

L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques

*Aurélien Delas*¹

Pendant longtemps, les hôpitaux publics en France ont négligé toute véritable approche territoriale de l'offre de soins qu'ils proposaient à leur environnement local, tant pour des raisons historiques – le monde hospitalier fonctionnant traditionnellement en relative autarcie par rapport au reste du monde sanitaire, et l'offre hospitalière était envisagée par les pouvoirs publics comme naturellement homogène sur un territoire national lui-même pensé de manière uniforme – que pour des raisons économiques, le financement hospitalier étant jusqu'à peu relativement déconnecté de l'activité de soins produite et de ses spécificités.

Cependant, l'actualité de ces dernières années, pointant la persistance de fortes inégalités territoriales et sociales de santé ou brossant le tableau de perspectives défavorables pour la démographie médicale, a progressivement amené les hôpitaux français à prendre en compte de manière plus forte les caractéristiques sanitaires et socioéconomiques, voire culturelles, des populations des territoires de santé qu'ils desservent.

Cette nouvelle donne est aussi fortement liée au changement du système de financement des hôpitaux publics en France qui sont passés, pour les secteurs dits MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), d'un financement par dotation globale de l'État à leur financement total, à partir de 2008, par l'activité de soins qu'ils produisent eux-mêmes (système dénommé T2A – tarification à l'activité – où l'État fixe annuellement un tarif pour chaque pathologie et chaque type de séjour

1. Directeur adjoint d'hôpital et doctorant à Paris-VIII.

HÉRODOTE

hospitalier). Ce mode de financement impose dorénavant aux établissements de proposer une offre de soins plus économe des deniers publics et mieux adaptée aux besoins de la population qui, par la fréquentation du site hospitalier, assure en retour la pérennité financière des structures.

Positionnés dans un système sanitaire particulièrement encadré réglementairement et fortement concurrentiel avec le privé, les établissements publics de santé français doivent davantage qu'auparavant se doter d'une stratégie territoriale qui corresponde aux problématiques spécifiques de leur environnement local². Cette stratégie doit être construite, pour chaque hôpital, à partir d'une analyse géopolitique de son territoire prenant en compte les rapports de forces locaux (relations avec les autres établissements, avec l'État et avec les élus), ses faiblesses et atouts structurels propres (qualité de son corps médical, situation financière, difficulté de recrutement de personnel ou de patients...) et les particularités sanitaires de la population qu'il dessert (taux de précarité, pyramide des âges, données épidémiologiques...) afin de développer une offre de soins plus pertinente et mieux ciblée (choix de développement de certaines spécialités médicales, lobbying pour décrocher telle autorisation d'activité ou tel équipement lourd, obtention de soutiens de la part des collectivités territoriales...).

Le choix d'une stratégie précise de la part d'un établissement pourrait même être l'un des rares facteurs actuels lui procurant quelques marges de manœuvre tant en interne, par une adhésion renforcée de sa communauté soignante sur des objectifs clairs et partagés, qu'en externe, par un positionnement au sein d'un territoire de santé répondant mieux aux attentes des acteurs locaux (élus, représentants de l'État, usagers, professionnels libéraux, autres établissements de santé...).

L'hôpital, un aménageur du territoire local

Un rapide rappel historique permet de mieux comprendre le chemin parcouru mais aussi l'origine de certains traits toujours actuels caractérisant la gouvernance hospitalière.

Le lien historique entre hôpital et institution communale

L'hôpital est issu en grande partie des anciens hospices, alors tenus par des ordres religieux à vocation hospitalière, dont les fonctions jusqu'au XIX^e siècle ont davantage relevé d'une mission d'accueil des indigents et d'enfermement

2. Par exemple : présence ou non d'une clinique concurrente ? Perspectives de la démographie locale des professions de santé ? Présence d'axes rapides desservant l'hôpital ?

des marginaux (le « grand renfermement » analysé par Michel Foucault) que d'un réel lieu de soins humaniste et scientifique tel que nous le connaissons depuis la seconde partie du XX^e siècle.

Pourtant, l'hôpital, au regard des missions politiques et sociales sensibles qui lui incombaient, a très tôt été investi par des laïcs, notamment les municipalités, ce qui lui a permis de développer des liens territoriaux forts symbolisés par la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) instituant le rattachement communal de l'hôpital public.

Fruit de cet héritage, les établissements publics de santé sont toujours administrativement des établissements publics locaux dont le président du conseil de surveillance reste bien souvent encore le maire de la commune de rattachement (les centres hospitaliers spécialisés départementaux en soins psychiatriques étant eux rattachés au conseil général).

Néanmoins, ce lien rattachant l'hôpital à une commune s'est progressivement distendu au cours du XX^e siècle sous le coup de plusieurs facteurs : émergence d'un pouvoir administratif nommé par l'État et rendu plus autonome vis-à-vis du maire (le Directeur, loi du 21 décembre 1941), montée en puissance du corps médical hospitalier s'appuyant autant sur le prestige universitaire et scientifique que sur une influence politique certaine (création du statut de praticien hospitalier temps plein en 1961) et enfin passage d'un financement longtemps patrimonial (revenus de biens mobiliers et immobiliers, ferme, dons...) à une étatisation des flux financiers symbolisée par la Sécurité sociale.

D'autre part, le strict rattachement d'un hôpital à une commune s'est encore affaibli avec la reconnaissance d'une vocation régionale aux centres hospitaliers régionaux (CHR, dont 29 sur 32 sont aussi des centres hospitaliers universitaires – CHU) ainsi que la multiplication des centres hospitaliers intercommunaux (CHI). Les politiques urbaines successives autant que les évolutions de l'architecture hospitalière ont aussi brouillé le lien entre un hôpital et sa commune de rattachement en multipliant les constructions d'établissements sanitaires en périphérie urbaine, hors de la commune historique de rattachement qui avait souvent donné son nom à l'hôpital et à la différence de l'hôtel-Dieu d'autrefois qui caractérisait un centre urbain.

Un exemple haut-normand permet d'illustrer ce cas, celui du CHI Elbeuf-Louviers/Val-de-Reuil qui couvre deux communautés d'agglomération distinctes (Communauté de l'agglomération Rouen Elbeuf Austreberthe et Communauté d'agglomération Seine-Eure) situées dans deux départements différents (Seine-Maritime et Eure), et dont le site principal n'est plus situé dans la commune d'Elbeuf proprement dite mais dans une commune périphérique (Saint-Aubin-lès-Elbeuf).

Le cas des CHI est intéressant car il illustre bien les délicats rapports politiques qu'un hôpital doit ménager entre ses différentes communes de rattachement qui

HÉRODOTE

ont historiquement souvent quelques rivalités. Ainsi, ces établissements inter-communaux, nés de fusions entre hôpitaux, ont en majorité conservé comme dénomination juridique les deux noms des communes principales qu'ils desservent ou se sont rebaptisés en usant d'un lieu géographique neutre afin de ménager les susceptibilités locales³. Politiquement autant que réglementairement, les textes ont judicieusement prévu que les CHI s'assurent d'une représentation équilibrée au conseil de surveillance entre leurs deux communes de rattachement (quatre postes à égalité sur les cinq du collège des élus).

De l'hôpital « bunker » à l'hôpital pivot de la structuration sanitaire d'un territoire ?

Pendant longtemps, le cloisonnement a été de mise dans un domaine de la santé qui s'est bâti autour de nombreuses dichotomies : entre sanitaire et social, entre médecine de ville et médecine hospitalière, entre hôpital public et clinique à but lucratif, entre CHU et CH (centre hospitalier), entre somatique et psychiatrique...

Cet environnement longtemps atomisé, en plus du lien de rattachement quasi exclusif à une commune particulière, explique que l'hôpital public ait longtemps été une institution relativement autarcique et repliée sur elle-même, en plus de l'espace symbolique de relégation sociale qu'il représentait ou de lieu à cloisonner et occulter pour le reste de la société (multiplication des hôpitaux psychiatriques hors les murs des villes).

Cette attitude était encore renforcée par l'évidence qui s'imposait alors d'une vocation à accueillir toute personne se présentant aux portes d'un hôpital, par la garantie d'un financement reconduit annuellement par dotation étatique et enfin par l'absence de véritable connaissance des besoins locaux de santé au regard du développement tardif de la géographie de la santé en France. En conséquence, l'intérêt des décideurs hospitaliers à se pencher sur les caractéristiques de leur environnement local était limité par l'absence d'incitations budgétaires (budget déconnecté des pathologies traitées et de l'activité de soins produite) et de réelle politique de prise en compte des inégalités socioterritoriales de santé, elles-mêmes longtemps délibérément ignorées au niveau national par une vision homogène et centralisatrice du pays.

