

Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées

PRESENTATION

La répartition des hôpitaux sur le territoire résulte souvent d'héritages historiques qui ne correspondent plus aujourd'hui ni aux besoins des bassins de population, ni même parfois aux normes de sécurité sanitaire. Si, depuis plus d'une quinzaine d'années, un certain nombre de restructurations ont modifié le paysage hospitalier, cette recomposition reste aujourd'hui inachevée et imparfaite.

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008¹²⁹, la Cour avait estimé « décevant » le bilan des restructurations hospitalières sur la période 1999/2007. Cette observation reste d'actualité et les opérations de restructuration qualifiées à l'époque de « peu nombreuses et laborieuses » se heurtent toujours à de nombreux obstacles. Parmi ceux-ci, figurent notamment les réticences, souvent amplifiées par les communautés médicales et hospitalières elles-mêmes, les populations et les élus, à accepter les fermetures de services, malgré des niveaux d'activité insuffisants, susceptibles d'affecter la sécurité des interventions de santé, ou encore les contraintes liées à la démographie médicale qui touchent particulièrement la chirurgie et l'anesthésie-réanimation.

Ce contexte est aggravé par un processus de décision défaillant des établissements, comme des tutelles, qui se traduit par des retards, des hésitations, voire des choix contestables qui peuvent se révéler inadaptes lorsqu'ils débouchent sur des réalisations concrètes.

La Cour s'est intéressée à trois opérations, parmi d'autres, identifiées à l'occasion de contrôles récents effectués par les chambres régionales des comptes : les hôpitaux de Perpignan dans les Pyrénées-Orientales, (1 151 lits) du Nord-Deux-Sèvres dans les Deux-Sèvres (316 lits) et d'Albertville-Moutiers en Savoie (544 lits).

¹²⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre VIII : les restructurations hospitalières, p. 305 à 331.

La portée de ces trois opérations en termes de restructuration de l'offre de soins a été affaiblie par une définition insuffisante des objectifs (I), des processus de mise en œuvre longs, complexes, caractérisés par des attermolements nombreux (II) ; dans les trois cas, l'efficacité de l'offre de soins reste à démontrer (III).

I - Des objectifs insuffisamment définis

A - Le contexte général

En 2008, la Cour avait apprécié les différents outils dont disposaient alors les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) pour conduire une politique de restructuration qui se voulait ambitieuse et volontariste : la planification, la délivrance d'autorisations d'activité et, pour certaines activités, le respect de normes. La Cour relevait à l'époque que la réforme, récemment engagée, du financement des établissements ayant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) réduirait la capacité financière d'intervention des agences régionales.

Avec le recul, la tarification à l'activité (T2A) est cependant, pour les établissements eux-mêmes, un outil d'incitation aux restructurations. Elle agit en effet comme un révélateur d'une insuffisante activité, limitant les capacités à investir voire à assumer des coûts de fonctionnement croissants, au risque d'une dégradation de la qualité des soins et de « pertes de chance » pour les malades.

Par ailleurs, l'évolution de la démographie médicale apparaît désormais aussi comme un levier d'action supplémentaire. Elle rend de plus en plus difficile le recrutement dans certaines spécialités, dont la chirurgie et l'anesthésie réanimation, obligatoires pour faire fonctionner un bloc opératoire.

La Cour soulignait ainsi que les restructurations d'établissements ne sauraient se limiter à une fusion ou à des regroupements de nature administrative, mais devaient se traduire par une réorganisation des activités de soins fondées sur un projet médical de territoire.

La notion de restructuration hospitalière

Une restructuration hospitalière peut prendre plusieurs formes :

- une réorganisation des services pour les adapter à la demande, aux nouvelles techniques et la démographie médicale ;
- une fermeture de services du fait d'un non-respect de normes ou d'une activité trop faible, qui peut déboucher sur la reconversion d'un site, un transfert d'activité sur un autre établissement, ou la construction d'une structure neuve regroupant les anciennes activités des établissements fermés ;
- plus largement, une amélioration de la qualité de l'offre de soins aux meilleurs coûts sur un territoire de santé, dans une logique de coopération et de partage d'activités entre établissements.

Pourtant, les chambres régionales des comptes continuent d'observer des restructurations mal conduites ou inachevées. Les agences régionales de santé (ARS), qui ont succédé en 2010 aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), n'utilisent pas complètement les outils juridiques et de gestion à leur disposition. Des restructurations sont initiées sans qu'une réelle réflexion sur l'organisation des soins à partir de l'activité des établissements concernés ne soit préalablement menée.

L'offre paraît ainsi structurée au coup par coup, au gré de décisions peu cohérentes et d'une évolution subie de la démographie médicale, sans analyse globale de l'activité des nouvelles structures au sein d'une offre de soin territoriale. Les trois opérations analysées ci-après illustrent le propos.

B - Trois opérations particulières

En Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes et Poitou-Charentes, trois opérations ont été lancées, soit avec pour seul objectif la reconstruction du bâtiment, soit avec des objectifs limités ou inaboutis en termes de restructuration de l'offre.

Le centre hospitalier de Perpignan est un établissement important qui a vocation à offrir à la population les spécialités médicales et chirurgicales principales, à l'exception de celles qui relèvent des centres hospitaliers régionaux et universitaires.

La décision de le reconstruire a été prise en 1993 avec comme seul objectif affiché la modernisation d'un établissement devenu vétuste, sans qu'à aucun moment n'apparaisse clairement une réflexion aboutie sur l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. En effet, parallèlement, a été autorisée, à proximité de l'hôpital, la reconstruction d'une clinique

mutualiste de 160 lits, concurrente sur ses principales activités (gastro-entérologie, chirurgie orthopédique et ophtalmologie, notamment), ouverte en février 2009, c'est-à-dire quelques mois avant la première tranche de l'hôpital. Aucune complémentarité entre les deux structures n'a pu se concrétiser à cette occasion.

De plus, alors que le centre hospitalier de Perpignan devait impérativement procéder à une restructuration interne de son offre de soins, la seule préoccupation des tutelles a été de faire rentrer cette opération dans une enveloppe financière prédéterminée en réduisant le nombre de lits de façon erratique. *In fine*, l'établissement nouvellement construit est partiellement inadapté à la pratique actuelle, notamment en matière de développement de la chirurgie ambulatoire.

Le **centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (CHNDS)** est né de la fusion en 1996 de trois établissements situés respectivement à Bressuire, Parthenay et Thouars. L'objectif de cette fusion était, pour l'essentiel, le regroupement d'activités éparses générant des surcoûts. La pertinence même de la présence de l'établissement sur un territoire de santé marqué par la proximité de deux hôpitaux importants, Niort et Cholet, n'a pas été vérifiée.

L'activité hospitalière de la **Tarentaise** a de tout temps été organisée autour des **hôpitaux d'Albertville** (reconstruit pour les jeux olympiques de 1992), **de Moutiers et de Bourg-Saint-Maurice**. Le regroupement de ces centres hospitaliers, en vue de la création d'un seul établissement, a été initié dès 1995 avec la création d'un syndicat inter hospitalier. L'activité très saisonnière de cette entité entourée d'établissements importants, dont le centre hospitalier régional et universitaire de Grenoble, rendait le regroupement pertinent. En 2002, une mission du ministère de la santé recommandait une fusion rapide. Toutefois, l'objectif initial de fusion de trois établissements en vue de l'élaboration d'un projet médical commun conduisant à une offre de soins adaptée n'a pas été atteint : seuls les hôpitaux d'Albertville et de Moutiers adhéreront au projet en 2005, celui de Bourg-Saint-Maurice souhaitant, notamment pour des raisons politiques locales, conserver son autonomie. L'aboutissement de cette fusion limitée est désormais subordonné à l'examen par l'agence régionale de santé de l'insertion de l'établissement dans l'offre territoriale de soins.

Ces trois opérations illustrent ainsi l'absence d'une véritable stratégie en matière de restructurations hospitalières. Celles-ci apparaissent plutôt comme un effet secondaire de la réforme du financement des hôpitaux, avec la mise en œuvre de la T2A, que comme un levier de mise en cohérence de l'offre de soins sur un territoire de santé pertinent, contrairement aux directives ministérielles et malgré les

outils d'intervention dont disposaient les agences régionales de l'hospitalisation.

II - Un processus long et mal maîtrisé

Dans les trois cas analysés, les projets se sont étalés dans le temps, avec de nombreux changements de programme, des décisions mal préparées et des erreurs de conception. Ces attermoissements révèlent une incapacité des établissements et, surtout des autorités de tutelle, à opter pour des solutions rationnelles, compte tenu des enjeux politiques sous-jacents.

