certains. La complexité de gestion liée aux deux sites doit être prise en compte. De plus, les coûts de la reconversion du personnel en surnombre peuvent annuler les éventuelles économies d'échelle réalisées par ailleurs.

2. ENSEIGNEMENTS

2.1. L'évaluation des fusions est malaisée

- [896] Les 90 fusions identifiées par la mission entre 1995 et 2011 (cf. annexe 10) s'inscrivent dans ce paysage général de recomposition de l'offre de soins, qu'elles ont pu contribuer à faciliter, ou au contraire à ralentir ou à gêner lorsqu'elles étaient mal fondées. Mais il est difficile de porter une appréciation définitive sur leur bilan global. Tirer des leçons de ces expériences est en effet malaisé, pour plusieurs raisons.

- [897] Tout d'abord, les critères d'évaluation permettant de qualifier une fusion de réussie ne sont pas simples à déterminer. De fait, dans les cas étudiés, aucun indicateur de résultat n'a été fixé *a priori*, et donc suivi. Un tel travail aurait nécessité une réflexion en amont, dans une démarche impliquant si possible les différentes parties prenantes. Il est à noter que la définition d'indicateurs implique de déterminer au préalable les objectifs attendus de la fusion, ce qui est loin d'être systématique. Du fait de cette carence dans la définition des objectifs et des indicateurs de résultats, les données permettant d'évaluer les fusions sont lacunaires. La comparaison de divers indicateurs avant et après la fusion semble pourtant indispensable : amélioration des indicateurs financiers, hausse de l'activité, maintien voire amélioration de la qualité des soins, conditions de travail satisfaisantes, attractivité des postes, satisfaction des usagers, attraction ou fuite de la patientèle, sont autant de dimensions qui nécessiteraient un suivi attentif.

- [898] Un deuxième obstacle à l'évaluation des fusions tient aux délais, parfois importants, durant lesquels ont lieu les réorganisations d'activités et de services entre les deux anciens établissements. En théorie, une fusion n'est totalement achevée qu'une fois stabilisées toutes les réorganisations qu'elle est censée permettre. Or, ces réorganisations (fermetures ou transferts de services, restructurations immobilières, rationalisation de plateaux techniques...) s'étendent souvent sur une période si longue que toute comparaison entre situation initiale avant fusion et situation finale après fusion paraît illusoire.
- [899] La fusion entre le centre hospitalier d'Eaubonne et celui de Montmorency en offre un exemple : près de vingt ans se sont écoulés entre les premières réflexions sur un rapprochement des deux établissements, et l'acte juridique de fusion en 1998 et, en 2012, soit 14 ans après la fusion juridique, les réorganisations d'activités entre sites ne sont toujours pas encore achevées, et ne devraient l'être qu'en 2014 avec la réunion de toutes les activités MCO sur le site d'Eaubonne.
- [900] De plus, l'opinion sur le bilan de la fusion peut varier considérablement suivant la période considérée : un an après la fusion des centres hospitaliers de Poissy et de Saint-Germain, l'activité du nouvel établissement connaissait une hausse, et la situation financière paraissait s'améliorer. Trois ans plus tard, le déficit du CHIPS s'est creusé, et n'a toujours pas disparu, 14 ans plus tard, tandis que le taux de fuite des patients vers d'autres établissements, notamment parisiens s'est accru. Les mêmes fluctuations d'activité s'observent dans le cas de la fusion des hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique en 2000 : à l'amélioration initiale a succédé une dégradation continue de l'activité et des indicateurs financiers, aboutissant à la défusion en 2006.
- [901] Un troisième obstacle découle du fait que rien ne permet d'affirmer que la qualité ou l'efficacité auraient été différents avec d'autres solutions. En effet, il est parfois difficile de distinguer entre les effets des fusions et les effets des évolutions de l'environnement externe : réorganisation de l'offre de soins privée, évolution des besoins de la population, etc.
- [902] Sous ces réserves, certains enseignements peuvent néanmoins être tirés des expériences passées.

2.2. *Beaucoup de projets de regroupement sont des échecs*

- [903] Les nombreux rapports produits par l'IGAS sur les difficultés rencontrées par des EPS résultant d'une fusion le montrent : à l'hôpital comme dans le secteur des entreprises, beaucoup de fusions échouent à atteindre leurs objectifs, et certaines contribuent même à aggraver les difficultés des entités qu'elles ont réunies.

2.2.1. 2.2.1 Les échecs s'expliquent parfois par des facteurs structurels

- [904] Certains facteurs compromettent dès l'origine un rapprochement entre deux structures. Six facteurs de risques ressortent plus particulièrement de l'examen de fusions passées.
- [905] Premier élément : un temps de trajet important (supérieur à 45 minutes) entre les deux établissements, car cette situation nuit à l'organisation des activités (transport de patients, réunions sur les deux sites induisant un temps de trajet important), risque de susciter des réticences des personnels, notamment médicaux, à exercer sur le site éloigné de leur lieu de travail habituel. A titre d'exemple, la distance entre l'hôpital de Romans et celui de Valence (nécessitant un temps de transport de 50 minutes environ aux heures de pointe) ne facilite pas les tentatives de coopérations entre les deux structures, par ailleurs tournées vers deux zones géographiques différentes.

Hôpitaux Drôme-Nord (HDN) et le CH de Valence : une rapprochement peu pertinent ?

Une direction commune existe entre le CH de Valence et les hôpitaux Drôme-Nord²⁵⁶ depuis octobre 2011. Elle devait n'être qu'une étape dans le cadre d'un projet de fusion, mais apparaît aujourd'hui comme un alibi pour masquer l'échec de ce projet.

Les caractéristiques des deux établissements soulèvent des interrogations sur la pertinence d'un tel projet. Ils sont tous deux de taille importante, le CH de Valence étant légèrement plus gros (2 400 agents, contre 1 850 aux HDN). Le bassin de vie de Valence, plutôt tourné vers le sud du département, est de 220 000 personnes, quand celui des HDN, plutôt tourné vers le nord du département, est de 160 000 personnes. En cas de regroupement géographique de certaines activités sur un site unique (ainsi si toute la chirurgie était transférée à Valence), il n'est pas certain que ce site puisse récupérer toute l'activité des deux structures actuelles, certains patients du bassin de vie de Romans pouvant se tourner plus probablement vers Grenoble ou Lyon.

De plus, l'historique entre les deux établissements est difficile. Alors qu'ils sont historiquement les deux pivots de l'offre de soins du département, le corps médical des HDN a le sentiment que, sur son activité MCO, l'établissement a été systématiquement désavantagé par la tutelle au profit du CH de Valence, qui a reçu des financements pour moderniser son pôle mère-enfant. Les HDN n'ont pas bénéficié des plans hôpital 2007 et hôpital 2012 et ont vu leur situation financière se dégrader depuis 2010, année où l'établissement a dû autofinancer des travaux de remise aux normes et de sécurité incendie ont été menés, tout en devant assumer les conséquences de décisions perçues comme des sacrifices : développement d'activité sur le site de Saint-Vallier après la fusion avec Romans, accueil d'une maison médicale de garde dans les locaux de l'hôpital...

La coopération existante sur le partage d'équipe médicale en réanimation illustre ce contexte tendu : le CH de Valence a connu une période de carence de médecins, et n'a plus assuré la permanence des soins sur les HDN pendant un an et demi, ce qui a pesé sur les finances des HDN.

Au total, la situation actuelle paraît insatisfaisante : la direction commune ne peut masquer le fait que le projet de fusion est au point mort, et que sa pertinence même, reposant sur l'idée qu'il ne pourrait y avoir qu'un CH de référence dans le département, est discutable. Une plus grande transparence sur les perspectives à moyen terme pour les HDN serait souhaitable.

- [906] Deuxième élément : si les deux hôpitaux se situent sur des bassins de vie trop différents, comme les hôpitaux de Romans et Valence dans l'exemple précédent, et que les patients ont par ailleurs la possibilité de se faire soigner dans d'autres structures, leur fusion est à la merci d'une augmentation du taux de fuite, qui interdira au nouvel établissement de récupérer l'activité de ses deux composantes. Ainsi, l'hôpital de Poissy-Saint-Germain connaît un taux de fuite important sur la commune de Saint-Germain : les deux bassins de vie sont radicalement différents, et nombre d'habitants de Saint-Germain préfèrent aller se faire soigner directement dans les hôpitaux parisiens plutôt qu'au CHIPS (cf. encadré *supra*).

²⁵⁶ Les HDN sont issus d'une fusion entre l'hôpital de Romans et celui de Saint-Vallier, petit établissement situé à une demi-heure de Romans. L'acte juridique de fusion a été pris en 2000, conduisant à la fermeture de la chirurgie et de la maternité à Saint-Vallier. Certaines activités sont encore en cours de rapprochement (comme la cuisine et la lingerie).