3. Quelques exemples : CHI Eaubonne-Montmorency, CHI Le Raincy-Montfermeil, CH d'Avranches-Granville, CH de Belfort-Montbéliard, CHR Metz-Thionville ou CHI Eure Seine (Évreux et Vernon), CHI de Cornouaille (Quimper et Concarneau), CHI du Val d'Ariège (Foix et Pamiers), CH du Sud francilien (Corbeil-Essonnes et Évry-Courcouronnes), CHI Bretagne Atlantique (Vannes et Auray), CHI du bassin de Thau (Sète et Agde).

Pourtant, de par son impact économique (souvent le premier employeur local), financier (avec des dépenses d'investissements importantes dont profitent de nombreuses entreprises locales mais aussi comme contributeur important aux impôts locaux avec par exemple la taxe relative aux transports), humain (entreprise essentiellement de main-d'œuvre – 70 % en moyenne des dépenses des hôpitaux) et politique (prestige, emploi et attractivité pour une ville siège d'un établissement de santé), l'hôpital fait figure, parfois malgré lui, d'acteur clef de l'aménagement territorial, et pas uniquement de son aménagement sanitaire. Ainsi, les inaugurations de nouveaux bâtiments dans le domaine de la santé sont souvent l'occasion de grandes opérations de communication politique où se pressent élus locaux et responsables nationaux (telle l'inauguration par le président de la République de l'hôpital européen Georges-Pompidou à Paris en 2000).

L'hôpital constitue ainsi un lieu de concentration de ressources rares, de technologies de pointe et de compétences hautement qualifiées dont l'impact est encore renforcé par l'installation à proximité de nombreux médecins libéraux (implantation majoritaire des spécialistes à proximité des villes sièges de CHU et de leur ancienne faculté de formation), ce qui en fait le pivot incontournable de la chaîne de prise en charge sanitaire de la population d'un territoire donné.

Ce phénomène de polarisation qu'entraîne un hôpital est particulièrement accentué en ce qui concerne les flux de déplacement qu'il génère au sein d'une commune et qui structurent tout un bassin de vie. On peut d'ailleurs souligner la participation croissante des établissements sanitaires de taille significative à la définition des plans de déplacement urbain aux côtés des communautés d'agglomération ou communautés urbaines.

Enfin, les politiques gouvernementales concernant le secteur sanitaire vont plutôt, depuis plusieurs années, dans le sens d'une concentration des ressources au sein des hôpitaux dits de référence, définis par les autorités de tutelle régionales comme pivots de leur territoire de proximité, et ce autant pour des soucis d'économies (ne pas trop saupoudrer d'équipements onéreux) que de qualité (enjeux des seuils d'activité pour certaines activités chirurgicales où l'on sait que plus un acte est pratiqué régulièrement, plus il est exécuté avec une sécurité et une qualité renforcées).

Tous ces phénomènes conjugués ont fait évoluer la vision territoriale des établissements de santé et les ont souvent conduits à se retrouver comme le seul acteur capable d'apporter compétences et expertise dans une filière de prise en charge d'un patient des urgences à son retour à domicile, particulièrement dans les territoires en difficulté économique, sociale et sanitaire.

La récente territorialisation des politiques sanitaires en France

Depuis une trentaine d'années, un mouvement de territorialisation des politiques sanitaires est en cours, marqué par une sensibilisation renforcée face aux inégalités sociospatiales de santé et le postulat qu'une régionalisation accrue de la planification sanitaire serait source d'économies. Ces phénomènes ont conduit l'État à faire évoluer la planification hospitalière en structurant le paysage sanitaire français par une vision graduée de l'offre de soins.

La lente prise en compte des besoins de santé à l'échelle locale et le processus de régionalisation

Longtemps absente des politiques sanitaires françaises, la prise en compte différenciée des besoins locaux de santé émerge graduellement depuis une trentaine d'années en France.

La tradition jacobine étatique française, couplée à une vision sanitaire qui faisait déterminer les comportements de soins de la population à partir de l'offre présente, a longtemps conduit à une approche quantitative, uniforme et « aveugle » aux inégalités sociales et territoriales de santé. Ce prisme longtemps exclusif a souvent cristallisé, voire aggravé, des situations locales défavorables dans un contexte de hausse continue des dépenses de santé. En conséquence, la carte hospitalière française est davantage le reflet de l'historique des établissements que des réels besoins de la population. On doit aussi à cette vision idéologique la baisse drastique du *numerus clausus* en France dans les années 1990 (passage de promotion de plus de 8 000 étudiants dans les années 1970 à 3 500 dans les années 1990 pour remonter à 7 400 en 2011) ainsi qu'une approche de la planification hospitalière, en termes de ratios lits/nombre d'habitants, indifférenciés selon les territoires et contribuant à renforcer les problèmes d'inégalités d'accès aux soins dans les années à venir pour les populations des territoires déjà fragiles.

Ainsi, tant pour des raisons budgétaires (objectif de rationalisation des dépenses de santé) que politiques (émergence du concept de subsidiarité et des idées décentralisatrices) ou qualitatives (problématiques de l'accessibilité aux soins), l'idée d'une approche géographique de la planification hospitalière et d'une gestion de l'offre de soins en fonction des caractéristiques et des besoins locaux a lentement émergé en prenant la forme d'une déconcentration régionale :

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière : création de la carte sanitaire (appréciation quantitative des installations par un découpage du territoire en zones sanitaires) devant assurer un développement plus cohérent du

parc hospitalier et constituant la première tentative de rationalisation de l'offre de soins en fonction de déterminants locaux ;

Loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ;

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : introduit le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), nouvel instrument qualitatif de planification sanitaire réalisé à partir des besoins de la population (recherche d'objectifs stratégiques et optimisation géographique des installations et activités hospitalières) mais devant aussi « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins » ;

Les ordonnances d'avril 1996 qui créent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), nouvel échelon déconcentré régional de l'État symbolisant la prise en compte accrue des facteurs locaux dans la déclinaison des politiques de santé nationales et dans la planification des équipements et activités soumis à autorisation ;

La loi du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire qui lie davantage territorialisation des politiques publiques de santé et politiques nationales d'aménagement du territoire ;

L'ordonnance du 4 septembre 2003 qui substitue les territoires de santé aux anciens secteurs sanitaires, reflet d'une meilleure prise en compte d'une échelle d'action territoriale pour la planification sanitaire et ses évolutions. Parallèlement, émerge la notion de « démocratie sanitaire » avec la mise en place de conférences sanitaires de territoire qui constituent une tentative timide d'accroître la représentativité des usagers au sein du système sanitaire, suite aux nombreuses affaires (affaires du sang contaminé, de la vache folle, de l'hormone de croissance, aujourd'hui du Mediator...) ayant ébranlé la confiance de la population envers les acteurs du système de santé ;

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique faisant de la réduction des inégalités de santé un objectif de santé publique ;

La loi HPST du 22 juillet 2009 qui institue les agences régionales de santé (ARS) dont on espère l'unification du pilotage des secteurs sanitaire, social et de la médecine de ville (regroupement des ARH, DRASS, DDASS, de volets de l'assurance maladie...), qui modifie aussi la gouvernance hospitalière et crée de nouveaux outils de coopération entre établissements publics et entre hôpitaux publics et acteurs sanitaires privés.

En fait, ce lent mouvement continu de territorialisation des politiques sanitaires semble constituer une tentative de réponse de l'État au déficit croissant de la branche maladie de la Sécurité sociale, *via* des mesures de rationalisation et d'économies prises au niveau local et vues comme autant de « solutions » issues du modèle entrepreneurial du « nouveau management public », davantage qu'une soudaine préoccupation d'efficacité des outils étatiques de déclinaison locale des

HÉRODOTE

politiques nationales ou un souci réel de réponse aux inégalités sociosanitaires du pays. L'État a ainsi fait évoluer les différents schémas régionaux vers une prise en compte plus précise des besoins de santé locaux dont il espère autant une source d'économies qu'une efficacité accrue de son action. Pour cela, de nombreux outils complexes ont été déployés à partir de diagnostics régionaux, de réunions des professionnels de santé concernés par chaque volet d'activité médicale et par l'expression de la « démocratie sanitaire » régionale qui se traduit concrètement par une multiplication de réunions souvent chronophages et dont l'efficacité sur le terrain reste toute relative (conférence de territoire, conférence régionale de santé et de l'autonomie...). Ainsi, selon la conception descendante du pouvoir sanitaire en France, les SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire) sont ensuite censés être déclinés au niveau des territoires de santé par des projets médicaux de territoire et au niveau de chaque établissement de santé *via* son projet d'établissement.