A - Une longue gestation des projets

Malgré des enjeux financiers inégaux, ces trois projets ont eu chacun beaucoup de mal à voir le jour : il a fallu entre dix et vingt ans pour rendre les arbitrages nécessaires.

À **Perpignan**, la reconstruction de l'ancien hôpital de 1928 a été envisagée dès les années 1970 et décidée en 1993 pour finalement se concrétiser en 2012, mais avec la réalisation de deux tranches seulement sur les quatre initialement prévues. Trois projets successifs ont été adoptés en 1995, 1997 et 2000, portant sur une capacité passant de 673 à 557 lits pour revenir à 649 lits en 2012.

Le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres n'a pas encore connu de réalisation concrète, malgré trois projets successifs. Le principe d'un site unique retenu en 2003 a été abandonné en 2004, puis à nouveau validé en 2006, ces hésitations résultant d'une absence de consensus local sur l'implantation du nouvel hôpital.

En 2003, l'établissement a adressé à l'agence régionale de l'hospitalisation un dossier de reconfiguration de son offre de soins sur un seul site mais proposait pour cela deux localisations possibles : l'une à Bressuire, regroupant les seules activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et l'autre sur le site de Maucarrière, plus proche de Thouars, pour la totalité des autres activités de l'hôpital. Un audit avait alors été commandé (pour un coût de 91 K€) afin d'aider au meilleur choix, mais ses conclusions n'ont pas été déterminantes.

La commission médicale et le comité technique d'établissement se sont ensuite prononcés pour le site unique de Faye l'Abbesse, équidistant des trois hôpitaux composant le centre hospitalier. Le conseil d'administration s'y est d'abord montré favorable sous réserve d'une

étude complémentaire sur le site envisagé. Ce choix, loin de faire l'unanimité parmi les élus locaux, a ensuite été remis en cause par le même conseil d'administration pour des motifs essentiellement économiques.

Deux ans plus tard, le nouveau projet médical prévoyait un double dispositif, avec dans un premier temps, la définition d'une nouvelle organisation tendant à favoriser le décloisonnement et dans un second temps, le regroupement à l'horizon 2012 des plateaux techniques et des activités de court séjour sur le site unique de Faye l'Abbesse.

Ce n'est qu'au mois de décembre 2006 que le conseil d'administration, revenant sur sa décision de 2004, a tranché en faveur de l'implantation sur un site unique à Faye l'Abbesse. Depuis, le projet a été réajusté à la baisse. L'hôpital, qui était établi sur trois sites, fonctionnera finalement sur quatre. Les établissements maintenus de Bressuire, Parthenay et Thouars abriteront notamment des lits et places de psychiatrie et des structures gérontologiques et, pour deux d'entre eux, une unité d'accueil, de diagnostic et de traitement de la première urgence.

Dans la vallée de la Tarentaise, après le difficile accord sur la fusion de deux entités seulement et cinq projets successifs, le nouvel établissement envisagé sur le site de La Bathie, près d'Albertville, n'est toujours pas construit. Le projet se trouve aujourd'hui suspendu, le ministère ayant demandé tout récemment à l'agence régionale de santé de le réexaminer pour mieux dégager des gains d'efficacité, tout en maintenant cependant les sites préexistants.

Ces retards et ces hésitations dans le contenu même des projets ne sont pas imputables aux seuls établissements mais aussi aux tutelles : les agences régionales et les autorités ministérielles.

B - Les rôles ambigus des tutelles

À **Perpignan**, plusieurs projets de reconstruction de l'ancien hôpital ont été rejetés par la tutelle régionale (le préfet puis l'agence régionale de l'hospitalisation) dont les prises de position successives se sont progressivement substituées à celles de la communauté hospitalière : suppression de lits, suppression de l'étage logistique, conservation d'un bâtiment ancien pourtant non-conforme aux normes antisismiques¹³⁰. Ces demandes visant à réduire les coûts et le nombre de lits n'ont cependant pas été accompagnées d'une véritable réflexion sur l'activité du nouvel hôpital.

¹³⁰ Le coût d'une mise aux normes étant aujourd'hui chiffrée à 7 M€.

Le **centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres** connaît une situation dégradée due, au moins pour partie, à l'absence de décision de la tutelle sur le choix du type d'organisation à mettre en place (plateau technique unique ou mise en synergie de plusieurs communautés hospitalières de territoire) et sur le niveau de financement à prévoir. Le projet de plateau technique unique avait été prévu dès le deuxième schéma régional d'organisation des soins ¹³¹ (SROS II pour 1999-2004). Au SROS III (2006-2011), le regroupement des blocs opératoires, de l'hospitalisation et de la chirurgie ambulatoire figure de nouveau dans l'annexe opposable, mais le ministère de la santé et l'agence régionale de santé n'ont toujours pas approuvé formellement cette reconstruction sur un site unique. L'agence régionale, après avoir redimensionné l'établissement au sein d'un projet de santé du territoire, estime prochaine cette approbation, le conseil régional ayant décidé de lui apporter une subvention de 12 M€.

En **Tarentaise**, la proposition retenue de construction nouvelle du centre hospitalier Albertville-Moutiers (CHAM) dans le cadre d'un établissement fusionné a constitué la réponse apportée à l'échec et à la suspension par le ministère de l'ancien syndicat inter-hospitalier qui n'avait pas réussi en dix ans à présenter un projet commun pour des établissements distants, chacun, de moins de 30 km. Toutefois, en octobre 2012, les tutelles ont à nouveau différé le projet pour procéder à une concertation sur la définition des besoins et le dimensionnement optimal de l'établissement. Si les tutelles ont longtemps insisté sur l'urgence de cette fusion, les différents acteurs, établissement, communauté médicale, élus et ministère, n'ont pas réussi à s'accorder sur une fusion plus efficiente et plus économique. La Cour ne peut que constater l'échec que constitue l'absence de recomposition de l'offre de soins hospitalière dans la vallée de la Tarentaise depuis maintenant plus de vingt ans.

III - Une efficience encore à démontrer

Les hésitations et les retards pris dans la conduite des projets ont conduit à des surcoûts et à des difficultés de financement qui risquent de peser longtemps sur l'équilibre budgétaire des établissements sans que l'offre de soins ait été améliorée.

¹³¹ Les schémas régionaux d'organisation des soins ont été institués par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pour déterminer la répartition géographique des installations et des activités de soins permettant de satisfaire au mieux les besoins de la population.

A - Des attermolements préjudiciables financièrement

Ces opérations ont d'ores et déjà été coûteuses, aussi bien au stade des études préalables que des réalisations, lorsque celles-ci ont pu voir le jour.

Les projets successifs de reconstruction de l'**hôpital de Perpignan** ont occasionné, depuis 1993, de nombreuses dépenses inutiles, plusieurs projets ayant été ensuite abandonnés : indemnisation des architectes à hauteur de 4,8 M€ entre 1995 et 1999, indemnisation pour retard des entreprises à hauteur de 9,96 M€ en 2010, en partie compensée par des dommages et intérêts reçus à hauteur de 2,86 M€. Les études préalables successives n'ont pas pour autant permis d'évaluer correctement les besoins. L'enveloppe financière du projet, d'abord estimée en 1995 à 95 M€, est passée à 136 M€ en 2003 pour atteindre 190 M€ en 2012, soit une progression de 63 % en euros constants, alors même que le programme initial de 1993 a été revu à la baisse par la tutelle et que le bâtiment apparaît aujourd'hui peu fonctionnel et coûteux en fonctionnement. Par ailleurs, des emplois supplémentaires ont dû être créés lors de la mise en service du nouveau bâtiment, représentant un surcoût de 6.9 M € annuels.

Ces dépenses auront pour conséquence d'hypothéquer pour longtemps la situation financière de l'hôpital : la capacité d'autofinancement sera insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts dès 2013/2014 et la dette progressera de 116 M€ entre 2009 et 2016. Il sera alors difficile d'envisager, comme prévu initialement, la réalisation de la troisième tranche (regroupement, dans un bâtiment à construire, des soins de suite et de réadaptation et de lits de médecine situés dans un ancien bâtiment de l'hôpital) et de la quatrième (réhabilitation de l'unité de long séjour de 200 lits), sans partenariat extérieur, sans les crédits spécifiques attribués par l'agence régionale de santé et sans l'aide du département pour le long séjour. La tutelle examine d'ailleurs la possibilité d'optimiser les capacités existantes pour y intégrer les activités réalisées dans les unités non reconstruites.

De même, les retards pris par la reconstruction du **centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres**, risquent de faire dériver les coûts initiaux. En 2007, une étude de faisabilité financière a conclu à l'efficacité d'un marché de conception-réalisation par rapport à une maîtrise d'ouvrage publique ou un partenariat public privé (PPP). Ce choix ayant été confirmé, le coût du programme, arrêté dans le marché notifié, s'élevait en 2010 à 80,1 M€, toutes dépenses confondues, pour une évaluation initiale de 97,9 M€. Toutefois, la clause contractuelle

d'actualisation conduisait d'emblée à un surcoût de 6,45 M€ en cas de réalisation.