- [907] Troisième élément : la mauvaise santé financière des établissements parties prenantes de la fusion est un élément de complication, *a fortiori* lorsque tous les établissements sont en difficulté financière comme dans le cas de la fusion entre les CH d'Alençon et de Mamers. Ainsi, lorsque l'activité de deux établissements est complémentaire, comme dans le cas des hôpitaux de Beaumont-sur-Oise (centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise) et de Pontoise (cf. encadré *supra*), mais que la structure financière des établissements est trop divergente, l'intérêt bien compris de l'établissement « bien portant » (qui souhaite préserver sa capacité d'investissement) peut le conduire à rejeter toute perspective de rapprochement, même lorsque celle-ci paraît pertinente du point de vue du régulateur. Le cas des fusions de plusieurs établissements mal portants (comme en Martinique) est encore plus problématique, la mission montrant dans son annexe 5 que la fusion n'était pas le levier le plus pertinent pour redresser la situation financière d'un EPS en déficit.
- [908] Quatrième élément : les deux structures doivent trouver des complémentarités d'activité, et ne pas être en concurrence, ou totalement indépendantes l'un de l'autre. Cet élément, lié à la cohérence des bassins de vie, explique en partie le fait que le projet de fusion entre l'hôpital de Valence (plutôt tourné vers les populations du centre et du sud de la Drôme) et celui de Romans (plutôt tourné vers les populations du nord de la Drôme) n'a pas abouti – et que la mission est sceptique sur l'opportunité de le relancer.
- [909] Cinquième élément : la fusion entre deux établissements moyens ou grands de taille voisine apparaît comme une opération particulièrement difficile, alors que la fusion d'un « petit » établissement avec un « gros » semble poser moins de problèmes. Au-delà d'une certaine taille, la fusion entre égaux semble ainsi maximiser les inconvénients de la grande taille : complexité de la gouvernance, déséconomies d'échelle, difficultés managériales et de conduite de projet dans un environnement particulièrement complexe et sensible, etc. L'opération paraît particulièrement risquée lorsque, pour reprendre le quatrième élément, les deux établissements étaient frontalement concurrents et de ce fait peu complémentaires.

2.2.2. Un accompagnement au changement défailant ralentit, voire empêche la réussite d'un projet

- [910] L'implication managériale est déterminante pour assurer la conduite du projet de fusion. Elle se traduit à différents niveaux.
- [911] Des objectifs clairs, notamment d'efficience, doivent être définis et affichés de manière transparente par les directions d'établissement. Dans le cas contraire, les parties prenantes ont tendance à se sentir lésées, notamment au sein du plus petit établissement qui craint de se faire absorber par le plus gros (mais le cas inverse peut également s'observer : ainsi Montmorency qui a longtemps craint une fusion avec Eaubonne, pourtant plus petit, mais avec davantage de potentiel d'expansion du fait de la structure de son foncier). S'en suivent alors des négociations sur la répartition des activités qui n'ont pas pour objectif de rationaliser l'organisation des soins sur un territoire mais visent à défendre les prérogatives de chaque échelon hiérarchique et de chaque service. Le résultat ne permet pas de rationaliser l'organisation de l'ensemble fusionné, ni de dégager une complémentarité entre les sites (lorsqu'il est pertinent de les conserver), obérant dès lors la réussite de l'opération, comme dans le cas de la fusion Millau/Saint-Affrique.
- [912] Le directeur de l'hôpital fusionné doit avoir une légitimité incontestée. Lorsqu'il a été directeur de l'un des deux établissements pendant longtemps, ou encore lorsqu'il n'a pas une personnalité fédératrice, les tensions s'exacerbent. Le cas de la fusion entre Poissy et Saint-Germain est emblématique à cet égard : le directeur choisi pour diriger le nouvel établissement avait dirigé l'hôpital de Poissy durant des années, alors même que les craintes d'être absorbés émanaient du personnel de Saint-Germain, établissement un peu plus petit et surtout connaissant une décroissance d'activité (cf. encadré *supra*).

- [913] Le changement doit être conduit avec méthode, dans la transparence, et en associant l'ensemble des acteurs aux moments opportuns. Une bonne communication vis-à-vis du personnel, des élus, de la population est indispensable. Dans le cas contraire, des rumeurs et des informations erronées sont susceptibles d'être relayées par les opposants à la fusion. En outre, la dimension médiatique de tout rapprochement d'envergure ne doit pas être sous-estimée. A la lecture d'articles de journaux du Sud-Aveyron, la population de Saint-Affrique aurait vécu le rapprochement avec l'hôpital de Millau comme un véritable abandon des services publics sur leur commune.
- [914] Le manque d'accompagnement social du personnel est un facteur de blocage important. L'incertitude sur les conditions de travail doit au contraire être minimisée dès que possible. La coopération très aboutie des centres hospitaliers d'Aix et de Chambéry a été grandement facilitée par l'engagement de la direction de l'hôpital d'Aix dans l'accompagnement des personnels concernés par le déménagement de la maternité à Chambéry : un plan de reclassement a été piloté par la directrice adjointe de l'hôpital d'Aix et a conduit à recevoir individuellement tous les agents concernés, avant et après le déménagement, afin d'étudier leurs besoins et recueillir leur retour sur la nouvelle organisation.
- [915] Malgré le rôle clef que jouent les directeurs d'hôpital dans ces opérations délicates, ces compétences sont trop peu valorisées dans leurs carrières.
- [916] La tutelle, tant régionale que nationale, a également un rôle important à jouer aux côtés des équipes hospitalières dans la conduite des projets de fusion, parce qu'elle est en charge de la stratégie de réorganisation de l'offre de soins, parce qu'elle a vocation à accompagner et soutenir les établissements qui fusionnent, parce qu'elle peut jouer un rôle de capitalisation et de diffusion de méthodes et d'expériences. Une éventuelle carence est de nature à obérer la réussite du projet de fusion.
- [917] Or, au niveau national, comme la mission le relève dans ses annexes 5 et 10, aucun suivi ou évaluation des opérations de fusion n'est mené. De ce fait, aucune capitalisation sur les expériences considérées comme réussies ou en échec n'est possible. Par ailleurs, il ne semble pas que des conseils précis, adaptés à chaque situation, soient délivrés sur les formes juridiques adéquates pour mener un rapprochement entre deux établissements.
- [918] Au niveau des agences régionales d'hospitalisation, et aujourd'hui des agences régionales de santé, le soutien aux opérations de fusion a été, et est encore, souvent fluctuant. L'idée prévaut que la fusion, pour être réussie, doit « venir du terrain », et être portée notamment par les directions d'établissement et le corps médical. S'il est vrai que la réussite des coopérations hospitalières de territoire initiées par l'ARS de Champagne-Ardenne dépend largement des dynamiques de terrain, de leur pertinence en termes d'organisation des soins, et de l'adhésion des acteurs, il est également exact que l'absence d'implication de l'ARS dans des procédures extrêmement chronophages pour les établissements peut induire des découragements et des démotivations. A l'inverse, comme dans le cas de la fusion Millau/Saint-Affrique, une fusion imposée par un DG d'ARH augure mal de la réussite du projet, si les raisons de cette évolution ne sont pas intégrées par les acteurs.
- [919] D'une manière générale, dans la mesure où l'ARS est directement responsable de la politique des restructurations hospitalières en région, elle a un rôle essentiel à jouer dans la préparation des fusions, comme dans leur accompagnement une fois qu'elles ont été décidées. Elles doivent en particulier s'investir dans le choix des équipes de direction qui auront à s'occuper des projets de fusion, dans la communication à l'égard des élus et dans le suivi des résultats des opérations en cours. Ainsi, les déficits accumulés du CHIPS auraient dû constituer un signal d'alarme et enclencher une réaction (non limitée aux seuls aspects financiers) de l'ARH d'Ile-de-France.

2.2.2.1. Un contexte défavorable peut faire échouer un regroupement

- [920] L'opposition de tout ou partie du corps médical, des élus, et l'absence de « fait générateur » reconnu par l'ensemble des acteurs comme rendant nécessaire la fusion constituent trois éléments de contexte introduisant un degré de complexité supplémentaire dans la conduite d'une fusion.

- L'opposition de tout ou partie du corps médical

[921] La pertinence et la valeur ajoutée d'une fusion se jugeant à la capacité qu'elle offre au nouvel ensemble de repenser ses processus, ses organisations et ses moyens sur les fonctions support ou périphériques (pharmacie, biologie...) mais aussi et surtout sur son activité médicale, la capacité de la communauté médicale à s'accorder sur une nouvelle organisation pèse lourd dans la réussite ou l'échec d'une fusion. Dans les cas du CHIPS et de l'hôpital Sud-Francilien, les défiances réciproques, la crainte de certains praticiens de ne pas trouver leur place au sein de la nouvelle structure, expliquent pour une large part les résultats décevants de ces opérations, tant sur l'organisation de ces établissements que sur leur situation financière.

[922] Dès l'amont du projet, la présence au sein de la communauté médicale de personnalités non coopératives – ou pour lesquelles la fusion se traduirait par une réduction de leurs perspectives de carrière – est susceptible d'en affecter significativement la réussite. Cette situation peut aboutir à différer pour de longues années des ajustements nécessaires, et générateurs de gains pour l'établissement dans son entier. Dans le cas de la fusion des hôpitaux d'Eaubonne et de Montmorency, les différents blocages ont ralenti les étapes successives de fusion, qui ne sera achevée sur un plan organisation qu'en 2014, soit 16 ans après la décision juridique de réunir les deux établissements.

[923] Ce constat est d'autant plus vrai lorsque les rationalisations consécutives à la fusion ont un impact négatif sur la situation personnelle et financière des personnels médicaux et para-médicaux : par exemple lorsqu'elles se traduisent par la fermeture d'un plateau technique ou par l'unification sur site unique des urgences H24, conduisant à les priver des rémunérations des gardes et astreintes, salaires de nuit, etc., qu'ils percevaient dans l'organisation antérieure. Cet aspect peut expliquer le manque d'adhésion des médecins (et plus généralement des personnels soignants) à certains projets de restructuration ou fusion, comme ce fut le cas à Saint-Affrique dans le cadre de la fusion avec l'hôpital de Millau.