On ne peut que souligner la lourdeur et la complexité de ce système sanitaire français caractérisé par une prolifération de textes, de sigles relativement obscurs pour le néophyte et de règlements dont les modifications incessantes, au gré des changements politiques et généralement avant toute évaluation réaliste de leurs effets, placent les établissements de santé dans une situation d'insécurité juridique latente et compliquent singulièrement leur gestion au quotidien.

On peut même se demander si précisément cette abondance de sigles ne symbolise pas l'échec du système de santé français dont le coût (11 % du PIB) croît parallèlement à la diminution de l'efficacité et illustre au final la caricature d'un système pyramidal relativement « kafkaïen » qui semble caractérisé par une prolifération juridique auto-entretenu et une multiplication de symboles et de sigles compris seulement de rares initiés, mais qui se coupe davantage de la population en ne répondant pas à ses préoccupations de lisibilité de parcours de soins, de transparence systémique et d'égalité dans l'accès aux soins.

Enfin, ce système sanitaire est aussi caractérisé par le contrôle permanent de ses acteurs *via* les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) hier et les agences régionales de santé (ARS) aujourd'hui. Ce contrôle multiforme s'opère par la validation des projets d'établissements et des demandes d'activités ou d'équipements réglementés mais aussi par le contrôle du respect des Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) propres à chaque territoire de santé et à chaque établissement. Ces OQOS constituent en fait des seuils d'activité limitatifs qui sont déclinés dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence et chaque établissement de santé. Ce contrat illustre néanmoins les limites économiques du système sanitaire français et le cercle vicieux qui en résulte : chaque établissement est censé faire de l'activité pour se développer et survivre financièrement mais la reproduction de cette stratégie par tous les établissements de santé, privés comme

Hérodote, n° 143, La Découverte, 4^e trimestre 2011.

publics, provoque un dépassement de l'ONDAM (l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie), enveloppe annuelle fermée de dépenses autorisées, se traduisant par une réaction de l'État qui baisse les tarifs rémunérant les actes de soins pratiqués par les hôpitaux, ce qui provoque au final la nécessité pour ces établissements de pratiquer encore plus d'actes l'année suivante afin d'équilibrer leur budget...

Ce système parfois absurde peut aussi être vu comme un outil « darwinien » d'élimination des établissements les plus faibles par faillite financière, et la T2A devient ici un outil clef de rationalisation et d'éventuelles restructurations des établissements de santé non viables budgétairement, sauf qu'une véritable faillite d'un établissement public de santé est difficilement concevable juridiquement puisqu'en pratique l'État en est garant et les renfloue (ce que dénoncent d'ailleurs les établissements privés de santé qui eux peuvent disparaître...).

La territorialisation et la régionalisation peuvent être ainsi vues comme une réponse politique commode pour l'État qui donne des gages de « proximité » aux acteurs locaux et aux patients tout en recentralisant et en contrôlant davantage par le biais des financements et des contrats les établissements sanitaires, ces derniers devenant de véritables courroies de transmission des politiques nationales. De manière révélatrice, les rares délégations de l'État dans le domaine sanitaire ont été effectuées au profit d'agences nationales (type Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé [AFSSAPS] ou Institut national du cancer) et non des ARS ou d'autres agences régionales. Pour l'État, la région semble toujours être considérée comme un espace de planification et de concertation plutôt que de réelle décision et l'on peut conclure qu'il n'y a pas d'autonomie possible pour une politique sanitaire régionale actuellement puisque cette dernière n'est considérée que comme une déclinaison locale de politiques nationales.

*Des inégalités sociospatiales de santé croissantes
qui pèsent sur les établissements de santé*

Les inégalités territoriales de santé, tout comme les inégalités sociales de santé, sont anciennes et pourtant persistantes, connaissant même une aggravation pour certains territoires, ce qui a d'ailleurs incité la loi HPST à confier aux ARS un objectif central de réduction des inégalités de santé.

L'approche des politiques sanitaires par la territorialisation est aussi une tentative de répondre de manière plus pertinente à ces enjeux qui structurent le territoire national [Vigneron, 2011] dont le premier se traduit par les nombreux différentiels de mortalité interrégionaux et surtout intrarégionaux (entre départements ou entre cantons d'un même département) déterminés par les conditions

économiques et sociales de la population locale ; viennent ensuite la différence moyenne d'espérance de vie de 7 ans pour les hommes entre cadre et ouvrier, le différentiel de mortalité persistant entre centre-ville et banlieue (avec des phénomènes de ségrégation spatiale), entre ville et milieu rural de manière générale et souvent entre chef-lieu et périphérie départementale, même si de nombreuses petites villes ou villes moyennes ont connu une récente dégradation de leurs indicateurs sanitaires ; puis les inégalités de répartition de la démographie médicale et paramédicale marquées par un tropisme urbain très fort, notamment des jeunes médecins spécialistes qui font volontiers le choix de « l'hypercentre » des agglomérations (phénomène de métropolisation des professions de santé) ; et, enfin, le rapport inversé entre la distance d'accès aux soins (à un établissement de santé par exemple) et le recours aux soins : l'allongement de la distance à l'offre de soins entraînant généralement une baisse de sa fréquentation, largement basée sur le profil sociologique de la population concernée (la distance étant ainsi culturelle et économique autant que géographique [Coldefy, Com-Ruelle et Lucas-Gabirelli, 2011]).

Tous ces phénomènes impactent de manière évidente les stratégies des établissements de santé en leur imposant un profil particulier d'activités destiné à mieux répondre aux particularités de leur population. Il est évident qu'un établissement situé dans un bassin de vie défavorisé au regard de ses indicateurs sociosanitaires ou marqué par une forte population âgée ne pourra développer les mêmes stratégies qu'une clinique d'un centre-ville favorisé, et verra ses charges de fonctionnement en général alourdies (moins de prise en charge ambulatoire et plus de prise en charge au long cours relevant autant du social que du médical, forte fréquentation des urgences et des permanences d'accès aux soins⁴...).

Par ailleurs, les hôpitaux publics subissent tous depuis plusieurs années une augmentation des passages aux urgences traduisant le report de soins sur l'hôpital d'une partie de la population face aux difficultés d'accès géographique ou économique à la médecine de ville qui s'est par ailleurs souvent désengagée des gardes et de la présence médicale nocturne. Cette hausse de 50 % en quinze ans pèse lourdement sur l'organisation médicale hospitalière et la gestion interne des flux de patients.

Les caractéristiques sociosanitaires des populations influencent de manière croissante les hôpitaux, notamment par les recettes d'activité générées en fonction des activités médicales réalisées, alors que les établissements de santé ne sont pas spontanément préparés à différencier localement leurs pratiques et leur typologie

4. Ainsi, des indicateurs chiffrés de précarité de la population qu'un hôpital dessert lui permettent l'attribution d'une dotation annuelle « précarité » censée couvrir les surcoûts représentés par la prise en charge de populations en détresse socioéconomique.

d'activités au sein d'un système sanitaire qui reste très monolithique (peu de péréquation financière entre régions, peu de réelle différenciation d'approche par les ARS selon les contextes locaux, existence de critères financiers ou de qualité nationaux identiques et appliqués indistinctement lors des évaluations des établissements...). La « règle du jeu » financière de la T2A handicape les établissements desservant des territoires marqués par la précarité en alourdissant leurs charges (durée d'hospitalisation plus longue donc plus de soins associés et de dépenses en résultant) et en diminuant leurs recettes (tarif perçu par l'hôpital diminué lorsqu'un séjour hospitalier dépasse une certaine durée, même sur indications médicales, ce qui est fréquent avec les personnes âgées ou les problématiques sociales des populations précaires).

Géographie hospitalière, territorialisation et hiérarchisation des établissements

La carte hospitalière française est traditionnellement le reflet d'une construction historique et politique, voire géopolitique au regard des enjeux de pouvoir évidents dans l'attribution à une ville d'un siège de CHU ou de tel équipement innovant à une autre. Pourtant, bien souvent, cette carte des implantations n'est que le miroir de l'histoire urbaine des régions ainsi que de la hiérarchie économique et démographique des agglomérations de notre pays. En d'autres termes, la « hiérarchie hospitalière » n'est bien souvent que le reflet de la hiérarchie urbaine française et il y a souvent corrélation entre le classement des hôpitaux français par certains hebdomadaires grand public et le classement des « villes où il fait bon vivre en France » ou des « villes dynamiques » par ces mêmes hebdomadaires...