L'établissement, qui est soumis à un plan de retour à l'équilibre, a affiché un déficit structurel de 2 M€ à la fin de 2011 et sa capacité d'autofinancement nette s'est très nettement dégradée, alors même qu'il n'est pas fortement endetté. Le plan global de financement pluri-annual, pour la période 2011-2015, n'a pas été approuvé, en l'absence de décision ministérielle sur le projet de reconstruction.

Malgré le nouveau projet récemment présenté et évalué à 106 M€, la soutenabilité de l'opération demeure incertaine, l'établissement tablant sur une augmentation, certes modeste, de son activité et sur une diminution significative de ses frais de gestion, notamment de ses frais de personnel. Or, les résultats observés sur les cinq dernières années contredisent ces hypothèses, avec une activité stagnante et des charges en hausse de 8,98 % pour les personnels non médicaux et de 13,2% pour les médicaux.

En outre, le coût des deux unités d'accueil, de diagnostic et de traitement de la première urgence qui doivent fonctionner 24 heures sur 24 est élevé. Au-delà de l'octroi par la région d'une subvention de 12 M€, la réalisation du projet est en tout état de cause subordonnée à l'obtention d'une aide en capital de 45 M€ au titre du plan Hôpital 2012, d'un abondement de 1,5 M€ par an pendant 20 ans au titre de l'aide à la contractualisation et d'une aide en fonctionnement.

Le financement de **l'hôpital d'Albertville-Moutiers (CHAM)**, était pour sa part, loin d'être acquis avant que le projet ne soit suspendu en octobre 2012 par le ministère, sur proposition de l'ARS, dans l'attente de nouvelles études sur l'offre globale de soins sur le territoire concerné. L'établissement a fait le choix de durées d'amortissements longues et dispose de fonds propres insuffisants. Par ailleurs, comme il a été considéré comme ayant été « surdoté » dans le cadre antérieur de financement par dotation globale, la tarification à l'activité a contraint ses ressources et un plan de retour à l'équilibre a dû être mis en place en 2008.

Si l'hôpital peut encore financer ses investissements courants en utilisant sa capacité d'autofinancement, il n'est pas à même de supporter les 125,4 M€ prévus initialement pour sa reconstruction. Le plan global de financement pluri-annual prévoit, outre un recours à l'emprunt de 75,4 M€, un apport de 36,6 M€ de financement dits externes, l'établissement espérant bénéficier de la part de l'agence régionale de santé de crédits d'aide à la contractualisation. Un tel plan apparaît peu réaliste, d'une part, du fait des restrictions tant des crédits bancaires que

des financements publics, et, d'autre part, en termes de soutenabilité par rapport au cycle d'exploitation du centre hospitalier.

Devant ces difficultés, un cinquième projet a été élaboré pour ramener le coût de l'opération de reconstruction à 97 M€, grâce à la réduction des surfaces portant sur les services de chirurgie ambulatoire et médico-technique, l'hébergement, le pôle mère-enfant, l'administration logistique et les locaux techniques. Le projet de reconstruction du site des Cordeliers serait actuellement abandonné et la restructuration de l'ancien hôpital d'Albertville maintenue, pour un coût restant arrêté à 3 M€, mais vraisemblablement sous-évalué. La nouvelle approche annoncée par l'agence régionale de santé en novembre 2012 remet cependant en cause ces évaluations.

B - Une offre de soins encore inadaptée

À **Perpignan**, le nouvel hôpital a été construit sur son ancien site qui ne permet aucune extension, sauf à racheter de nouveaux terrains. Le parti architectural retenu est peu satisfaisant, car lié, d'une part, au maintien, souhaité par les élus locaux, d'un ancien bâtiment difficile à intégrer et qu'il a fallu mettre aux normes, et, d'autre part, à l'absence d'étage dédié aux circuits logistiques.

Cette dernière lacune constitue un véritable contresens au regard des normes modernes d'hospitalisation et de lutte contre les infections nosocomiales (aucune surface de stockage n'a été prévue et les chariots navettes stationnent dans les couloirs sans possibilité d'automatisation des transports logistiques), obligeant l'établissement à une vigilance accrue dans ce domaine et à des réaménagements de locaux. Cette erreur de conception est, en outre, consommatrice en personnel et des équipes de liftiers ont dû être créées pour acheminer les navettes entre les étages. Une étude est en cours en vue de rechercher des solutions organisationnelles pour pallier les difficultés liées aux choix architecturaux retenus.

Le projet a dû également être réaménagé en cours de réalisation avec une tranche conditionnelle de 33 lits supplémentaires pour répondre aux nouveaux besoins, le nombre de lits passant finalement à 649 en 2012. Enfin, l'ensemble des services hospitaliers, médecine polyvalente, médecine gériatrique et rhumatologie, n'ont pas trouvé leur place dans le nouvel ensemble. Leur réinstallation est prévue dans une hypothétique troisième tranche au financement encore incertain.

Quant aux deux autres projets étudiés, mais non encore définitivement arbitrés ni financés, ils ne répondent que très imparfaitement aux besoins de la population.

Ainsi, le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres, en dépit de l'absence d'une concurrence publique ou privée sur un bassin géographique de 121 000 habitants, ne réalise que 49 % des séjours hospitaliers de son territoire, l'objectif du nouveau projet étant d'ailleurs présenté comme de nature à réduire les risques de détournement des patients vers les autres structures.

Dans la **Tarentaise**, la nature des activités exercées par la nouvelle entité issue de la fusion Albertville-Moutiers n'avait pas fait, jusqu'à la demande récente de la tutelle, l'objet d'une réflexion approfondie. L'activité est stagnante en chirurgie et surtout saisonnière car liée aux sports d'hiver (à titre d'illustration, l'acte chirurgical le plus fréquent a été l'intervention sur l'avant-bras, de niveau 1, c'est-à-dire de faible gravité). Dans un contexte de proximité avec deux très importants centres hospitaliers généraux (Chambéry et Annecy) et un centre hospitalier régional et universitaire (Grenoble), ce projet n'améliore en rien l'efficacité de l'organisation des soins dans la vallée de la Tarentaise, alors même que le centre hospitalier de Bourg-Saint-Maurice a été maintenu grâce à des dotations exceptionnelles compensant une activité insuffisante.

En conséquence, la Cour estime qu'il est encore temps de reconsidérer ces deux derniers projets, toujours en gestation, pour en dégager tous les gains d'efficacité possibles au-delà des économies d'ores et déjà identifiées, mais qui apparaissent insuffisamment volontaristes. Il convient aussi de définir de manière crédible l'activité future des établissements dans le cadre d'une approche cohérente et globale de l'offre de soins locale.

————— **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS** —————

Ces trois opérations de restructuration hospitalière ne peuvent que confirmer les constats effectués précédemment par la Cour : les résultats des restructurations sont restés très en-deçà des ambitions affichées depuis 1996.

La mise en place de la T2A met de plus en plus en évidence l'offre excédentaire par rapport aux besoins tout en révélant l'insuffisance de l'activité de certains établissements. Les trois situations présentées font surtout apparaître les défaillances du processus de décision en matière de restructuration, les attermoissements constatés générant des coûts

inutiles aboutissant à des solutions peu satisfaisantes ne permettant pas de rendre cohérente l'offre de soin locale.

Sans doute, le principal écueil tient-il au fait que ces restructurations se heurtent aux résistances locales et pâtissent d'une confusion fréquente entre les objectifs de l'aménagement du territoire et ceux de la politique d'offre de soins.

La Cour persiste dans ses recommandations de 2008 visant à relancer et à rationaliser les plans de restructuration. Elle insiste sur la nécessité pour les services de l'État de définir des objectifs nationaux de restructuration hospitalière, de renforcer les moyens d'action des agences régionales de santé et de soutenir leurs arbitrages, dans un contexte de plus en plus difficile de lutte contre les déficits sociaux.