- L'opposition des élus

[924] La mobilisation d'élus contre un projet de fusion, même déjà engagée, est un facteur bloquant. Dans le cas du CHIPS, la disparition du maire de Saint-Germain, Michel Péricard, un an après l'acte juridique entérinant la fusion avec l'hôpital de Poissy, a représenté une véritable rupture dans la dynamique du projet. Les résistances du personnel se sont renforcées, et les restructurations prévues n'ont pas été menées comme prévu initialement.

- L'absence d'un fait générateur

[925] Comme la mission l'a relevé *supra*, un « fait générateur » externe (situation financière dégradée, difficulté à remplacer un praticien, recomposition de l'offre de soins privée, nécessité de s'étendre sur le plan immobilier...) est souvent à l'origine de la prise de conscience des parties prenantes sur la nécessité d'un rapprochement.

[926] En l'absence d'un tel contexte, les facteurs de blocage l'emportent, comme le montre par exemple le cas du CHIPS, où l'absence d'élément décisif n'a pas permis de réduire les réticences des médecins de Saint-Germain à collaborer avec le corps médical de l'hôpital de Poissy lorsque les deux établissements ont été fusionnés.

2.3. Mais certaines, rares, sont très bénéfiques : les critères d'une fusion pertinente

[927] L'objectif d'une fusion ou d'un rapprochement à visée intégrative doit être de rationaliser l'offre de soins sur un territoire donné, en maintenant des soins de qualité, en garantissant un accès aux soins adéquat, sans augmenter le taux de fuite des patients vers des établissements tiers. Sur ce plan, il existe des modèles réussis que la mission développe dans son annexe 12, où elle s'efforce d'en identifier les facteurs de succès.

[928] Tout d'abord, la pertinence du projet doit faire l'objet d'un consensus le plus large possible, qui est souvent facilité par l'existence de faits générateurs objectifs, comme la mission l'a relevé *a contrario* au point précédent :

- une situation financière très dégradée ne permettant plus à l'établissement de préserver son autonomie (ce fait générateur a joué à la fin des années 1990 pour hâter la fusion de Méru avec Beaumont, qui est aujourd'hui confronté à la même problématique face à Pontoise) ;
- des problèmes de recrutement : la difficulté à remplacer un praticien parti interpelle sur l'attractivité de l'hôpital, et donc sur sa capacité à maintenir tel ou tel secteur d'activité (ce qui est à l'origine des CHT que la mission a observés en Champagne-Ardenne²⁵⁷) ;
- la recomposition de l'offre de soins privée : le projet d'une clinique privée d'obtenir une autorisation en réanimation a conduit l'hôpital de Pontoise et celui de Beaumont à coopérer stratégiquement, même si cette coopération est compliquée du fait des situations financières divergentes des deux hôpitaux ; de même, les hôpitaux d'Aix et de Chambéry ont élaboré un « projet médical unique » (dans les faits, le projet médical des activités d'Aix) après la décision d'une clinique d'Aix-les-Bains de fermer son service de chirurgie générale, ce qui a conduit à la fermeture de la maternité de l'hôpital public.
- la nécessité de réaliser des investissements lourds que l'établissement ne serait pas en mesure de réaliser seul (Méru), ou de s'étendre afin d'augmenter une activité contrainte pour des raisons immobilières : c'est pour cette raison que l'hôpital de Chambéry a trouvé un intérêt au rapprochement avec l'hôpital d'Aix-les-Bains ;
- un important taux de fuite des patients est également de nature à mobiliser les acteurs ; c'est le cas dans les petites structures, comme à Saint-Affrique ou Méru, mais également à Saint-Germain, lorsque les établissements tiers sont faciles d'accès. ;
- le calendrier politique et l'implication des élus locaux peuvent jouer en faveur des rapprochements : le maire d'Aix-les-Bains a soutenu le projet de coopération dès lors que des activités étaient maintenues sur sa commune ; à Saint-Germain, l'implication du maire en faveur de la fusion avec Poissy a débloqué la situation en 1998, sa disparition ouvrant une nouvelle période de blocage.

[929] Une fois le projet lancé, la conduite du changement doit être menée de façon adéquate, par une équipe dirigeante fédératrice, ayant le soutien des tutelles.

[930] Enfin, des critères d'évaluation doivent être définis en amont, et suivis tout au long du processus de rapprochement, afin de mesurer l'impact de la fusion sur la qualité des soins, les coûts, la situation financière de l'établissement, la satisfaction des usagers, et les conditions de travail.

[931] En conclusion, une fusion hospitalière n'est pertinente que si elle vise à améliorer l'efficacité de l'offre sanitaire sur le territoire, et y parvient effectivement. Sans être un remède miracle aux différents problèmes rencontrés par les établissements publics de santé, elle peut parfois être un outil efficace au service de cet objectif, mais ne doit être utilisée qu'avec prudence et précaution.

²⁵⁷ La CHT Nord-Ardenne (rassemblant quatre établissements, dont le CH de Charleville et celui de Sedan, la CHT Sud-Champagne (rassemblant 9 établissements), la CHT Vallée de la Marne (11 établissements, dont le CHU de Reims).

Annexe 12 : La chirurgie ambulatoire : état des lieux perspectives

ANNEXE 12 : LA CHIRURGIE AMBULATOIRE : ETAT DES LIEUX PERSPECTIVES 253

INTRODUCTION.....	255
1. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE A LONGTEMPS OCCUPE EN FRANCE UNE PLACE REDUITE	255
1.1. <i>la chirurgie ambulatoire s'est particulièrement développée dans les pays anglo-saxons.</i>	255
1.2. <i>La France est en train de rattraper son retard.....</i>	257
2. UNE POLITIQUE ACTIVE A PERMIS SON DEVELOPPEMENT	258
2.1. <i>De nombreuses mesures ont été prises</i>	258
2.2. <i>La CNAMTS a mis tout son poids dans le développement de la chirurgie ambulatoire ...</i>	259
3. LES AVANTAGES SONT REELS MAIS LA CHIRURGIE AMBULATOIRE N'EST QUE PARTIELLEMENT SUBSTITUTIVE	259
3.1. <i>Les complications sont peu fréquentes, mais la clientèle est moins lourde qu'en hospitalisation complète.....</i>	259
3.2. <i>Tous les malades ne peuvent pas en bénéficier</i>	260
3.3. <i>L'entourage supporte une part de la charge, et il faut l'en informer clairement.....</i>	261
3.4. <i>Les bénéfices économiques sont complexes à analyser</i>	261
3.5. <i>En conclusion, son mode d'organisation est bien un moteur de changement et c'est à ce titre que la pratique de la chirurgie ambulatoire doit être encouragée.....</i>	263

Introduction

[932] En France, le décret du 2 octobre 1992 définit ainsi la chirurgie ambulatoire : « *les structures de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire permettent d'effectuer, dans les conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Ces structures dispensent des prestations équivalentes par leur importance à celles effectuées habituellement en hospitalisation complète, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures* ».

[933] La chirurgie ambulatoire est prônée par les pouvoirs publics et la CNAMTS comme un concept susceptible de modifier l'offre chirurgicale, en diminuant les coûts, en obligeant les établissements à se regrouper, et en se substituant peu à peu à l'hospitalisation chirurgicale complète. La mission a voulu comprendre les hypothèses qui sous-tendent ce choix et vérifier les effets attendus.

1. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE A LONGTEMPS OCCUPE EN FRANCE UNE PLACE REDUITE

[934] ²⁵⁸ Son développement apparent est variable selon les pays, sous l'influence de trois facteurs

- **les progrès technologiques**, qui ont porté sur l'anesthésie (développement des techniques d'anesthésie loco-régionales, nouveaux anesthésiques permettant des réveils rapides et diminuant les effets secondaires) et sur les techniques interventionnelles (développement des fibres optique, laser, ultrasons, matériaux synthétiques...);
- **la détermination du champ de la chirurgie** : en chirurgie digestive ou en chirurgie thoracique par exemple, les chirurgiens français ont laissé la place aux médecins (gastro-entérologues, cardiologues, pneumologues) ou aux radiologues (radiologie interventionnelle) pour la pratique d'actes d'endoscopie ou d'activités interventionnelles, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays. C'est ainsi que l'European Society of gastrointestinal endoscopy accueille aussi bien des internistes, des gastro-entérologues ou des chirurgiens selon les pays²⁵⁹. Il faut donc tenir compte de cette différence de champ dans les comparaisons internationales ;
- **l'existence de contraintes financières ou administratives**, qui ont eu un rôle majeur dans les pays anglo-saxons. Ces contraintes n'ont pas eu d'équivalent en France dans le secteur public.

1.1. *La chirurgie ambulatoire s'est particulièrement développée dans les pays anglo-saxons*

1.1.1. L'exemple américain

a) Aux USA, cette modalité de soins (appelée *outpatient surgery, ambulatory surgery* ou *same day surgery*) a vu le jour dans les années 70²⁶⁰, mais s'est véritablement développée dans les années 80 pour des raisons économiques. De nombreux centres indépendants se sont créés (ils étaient 239 en 1983 et plus de 3300 vingt ans plus tard). Dans certains cas, des hôtels se sont construits à la périphérie de plateaux techniques hospitaliers.

²⁵⁸ Rapport IRDES « *La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives* ». Nov 1997 A.Mahieu, N.Raffy-Pihan.