Comme l'énonçait déjà Jean Labasse dans son ouvrage *L'Hôpital et la ville, géographie hospitalière* paru en 1980, « il y a peu de services, s'il en existe, qui illustrent autant le rayonnement de la grande ville que l'appareil hospitalier ».

La carte de France des CHU est à cet égard instructive et l'on y distingue parfaitement le décalage existant entre les choix d'implantation des facultés de médecine, et donc des CHRU, comme reflet de l'influence de certains élus des années 1950 et 1960 mais aussi de la compétition et de la hiérarchie entre les métropoles d'équilibre, face à des choix étatiques historiques et géographiques du lieu de certaines capitales régionales n'ayant vu arriver sur leur territoire aucun CHU comme Orléans ou Châlons-en-Champagne.

Parallèlement à la structuration administrative française, la géographie hospitalière a donc constitué sa propre hiérarchie géographique. Par exemple, certaines régions ont réussi à obtenir plusieurs implantations de facultés de médecine, et donc de CHU, sans que des conditions d'éloignement géographique ou de poids démographique ne le justifient forcément (Languedoc-Roussillon avec des CHU à

HÉRODOTE

Montpellier et Nîmes, Pays de la Loire avec Nantes et Angers...). L'aménagement sanitaire historique du territoire français a donc privilégié les agglomérations en expansion ou situées au sud plutôt que l'équilibre entre régions. Ainsi, les critères démographiques ou de densité n'ont eu que peu d'impact (un seul CHU pour la région Nord-Pas-de-Calais malgré ses 4 millions d'habitants), ce qui a conduit dans les cas précités à des CHU extrêmement proches entre eux et décalés géographiquement par rapport au reste de leur région.

Les pouvoirs publics, conscients de ces déséquilibres et de la dispersion de moyens entre de nombreux acteurs, ont ainsi cherché à regrouper les CHU en grandes interrégions pouvant rivaliser en termes de moyens et de résultats de recherche avec les CHU d'autres pays européens.

Néanmoins, si la hiérarchie des CHU obéit à des impératifs parfois plus politiques que médicaux, la hiérarchie des centres hospitaliers recoupe souvent logiquement la hiérarchie des villes ou agglomérations d'implantation. Ainsi, les établissements dits de référence, pivots d'un territoire de santé, sont en majorité situés dans les préfectures, voire les sous-préfectures des départements et l'organisation hospitalière autour d'un territoire de proximité ou d'un territoire de santé a consolidé cette logique. Les territoires de santé ont donc été conçus idéalement comme des espaces relativement homogènes en termes de besoins sociosanitaires et censés garantir une distance raisonnable pour l'accès à l'offre de soins d'une population appartenant à un même bassin de vie, même si là encore une hétérogénéité importante caractérise les territoires réels⁵ entre eux.

Néanmoins, cette option d'une juxtaposition départementale des territoires de santé prend le risque de les rendre moins pertinents pour agir sur les inégalités socioterritoriales de santé. Ce choix d'organisation implique qu'il faille souvent descendre à un niveau infradépartemental, dans les territoires de proximité, là où les hôpitaux, les acteurs libéraux et les collectivités territoriales peuvent tenter d'agir en organisant une offre de soins adaptée à la population spécifique desservie.

Par ailleurs, il faut noter que des difficultés particulières se concentrent souvent sur les zones périphériques d'un département ou d'une région, là où l'éloignement du CHU (et donc de la grande ville) se fait le plus sentir, là où en général sont présents de petits hôpitaux disposant de moins de moyens humains et matériels, et donc moins attractifs, et là où les forces centrifuges représentées par les flux de patients sont les plus fortes et créent des fuites extrarégionales plus ou moins importantes. L'actuel placage du découpage administratif sur les problématiques

5. Autre exemple haut-normand illustrant l'hétérogénéité des territoires : le territoire de santé Rouen-Elbeuf et ses 800 000 habitants à comparer au territoire de santé de Dieppe et ses 168 000 habitants.

du monde sanitaire crée ainsi des carences dans la prise en charge des populations alors que les coopérations interrégionales et les tentatives de dépassement de ces strictes limites régionales par les acteurs sanitaires sont encore rares. Par exemple, les limites des SAMU (Service d'aide médicale urgente) étant souvent départementales, une intervention dans une commune périphérique du département A fera intervenir la régulation et les moyens médicaux du chef-lieu de ce département, souvent éloignés de la commune périphérique, alors que cette dernière est en général plus proche de structures de soins situées dans le département B dont le SAMU et les moyens SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation) pourraient plus rapidement prendre en charge la personne concernée.

De récentes réformes ont modifié le rapport au territoire du monde hospitalier

Les établissements de santé, et plus particulièrement les hôpitaux publics, ont connu ces dernières années des réformes majeures qui ont touché à leur mode de financement, à leur gouvernance interne et qui ont accru les exigences de qualité de manière plus contraignante pour eux. Ces réformes ont évidemment modifié le regard que les acteurs de l'hôpital pouvaient porter sur leur territoire en faisant acquérir à ce dernier une valeur stratégique renouvelée.

T2A, Nouvelle gouvernance et certification qualité.

La réforme qui a le plus marqué l'hôpital public ces dernières années est sans conteste le passage à la T2A, progressif à partir de 2004 puis brusquement monté à 100 % en 2008 alors qu'il était prévu initialement un échelonnement jusqu'en 2012. Ce changement du mode de financement des hôpitaux publics sert plusieurs objectifs plus ou moins idéologiques : un rapprochement entre privé et public (puisque les cliniques sont déjà en T2A depuis plusieurs années) dont l'aboutissement reste la convergence tarifaire à venir (la rémunération d'un séjour hospitalier sera la même entre un séjour dans le public et dans le privé) ; une émulation entre établissements conduisant à une sélection financière où les établissements en difficulté de recrutement ou d'activité se retrouvent en déficit budgétaire et sont donc confrontés à des choix de restructurations présentées comme inévitables ; et enfin, un pari sur un système de financement censé être plus efficient et plus juste entre établissements que l'ancienne dotation globale qui figeait l'historique financier d'un hôpital en reconduisant des situations sans réellement examiner l'activité pratiquée.

Herodote, n° 143, La Découverte, 4^e trimestre 2011.

En fait, ce mode de financement n'a pas réellement permis plus d'autonomie aux directions hospitalières par rapport à la précédente dotation globale annuelle de fonctionnement puisque l'État continue d'avoir la maîtrise des tarifs des actes de soins dont la baisse constante constitue un bon moyen de contrôle des établissements. Ces derniers, confrontés au dogme du retour à l'équilibre pour 2012 décrété par le gouvernement actuel, ne peuvent souvent boucler leur budget qu'en recevant des crédits par les ARS, soit pour financer leurs missions d'intérêt général (ou les futures missions de service public définies dans les futurs CPOM), soit des crédits dits de « tension budgétaire » attribués en fin d'année, après de longues négociations où les établissements ne sont évidemment pas en position de force et qui aboutissent, là encore, à des contrats souvent léonins de retour à l'équilibre caractérisés par des réductions de personnel.

Néanmoins, la prise en main relative par les établissements de leur stratégie de développement et de certains choix d'activités ainsi que la préoccupation croissante de l'équilibre financier et d'une certaine rentabilité pouvant agir comme « aiguillon » ont conduit les hôpitaux à devoir mieux prendre en compte leur environnement local.

Les établissements de santé doivent ainsi désormais connaître les caractéristiques de la population qu'ils desservent, son profil socioprofessionnel autant que sanitaire, ainsi que les atouts et contraintes de leur environnement afin de tenter de développer la stratégie la plus pertinente pour leur développement et leur avenir. L'enjeu pour un établissement repose désormais sur une stratégie d'augmentation de ses parts de marché, que ce soit par développement externe, en accroissant son emprise sur les aires de recrutement de ses concurrents ou par développement interne, en diminuant les taux de fuite sur son propre territoire de chalandise. Ainsi, tout établissement de santé doit réussir à atteindre une masse critique d'activité lui garantissant rentabilité de la structure, maintien de la qualité et des qualifications et stabilité de ses équipes médicales. En retour, cette reconnaissance par la population de la qualité des équipes médicales et de la prise en charge soignante d'un hôpital constitue une garantie d'attractivité pour l'établissement, et donc de pérennité.