En ce qui concerne les projets qui n'apparaissent pas aujourd'hui satisfaisants du point de vue de l'organisation médicale sur les territoires concernés, la Cour et les chambres régionales des comptes formulent les recommandations suivantes :

- 1. redéfinir les projets existants en les intégrant dans une démarche rigoureuse et cohérente prenant en compte la globalité de l'offre et de la demande locales de soins ;*
 - 2. veiller à ce que les projets de restructurations hospitalières dégagent effectivement toutes les économies de fonctionnement dont elles offrent la possibilité.*
-

Sommaire des réponses

Ministre des affaires sociales et de la santé	164
Ministre de l'intérieur	166
Ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	167
Directeur du centre hospitalier de Perpignan	168
Ancien directeur du centre hospitalier de Perpignan	169
Directeur du centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir	170
Directeur général de l'Agence régionale de santé de Rhône-Alpes	171
Directeur du centre hospitalier intercommunal d'Albertville-Moutiers	172
Directeur du centre hospitalier de Bourg-Saint-Maurice	173
Directeur de l'Agence régionale de santé de Poitou-Charentes	174
Directeur du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres	178
Ancien directeur du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres	182

**RÉPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ**

Les opérations de contrôles effectuées sur les hôpitaux d'Albertville-Moutiers, de Perpignan et du Nord-Deux-Sèvres vous amènent à considérer que le bilan « décevant » des restructurations hospitalières, déjà constaté dans le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008, demeure d'actualité. Vous relevez d'une part, que les objectifs en sont insuffisamment définis, d'autre part que le processus de décision des établissements, comme de la tutelle, se traduit par des retards et des coûts inutiles et aboutit à des solutions inadaptées pour l'offre de soins locale.

La Cour recommande donc que les services de l'Etat définissent une stratégie nationale de restructuration hospitalière et qu'ils soutiennent mieux l'action des agences régionales de santé (ARS). Elle préconise également que les projets insatisfaisants soient redéfinis et que les économies attendues soient vérifiées.

Si je partage votre recommandation sur le soutien à apporter aux ARS, je souhaite cependant nuancer la notion de stratégie nationale de restructuration hospitalière.

Les ARS se sont vu confier la responsabilité de définir les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations entre l'ensemble des acteurs hospitaliers et ambulatoires (articles L.1431-2 2^c, L. 1434-7 et L. 1434-9 du code de la santé publique). A ce titre, les schémas régionaux de l'offre de soins de chacune des régions identifient une offre de soins cible à cinq ans ainsi que les évolutions à prévoir pour l'atteindre. Les objectifs en matière d'évolution de l'offre de soins sont donc définis au plus près des besoins.

Les ARS doivent mesurer les impacts des recompositions en termes d'efficacité médico-économique, de qualité et de sécurité des soins ainsi que d'accessibilité. Les effets des recompositions sur l'attractivité des structures de soins et sur l'équilibre de l'offre (secteurs public et privé) doivent également être appréciés. Enfin, il faut accompagner les conséquences sur l'organisation interne des structures (organisation, patrimoine, équipements, moyens en personnel ...).

Comme l'adaptation constante de l'offre de soins aux besoins de santé peut nécessiter des recompositions de nature très diverse dans les territoires, il n'est pas envisageable de fixer un objectif national de recomposition de l'offre de soins. L'opportunité des opérations de recomposition est à apprécier au regard d'un diagnostic réalisé au niveau territorial. Avec la création récente du comité pour la performance et la modernisation de l'offre

de soins hospitalière (COPERMO), j'ai demandé à mes services de fournir aux ARS des outils adaptés, portant notamment sur le déficit ou l'excédent d'offre, l'équilibre de la démographie des professionnels de santé, les équilibres financiers des structures et de veiller à ce que ces outils prennent en compte les référentiels nationaux existants (régulation des activités de soins, dimensionnement des projets, régulation financière).

Au niveau national, l'objectif est d'accompagner les ARS dans la conduite des opérations de recomposition au niveau stratégique et opérationnel : un outil « Eval Impact », permettant d'évaluer l'impact potentiel, ex ante et ex post, de ces opérations, en particulier des coopérations entre établissements de santé, a ainsi été mis en début d'année à la disposition des ARS.

En outre, un premier rapport au Parlement sur « les efforts engagés par les ARS en matière de recomposition de l'offre hospitalière », tel que prévu par l'article 17 de la loi du 10 août 2011, va être produit d'ici la fin de l'année. La réalisation chaque année de ce rapport devrait concourir à l'inscription des recompositions dans le dialogue de gestion annuel entre les ARS et l'Etat (CPOM).

Des travaux sont engagés avec l'appui de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la participation des ARS afin de construire un observatoire des recompositions. L'objectif est en particulier de s'appuyer le plus possible sur les systèmes d'information des ARS de type décisionnel, tel qu'ARHGOS, qui, à travers la gestion des autorisations d'activités de soins, permet d'apprécier certains mouvements de recomposition de l'offre hospitalière.

Cela doit permettre la promotion dans les ARS d'une véritable fonction de pilotage et d'accompagnement des opérations de recomposition (études préalables, définition de scénarios cibles, gestion du projet, accompagnement auprès des élus, des communautés médicales et soignantes, des chefs d'établissement).

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Je vous informe que ce rapport n'appelle aucune observation de la part du ministère de l'intérieur.

**RÉPONSE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE
DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU BUDGET**

Je partage l'essentiel des analyses et propositions faites par la Cour : l'opacité des objectifs poursuivis, conjuguée à la lente gestation des projets ont conduit de nombreux plans de restructuration sur la voie de l'inefficience. Cette dynamique est d'autant plus regrettable que les restructurations doivent demeurer un levier incontournable pour consolider de manière structurelle la trajectoire financière des établissements de santé et, à l'échelle nationale, de l'ONDAM hospitalier.

Les propositions qui insistent sur la nécessité d'approfondir l'analyse de l'efficience et de la cohérence territoriale des projets de restructuration, de renforcer les moyens d'action des agences régionales de santé, recueillent mon approbation. L'échelon régional, face aux difficultés évoquées, doit être le levier d'action à privilégier tout en bénéficiant, pour ce qui concerne les arbitrages les plus complexes, du soutien total des services nationaux compétents. La compétence régionale reste cependant la plus pertinente pour évaluer l'efficience et la cohérence dans l'offre de soins territoriale des projets de restructuration hospitalière.

Le constat de la Cour sur la trajectoire décevante des nombreux plans de restructuration est particulièrement préoccupant. Je souhaite souligner à ce stade, l'impérieuse nécessité, dans un secteur au contexte financier très contraint, d'accompagner la mise en œuvre des propositions de la Cour pour faire des projets de restructuration un levier efficace et incontournable de consolidation de nos finances publiques.

La définition d'une stratégie nationale de restructuration hospitalière, que la Cour appelle de ses vœux, est conforme aux efforts poursuivis par mes services. Il faut rationaliser, encadrer et consolider les décisions hospitalières d'investissement et les situations financières dégradées des établissements de santé à travers un comité national et interministériel de suivi qui regroupe les directions centrales compétentes. La réflexion sur les restructurations hospitalières pourrait se décliner dans ce cadre.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE
PERPIGNAN**

Deux observations citées dans le rapport (B - Une offre de soins encore inadaptée) appellent de ma part une rectification.

Il est indiqué que le parti architectural retenu pour le nouvel hôpital de Perpignan est peu satisfaisant, « car lié, d'une part, au maintien, souhaité par les élus locaux d'un ancien bâtiment difficile à intégrer et qu'il a fallu mettre aux normes ... »

C'est en réalité à la demande de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, que le maintien et la réhabilitation de ce bâtiment ont été imposés au Centre Hospitalier. Ce point a été clairement relevé dans le rapport du contrôle que vient de réaliser la CRC.

RÉPONSE DE L'ANCIEN DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Le choix du site correspondait à une demande pressante du Conseiller général du Canton. Par la suite sa nouvelle situation de Maire et par conséquent de président du Conseil d'Administration de l'hôpital devait faciliter ses desseins. Polytechnicien et muni d'un diplôme d'architecte et d'urbaniste son point de vue méritait d'être forcément d'être considéré. Il s'agissait selon lui d'éviter que le départ de l'établissement ne soit à l'origine d'une friche industrielle dans un quartier défavorisé. Cet aspect était considéré prioritaire au regard des contraintes architecturales qui pèseraient sur le fonctionnement de l'établissement.

Le maintien d'un bâtiment hors normes a été imposé par les autorités de tutelles au prétexte de faire des économies malgré la position de la direction de l'établissement. On verra par la suite ce qu'il en a été. C'est dans ce contexte doublement contraint par les élus et les autorités de tutelle que le directeur et le corps médical ont dû à leur corps défendant concevoir un projet qui ne correspondait pas du tout à leur souhait.

Conclusion :

Les efforts successifs de la direction et du corps médical d'inscrire le projet d'une part dans le cadre d'une restructuration de l'offre par une association avec l'établissement Mutualiste local et d'autre part dans des choix architecturaux porteurs de gains de productivité ont été annihilés par les interventions successives des élus et des tutelles.