²⁵⁹ Voir site d'accueil internet ESGE

²⁶⁰ Le premier centre de chirurgie ambulatoire indépendant a ouvert en Arizona en 1970. Source Wikipedia 2011

[935] Des organismes d'accréditation établissent des standards d'organisation et effectuent des audits tous les trois ans en moyenne pour contrôler les bonnes pratiques. L'Etat de Californie a rendu cette mesure obligatoire en 1996, suivi en cela par la plupart des autres Etats. La chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'une surveillance par le National Survey of Ambulatory Surgery (NHSA) basé auprès du CDC d'Atlanta en 1994-1996. Ce programme a été interrompu faute de financement et n'a repris qu'en 2006²⁶¹. D'après ce programme de surveillance, on estime qu'en 2006, 53,3 millions d'actes ont été effectués au cours de 34,7 millions d'entrées en chirurgie ambulatoire. Cette activité se répartit entre 19,9 million d'actes effectués dans des hôpitaux traditionnels (57,2 %) et 14,7 millions (42,8%) dans des centres indépendants²⁶². Les interventions les plus fréquentes chez les enfants concernent l'ablation des végétations et des amygdales. Le taux d'interventions par chirurgie ambulatoire augmente jusqu'à 75 ans et diminue ensuite. Les femmes représentent 57,6 % des entrées, mais leur proportion devient inférieure aux hommes après 75 ans.

[936] Parmi les actes les plus effectués en ambulatoire, on retrouve l'endoscopie du colon (5,7 Millions), l'endoscopie du grêle (3,5 million)²⁶³, l'extraction de lentilles²⁶⁴ (3,1 millions) l'injection de produits dans le canal spinal (2 million) et l'insertion de lentilles prothétiques (2,6 millions). Les diagnostics les plus rencontrés sont : la cataracte (3M), les tumeurs bénignes (2M) les tumeurs malignes (1,2M), les maladies de l'œsophage (1,1M) et le diverticule intestinal. Le nombre d'actes effectués par séjour a fortement augmenté. Selon les données du CDC/NHCS, si les entrées en chirurgie traditionnelle et celles en chirurgie ambulatoire étaient à peu près égales en 1996 (environ 20 M chacune), la situation a peu changé en 2006 pour la chirurgie traditionnelle (environ 21 M d'entrées) mais les entrées de chirurgie ambulatoire ont cru de 74 % en dix ans (34,7 M) : ainsi les deux techniques (chirurgie ambulatoire et chirurgie traditionnelle) se développent-elles côte à côte, mais à des rythmes différents aux USA comme en France (cf.infra).

b) Au Canada²⁶⁵, la politique de santé est fondée de longue date sur le développement des soins ambulatoires, dispensés par un médecin de premier recours, qui agit non seulement comme dispensateur de soins, mais aussi comme « contrôleur d'accès » aux autres services de santé. La chirurgie ambulatoire s'y est donc développée d'emblée et le taux de chirurgie ambulatoire pour certains actes atteint 87 % au Québec par exemple (en incluant les endoscopies).

1.1.2. Les pays européens

a) En Grande Bretagne, le NHS a connu dans les années 90 une explosion des files d'attente pour divers actes chirurgicaux non urgents. La situation était telle qu'en 1993 on signalait des malades attendant plus de deux ans et qu'en 1998, 1,3 Millions d'habitants étaient encore inscrits sur une liste d'attente. Le gouvernement de Tony BLAIR a fait de la disparition des files d'attente un des critères de sa réforme sanitaire. Les établissements du NHS devaient publier leur liste d'attente et fournir la preuve de leurs efforts pour la réduire²⁶⁶. Le développement de la chirurgie ambulatoire a été la conséquence d'une politique visant l'efficacité des soins²⁶⁷, également inspirée par la difficulté de recrutement des nurses et le petit nombre des chirurgiens anglais. Le Royal College édicte des bonnes pratiques tant pour l'anesthésie que pour la chirurgie, qui font régulièrement l'objet d'évaluations.

²⁶¹ National Health Statistics Reports n° 11, jan. 28, 2009 revised sept. 2009: "ambulatory surgery in the United states 2006" K.Mc Cullen , M.J.Hall et al.

²⁶² Ces centres (ambulatory surgery centers ou ASC) sont parfois la propriété unique d'un ou de plusieurs chirurgiens, mais le plus souvent ceux-ci sont associés à d'autres financeurs.

²⁶³ Actes étant considérés en France, contrairement aux USA, comme ne relevant pas de la chirurgie ambulatoire

²⁶⁴ Quand on évoque une possible inflation des demandes, on répond que le chirurgien ne peut inventer la pathologie, à savoir ici la cataracte. Ce chiffre démontre qu'il peut en tout cas opérer le malade plusieurs fois.

²⁶⁵ Portail de l'Agence de la santé publique du Canada 19/10/2011 soins ambulatoires.

²⁶⁶ Espace Social Européen 1998 (424)11-2 : « Le NHS fête ses 50 ans : des promesses sur liste d'attente ».S.Jarre

²⁶⁷ King's fund . A high performing NHS ? a review of progress 1997-2010, 2010

[937] En Italie, la chirurgie ambulatoire a connu un fort développement dans certaines régions, notamment la région du Veneto, avec laquelle la CNAMTS a signé en 2008 un contrat de collaboration, dans le but de constituer à terme un observatoire européen. La première unité a été créée en 1986 et le premier centre a vu le jour en 1992. Ce qui était à l'origine un choix personnel est devenu au 1^{er} octobre 2002 une obligation. La loi a ainsi rendu obligatoire « *les niveaux élémentaires d'assistance* » qui fixent les actes devant être traités exclusivement en chirurgie ambulatoire, à l'exception d'un faible pourcentage pouvant être traité en hospitalisation complète.²⁶⁸

[938] En Allemagne, jusqu'en 1993 les activités ambulatoires n'étaient licites que dans les cabinets médicaux. La loi du 21 décembre 1992 a autorisé les hôpitaux à les pratiquer et permis la création de centres indépendants sur le modèle US. Des centres indépendants (Zentrum für ambulante diagnostik and chirurgie ou ZADC) ont ainsi vu le jour à côté des hôpitaux traditionnels. D'autres pays connaissent également un développement important de cette activité : par exemple le Danemark et la Belgique...

1.2. La France est en train de rattraper son retard

[939] C'est dans le secteur privé lucratif que la chirurgie ambulatoire a commencé à se développer. En 1997²⁶⁹, le secteur privé lucratif réalisait ainsi 32 % de ses interventions chirurgicales en mode ambulatoire, ce qui représentait 18 % des actes en K.²⁷⁰ Actuellement, c'est dans le secteur public que le rattrapage est le plus rapide.

1.2.1. La chirurgie ambulatoire se développe plus vite que la chirurgie traditionnelle

Tableau 9 : Part de la chirurgie ambulatoire au sein des séjours de chirurgie

	Nbre séjours chirurgie (1)	Nbre séjours chirurgie ambulatoire (2)	Taux (2)/(1)
2007	4 897 426	1 577 971	32,22 %
2010	5 090 613	1 930 067	37,91 %
Evolution 2007/2010	+ 3,94 %	+ 22,31 %	+ 5,69 %

Source : ATIH 2011

[940] La place de la chirurgie ambulatoire dans l'activité hospitalière totale représente à peu près un tiers des admissions. Si sa place relative au sein de l'activité chirurgicale a augmenté de presque 6 % en 4 ans, passant de 32,22 % en 2007 à 37,91% en 2010, il n'y a pas eu pour autant diminution de l'activité de chirurgie traditionnelle : les séjours de chirurgie traditionnelle continuent bien à augmenter, d'à peu près 1 % par an (3,94 % en 4 ans). Mais la chirurgie ambulatoire a augmenté pour sa part cinq fois plus vite (5,6 % par an soit 22,31 % en 4 ans).

[941] L'ATIH observe cependant d'importantes variations selon les régions et dans le temps : deux régions (Midi-Pyrénées et Martinique) ont ainsi un taux de recours standardisé très inférieur au taux de recours national et leur écart s'est creusé depuis 2007. A l'inverse en Alsace, le taux de recours standardisé est devenu supérieur au taux national en 2009 alors qu'il était inférieur en 2007.

²⁶⁸ « *Chirurgie ambulatoire en proctologie : l'expérience italienne de Mestre Venise* ». V.PEZZANGORA, R.LION, C.GASPARINI le courrier de proctologie n° 1 janv.2003

²⁶⁹ « *La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives* » IRDES Novembre 1997

²⁷⁰ il s'agit donc d'actes moins lourds que ceux réalisés en hospitalisation complète.

1.2.2. La chirurgie ambulatoire touche des malades peu lourds à des âges variés

- [942] Les partisans de la chirurgie ambulatoire refusent l'idée d'un âge et d'une liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire, car ils ne veulent écarter aucun acte chirurgical (le Pr TRIBOULET du CHU de Lille le démontre avec des opérations lourdes sur l'œsophage).
- [943] Les actes effectués sont cependant en moyenne moins complexes et touchent des sujets moins âgés que dans la chirurgie traditionnelle. Ils touchent plusieurs groupes de malades : d'une part les jeunes enfants (drains trans-tympaniques, circoncision, oreilles décollées, intervention sur les amygdales et les végétations : entre le quart et le tiers du total des opérations) ; - d'autre part les personnes vieillissantes (interventions sur le cristallin, libération du canal carpien, ligature des veines, éveinages, hernies) ; - enfin les femmes (coelioscopie gynécologique, biopsie du sein, dilatations et curetages...).