Néanmoins, la T2A aiguise aussi les rivalités entre établissements au sein d'un système de financement limité par un seuil national de dépenses annuelles : la T2A crée ainsi un système concurrentiel entre établissements – public contre privé, privé contre privé mais aussi public contre public – dans une gigantesque course aux ressources financières et médicales, relativement stérile en termes de gain de santé pour la population (on peut penser aux rivalités inévitables entre deux établissements publics situés dans la même ville comme à Créteil, entre l'hôpital Henri-Mondor et le centre hospitalier intercommunal Créteil).

Ensuite, les réformes successives de la gouvernance interne des établissements de santé, en 2005 et 2009, ont placé les médecins au cœur de l'activité et des choix

stratégiques pour l'établissement, en cherchant à les responsabiliser et les associer davantage aux décisions de gestion. Ce choix managérial a rendu encore plus nécessaire qu'auparavant la bonne entente et la convergence stratégique de la dyarchie constituée du directeur et du président de la Communauté médicale d'établissement (CME), élu par les médecins membres de la CME, souvent volontaire et jouant le jeu institutionnel mais dont l'élection résulte parfois de rivalités internes au corps médical et ne sélectionne pas le candidat le plus compétent sur le poste.

L'ordonnance du 2 mai 2005 avait institué les pôles d'activité clinique dans les hôpitaux afin de décloisonner le fonctionnement hospitalier, en rassemblant les services selon des logiques de spécialités médicales, de circuit du patient ou de pertinence géographique d'un établissement. Un médecin responsable dirigeait chaque pôle assisté d'un cadre soignant et d'un cadre administratif tout en pouvant recevoir des délégations de gestion de la part du directeur sous forme de contractualisation avec ce dernier sur des objectifs annuels. D'autre part, un conseil exécutif rassemblant médecins et administratifs était censé devenir l'instance du pilotage stratégique des établissements dans une logique de partenariat et de dépassement des logiques corporatistes.

La loi HPST en 2009, avant même que l'ordonnance de 2005 ait pu porter ses fruits et soit pleinement évaluée, a remplacé le conseil exécutif par un directoire à majorité médicale, approuvant le projet d'établissement et conseillant le directeur, tout en renforçant les pouvoirs du directeur et la place des chefs de pôle dans l'organisation hospitalière. Par ailleurs, la loi HPST a aussi recentré la CME sur la politique qualité et a orienté le conseil de surveillance, remplaçant du conseil d'administration, vers un rôle de contrôle de gestion de l'établissement et de suivi de ces orientations stratégiques.

Le modèle entrepreneurial est au cœur de cette réforme, assumé jusqu'au choix révélateur des appellations des instances hospitalières publiques (conseil de surveillance, directoire...), et l'organisation hospitalière interne se concentre désormais sur le trio constitué du directeur, responsable de tout dans l'établissement mais surtout jugé sur sa capacité à revenir à l'équilibre financier, du président de la CME, garant de la qualité des soins et de l'accueil des patients, et des chefs de pôle, managers de proximité et garants de la bonne production de l'activité de soins. C'est donc ce fonctionnement médico-administratif renouvelé qui doit désormais porter la vision stratégique de l'établissement, du choix de ses activités, du renforcement de sa réputation et de la consolidation de son positionnement concurrentiel, ce qui implique un changement culturel majeur, particulièrement pour les médecins qui passent plus de temps qu'auparavant en réunions et en tâches administratives.

Enfin, la montée en puissance de la politique qualité dans le domaine sanitaire a pu bouleverser les hiérarchies hospitalières, les établissements étant sanctionnés à intervalle régulier par une certification de l'HAS (Haute autorité de

HÉRODOTE

santé⁶) qui vient certifier sur place la qualité du fonctionnement hospitalier (généralement pendant une semaine) puis rend public son rapport, autre forme de contrôle « étatique » indirect.

Les exigences attendues augmentent évidemment à chaque nouvelle version des manuels de qualité HAS et l'impact de ces certifications prend davantage d'ampleur, tant au niveau interne pour les établissements, au regard de la mobilisation et du travail fourni par les équipes pendant la phase d'autoévaluation, qu'au niveau local, voire national, par la médiatisation des résultats de ces classements.

Ces impératifs qualité, couplés à des enjeux financiers non négligeables, sont aussi à l'origine de fermetures, réalisées ou annoncées, de petits services à basse activité dans des spécialités chirurgicales et obstétricales, ce qui a déjà modifié et va encore davantage bouleverser la carte sanitaire française. On peut citer le retentissement du rapport 2006 du Comité national de chirurgie, dit « rapport Vallancien », qui recommandait la fermeture de 113 services de chirurgie viscérale et orthopédique en raison de leur faible activité et des problèmes de qualité des soins et de « perte de chances » pour les patients qu'ils occasionnaient ou encore le projet de décret ministériel en 2010 prévoyant la fermeture des services de chirurgie de 54 établissements réalisant moins de 1 500 actes annuels et qui a été reporté suite à la fronde des élus et des établissements concernés.

Attractivité, concurrence et maîtrise des ressources rares :
trois nouveaux impératifs qui placent le territoire comme facteur
de la rentabilité des établissements de santé

Désormais, les hôpitaux publics doivent davantage se préoccuper de leur attractivité puisque celle-ci conditionne en grande partie la fréquentation de leurs services de soins, donc leur activité et à terme leur pérennité. Cette attractivité se construit par des plans de communication, une bonne réputation médicale et un tissu dense de fournisseurs de patients représentés par les médecins libéraux. La T2A a donc doté d'un enjeu stratégique le traditionnel territoire de chalandise d'un établissement, jusque-là considéré comme une évidence géographique, en obligeant désormais les hôpitaux à se positionner comme offreurs de soins en situation de concurrence qui doivent proposer des activités de qualité afin d'être connus et reconnus du public *via* des classements médiatiques.

6. Autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et autonome financièrement, la HAS est chargée depuis 2004 d'évaluer les établissements de santé et de promouvoir les bonnes pratiques en s'entourant d'un réseau de collaborateurs ponctuels, les experts visiteurs, qui sont des professionnels de santé formés et qui évaluent la qualité des établissements qu'ils visitent.

La concurrence s'est ainsi exacerbée depuis une décennie, suite à des phénomènes de concentration parmi les cliniques privées, rachetées par des grands groupes financiers (Générale de santé, Vitalia...) et qui, plus précocement passées à la tarification à l'acte, se sont géographiquement réorganisées en se complétant de manière pertinente afin de mailler un territoire et de proposer la palette la plus large et la plus rentable d'activités de soins à la population.

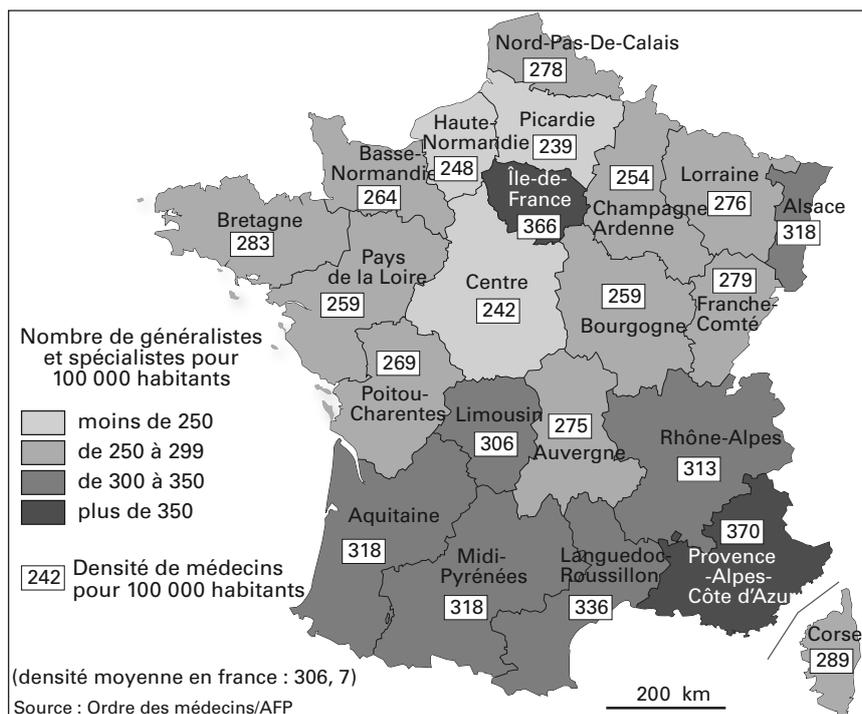
Les hôpitaux publics sont en retard dans cette approche géographique centrée sur les complémentarités d'activités, en partie à cause de l'héritage historique représenté par la traditionnelle autarcie hospitalière où chaque établissement est vécu comme une petite féodalité indépendante, attachée au prestige d'offrir toute la gamme des activités médicales et qui considère l'hôpital voisin, de surcroît souvent implanté dans la ville voisine elle-même historiquement rivale, comme un concurrent dans un jeu à somme nulle.