Les recommandations de l'architecte régional n'ont pas été suivies d'effets. La Direction des hôpitaux ne disposant plus de service spécialisé capable d'intervenir efficacement s'est trouvée démunie. En définitive les aspects techniques complexes sont restés de la seule appréciation du Maître d'Œuvre. Par ailleurs sur le plan opérationnel la Maîtrise d'Ouvrage déléguée s'est confrontée en permanence à des dilemmes techniques et à la contrainte des délais de réalisation. Son expertise s'en est trouvée altérée.

Il a donc manqué dans cette affaire un arbitre totalement indépendante qui aurait permis de trancher dans des choix toujours difficiles sur le plan technique comme financier et une autorité de contrôle qui au fil de l'eau aurait aidé au pilotage et conforté le Maître d'Ouvrage dans ses fonctions.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
LÉON-JEAN GRÉGORY**

Je ne souhaite pas apporter de réponse.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE SANTÉ (ARS) RHÔNE-ALPES**

S'agissant de la distance de 30 kilomètres qui séparent les trois établissements concernés, il convient toutefois de noter qu'il est nécessaire, pour bien apprécier cette situation, de prendre en considération le fait, d'une part, que ces établissements sont situés en zones de montagne (les données climatiques doivent être prises en compte) et, d'autre part, que les variations de populations sont particulièrement importantes (population multipliée par deux et encombrements des routes lors des fréquents « chassé-croisé » des vacances).

En ce qui concerne le rôle des tutelles, celles-ci ne se sont résolues à ne pas mener à terme l'opération de fusion entre les trois sites pour la seule raison de contraintes politiques et d'interventions d'élus locaux influents. Il est à noter, également, que la suspension du syndicat inter-hospitalier qui avait été mis en place, a été décidée à la demande du ministère chargé de la santé et ne relève pas d'une initiative de la tutelle régionale.

Il me semble enfin utile de porter à votre connaissance les derniers développements relatifs à cette situation. Il a été décidé le 17 octobre dernier par la ministre des affaires sociales et de la santé, sur proposition de l'Agence régionale de santé, de suspendre le projet de reconstruction (site unique) des établissements d'Albertville et de Moutiers et d'engager préalablement à toute décision de nouvelles études sur l'organisation de l'offre globale de soins sur ce territoire. Un courrier a été adressé récemment par Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé aux élus locaux pour les informer de cette décision.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL D'ALBERTVILLE-MOUTIERS**

Vous mentionnez que l'activité du Centre Hospitalier Albertville-Moûtiers est « stagnante (...) et surtout saisonnière », illustrant votre propos par le fait que l'acte chirurgical le plus fréquent dans l'établissement a été « une intervention sur l'avant-bras, de niveau 1, c'est-à-dire de faible gravité ».

Si l'établissement ne conteste pas les chiffres, je tiens toutefois à apporter quelques nuances.

Le Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers a un rôle d'établissement de proximité, mais joue également un rôle majeur dans la prise en charge de la traumatologie du ski, du fait de sa situation géographique à proximité des stations de sport d'hiver. L'importance des lésions du membre supérieur sont une conséquence logique de cette prise en charge particulière.

Par ailleurs, la prépondérance des séjours chirurgicaux de niveau 1, c'est-à-dire de faible gravité, n'est pas une spécificité du centre hospitalier d'Albertville Moûtiers, et n'est donc pas en soi synonyme d'une prise en charge inadaptée ou de moindre qualité. L'étude de la base régionale du PMSI révèle en effet que les séjours chirurgicaux de niveau 1 sont également très importants dans les centres hospitaliers de taille équivalente, voire dans les établissements plus importants comme le Centre Hospitalier de Chambéry.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
DE BOURG-SAINT-AURICE**

Je déplore que le rapport présenté n'est absolument pas pris en compte mon courrier du 12 décembre 2011.

En sept années, le budget de l'établissement a augmenté de 25 % du fait de progressions d'activité ayant atteint certaines années 10 %. Ces progressions exceptionnelles sont dues au fait que l'activité a été développée, en intersaison, vers la population locale. Ces progressions sont dues essentiellement à la stabilisation des équipes médicales et le développement de nos réseaux avec les centres hospitaliers de Grenoble et Chambéry.

Le simple contrôle de nos comptes de gestion vous confirmera d'une part que l'équilibre budgétaire a été obtenu par un développement de l'activité et d'autre part que nous ne sommes pas maintenus par des dotations exceptionnelles.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire sur la dynamique du modèle de PME de proximité en santé publique.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE SANTÉ DE POITOU-CHARENTES**

1) *La définition des objectifs de l'opération, son dimensionnement et son inscription dans un projet de territoire*

Depuis la création de l'Agence le 1^{er} avril 2010, des travaux d'ingénierie locaux et nationaux ont été menés, de sorte que, au terme d'une évolution substantielle des contours de l'opération, le projet de regroupement sur un seul site des trois plateaux techniques de l'hôpital actuel Nord Deux Sèvres sur le site de Faye l'Abbesse poursuit désormais l'objectif du maintien d'une offre de soins hospitaliers sur le Nord Deux-Sèvres et du renforcement de l'attractivité de l'établissement, au titre d'une approche cohérente et globale de l'offre de soins locale

2) *Dimensionnement*

Afin de préciser le contour du projet exposé au titre du II-A-, le futur projet prévoit le regroupement complet sur le site de Faye L'abbesse des lits de médecine, chirurgie et obstétrique. Les deux autres sites relais de Thouars et Parthenay disposeront de consultations avancées et permettront de répondre aux soins d'urgence ainsi qu'aux besoins de lits d'aval du plateau MCO.

En complément, le site de Thouars continuera d'accueillir le pôle psychiatrie addictologie et celui de Parthenay des services administratifs. Le futur hôpital Nord Deux sèvres sera donc constitué d'un site principal et de deux sites relais. Le site de Bressuire fera l'objet d'une cession immobilière.

Ainsi, et afin de rectifier les données mentionnées dans le rapport, le dimensionnement du projet sera donc de 298 lits et places installés¹³², en lieu et place des 316 lits et places initiaux.

Il intègre ainsi une capacité réduite et reconfigurée (baisse de 38 lits en hospitalisation complète, augmentation de 19 places en hospitalisation ambulatoire - médecine et chirurgie -, diminution de la capacité du bloc opératoire de 5 salles, optimisation des installations, installation de plateaux de 90 lits par filière de prise en charge),

La concentration du dispositif médecine-chirurgie-obstétrique sur un seul site permettra à l'établissement de bénéficier à plein des synergies médicales induites par le regroupement.

¹³² Dont 45 places d'hospitalisation ambulatoire, 253 lits d'hospitalisation complète MCO, 7 salles de blocs opératoires et 2 salles de gastroentérologie, 15 lits de SSR, 4 salles d'imagerie conventionnelle, 3 salles d'échographie/mammographie, 2 salles d'imagerie de coupe.

Le dimensionnement en surface hors œuvre et surface utile du projet est conforme au référentiel de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et aux critères d'éligibilité posés par la Direction générale de l'Offre de soins.

3) *Objectifs, réponse aux besoins et inscription dans un projet de territoire*

Le projet prévoit des parcours de santé adaptés et plus lisibles. Il s'appuie sur le développement de l'ambulatoire et doit se coordonner avec les soins de ville et particulièrement les projets de santé des pôles de soins de premiers recours en cours de développement sur le bassin d'attractivité de l'hôpital.

Il repose sur un partenariat actif avec la médecine de premier recours, il est perçu par tous comme une des conditions de la revitalisation du territoire en médecine de premier recours et une opportunité de l'arrivée de nouveaux professionnels de santé en zone rurale mais également au sein de la nouvelle structure

L'opération inclut également le renforcement du partenariat avec les nombreuses structures médico-sociales accueillant les personnes handicapées et les personnes âgées, ceci sans préjudice des coopérations avec les établissements hospitaliers de son environnement.

Le Centre hospitalier est le seul établissement de santé du nord du département des Deux-Sèvres ; il n'existe pas d'offre alternative publique ou privée sur la zone.

La restructuration a pour objectif principal d'améliorer la performance de l'établissement en réduisant les fuites de patientèle de manière réaliste, et de conforter l'établissement dans son rôle d'hôpital de proximité.

Ainsi, à ce jour, la nouvelle configuration du projet s'appuie sur plusieurs éléments de nature à renforcer son efficacité et son organisation.

Dans sa nouvelle mouture, le projet vise également à améliorer l'offre de santé sur un territoire marqué par un sous-recours aux soins en médecine et à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Il s'appuie, enfin, sur une ambition forte favorisant la cohérence générale de l'offre territoriale de santé, et répond ainsi à la recommandation de la Cour.

4) *Quant à l'efficacité et à la soutenabilité économique de l'opération*

Les conditions financières du projet ont été clarifiées pour en garantir la soutenabilité.

Après étude approfondie et application des taux d'actualisation, le coût réel des travaux et des aménagements nécessaires s'élève à 106,59 millions d'euros, ainsi que vous le notez.