2. UNE POLITIQUE ACTIVE A PERMIS SON DEVELOPPEMENT

2.1. De nombreuses mesures ont été prises

- [944] La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a établi la chirurgie ambulatoire comme une alternative à l'hospitalisation et les décrets d'application du 2 octobre 1992 ont soumis la création de places à un régime d'autorisation, conditionné par la fermeture de 2 lits pour 1 place de chirurgie ambulatoire lorsque la carte sanitaire était surnuméraire. Le décret du 5 décembre 1994 a fixé les règles de sécurité anesthésique de ces structures.
- [945] En 1997, l'ANAES a publié un rapport d'évaluation sur le transfert des actes de chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire, montrant que les malades pouvaient être pris en charge avec même efficacité et au moindre coût. La HAS (qui l'a remplacée) s'est attachée par la suite à définir des bonnes pratiques de réalisation des activités ambulatoires²⁷¹.
- [946] En 1999 les tarifs de la prise en charge ambulatoire ont été revalorisés pour 18 actes marqueurs²⁷². La rémunération est devenue identique, que le patient passe une nuit à l'hôpital ou non, ce qui aurait gommé la spécificité de la chirurgie ambulatoire au niveau du PMSI.²⁷³L'erreur a été corrigée en 2006. La tarification est restée identique entre les séjours ambulatoires et les séjours d'hospitalisation complète, favorisant ainsi les premiers, mais les deux activités ont été différenciées par des GHM différents (en J pour l'ambulatoire).
- [947] L'Académie de chirurgie a déclaré en 2001 qu'elle « devait être accessible à tout patient susceptible de recevoir des soins chirurgicaux sans recourir à une hospitalisation ». En 2005 la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (reprise désormais par l'ANAP) a traduit cette volonté en réalisant des guides d'intervention... Les SROS de troisième génération (2006-2011) ont presque tous fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire. Dernièrement la circulaire DGOS du 27 décembre 2010 a clairement posé la chirurgie ambulatoire comme une « priorité nationale,... un enjeu majeur de la structuration des soins ».

²⁷¹ Par ex. « Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte » juillet 2010 HAS ; « Prise en charge anesthésique des patients en chirurgie ambulatoire », etc.

²⁷² La liste de ces 18 actes fixé par l'administration centrale n'inclut pas tout à fait les 17 actes mis sous accord préalable par la CNAMTS (ex : interventions sur amygdales).

²⁷³ Thèse de doctorat en médecine de C.LAFOIX-MIGNOT. 23 Mars 2011.Paris V

2.2. *La CNAMTS a mis tout son poids dans le développement de la chirurgie ambulatoire*

- [948] Après avoir dressé un état des lieux de la situation en 2004, la CNAMTS a mené une politique active pour développer cette pratique : En 2008, la loi de financement pour la sécurité sociale a introduit au code de la SS un article L 162-1617 qui permet de subordonner la prise en charge par l'assurance maladie de certaines prestations d'hospitalisation à l'accord préalable de l'organisme local d'assurance maladie. La CNAMTS a choisi dans un premier temps 5 gestes chirurgicaux (adénoïdectomie, chirurgie du cristallin, extraction dentaire, arthroscopie du genou et chirurgie des varices) pour la mise sous accord préalable (MSAP). Cette MSAP est proposée par l'ARS sur proposition de l'Assurance maladie. Fin 2010, cette mesure a été étendue à 17 gestes chirurgicaux.
- [949] Un établissement de santé sur deux pratiquant la chirurgie a été mis sous entente préalable, soit 532 établissements. Certes, depuis 2008, l'assurance maladie a reçu plus de 21000 demandes d'accord pour une hospitalisation complète et a remis un avis favorable dans près de 99 % des cas, mais l'existence de cette procédure modifie, selon la CNAMTS, le comportement de chirurgiens jusque-là récalcitrants, ce que confirme la FHP pour son secteur. Certains responsables hospitaliers publics jugent au contraire cette mesure paperassière. Toutefois la DREES a montré²⁷⁴ que ce sont justement ces difficultés -parce qu'elles touchent les chirurgiens qui décident seuls de l'orientation du malade entre chirurgie traditionnelle et chirurgie ambulatoire- qui rendent la MSAP efficace, alors que les autres incitations tarifaires, mal comprises, ne jouent pratiquement aucun rôle.
- [950] Les motifs de la décision de la CNAMTS sont avant tout économiques : la surveillance d'un malade opéré en ambulatoire nécessite moins d'effectifs paramédicaux. L'hospitalisation traditionnelle implique en effet un fonctionnement qui nécessite grosso modo 6 infirmières pour remplir un poste de travail 24 h/24 durant 365 jours (congés et maladies compris), alors que la chirurgie ambulatoire -qui ne fonctionne que les jours ouvrés- demande entre 1 et 2 infirmières pour tenir un seul poste à l'année. Le bloc opératoire n'est pas ouvert la nuit, même si le chirurgien reste joignable sur son portable. En outre, la même place accueille en moyenne 1,2 à 1,8 malades /jour.
- [951] Mais beaucoup de malades y voient aussi un meilleur confort de vie. Pour ces personnes, la chirurgie ambulatoire représente un progrès, dès lors que douleur et nausées sont correctement prises en charge.

3. LES AVANTAGES SONT REELS MAIS LA CHIRURGIE AMBULATOIRE N'EST QUE PARTIELLEMENT SUBSTITUTIVE

3.1. *Les complications sont peu fréquentes, mais la clientèle est moins lourde qu'en hospitalisation complète*

- [952] Dans les documents français, la chirurgie ambulatoire est présentée comme « *un véritable saut qualitatif... Son bénéfice n'est plus à démontrer, d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins*²⁷⁵ ». Mais les études épidémiologiques font défaut. Ses défenseurs insistent sur la diminution des infections nosocomiales²⁷⁶. Compte tenu du caractère récent de cette activité, la jurisprudence est encore rare : un arrêt en date du 29 juin 2010 condamne cependant un chirurgien, un anesthésiste et l'équipe paramédicale à réparer le dommage causé par une paralysie radiale définitive due à la compression prolongée d'un garrot pneumatique mal surveillé (45 000€).

²⁷⁴ « *La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires* » in Dossiers solidarité et santé DREES E.CASH, R.CASH et C.DUPILET 2011, n° 21

²⁷⁵ Circulaire DGOS du 27 décembre 2010 page 2.

²⁷⁶ Journées FHP intervention du Dr G.BONTEMPSn° 57 juin – juillet 2008

- [953] Faute d'étude française sur la question, il faut donc se reporter à la littérature anglo-saxonne, en sélectionnant celles réalisées sur des groupes importants de malades opérés par chirurgie ambulatoire. En 1980 une étude publiée dans JAMA²⁷⁷ faisait état de 106 complications, imposant 16 transferts en hospitalisation sur une population de 13 433 patients. En 1989, une étude publiée dans JAMA²⁷⁸ montrait que sur 9616 adultes opérés, une centaine de patients avait été réadmis pour douleur (18) hémorragie (18) vomissements intarissables (17). En 1993, toujours dans JAMA²⁷⁹, une étude effectuée sur 38 598 patients de plus de 18 ans montrait 33 patients morts ou gravement malades au bout de 30 jours, soit un taux de complication de 1/1366. Les 4 décès observés étaient dus dans 2 cas à un infarctus du myocarde et dans 2 cas à un accident de la circulation. Aucun malade n'était mort durant la première semaine suivant l'intervention. Parmi les 31 patients qui avaient développé une complication sévère, on notait 14 infarctus du myocarde, 7 accidents vasculaire cérébraux, 5 embolies pulmonaires et 5 décompensations respiratoires. Les auteurs estimaient que le taux de complication était faible, par rapport à la population courante du même âge, mais les patients de l'enquête avaient été sélectionnés comme non porteurs de contre-indications, ce qui n'est pas le cas de la population courante du même âge.
- [954] Une étude canadienne en 1999²⁸⁰ a analysé les complications les plus communes de cette activité, de façon à déterminer à quel moment le patient est apte à revenir chez lui. L'existence de vomissements incoercibles, d'une rétention urinaire (3 cas/1719), de maux de tête violents après anesthésie intrarachidienne, d'hyperthermie maligne est évidemment une contre indication. Plus fréquents sont les saignements de l'incision chirurgicale, les douleurs résiduelles, les nausées et les vomissements.
- [955] Quoi qu'il en soit, s'il est vraisemblable qu'il y a moins de complications en chirurgie ambulatoire que dans la chirurgie normale, parce que les patients sont moins lourds, plus jeunes en moyenne, et sélectionnés comme tels, parce que la mobilisation précoce limite le risque thrombo-embolique et parce que les chirurgiens qui l'effectuent comptent parmi les plus dynamiques de leur discipline, il n'est pas sûr que la généralisation imposée à des équipes non motivées entraîne partout d'aussi bons résultats.

3.2. Tous les malades ne peuvent pas en bénéficier

- [956] Les bonnes pratiques conseillent l'éviction des patients de statut ASA III compliqué et ASA IV²⁸¹, et demandent de vérifier la compréhension «et l'acceptation pour les mineurs et les personnes non francophones». Le lieu de résidence post-opératoire doit être « compatible » (?), et le patient ne doit pas conduire un véhicule à son retour. Pour certains experts, la présence d'un accompagnant au lieu de résidence post-opératoire est à évaluer au cas par cas, mais elle est jugée indispensable par d'autres.
- [957] Or selon l'INSEE en 2008, 33,3 % des résidents en France vivaient seuls. Ce taux ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas être ponctuellement aidés par un proche, car il s'agit en pratique d'une intervention programmée à l'avance, et l'aide n'est nécessaire que pour une soirée et une nuit. Mais tous ne disposent pas d'une telle assistance, ou n'osent pas la demander. En effet dans l'enquête d'opinion menée en 2001 par la CNAMTS, le patient est « non demandeur » dans 21 à 36 % des cas, l'autre circonstance de refus étant « l'insuffisance de relation avec le généraliste » dans 18 % des cas.