Enfin, la maîtrise des ressources stratégiques, au premier plan la ressource humaine médicale, constitue actuellement un avantage concurrentiel qui conditionne l'attractivité d'un établissement. Le marché du recrutement des praticiens est aujourd'hui devenu stratégique puisque ce sont ces opérateurs qui permettent de pratiquer telle ou telle activité et sont donc directement à l'origine des recettes que percevra un hôpital. Or les difficultés de recrutement, si elles affaiblissent un établissement, se conjuguent bien souvent avec un environnement local où cette ressource est déjà rare, soulignant là encore la symbiose entre un établissement de santé et son territoire puisque la raréfaction des correspondants médicaux de ville augmente d'autant les difficultés de l'établissement.

Actuellement, si les effectifs médicaux sont à un point culminant en France au niveau national⁷, au niveau local des disparités anciennes sont en aggravation et différencient cruellement les territoires en fonction des choix d'installation des médecins. Ainsi, selon les chiffres du rapport 2010 de l'Ordre national des médecins, au niveau régional, si la densité moyenne nationale s'établit à 306 médecins pour 100 000 habitants, il n'y en a que 239 en Picardie contre 370 en PACA, conséquence directe de la liberté d'installation des praticiens conjuguée aux phénomènes sociétaux de métropolisation et d'héliotropisme. Au niveau départemental, les écarts sont identiques avec une moyenne nationale à 138 médecins généralistes pour 100 000 habitants, mais seulement 101 dans l'Eure contre 227 à Paris (les écarts au sein d'une même région, entre les départements et les cantons, peuvent donc être très importants). Pour les spécialistes, les écarts sont plus importants encore avec une moyenne nationale à 137 pour 100 000 habitants mais un chiffre de 501 spécialistes/ 100 000 à Paris contre 64 en Haute-Loire !

7. Mais une diminution de 10 % est attendue jusqu'en 2019 [Insee, 2010].

CARTE 1. – CARTE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE FRANÇAISE EN 2011



La problématique des ressources rares concerne aussi certaines activités, comme les unités neurovasculaires prenant en charge les accidents vasculaires cérébraux, ou certains équipements lourds et onéreux, en radiologie par exemple, qui conditionnent ainsi l'attractivité d'un établissement et la qualité de ses soins. La prime au premier entrant sur ce genre de marché crée des effets d'annonce qui peuvent avoir des impacts non négligeables sur les adressages de patients par les médecins de ville. En France, des inégalités d'accès à certains de ces équipements sont connues, ainsi pour les IRM, mais concernent aussi les temps d'accès aux unités neurovasculaires par exemple.

Hérodote, n° 143, La Découverte, 4^e trimestre 2011.

La stratégie territoriale se positionne désormais au cœur des politiques hospitalières

Ainsi, chaque établissement de santé doit développer une stratégie territoriale, seul ou en groupe, conditionnant son projet d'établissement. Cette stratégie est devenue une nécessité pour les hôpitaux afin de réaliser les bons choix d'activité, les bons recrutements et les bonnes alliances en fonction des ressources et du poids de chacun, sachant néanmoins que des différences de pratique d'hospitalisation ou de fréquence de certains soins existent entre établissements et entre régions.

Diverses stratégies territoriales en fonction de la typologie d'établissement sanitaire

Ainsi, chaque type d'établissement doit développer sa propre stratégie territoriale en fonction de sa taille, des opportunités dont il dispose et surtout de son environnement concurrentiel, le tout conditionnant l'utilisation stratégique qu'il fera de son territoire local mais aussi les moyens qu'il aura de s'en extraire. Je mets volontairement à part les hôpitaux d'instruction des armées qui, bien qu'ils participent au service public hospitalier par leur ouverture aux assurés, ont d'autres finalités, même si leur fonctionnement se banalise actuellement et qu'ils multiplient les coopérations interhospitalières, notamment avec les CHU, depuis qu'ils sont eux aussi soumis à la T2A.

Les CHR/ CHRU ont évidemment une place à part dans le paysage sanitaire français en raison de leur taille (souvent 1^{er} employeur régional), de leur force de frappe financière et politique (importance des investissements réalisés, lien avec des élus de premier plan) et des missions à vocation régionale qui leur sont confiées (trois missions complémentaires, depuis 1958, d'enseignement, de recherche et de soins).

Néanmoins, dans le système actuel, les CHU sont aussi contraints à un délicat positionnement entre une vocation au minimum régionale, des missions d'enseignement et de recherche cruciales pour leur légitimité d'hospitalo-universitaire et la nécessité d'avoir à proposer une offre de soins de proximité dont dépendent en grande partie leurs recettes et leur pérennité financière à terme. D'un côté, ils sont potentiellement concernés par tout projet régional de restructuration, de création de réseaux ou de partenariats médicaux grâce à leur capacité de mobilisation rapide de ressources rares, mais, de l'autre côté, la T2A et le système concurrentiel qui en résulte font qu'un CHU se retrouve aussi comme n'importe quel établissement à devoir proposer une offre de soins de proximité au cœur d'un des territoires de santé de la région, subissant la concurrence des autres acteurs et devant développer son attractivité afin de revenir à l'équilibre financier.

Les CHU sont traditionnellement considérés avec une certaine suspicion par les autres établissements de santé publics comme privés lorsqu'ils coopèrent ensemble⁸ au regard de la disproportion de taille et de moyens existants, ce qui ne facilite pas non plus les vellétés coopératrices entre établissements.

Pourtant, les CHU disposent de nombreux atouts au sein d'une région : tout d'abord, ils ne subissent pas les mêmes contraintes territoriales et démographiques que les autres établissements en gardant une capacité à jouer sur plusieurs niveaux de territoire et donc à pouvoir s'affranchir des contraintes spécifiques de leur niveau local ; de plus, ils sont moins dépendants que d'autres entités face aux problèmes de ressources médicales ou de moyens matériels, et entrent donc dans des processus coopératifs de façon volontaire et non, comme d'autres, sous la contrainte ou de manière défensive ; ensuite, ils disposent de rapports de force favorables avec les autorités de tutelle en ayant souvent une personnalité politique de premier plan à la tête de leur conseil de surveillance ; et, enfin, il est plus pertinent pour eux de jouer un rôle d'influence, d'expertise et de présence active au sein d'instances de coordination ou dans des réseaux sanitaires, plutôt que de faire jouer brutalement leurs atouts de puissance, afin d'exercer un véritable « *soft power* » régional. De nombreux CHU, par une participation active au sein des réunions sanitaires et des groupes de travail d'une région, vont pouvoir renforcer leur influence *via* des régulations qui leur soient favorables (critères de normes qualité, de seuils d'activité ou programmation des flux de patients). Ainsi, par exemple, l'organisation par un CHU de filières gériatriques dans un territoire à partir de ses équipes médicales ou la direction d'un centre de coordination en cancérologie chargé d'établir des critères qualité au sein d'un territoire de santé sont autant de moyens pour ce CHU de réussir à faire partager aux autres acteurs ses normes et ses critères, ce qui lui donne un avantage concurrentiel, ou de réussir à orienter les flux de patients dans un sens favorable à ses intérêts.

Les centres hospitaliers, pour leur part, sont davantage enracinés dans un territoire de santé ou un territoire de proximité précis dont ils ne peuvent s'extraire et qui conditionne toutes leurs stratégies d'alliance et de développement.

Leur stratégie territoriale dépend évidemment de leur taille et de leurs ressources, privilégiant soit la stratégie du développement individuel, lorsque leur attractivité et la densité de leur personnel médical le leur permettent, soit la coopération, en cas de difficultés ou au contraire comme leader si la coopération est alors perçue positivement par l'établissement comme un moyen de se renforcer et

8. On peut faire une analogie humoristique sur le positionnement d'un CHU dans son territoire de santé avec la phrase de Pierre Elliott Trudeau, ancien Premier ministre du Canada, qui décrivait la relation de son pays avec les États-Unis comme « partager le lit d'un éléphant » ; c'est souvent ce que ressentent les acteurs de santé lorsqu'ils coopèrent avec le CHU pour un projet !

se consolider. On remarque néanmoins le caractère souvent défensif des regroupements et coopérations entre établissements publics.