Les économies de fonctionnement attendues dans le cadre du projet ont été évaluées à 4, 8 millions d'euros (titres 1, 2 et 3). Les économies ont été validées en comité technique de pilotage du projet en juin 2012 et feront l'objet d'une politique active de l'établissement pour leur mise en œuvre (gestion prévisionnelle des emplois et compétences, organisation des laboratoires sur un site, optimisation de l'organisation interne, etc.).

Le contrat de retour à l'équilibre qui va dès 2013 engager l'établissement à réaliser un premier niveau d'économies viendra compléter les gains d'efficience permis par la nouvelle construction.

Les différents titres de l'Etat prévisionnel des dépenses et recettes (EPRD) feront l'objet d'une analyse en lien avec l'approche médico-économique engagée en lien avec les différents pôles hospitaliers.

Les niveaux de charges dont particulièrement le titre 1 concernant le personnel, ont d'ores et déjà fait l'objet d'objectifs contraints dans le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé en 2012 avec l'établissement.

Cet engagement fort, mobilisant tous les professionnels du CHNDS, doit s'inscrire dans un projet global offrant des perspectives à moyen terme en vue du site unique.

Le plan de financement global pluriannuel pour la période 2011-2015 a été approuvé par l'Agence régionale de santé. Il intègre le plan de financement de la future construction et les éléments chiffrés du plan d'économies des charges des titres 1 à 3 afférent

Les projections d'activité à 2020 (+ 0,75 % par an en moyenne) ont été établies en tenant compte de l'évolution de la consommation des patients de la zone de recrutement de 120 000 habitants telle que définie par grand domaine d'activité dans le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), de l'étude de positionnement stratégique réalisée sur l'activité en 2010, des objectifs du projet médical d'établissement ainsi que d'un pic d'activité à l'ouverture du nouvel hôpital de 4,7 %.

Afin de préciser les données d'augmentation d'activité et de charges mentionnées dans le projet de rapport, au titre du III-A, je mentionnerais que, si l'évolution des recettes d'activités stagne en effet depuis 2009, l'évolution des charges de personnel a oscillé entre 2 et 4 % entre 2009 et 2012¹³³.

L'activité future est travaillée dès à présent, en lien avec la Commission médicale d'établissement, par segments de marché. Afin de mesurer les projections envisageables, un audit de positionnement stratégique a été conduit. Certains segments comme l'orthopédie

¹³³ Source : DIAMANT ; pour 2012 : projection 12 mois à partir rapport infra annuel à fin septembre 2012.

traumatologie ont déjà été identifiés avec un fort potentiel de développement sur le case mix de l'hôpital par reprise essentiellement sur le secteur privé.

5) *Quant au processus de décision qui semble proche de son terme*

Le projet d'implantation sur un site unique a fait l'objet d'un accord à l'unanimité de la Commission exécutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation en décembre 2009.

Pour ce qui concerne le CHNDS, l'organisation des soins à partir de son activité a fait l'objet d'une réflexion préalable et tout particulièrement dès 2006 pour préparer le « projet d'établissement 2007-2011 » adopté par les instances en décembre 2006, projet à partir duquel a pu être décidée la localisation et l'organisation du site regroupant l'essentiel des activités MCO à Faye-l'Abbesse.

Si la longueur du processus de décision concernant l'opération du Centre hospitalier Nord Deux Sèvres peut être légitimement relevée, la décision finale apparaît désormais très proche.

En effet, si par courrier du 19 mars 2012, le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé donnait son accord de principe pour un financement du projet de construction au titre du plan d'aide à l'investissement « Hôpital 2012 », les derniers mois ont été consacrés à l'achèvement des travaux d'ingénierie en lien étroit avec l'établissement et la DGOS du Ministère.

L'Agence a également proposé dans cette période aux collectivités territoriales un soutien financier direct du projet, avec un résultat très significatif : la Région Poitou-Charentes a décidé une aide de 12 millions d'euros lors de sa commission permanente du 17 novembre 2012.

Ainsi, selon les termes de Madame la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales dans son récent courrier du 15 novembre 2012 adressé à la Présidente du Conseil régional « ce projet serait très largement renforcé, ce qui lui permettrait de bénéficier de chances réelles de voir son plan d'investissement validé par le comité interministériel d'appui à la performance et à la modernisation de l'offre de soins hospitaliers que j'installerai dans les tous prochains jours ».

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
NORD-DEUX-SÈVRES (CHNDS)**

Le projet de modernisation du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres, après une longue période de maturation, est actuellement à un stade avancé de finalisation. Le tènement d'implantation du nouveau dispositif a été acquis en juillet 2010. Le soumissionnaire au marché de travaux a été retenu dans le cadre d'une procédure dite de « conception-réalisation » (marché en attente de notification). Après avoir fait l'objet d'ajustements techniques, réalisés en lien étroit avec les services de l'ARS, le dossier a été expertisé par les services ministériels (Sous-direction de la performance à la DGOS) dans le courant du deuxième quadrimestre 2012.

L'ingénierie administrative et financière mise en œuvre pour le montage de ce dossier, pertinent du point de vue de l'organisation médicale du territoire, garantit la soutenabilité financière de ce projet de restructuration déterminant pour l'avenir de l'établissement et du service public hospitalier sur notre territoire.

Le dossier est actuellement soumis à la décision de Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

I. Un projet pertinent du point de vue de l'organisation médicale du territoire

En effet, il prend en compte la globalité de l'offre et de la demande locale de soins et il s'intègre dans une démarche rigoureuse et cohérente.

L'établissement, 5^{ème} producteur de soins de la région Poitou-Charentes, est un des éléments structurants de réponse à la demande locale de soins.

S'agissant de la prise en compte de la globalité de l'offre, un audit de positionnement stratégique concernant l'exercice 2010 a été réalisé au début du printemps 2012 et a confirmé les différentes études diligentées par les autorités ministérielles et régionales.

La même analyse menée à l'automne 2012, concernant l'année 2011, objective une stabilité globale de la pénétration de l'établissement sur son cœur de cible.

Les études réalisées en 2012 par segment homogène d'activité et par lignes de produits confèrent une lisibilité extrêmement claire de la situation concurrentielle de l'établissement.

Les partenariats avec le site de recours (CHRU de Poitiers) et l'hôpital de référence (CH de Niort) ont été renforcés dans le courant de l'année 2012.

Pour ce qui concerne la prise en compte de la globalité de la demande locale de soins, les points ci-après méritent d'être soulignés :

La volonté d'ancrage territorial constitue la pierre angulaire du dispositif de restructuration. Elle a amené l'établissement à nouer des partenariats étroits avec la médecine de premier recours (engagement direct de la direction dans la personnalisation des relations avec la médecine de ville, création - en lien étroit avec l'Ordre départemental des médecins et avec l'appui de l'ARS - d'un groupe-contact ville-hôpital permettant d'améliorer de manière effective et concrète les synergies avec le monde ambulatoire).

Le projet s'inscrit clairement dans le cadre de la politique conduite par l'ARS de maillage du territoire (la médecine de premier recours étant actuellement en cours de réorganisation par création de pôles médicaux regroupant des professionnels de santé pour pallier la menace de désertification médicale) ; ces actions mobilisent aussi bien les professionnels eux-mêmes (associations et Ordres) que les échelons concernés de l'ARS, ainsi que les collectivités territoriales.

Cette démarche vise à son appropriation par les professionnels libéraux de santé (un demi-millier de professionnels, dont 120 généralistes et très peu de spécialistes) exerçant sur un territoire à taille humaine, à habitat rural diffus, dont la modestie des ressources de la population âgée doit être prise en compte.

Un dossier construit avec rigueur et cohérence.

L'approche médicale dont il a fait l'objet s'appuie sur les lignes de force suivantes :

- identification claire des chemins cliniques suivis par les patients,*
- mise en place de filières bien identifiées à partir des urgences,*
- mutualisation des spécialités médicales génératrices de synergies sur l'hospitalisation complète,*
- organisation de la programmation consultations/unités d'hospitalisation,*
- fluidification des prises en charge par la mise en place d'un chaînage cohérent hospitalisations de jour - hospitalisations de semaine - hospitalisations complètes.*

Au plan économique, la réarticulation du dispositif hospitalier a été conçue selon les principes directeurs suivants :

- approche marginaliste systématique à effet de levier sur la marge contributive,*
- distinction coûts fixes / coûts variables,*

- détermination *ex ante* d'objectifs de gestion clairs par unité médicale,

- dimensionnement à 30 lits des plateaux d'hospitalisation, gold standard actuel en période de T2A susceptible de varier en fonction des évolutions de la tarification,

- évolutivité du dispositif autorisée par un dimensionnement des plates-formes permettant une flexibilité fonctionnelle certaine.