²⁷⁷ JAMA1980;244(10) 1116-1118 "complications associated with ambulatory surgery" .H.E.NATOF

²⁷⁸ JI of American medical Association (JAMA)- ;262(21) 3008-3010 B.S.GOLD, D.S.KITZ, J.H.LECKY "Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery"

²⁷⁹ JAMA 1993 ;270 (12) 1437-1441 M.A WARNER, S.E.SHIELDS, C.G. CHUTE "Major morbidity and mortality within a month of ambulatory surgery ans anaesthesia »

²⁸⁰ "Discharge criteria and complications after ambulatory surgery" .S.I.MARSHALL F.CHUNG Anaesthesia and Analgesia march 1999 vol 88 N° 3508

²⁸¹ Le score ASA a été mis au point par l'American Society of Anaesthesiologists (ASA) pour exprimer l'état de santé post-opératoire d'un patient. Le score 4 correspond à une atteinte sévère d'une grande fonction mettant en jeu le pronostic vital. Le score 5 correspond à un patient moribond. On voit que les contre-indications ne sont guère sélectives.

[958] Dans une enquête de satisfaction menée au Kremlin Bicêtre en 2008 sur 503 patients d'âge moyen 55,8 ans, seulement 63 % des patients pensaient avoir reçu une information complète concernant les potentiels effets indésirables et 25 à 30 % se plaignaient d'un défaut d'information concernant les symptômes à surveiller en post-opératoire. La question de la maîtrise de la douleur et des nausées post-opératoires semble également avoir été insuffisamment prise en compte. Mme le Pr VONS (vice présidente de l'AFCA) attribue à ce problème les difficultés constatées pour l'essor de la coelioscopie gynécologique et des hernies en chirurgie ambulatoire.

3.3. *L'entourage supporte une part de la charge, et il faut l'en informer clairement*

[959] Dans cette même enquête, le premier frein évoqué est constitué par « l'insuffisance de l'entourage socio-environnemental et familial » (54 % des freins dans le public et 53 % dans le privé libéral). Curieusement, la CNAMTS évacue cet argument en estimant (on ne sait pourquoi) qu'il s'agit d'un « faux vrai frein » et que « cette réponse fréquente relève d'un argumentaire pour ne pas développer la chirurgie ambulatoire ». En réalité l'entourage, qui -de fait- devient le grand supplétif, est absent des enquêtes et personne ne s'occupe de lui. Sans en faire une règle générale, on est souvent amené à constater que le milieu hospitalier ne prête attention à l'entourage que lorsque celui-ci le gêne ou l'agresse²⁸². Pourtant les « bonnes pratiques » lui accordent un rôle important : il doit venir chercher le malade à la sortie et veiller sur lui la nuit. Il conviendrait donc de lui accorder la place qu'il mérite : de l'informer, de lui donner un correspondant, de demander son avis, voire de l'aider ponctuellement au moyen de portage de repas ou d'une aide ménagère temporaire.

3.4. *Les bénéfices économiques sont complexes à analyser*

[960] « la CNAMTS estime que, moyennant certains progrès organisationnels, 80 % des actes chirurgicaux réalisés en France pourraient l'être sous forme ambulatoire »²⁸³. Il s'agit là d'un objectif affiché oralement, non validé par l'HAS ou la DGOS. S'il est vrai qu'il y a progressivement substitution de la chirurgie ambulatoire pour les activités de petite chirurgie comptabilisées dans les 17 actes, la chirurgie lourde se maintient.

3.4.1. **Dans les 17 actes listés par la CNAMTS, on assiste à un fort développement de la chirurgie ambulatoire, ce qui plaide en faveur de l'extension des listes**

[961] On assiste pour les actes inscrits comme MSAP à un transfert vers l'activité ambulatoire, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 10 : Part des 17 actes inscrits comme MSAP

	Nbre séjours de chirurgie ambulatoire correspondant à la liste des 17 MSAP (1)	Nbre séjours chirurgie ambulatoire (2)	Taux (2)/(1)
2007	984 608	1 577 971	62,4 %
2010	1 294 198	1 930 067	67,05 %
Evolution 2007/2010	+ 31,44 %	+ 22,31 %	

Source : ATIH 2011

²⁸² Dans le rapport sur la mort à l'hôpital, l'IGAS avait montré à quel point celui-ci était oublié, alors même qu'on attendait de lui d'importantes responsabilités (cf rôle de la personne de confiance) sans lui demander son avis.

²⁸³ « développer la chirurgie ambulatoire : les limites des politiques incitatives » in « gérer et comprendre décembre 2008 F.ENGEL , M.COUSERMAN et A.TAJAHMADY

- [962] L'ensemble de la chirurgie ambulatoire a augmenté, et plus particulièrement les actes qui sont inscrits dans la liste des MSAP. En effet les actes inscrits sur la liste ont augmenté de 31,44 % en 4 ans contre seulement 22,3 % pour l'ensemble de la chirurgie ambulatoire et la part relative de ces actes au sein de l'ensemble des actes de chirurgie ambulatoire a cru de 5 %. La chirurgie ambulatoire permet de toucher une clientèle qui n'aurait pas pu bénéficier de soins (exemple intervention sur cataracte plus précoce pour des populations plus actives qu'une hospitalisation rebuterait).
- [963] Cette augmentation sélective plaide en faveur de l'extension de la liste des 17 actes. La CNAMTS envisage d'inscrire prochainement 31 interventions, ce qui paraît cohérent avec les constats effectués.
- [964] Par ailleurs, la CNAMTS souhaitait que le tarif de la chirurgie ambulatoire soit facturé moins cher que celui de la chirurgie traditionnelle, puisqu'elle revenait moins cher à l'établissement de santé. Pour le moment, elle n'a pas obtenu gain de cause.

3.4.2. Globalement, les deux activités chirurgicales évoluent chacune de leur côté, l'une stable ou faiblement croissante, l'autre en forte croissance.

- [965] Ces dernières années, les activités chirurgicales traditionnelles n'ont diminué en valeur absolue ni dans les CHU, ni dans le secteur privé, ni dans les CH. L'activité de chirurgie ambulatoire a augmenté en valeur absolue partout, proportionnellement plus que la chirurgie traditionnelle.
- [966] Les CHU – qui gardent par ailleurs les malades chirurgicaux les plus lourds- occupaient la dernière place en matière de chirurgie ambulatoire. Au prix d'un réel effort –comme à Grenoble par exemple- ils sont en train de rattraper une part de leur retard. Ils sont ainsi passés de 16,6 % de part de CA en 2007 à 20,7 % en 2010. L'effort n'est pas égal partout : par exemple Toulouse et Bordeaux restent en retard Les autres établissements publics augmentent également à la fois le nombre absolu et la part relative. Ils espèrent ainsi se réapproprier une part du marché chirurgical où ils n'étaient plus majoritaires. Quant aux cliniques privées, elles continuent à augmenter le nombre absolu d'actes ambulatoires (1.159 271 en 2007 et 1 373 581 en 2010) même si leur part relative a baissé.

Tableau 11 : Part des différentes catégories d'hôpitaux en chirurgie et chirurgie ambulatoire en 2007

	Chirurgie (1)	Chirurgie ambu (2)	Part (2)/(1)
CHR-U (dont AP-HP)	727 616	121 199	16,6 %
CH	971 748	227 657	23,4 %
Privé lucratif	2 925 497	1 159 271	39,6 %
Autres	272 565	69 844	25,6 %
Total	4 897 426	1 577 971	32,22 %

Source ATIH 2011

Part des différentes catégories d'hôpitaux en chirurgie et chirurgie ambulatoire en 2010

	Chirurgie (1)	Chirurgie ambu (2)	Part (2)/(1)
CHR-U (dont AP-HP)	781 073	161 547	20,7 %
CH	1 025 430	301 334	29,4 %
Privé lucratif	2 986 090	1 373 581	46 %
Autres	298 020	93 605	31,4 %
Total	5 090 613	1 930 067	37,91 %

Source : ATIH 2011

[967] Le développement de la chirurgie ambulatoire peut-il conduire à des interventions injustifiées ? pour le moment ce n'est pas le cas. Toutefois la place qu'occupent les « extractions de lentilles » aux USA montre qu'il faut rester vigilant : un malade peut subir plus ou moins rapidement le cycle « insertion, extraction de lentilles, réinsertion » et la chirurgie ambulatoire facilite ce phénomène. De même les interventions sur varices méritent une certaine vigilance.

3.4.3. On n'observe pas de restructuration sous la seule influence de la chirurgie ambulatoire

[968] Certes, cette modalité de soins permet, avec des effectifs chirurgicaux identiques, de traiter un plus grand nombre de malades : elle suppose donc des clientèles bien fournies et contribue à la disparition des listes d'attente au profit de flux tendus. Elle nécessite donc, pour être réalisée, que les établissements aient une forte activité, ou que des services ou établissements se regroupent préalablement pour arriver au même résultat. La mission a pu observer, à Aix les bains ou à Crest par exemple, que la chirurgie ambulatoire ne pouvait être implantée dans un petit établissement que si c'était l'équipe du gros établissement qui venait y travailler, en apportant son savoir-faire et une partie de sa patientèle. Il est illusoire de penser qu'une petite équipe chirurgicale en difficulté puisse, par elle-même, créer un tel service et le faire fonctionner. C'est en cela que la chirurgie ambulatoire est un facteur de rapprochement et de fusion.