Pourtant, les CH sont devenus davantage actifs vis-à-vis de leur environnement, ayant compris tout l'intérêt d'une valorisation des ressources territoriales existantes (réseau de médecins de ville partenaires du CH, lien avec les élus locaux et les organismes médico-sociaux des collectivités territoriales, coopérations avec des réseaux ou des établissements de filières d'aval – soins de suite et réadaptation (SSR) ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)). Il est intéressant de souligner que les CH qui disposent de sites SSR ou EHPAD ont aussi une vision territoriale plus complète de par leur connaissance des spécificités propres à ces secteurs. Ils sont ainsi déjà sensibilisés aux problématiques inhérentes à ces structures : l'importance du rapprochement avec le lieu de vie, du contact au long cours avec les familles et des liens cruciaux à nouer avec des structures de liaison présentes en ville. *A contrario*, l'intégration de ces structures d'aval au sein d'un centre hospitalier peut aussi être un frein à des coopérations puisque le CH dispose déjà dans ce cas d'une chaîne complète en interne de prise en charge pour les patients de son territoire.

Néanmoins, les centres hospitaliers doivent tous désormais se doter d'une stratégie territoriale s'ils veulent assurer la pérennité de leurs activités, bien que les comportements individuels basés sur le prestige d'un pseudo-développement autonome ou sur la « noblesse » présumée des activités MCO par rapport à d'autres secteurs survivent et freinent bien des restructurations et des coopérations qui seraient bénéfiques à une prise en charge plus pertinente pour la population.

Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), contrairement à l'image d'enfermement qu'ils véhiculent dans l'imagerie populaire, ont une stratégie territoriale souvent plus avancée que les CH non psychiatriques, en innervant en profondeur leurs secteurs psychiatriques par une multiplication de structures de soins « hors les murs » implantées dans les quartiers et les centres-villes (centre médico-psychologique, appartement thérapeutique, accueil de jour, équipe de liaison intervenant dans d'autres établissements de santé par convention...). Ce fonctionnement « en archipel » des CHS, avec une constellation de lieux de consultation et de soins gravitant autour d'un hôpital « traditionnel », est lié à la politique de sectorisation en vigueur depuis les années 1960 et leur donne une connaissance approfondie de leur territoire (même s'ils ne peuvent en général pas développer toute la gamme des services dont la population aurait besoin, notamment en raison de la démographie médicale et paramédicale en psychiatrie).

Les centres hospitaliers, anciennement hôpitaux locaux, ont un rapport particulier au territoire, caractérisé par la proximité et le premier recours qu'ils offrent à une population locale et gardant ce lien fort des origines avec leur commune d'implantation. Petites structures souffrant souvent de difficultés financières ou de

recrutement médical (difficulté à trouver des médecins de ville volontaires pour y intervenir), voire paramédical, ils offrent le premier recours hospitalier (médecine polyvalente, SSR, gériatrie) et œuvrent au rapprochement avec la ville en gérant souvent les activités d'hospitalisation à domicile (HAD) et de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour une population souvent âgée et plutôt défavorisée ne pouvant généralement pas parcourir de distance pour recevoir des soins. Ils sont donc placés en première ligne dans toute politique de lutte contre les inégalités territoriales de santé et face au défi de la prise en charge des pathologies chroniques dont la fréquence augmente. Les hôpitaux locaux sont par ailleurs généralement désireux de coopérer, notamment avec un CH de référence auquel ils s'adosent par convention, afin d'hospitaliser leurs patients de manière prioritaire et de leur garantir ainsi une chaîne efficace de prise en charge.

Les établissements privés à but lucratif ont déjà adopté de manière précoce une vision territoriale par de multiples restructurations visant à la concentration en gros établissements rentables (51 % des recompositions depuis 1995, dont la majorité des fermetures d'établissements). Ils sont désormais spécialisés sur des actes rémunérateurs à la prise en charge légère et réussissent à mailler les territoires les plus « solvables », là où les populations peuvent se permettre les dépassements d'honoraires (ce qui explique généralement leur concentration dans les chefs-lieux de département ou de région). Outre le fait que la France est un des pays d'Europe où le secteur privé est parmi les plus développés, la concurrence avec le public est féroce et le privé a ainsi réussi à capter la majorité des actes de chirurgie (plus de 60 % des interventions), dont notamment la chirurgie ambulatoire (hospitalisation de moins de 24 heures)⁹.

Enfin, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement « participant au service public hospitalier », constituent une catégorie un peu à part, souvent détenus par des mutuelles, des congrégations ou des associations offrant une palette de soins générale ou s'occupant d'une mono-activité précise (les centres régionaux de lutte contre le cancer étant les plus connus, même s'ils ont un statut hospitalo-universitaire). Leur géographie est souvent le fruit de l'histoire des initiatives locales prises par les personnes privées les possédant, et les coopérations avec les autres secteurs se font très progressivement (canceropôles avec les CHU par exemple), ces établissements étant souvent jaloux de leur spécificité et ne désirant pas voir leur statut se confondre soit avec le public, soit avec le privé lucratif.

9. La chirurgie ambulatoire permet la réalisation d'actes sous anesthésie locale ou générale ne nécessitant pas de nuit d'hospitalisation pour le patient. Prise en charge demandée par la population qui souhaite généralement passer le moins de temps possible à l'hôpital, elle nécessite une organisation très structurée de la part des établissements et une cadence optimale au bloc opératoire.

Quelle stratégie de coopération dans un environnement concurrentiel ?

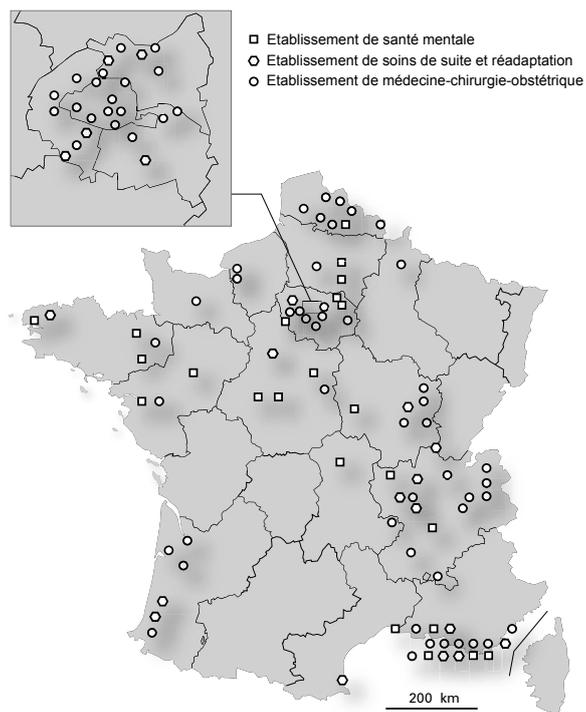
Ainsi, cette typologie variée des établissements de santé est conjuguée à un système de financement T2A concurrentiel, ce qui explique en partie les difficultés de coopération dans le domaine de la santé en France et l'existence de rivalités entre entités hospitalières cherchant à maximiser leur territoire de chalandise en termes de fréquentation de patients et de valorisation financière de ces séjours.

Les rivalités entre établissements peuvent être illustrées de plusieurs manières. Tout d'abord, au niveau des attributions régionales d'autorisations d'activités ou d'équipements lourds, des rivalités apparaissent puisque l'attribution nouvelle d'une activité à un établissement signifie mécaniquement une concurrence sur cette activité pour un ou plusieurs autres établissements. Ensuite, la rivalité s'aiguise sur les ressources humaines médicales. L'avantage de la contractualisation salariale permet aux établissements privés de débaucher des praticiens dans les établissements publics, qui eux sont gérés par une progression statutaire à l'ancienneté du personnel médical, mais l'attrait d'équipements innovants ou l'intérêt professionnel de participer à une dynamique d'équipe médicale permettent aussi aux établissements publics des recrutements de qualité. Enfin, ces rivalités entre établissements se cristallisent particulièrement sur les enjeux d'attractivité des patients *via* des campagnes de communication dans la presse à destination des professionnels libéraux ou du grand public, notamment dans des secteurs d'intense rivalité comme les maternités ou les activités chirurgicales. Les alliances entre hôpitaux ou cliniques destinées à mailler un territoire représentent aussi une stratégie pertinente, en permettant à ces établissements de se renforcer mutuellement par une offre complète de toute la gamme de soins à la population et en captant une part importante de l'activité sur un territoire par l'assurance pour un patient d'un continuum de soins assuré entre ces divers établissements. Les groupes de cliniques privées usent souvent de cette stratégie de maillage dense de certaines villes, en se diversifiant afin de capter une clientèle nombreuse et en « étouffant » la concurrence par occupation maximale de l'espace¹⁰.