Au total, telle que configurée, la maquette retenue met l'établissement en adéquation avec les exigences du mode de tarification actuelle, en mettant en cohérence la typologie des séjours et la lisibilité du parcours des patients.

II. Un montage financier garant de la soutenabilité médico-économique

En effet, ce projet dégagera toutes les économies de fonctionnement dont il offre l'opportunité et il intègre des prévisions de recettes calculées sur une progression réaliste de l'activité.

S'agissant des économies de fonctionnement à réaliser, les éléments ci-après doivent être précisés :

Une rétrospective 2007-2011 objective une situation préoccupante, on observe en effet que l'activité de l'établissement, mesurée en nombre de séjours hospitaliers, est restée relativement stable, dans un contexte d'augmentation continue de ses charges structurelles.

En 2011, l'augmentation des dépenses de personnel non médical a été de 4,07 %. Le taux d'évolution de ces mêmes dépenses sur l'exercice 2012, mesuré par l'écart entre le compte administratif anticipé 2011 et le résultat provisoire 2012, est de 2,95 %. En net, ce taux d'évolution s'établit même à 1,93 % (la différence entre le brut et le net étant la conséquence de mesures nouvelles financées, ou d'autres dépenses, pour lesquelles l'établissement bénéficie d'une recette équivalente). Cet infléchissement non négligeable de l'évolution à la hausse des dépenses de personnel sera confirmé sur les prochains exercices dans le cadre de la mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), actuellement en cours d'élaboration.

Par ailleurs, le centre hospitalier est le premier établissement de la Région Poitou-Charentes actuellement accompagné dans le programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) par les autorités régionales et nationales.

Le pilotage médico-économique de l'hôpital, dont la perfectibilité a été pointée par la Chambre Régionale des Comptes, est en voie d'amélioration rapide :

- une version stabilisée des CREA 2011, finalisée en novembre 2012, sert actuellement de base au dialogue de gestion avec les producteurs de soins et leurs équipes,

- les propositions de tableaux de bord par pôles seront prochainement soumises à concertation de façon à être fonctionnels dès 2013,

- la mise en place de la comptabilité analytique d'exploitation autorise dorénavant la distinction des résultats de l'activité MCO soumises à la T2A et le résultat des activités encore financées par la DAF (psychiatrie, SSR).

A ce jour, la procédure retenue pour la réalisation des travaux (cf. supra), garantit une parfaite maîtrise des coûts d'investissements.

Des pistes d'économies identifiées ont été intégrées dans la nouvelle version du PGFP approuvé par l'ARS le 11 juillet 2012 (élimination des surcoûts liés à la pluralité des sites de production, frais de transports intersites grevant lourdement l'exploitation, captation des impacts générés par la réarticulation et l'optimisation du dispositif sur tous les titres de dépenses).

Enfin, les prévisions de recettes ont été calculées sur une progression prudente de l'activité.

Il est à noter qu'une progression de 3 % des produits de l'activité hospitalière est constatée sur l'exercice 2012, objectivant sur cet exercice l'indispensable parallélisme entre évolution des charges et des produits d'exploitation.

Dans un souci de précaution et de prudence, les estimations de recettes ont été faites sur un cœur de cible de 120 000 habitants, alors même que la zone d'attraction naturelle de l'établissement ressort à 170 000 habitants.

Une surperformance du score d'activité intégré dans le PGFP peut être raisonnablement escomptée, compte-tenu des marges de progression repérées sur un certain nombre de lignes de produits de segments d'activité composantes du cœur de métier d'un hôpital général.

Au total, ce projet, techniquement abouti et financièrement soutenable, est porté avec énergie et détermination par les élus. Il est sous-tendu par l'ambition forte de donner une réalité au principe fondamental d'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous, sans sélection par l'argent, au moindre coût pour l'usager et pour la collectivité. Il constitue un élément de structuration majeure d'une offre de soins publique, en l'absence d'alternative privée, dans un territoire menacé par la désertification médicale.

**RÉPONSE DE L'ANCIEN DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
DE NORD DEUX-SÈVRES**

En préambule, je tiens à souligner que, plus encore que le directeur d'hôpital d'hier, le citoyen d'aujourd'hui est particulièrement sensible à la méthode mise en œuvre, laquelle en effet par cette consultation de trois acteurs de terrain favorise la meilleure connaissance possible, par le niveau national, de la réalité d'une situation provinciale quelque peu complexe ; de plus, pour ce qui est du CHNDS, l'ancien directeur que je suis est désormais le seul jusqu'en 2010 à avoir participé aux évolutions du dossier, les personnels des services de tutelle de l'époque ayant été nécessairement renouvelés –réforme oblige- d'où un apport complémentaire, par le seul acteur de l'époque, rendu ainsi possible, susceptible d'enrichir le contenu et d'infléchir certaines orientations des seuls rapports écrits de cette période, malgré la grande valeur qui les caractérise le plus souvent : c'est cette ambition d'éclairer au mieux la Cour sur la situation qui motive ma réponse.

Afin de faciliter l'articulation de mes propos avec votre texte, j'en suivrai essentiellement sa chronologie.

- Sur la capacité d'accueil du CHNDS : les seuls 316 lits (et places) repris par votre étude ne concernent que le seul projet de regroupement MCO sur le site de Faye-l'Abbesse ; en réalité, l'entité juridique comprend environ 1.000 lits et places, à la fois de MCO, de soins de suite, de psychiatrie et d'hébergement pour personnes âgées. Avec une gestion et des moyens appropriés, l'effet taille d'une entité de 1 000 lits et places représente un atout favorisant notamment le lissage financier d'aléas toujours possibles...

- Les termes des deux premiers chapitres (I et II) annoncés par le dernier paragraphe de votre présentation sont pour l'essentiel partagés, même si quelques nuances seront présentées, des correctifs plus marqués étant portés sur le chapitre III.

- IA, fin du premier paragraphe après l'encadré.

Pour ce qui concerne le CHNDS, l'organisation des soins à partir de son activité a bien fait l'objet d'une réflexion préalable et tout particulièrement dès 2006 pour préparer le « projet d'établissement 2007-2011 » adopté par les instances en décembre 2006, projet à partir duquel a pu être décidée la localisation et l'organisation du site regroupant l'essentiel des activités MCO à Faye-l'Abbesse. Un manque de réflexion sur l'organisation des soins ne saurait donc être relevé à l'encontre du CHNDS et le court passage dans le projet, qui pourrait illustrer ce manque se limite à six lignes dont l'essentiel porte sur « la présence de l'établissement sur un territoire de santé marqué par la proximité de deux hôpitaux importants, Niort et Cholet »...

Cette illustration est entachée d'une erreur et comporte des insuffisances :

- *le territoire de santé de l'ensemble du département des Deux-Sèvres ne comporte pas Cholet, ville moyenne du Maine-et-Loire, hors région Poitou-Charentes, laquelle dispose par ailleurs de deux établissements de santé (un hôpital, une clinique) ;*

- *Niort est située dans le sud des Deux-Sèvres et dispose également de deux structures MCO présentant une offre pour partie complémentaire mais aussi pour partie concurrentielle ;*

- *si l'attractivité concrète des sites dispersés MCO du CHNDS est aujourd'hui limitée à quelques 110-115 habitants, sa zone d'attraction naturelle porte sur une population de 175.000 habitants, d'où un axe stratégique fondamental à définir : non pas conquérir dans le seul but de conquérir des parts de marché sur cette zone, mais disposer d'une offre de soins correspondant à sa vocation normale d'hôpital général en mesure de répondre à l'essentiel des besoins de santé d'une population - à terme les 175 000 habitants – en relation avec les établissements du territoire, donc NIORT, et de la région, dont le CHU de Poitiers et, cela, dans le cadre de filières de soins déjà en place et à développer dans le temps chaque fois que nécessaire.*

A cet axe stratégique correspondent des enjeux soulignés dès 2006 et régulièrement rappelés, à savoir la nécessité de construire un nouvel hôpital offrant la taille critique positive de l'ordre de 300 lits et places en MCO, ainsi capable de garantir une indispensable efficacité économique, un parcours du patient bien clarifié, attractif pour les recrutements médicaux en cette période de pénurie relative, favorisant une bien utile qualité de vie au travail du personnel, en mesure de renforcer les liens avec la médecine de ville et, avec ses sites-relais, s'inscrivant au mieux dans une là aussi utile démarche d'aménagement du territoire en termes de structures, d'emplois, de liaisons routières et de respect de l'environnement (construction HQE) : c'est en effet toute cette nécessaire harmonie d'ensemble qui a été recherchée pour bâtir un projet d'avenir engageant en grande partie la qualité de vie de la population de cette moitié de département.