[969] C'est par ailleurs dans les régions déjà les plus surdotées en équipements chirurgicaux (blocs et lits) que son développement a été le plus précoce, à savoir l'Ile de France, la région PACA. Dans les cliniques privées, entre 2008 et 2009, on a assisté à une augmentation globale des lits MCO de 1 %, mais à une augmentation des places de 6 % en ambulatoire. Entre 2007 et 2008, le différentiel était encore plus net : progression de 10 % des places de chirurgie ambulatoires, contre baisse de 0,5% des lits. Le taux d'ambulatoire en chirurgie privée se situe à 46 % en 2009 (1 481 910 séjours ambulatoires / 3 254 213 séjours hospitalisation complète.²⁸⁴

3.5. *En conclusion, son mode d'organisation est bien un moteur de changement et c'est à ce titre que la pratique de la chirurgie ambulatoire doit être encouragée*

[970] Une bonne organisation de la chirurgie de jour suppose que les soins soient strictement organisés, effectués selon des procédures préétablies, et dans des délais très contraints. La coordination de multiples professionnels de discipline diverses doit être prévue et toutes les difficultés anticipées et résolues avant même que le malade soit arrivé.

[971] La chirurgie ambulatoire repose sur des règles strictes : Ponctualité des blocs opératoires, coordination maîtrisée des équipes multidisciplinaires, information du malade, application de bonnes pratiques, anticipation de la douleur du malade et traitement préventif de celle-ci, suivi téléphonique, autant de facteurs qui devraient s'appliquer à l'ensemble de la chirurgie. Plutôt que d'en faire une modalité à part, il faudrait que ces règles soient appliquées à toutes les formes de chirurgie traditionnelle, pour réduire la durée de séjour et les effets néfastes pour le malade

²⁸⁴ Source rapport sectoriel 2011 « cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé » ; FHP p 76

Annexe 13 : Fusions, coopérations et questions statutaires

ANNEXE 13 : FUSIONS, COOPERATIONS ET QUESTIONS STATUTAIRES	265
1. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS	266
1.1. <i>La recherche d'affectation, un dispositif initialement prévu pour gérer l'adaptation ou la reconversion professionnelle des praticiens.....</i>	<i>266</i>
1.2. <i>Un dispositif simple, qui peut constituer un bon outil d'accompagnement</i>	<i>266</i>
1.3. <i>Un dispositif complémentaire d'autres outils de gestion.....</i>	<i>267</i>
1.4. <i>Mais un dispositif qui suscite souvent la méfiance des praticiens.....</i>	<i>267</i>
2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DIRECTEURS	267
2.1. <i>Une problématique qui concerne principalement les chefs d'établissements</i>	<i>267</i>
2.2. <i>La recherche d'affectation, une procédure utilisée en derniers recours.....</i>	<i>268</i>
2.3. <i>La désignation du directeur d'un nouvel établissement issu de la fusion de deux ou plusieurs établissements de santé</i>	<i>268</i>
2.4. <i>La direction commune est parfois une étape préalable à la fusion</i>	<i>268</i>
3. DES FREINS LIES AUX ELEMENTS DE REMUNERATION	269
3.1. <i>Les indemnités et allocations des praticiens hospitaliers.....</i>	<i>269</i>
3.2. <i>Le régime indemnitaire des directeurs</i>	<i>269</i>
3.2.1. <i>Une prime de fonction qui prend en compte les responsabilités propres des chefs d'établissement</i>	<i>269</i>
3.2.2. <i>Une indemnité de direction commune ou une indemnité d'intérim pour les directeurs qui assument la responsabilité de plusieurs établissements</i>	<i>269</i>
4. PROPOSITION	270
ANNEXE 14 : LISTES DES SIGLES	271

[972] Les opérations de fusions, de coopération et de regroupement ont fréquemment des conséquences sur les personnels médicaux et sur les personnels de direction. Ces conséquences peuvent porter aussi bien sur les effectifs que sur les éléments de rémunération de certains d'entre eux. Divers dispositifs législatifs et réglementaires ont été mis en place afin de faciliter ces opérations. La présente annexe vise à les rappeler, à en souligner les difficultés d'application et, le cas échéant, à proposer des adaptations ou l'instauration de nouveaux dispositifs.

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS

1.1. La recherche d'affectation, un dispositif initialement prévu pour gérer l'adaptation ou la reconversion professionnelle des praticiens

[973] Initialement créée pour permettre la formation de certains praticiens hospitaliers en vue d'une adaptation à de nouvelles pratiques ou en vue d'une reconversion professionnelle, la recherche d'affectation a été étendue aux praticiens concernés par une opération de restructuration. L'article L 6131-5 CSP dispose ainsi que : « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens... Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le directeur demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration, et modifie en conséquence l'état des prévisions de recettes et de dépenses ». En cas de défaillance du directeur de l'établissement, le directeur général de l'ARS peut saisir directement le directeur général du CNG.

[974] Aux termes de l'article R 6152-50 du code de la santé publique (CSP) « la recherche d'affectation est la situation dans laquelle le praticien hospitalier titulaire en activité est placé, compte tenu des nécessités du service, auprès du Centre national de gestion... ». La nécessité de service est liée, dans les cas de fusion ou de coopération, à une restructuration de l'offre de soins jugée nécessaire par l'autorité compétente. Il s'agit d'une « position d'activité transitoire de deux ans maximum qui a pour objectif de permettre aux praticiens hospitaliers de réaliser une mobilité professionnelle (soit à leur demande, soit à la demande de l'institution), en bénéficiant d'un accompagnement adéquat »²⁸⁵.

1.2. Un dispositif simple, qui peut constituer un bon outil d'accompagnement

[975] La mise en recherche d'affectation a été utilisée jusqu'à présent essentiellement pour traiter des situations individuelles de praticiens dont les compétences étaient devenues inadéquates soit en raison de l'évolution des pratiques médicales soit en raison de réorganisations internes. Le rapport d'activité 2009 du CNG fait état de 40 praticiens hospitaliers placés dans cette position statutaire au regard d'un effectif de près de 40 000 postes occupés par des praticiens temps plein ou temps partiel. C'est dire que son utilisation reste très mesurée.

[976] Il faut souligner que la position de recherche d'affectation ne peut être prolongée au-delà de deux ans. Il s'agit donc d'une période transitoire. Hormis le cas de praticiens proches de la limite d'âge, elle doit déboucher sur une nouvelle affectation.

²⁸⁵ CNG, Les dispositifs d'accompagnement, édition mai 2010.

1.3. Un dispositif complémentaire d'autres outils de gestion

- [977] La mise en recherche d'affectation n'exclut pas, en effet, de recourir à d'autres moyens statutaires pour résoudre les questions liées aux opérations de restructurations. C'est ainsi que le CNG a mis en place une équipe spécialisée dite « Unité Mobilité et Développement Professionnel » (UMDP) chargée d'initier des démarches de développement professionnel individualisées. Ces démarches permettent d'anticiper le repositionnement des praticiens. En 2009, en plus des praticiens placés en recherche d'affectation, 57 praticiens ont bénéficié de ce dispositif.
- [978] Dans un cas comme dans l'autre, on débouche sur l'une des procédures statutaires de mobilité : la mutation²⁸⁶, le détachement²⁸⁷, la mise à disposition²⁸⁸, voire la mise en disponibilité²⁸⁹.

1.4. Mais un dispositif qui suscite souvent la méfiance des praticiens

- [979] La création de cette nouvelle position statutaire a créé beaucoup d'inquiétude chez les praticiens, à tel point qu'un de leurs représentants a pu qualifier la recherche d'affectation « d'antichambre de licenciement »²⁹⁰. La pratique a montré que ce n'était pas le cas.

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DIRECTEURS

2.1. Une problématique qui concerne principalement les chefs d'établissements

- [980] La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit, dans son article 50-1, que « les personnels de direction et les directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être placés en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 pour une durée maximale de deux ans ».
- [981] Ces dispositions, qui concernent aussi bien les directeur d'hôpital que les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les directeurs des soins, sont reprises et explicitées dans les décrets statutaires des personnels concernés²⁹¹.
- [982] Tous les grades de ces différentes catégories de personnels de direction sont susceptibles d'être placés en recherche d'affectation. Mais, s'agissant des mises en recherche d'affectation liées à une opération de restructuration, ce sont les chefs d'établissement et les coordonnateurs généraux des soins²⁹² qui sont principalement concernés. Dans un cas comme dans l'autre, une fusion d'établissements conduit à réduire le nombre de postes et se pose, en conséquence, la question du devenir des personnes en poste.

²⁸⁶ Articles R 6152-5 à 7 CSP.

²⁸⁷ Articles R 6152-51 à 59 CSP.

²⁸⁸ Articles R 6152-50-1 à 5 CSP.

²⁸⁹ Articles R 6152-62 à 68.

²⁹⁰ Dépêche APM du 4 mai 2006 qui rapporte des propos du président du SNPHAR.

²⁹¹ Décret 2005-921 du 2 août 2005 modifié articles 25-1 à 25-3, pour les directeurs d'hôpital. Décret 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié articles 35 à 35-3, pour les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux. Décret 2002-550 du 19 avril 2002 modifié, articles 24-1 à 24-6, pour les directeurs des soins.

²⁹² Visés aux articles 3 et 4 du décret 2002-550 du 19 avril 2002 modifié.

2.2. La recherche d'affectation, une procédure utilisée en derniers recours

[983] S'il arrive souvent que les opérations de fusion soient assez largement anticipées et que l'on profite du départ du chef d'établissement, par mutation ou retraite le plus souvent, ce n'est pas toujours le cas. La mise en position de recherche d'affectation est alors la seule solution permettant d'assurer le départ du ou des chefs d'établissement en poste et de désigner le directeur de la nouvelle entité.