- Dans le projet de rapport, au contenu tout à fait partagé mais avec un questionnement portant sur les établissements dans l'incapacité à opter pour des solutions rationnelles : en effet, qui dispose du pouvoir de décision à l'hôpital ? Avant la loi HPST, l'exemple du CHNDS, au moins jusqu'en 2006, illustre de manière presque caricaturale les limites de la recherche déclarée d'un consensus entre des partenaires aussi éloignés les uns des autres que certains groupes médicaux en place dans les sites d'origine, ou encore l'idéalisme paralysant de représentants syndicaux, une cohérence longtemps en recherche chez les partenaires politiques, une équipe de direction à restructurer... et, dès l'origine de la fusion administrative en

1996 des trois hôpitaux initiaux, l'absence quasi incroyable d'un indispensable véritable projet préalable ; comment s'étonner ensuite d'enregistrer de petites querelles intestines à caractère quasi féodal et bloquant tout projet cohérent ?

Désormais, par un travail conduit sans relâche par l'ARH de l'époque et la direction hospitalière locale, l'accord du plus grand nombre a pu être obtenu et les errances des dix premières années doivent être définitivement classées au rayon des archives à oublier.

- Dans le projet de rapport, à propos de la longue gestation des projets.

De ce qui précède, l'important porte bien maintenant, sous réserve d'actualisations de détails, sur l'actuel projet d'établissement et sur sa traduction immobilière de mai 2010 à implanter à Faye-l'Abbesse : capacité MCO de l'ordre de 300 lits et places avec son plateau médico-technique et sa structure centrale d'accueil des urgences.

Sur ce point, une erreur s'est glissée dans votre texte : en effet, l'activité MCO-plateau technique devra être offerte par le seul site de Faye-l'Abbesse (proche de Bressuire), les sites-relais se limitant à des activités pour l'essentiel complémentaires : soins de suite à Parthenay (et Mauléon depuis fin 2011), psychiatrie à Thouars, des unités gérontologiques –bien entendu de proximité- à Parthenay, Thouars, Mauléon et Bressuire mais avec suppression totale, dès l'ouverture de Faye-l'Abbesse, du site actuel MCO implanté dans la ville de Bressuire, des études de reprise du site ayant été lancées dès 2010 avec la ville (en premier le maire) et des partenaires extérieurs potentiels.

Pour être complet sur ce point, il subsiste peut-être encore à ce jour une interrogation pour quelques lits de médecine à Parthenay et à Thouars, ainsi que le maintien d'urgences hospitalières (accueil et SMUR), mais la réalisation centrale de Faye-l'Abbesse, la réorganisation de la médecine libérale dans les villes concernées (et déjà aboutie à Thouars, avec l'aide publique) en lien avec le maillage enviable des structures de sapeurs-pompiers par nature sous utilisées mais tout à fait en mesure d'assurer des transports sanitaires d'urgence, doivent aboutir à un ensemble cohérent, économique et efficace, même si c'est au prix de quelques réactions d'arrière-garde mais peu crédibles pour le plus grand nombre au regard de l'impact de l'ouverture tant attendue du site de Faye-l'Abbesse (le CHNDS dispose bien entendu dès maintenant des terrains appropriés).

- Dans le projet de rapport, sur les rôles ambigus des tutelles... pour l'analyse des capacités d'évolution notamment financières du CHNDS, la réflexion s'est trouvée polluée par les conclusions discutables de la Mission d'Appui et de Conseil (MAC) diligentée en 2009 par la DGOS ; en effet, les deux experts de la MAC ont quelque peu figé leur analyse en se limitant à intégrer une stagnation de l'existant pour ce qui est du bassin de population

à desservir (110-115 habitants et non 175.000), avec une sous-évaluation de l'attractivité de la nouvelle structure MCO et donc du volet recettes, et en n'intégrant que de faibles réductions de dépenses ; à leur décharge pour les dépenses, l'hypothèse de 2009 retenait encore de possibles unités hospitalières urgences-SMUR à Parthenay et à Thouars, unités coûteuses et à la qualité de réponse médicale limitée.

Cela étant, l'approche excessivement prudente (illustrant les limites d'un principe de précaution porté à l'extrême) et donc finalement tout à fait discutable des deux experts n'est pas sans poser la question de l'intérêt de telles missions qui, avec des précédentes, ne se sont jamais révélées véritablement convaincantes pour ce qui est du CHNDS.

- Dans le projet de rapport, ce qui précède a certainement contribué à bloquer le processus de décision qui aurait dû aboutir dès l'automne 2009 à l'inscription du projet au plan hôpital 2012 ; il en est probablement de même aujourd'hui malgré l'implication de l'ARS mais la crainte d'un échec financier par le ministère, dans le contexte actuel, semble continuer à favoriser la continuité de l'inaction préjudiciable à l'avenir, mais ce statu quo perpétue un incontournable déficit structurel en attendant, si la décision de faire n'est pas rapidement prise, la fin naturelle des sites MCO en place à Bressuire, Parthenay et Thouars.

En synthèse, les perspectives d'évolution d'activité et donc de recettes à prendre en compte doivent être plus importantes que celles préconisées par la MAC et la clarification à apporter sur la réorganisation de la réponse à l'urgence –en mesure bien entendu d'offrir une réponse à une détresse dans un délai qui n'excède pas 30 mn- ainsi que sur les autres sources d'économies, cette clarification d'ensemble doit réduire plus sensiblement les dépenses, le tout aboutissant à une situation économique équilibrée et donc normalement viable s'inscrivant clairement en faveur de la concrétisation du projet.

A noter, comme déjà indiqué, que l'accroissement d'activité est à entendre comme traduisant le résultat d'une réponse adaptée aux besoins d'une population plus étendue que celle d'aujourd'hui et non, comme mentionné dans le projet de rapport, comme correspondant à un projet de nature à réduire les risques de détournement des patients vers les autres structures ; l'objectif de réponse à un besoin à apporter sur un territoire déterminé n'est donc pas à confondre avec une quelconque volonté de compétition entre établissements de santé et en particulier entre des établissements publics de santé (c'est, il est vrai, à nuancer avec les cliniques privées).

Quelques remarques finales

- Concernant le processus de décision à l'hôpital, la nécessaire option de regrouper l'ensemble des services administratifs sur le site de Parthenay et non à Faye-l'Abbesse ne pouvait pas résulter d'un consensus au regard de la position figée d'une organisation syndicale et, cela, malgré le triple intérêt présenté par ce regroupement en un seul lieu (efficacité du travail des équipes, coût réduit des locaux réaménagés, équilibre des emplois entre les trois villes de référence) : la direction de l'hôpital a dû s'engager fortement pour y aboutir.

De même, le choix du concepteur, par le biais d'un marché de conception-réalisation, a nécessité une implication soutenue de la direction de l'hôpital pour éviter les travers des dispositifs PPP et MOP. Voilà pourquoi, désormais, les surcoûts annoncés ne sont pas à qualifier comme tels puisqu'ils correspondront à la seule application des formules d'actualisation des coûts de la construction... à condition de ne pas modifier la substance du marché initial.

- En nuance au troisième paragraphe de la conclusion, est-il utile d'insister sur le fait que les objectifs de la solution d'offre de soins telle que préconisée par le projet sont en parfaite adéquation avec les besoins territoriaux d'aménagement de cette partie du département et de ses 175.000 habitants : ils correspondent en effet à une réponse sanitaire de proximité qui sera enfin visible ; cette réponse de proximité pour l'essentiel des disciplines s'articulera sur les indispensables filières de soins conduisant aux structures plus spécialisées ; l'implication de la médecine de ville et le recours aux moyens de secours des pompiers plutôt sous employés au regard de leur seule finalité première constitueront un complément efficace ; l'équilibre des indispensables emplois publics se révélera adapté au mieux de par la répartition pertinente des fonctions entre les sites ; l'amélioration incontournable à apporter à certaines portions du réseau routier prévues pour desservir Faye-l'Abbesse sera profitable à tous...

- Concernant enfin l'auteur de cette réponse et plus particulièrement son état d'esprit par rapport au dossier, comment ne pas confirmer son manque d'intérêt personnel sur la suite des opérations puisqu'il n'exerce plus d'activité professionnelle et habite hors département ! Par cette réponse, il obéit tout simplement à son devoir d'apporter à la Cour une expertise réfléchie sur les dispositions d'un projet complexe mais désormais bien abouti, répondant au mieux à tous les termes de l'intérêt général et porté par tous les acteurs déterminants : il doit dès lors être rapidement concrétisé. Dans le cas contraire, les décideurs actuels commettraient une faute en continuant à tergiverser, indécision condamnant à terme proche toute réponse sanitaire attendue par la population d'un territoire alors rapidement qualifiable de sinistré.