2.3. La désignation du directeur d'un nouvel établissement issu de la fusion de deux ou plusieurs établissements de santé

[984] Afin de faciliter les opérations de fusion, le décret 2005-921 du 2 août 2005, modifié suite à la promulgation de la loi HPST, a prévu la possibilité de désigner « un directeur chargé de la mise en place du futur établissement ». Cette désignation fait l'objet d'un « arrêté du directeur général du Centre national de gestion pris sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, qui aura préalablement recueilli les avis des présidents du conseil d'administration ou du conseil de surveillance de chacun des établissements concernés, parmi les personnels de direction relevant du présent décret. Sa mission prend fin à la date de création du nouvel établissement » (article 31).

[985] La nomination de ce « préfigurateur » n'est pas sans poser problème. En effet, sa mission se limite aux opérations préalables à la fusion et il ne dispose d'aucun moyen propre. Il est totalement dépendant des établissements appelés à fusionner et de leurs directeurs, seuls habilités à engager des dépenses et à disposer de l'autorité hiérarchique sur les personnels. Sauf à ce que le préfigurateur soit en même temps directeur de l'un des établissements concernés il peut rencontrer de grandes difficultés pour mener à bien sa mission (rétention d'informations, refus de mise à disposition des personnels nécessaires, réticences à convoquer les instances...

[986] Lorsqu'on en arrive à la nomination du directeur du nouvel établissement, la procédure est allégée si ce directeur est choisi parmi les chefs d'établissement en fonctions dans les établissements fusionnés. Dans ce cas la nomination intervient sans publication préalable du poste (article 32). Dans le cas contraire la procédure de droit commun est mise en œuvre.

2.4. La direction commune est parfois une étape préalable à la fusion

[987] L'article 29 du décret 2005-921 du 2 août 2005 modifié prévoit la possibilité que plusieurs établissements publics de santé soient gérés par une équipe de direction commune (chef d'établissement et directeurs-adjoints). Cette possibilité est assez fréquemment mise en œuvre, soit comme mode de gestion pérenne, soit comme étape préalable à une opération de fusion.

[988] Sur la période 1995-2011, la mission a recensé²⁹³ 211 conventions de direction commune dont 196 ne concernant que des établissements de santé. Dans le même temps 92 opérations de fusion ont été réalisées. Les données disponibles n'ont toutefois pas permis de déterminer le nombre de directions communes ayant débouché sur une fusion.

²⁹³ Données communiquées par le CNG.

3. DES FREINS LIES AUX ELEMENTS DE REMUNERATION

3.1. *Les indemnités et allocations des praticiens hospitaliers*

- [989] Conformément aux dispositions de l'article R 6152-23 CSP, les praticiens hospitaliers perçoivent, après service fait, des émoluments mensuels et des indemnités et allocations dont la liste est fixée par décret. Cette liste figure à l'article D 6152-23-1 CSP.
- [990] Si la réglementation applicable à la position de recherche d'affectation (article R 6152-50-3 CSP) prévoit bien le versement, par le CNG, des émoluments mensuels et de l'indemnité d'engagement de service public exclusif, elle ne dit rien des indemnités visant à développer le travail en réseau (D 6152-23-1 4°).
- [991] Ainsi, un praticien qui s'est investi pendant plusieurs années dans le travail en réseau et bénéficie à ce titre de l'indemnité pour activité dans plusieurs établissements peut s'en voir privé par la fusion des établissements concernés. Le motif de l'indemnité (activité dans plusieurs établissements) ayant disparu, il est logique que l'indemnité disparaisse aussi. On conviendra, toutefois, que ce n'est pas très motivant pour les intéressés et que, de surcroît, cela peut constituer un motif d'opposition de certains praticiens.
- [992] La réorganisation de la permanence et de la continuité des soins qui accompagne généralement les fusions (suppression de lignes de garde ou d'astreinte) conduit, certes, à alléger la charge de travail des praticiens mais aussi à diminuer leur rémunération aussi bien au titre des gardes et astreintes de du temps de travail additionnel.

3.2. *Le régime indemnitaire des directeurs*

- [993] Ce régime indemnitaire, fixé par le décret n° 2005-932 modifié et un arrêté du même jour, comporte une prime de fonction et, le cas échéant, une prime spécifique de sujétion, une indemnité de direction commune et une indemnité d'intérim.

3.2.1. Une prime de fonction qui prend en compte les responsabilités propres des chefs d'établissement

- [994] Cette prime de fonction est composée d'une part fixe et d'une part variable dont les montants sont fixés selon la classe ou l'emploi occupé par le bénéficiaire et les fonctions exercées. La part variable est modulée pour tenir compte, notamment, des fonctions exercées. C'est ainsi que les chefs d'établissement peuvent bénéficier d'une prime de fonction plus élevée qu'un directeur non chef d'établissement. Par ailleurs lorsqu'un directeur est placé en recherche d'affectation, sa part variable est réduite la seconde année.
- [995] Il paraît souhaitable d'un chef d'établissement qui s'est investi dans une opération de fusion mais n'a pas été retenu pour diriger l'établissement fusionné ne soit pas, en plus, pénalisé financièrement.

3.2.2. Une indemnité de direction commune ou une indemnité d'intérim pour les directeurs qui assument la responsabilité de plusieurs établissements

- [996] Une indemnité d'un montant mensuel de 580 € est allouée au chef d'établissement en cas de direction commune de deux ou plusieurs établissements. Il en est de même lorsqu'un directeur assure l'intérim de la direction d'un autre établissement²⁹⁴.

²⁹⁴ Si un même personnel de direction assure l'intérim de deux ou plusieurs établissements, rien ne s'oppose à ce qu'il perçoive plusieurs indemnités d'intérim.

- [997] La fusion d'établissements relevant d'une direction commune ou d'établissements dirigés par un directeur intérimaire peut conduire, pour les personnels de direction concernés, à des baisses de rémunération importantes (près de 7 000 €).
- [998] Ces situations ne sont pas rares dans la mesure où les fusions sont souvent précédées d'une période plus ou moins longue (souvent plusieurs années) de direction commune ou d'intérim.
- [999] Une telle pénalisation financière n'est pas de nature à encourager certains directeurs à s'engager résolument dans une opération de fusion.

4. PROPOSITION

- [1000] Une réflexion d'ensemble sur les questions soulevées ci-dessus devrait être engagée par l'administration centrale pour mettre en place un dispositif indemnitaire incitatif pour les praticiens hospitaliers comme pour les directeurs. A tout le moins le dispositif indemnitaire ne doit pas être « désincitatif ».

Annexe 14 : Listes des sigles

ACAM	Autorité de contrôle des assurances et mutuelles
ACP	Autorité de contrôle prudentiel
ADELI	Automatisation des listes
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AM	Assurance maladie
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HM	Assistance publique-hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique-hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEH	Bail emphytéotique hospitalier
BL	A but lucratif
BNL	A but non lucratif
CA	Chiffre d'affaires
CA	Conseil d'administration
CAMU	Capacité de médecine d'urgence
CATA	Capacité de médecine de catastrophe
CES	Certificat d'études spécialisées
CGES	Conseiller général des établissements de santé
CH	Centre hospitalier
CHIPS	Centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint-Germain
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHST	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLEAR	Comité de liaison, d'étude et d'actions républicaines
CLS	Centre de long séjour
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNG	Centre national de gestion
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOSS	Comité national de l'organisation sanitaire et sociale
CNP	Conseil national de pilotage
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COFRAC	Comité français d'accréditation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC	Chambre régionale des comptes
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CS	Conseil de surveillance
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique d'établissement
CTP	Comité technique paritaire
DATAR	Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale

DC	Direction commune
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaire
DG	Directeur général
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DH	Directeur d'hôpital
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DOM	Département d'outre-mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et de la statistique
DRH	Direction des ressources humaines
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
EP	Etablissement public
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
ESPIC	Etablissement privé d'intérêt collectif
ESS	Etablissement sanitaire et social
ex-DG	Etablissements anciennement sous dotation globale
ex-OQN	Etablissements anciennement sous objectif quantifié national
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FFI	Faisant fonction d'interne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FMESP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCS-ES	Groupement de coopération sanitaire - établissement de santé
GHM	Groupe homogène de malades
GHMF	Groupe hospitalier de la mutualité française
GHS	Groupe homogène de séjours
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCL	Hospices civils de Lyon
HDJ	Hôpital (hospitalisation) de jour
HL	Hôpital local
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDF	Ile de France
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
ISO	Organisation internationale de normalisation
JORF	Journal officiel de la république française
LABM	Laboratoire d'analyses de biologie médicale

LBO	Leveraged buy-out
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MACSF	Mutuelle d'assurances du corps de santé français
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
MERRI	Mission d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MPR	Médecine physique et réadaptation
MSAP	Mise sous accord préalable
NFT	Nouvelle fabrique des territoires
NHS	National health service
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
OPA	Offre publique d'achat
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soin
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PAC	Praticien adjoint contractuel
PACA	Provence, Alpes, Côte d'azur
PH	Praticien hospitalier
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PM	Personnel médical
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	Personnel non médical
PPL	Proposition de loi
PRADO	Projet d'aide au retour à domicile
PRS	Projet régional de santé
PSPH	Participant au service public hospitalier
PTH	Prothèse totale de hanche
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
PwC	Price Waterhouse Coopers
R&D	Recherche et développement
RH	Ressources humaines
RTT	Réduction du temps de travail
SA	Semaine d'aménorée
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SIGMED	Système d'information et de gestion des personnels médicaux
SIH	Syndicat interhospitalier
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire/des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TA	Tribunal administratif
TIU	Transfert intra-utérin
TOM	Territoire d'outre-mer
TVO	Temps de vacation offert
USIC	Unité de soins intensifs de cardiologie