Hérodote, n° 143, La Découverte, 4^e trimestre 2011.

10. Il est intéressant d'observer les cartes des implantations hospitalières des groupes privés comme Vitalia ou Générale de santé dont la caractéristique majeure repose sur une implantation « en grappes » à travers le territoire national, caractérisée par une concentration dans certaines régions plutôt dynamiques et densément peuplées (région lyonnaise, PACA ou Est de la France) et dans les grandes métropoles françaises les plus riches, là où les dépassements d'honoraires seront les mieux acceptés.

CARTE 2. – CARTE DES IMPLANTATIONS DU GROUPE GÉNÉRALE DE SANTÉ EN 2009



Source : Générale de santé.

Chacune des trois principales catégories d'établissement (publics, ESPIC et privés lucratifs) est jalouse de son indépendance et de ses valeurs, défendue chacune par des fédérations puissantes (Fédération de l'hospitalisation française pour le secteur public, Fédération de l'hospitalisation privée pour le secteur lucratif et Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne pour le privé non lucratif), mais on peut remarquer que la concurrence est aussi intra-catégorielle, au sein des cliniques ou entre établissements publics.

Pourtant, la coopération entre établissements de santé constitue politiquement une priorité parmi les politiques de santé, et des outils juridiques destinés à favoriser cette coopération ont été fortement promus par les différents gouvernements. Ainsi, le Groupement de coopération sanitaire (GCS), créé dès 1991, a été encore renforcé par la loi HPST qui en fait l'outil de coopération privilégié

entre public et privé destiné à remplacer les précédentes formes juridiques existantes. La Communauté hospitalière de territoire (CHT), créée par la loi HPST, est destinée à favoriser les recompositions hospitalières publiques en développant les complémentarités et les rapprochements entre établissements à partir d'un projet médical. La CHT peut aussi être vue comme un moyen de rapprochement d'établissements permettant d'éviter les fusions d'hôpitaux, politiquement toujours sensibles au niveau local¹¹. On constate que le développement de ce nouvel outil se fait d'ailleurs progressivement bien que des incitations financières aient pourtant accompagné les premières CHT validées par le ministère de la Santé. Ces initiatives sont pour l'instant fortement dépendantes des personnalités qui les portent, que ce soit les directeurs d'hôpitaux ou les directeurs généraux d'ARS les plus motivés qui effectuent un tri des projets avant renvoi au ministère. Pourtant, l'existence d'une Communauté hospitalière de territoire implique tout de même qu'un établissement en soit pilote, généralement le plus doté en termes de ressources, et en prenne l'initiative, ce qui suppose l'acceptation d'une forme de hiérarchie plus ou moins explicite de la part des autres établissements qui s'y engagent.

L'enjeu des coopérations est néanmoins crucial pour la population car il constitue un des principaux outils d'égalité d'un accès à l'offre de soins visant à garantir aux patients une porte d'entrée de proximité et de qualité dans le système sanitaire. Les rapprochements entre établissements sont notamment destinés à créer des temps partagés médicaux afin d'aider certains établissements en difficulté à proposer à leur population les soins pour lesquels ils sont en difficulté de recrutement. D'autre part, ces coopérations servent aussi à bâtir de véritables filières de territoire totalement intégrées et pertinentes, comme les filières gériatriques qui couvrent tout le champ de la prise en charge de la personne âgée sur un territoire donné (équipe mobile de gériatrie de territoire assurant des bilans et de l'expertise dans plusieurs établissements, services de médecine gériatrique, consultations mémoire, EHPAD et unité de soins de longue durée...). Un établissement MCO doté d'une véritable vision territoriale de la prise en charge qu'il veut offrir à sa population doit ainsi chercher à concentrer ses efforts coopératifs dans la construction d'alliances avec des établissements dits d'aval, offrant des lits spécialisés où placer ses patients après une hospitalisation de court séjour, ce qui lui permet de ne pas voir sa durée moyenne de séjour augmenter et ses recettes financières se dégrader¹².

11. Il est intéressant de souligner que la CHT pouvait être intégrative dans le projet initial de loi HPST et que les amendements parlementaires successifs l'ont conduite à n'être plus que fédérative désormais, ce qui est évidemment beaucoup moins contraignant pour les hôpitaux publics qui s'y aventurent.

12. En effet, la construction nationale des tarifs hospitaliers privilégie des durées courtes d'hospitalisation qui coûtent moins chères à l'assurance maladie !

HÉRODOTE

Le cas des CHT est ici particulièrement intéressant car il illustre le parallèle qui peut être fait entre intercommunalité et coopération interhospitalière. Dans les deux secteurs, les fusions ont souvent connu des échecs ou tout du moins des histoires relativement chaotiques et les outils juridiques des établissements publics de coopération intercommunale comme ceux des CHT permettent un relatif dépassement de ces antagonismes. On retrouve dans les deux secteurs les mêmes enjeux politiques (accessibilité des services), les mêmes types de rivalité (rivalité territoriale de communes ou d'hôpitaux publics voisins en concurrence pour des ressources financières limitées) et les mêmes difficultés structurelles (problématiques budgétaires, d'attractivité, d'aménagement du territoire et de dynamisme local) face à un émiettement qui devient problématique (plus de 36 000 communes en France et plus de 1 000 hôpitaux publics). L'enjeu réside donc dans l'avantage qu'offre une union, par l'optimisation des complémentarités entre hôpitaux, sans les inconvénients de la fusion qui gomme les identités individuelles et où l'un des acteurs se vit souvent comme le perdant de l'affaire, afin de mailler en totalité un territoire dans une optique « gagnant-gagnant ». La Fédération de l'hospitalisation française appelle d'ailleurs de ces vœux depuis plusieurs années cette « stratégie de groupe » qui est considérée par elle comme l'outil le plus efficace pour que le secteur public puisse rivaliser avec la stratégie territoriale du secteur privé.

Enfin, la nécessité d'avoir une vision territoriale pour un établissement de santé, passant par des coopérations entre structures sanitaires et médico-sociales et associant fortement la médecine de ville, peut seule lui permettre d'accroître la part de l'activité programmée au sein de sa structure. Or une activité programmée¹³ constitue généralement le séjour hospitalier le plus rentable pour un établissement car il donne lieu à la meilleure rémunération sans dépenses annexes, inévitables dans les séjours non programmés venant des urgences, et lui permet de mieux répondre aux besoins de santé de la population qu'il dessert par plus de fluidité des parcours hospitaliers et une qualité renforcée de la prestation.

Le lien entre hôpital et élu local, entre complémentarité et ambiguïté

La relation forte et historique entre les hôpitaux et les élus locaux, au premier rang desquels le maire de la commune d'implantation de l'établissement, si elle revêt un caractère obligatoire, demande néanmoins une gestion habile de la part du directeur de l'établissement qui doit construire un partenariat au quotidien avec

13. Activité anticipée, avec rendez-vous préliminaires avant hospitalisation, à l'inverse de l'urgence.

celui qui est souvent son président du conseil de surveillance et une des autorités ayant eu une influence lors de sa nomination. L'implication des élus est essentielle sur les questions de santé, afin de promouvoir et de développer les débats citoyens sur les enjeux d'aménagement sanitaire du territoire, qui restent pour l'heure sujets d'experts et n'ont pas encore réellement influencé les campagnes électorales des échéances majeures du pays.

L'élu et l'administrateur, des stratégies parfois différentes...

La loi HPST a modifié légèrement la place de l'élu dans le fonctionnement hospitalier, en définissant un collège des élus composé de cinq personnes¹⁴ sur les quinze que compte le conseil de surveillance et en permettant l'élection d'un membre, qui ne soit pas obligatoirement le maire de la commune d'implantation comme c'était le cas auparavant, parmi le collège des élus ou celui des personnalités qualifiées à la présidence de ce conseil. Néanmoins, une majorité de maires ont continué à être élus comme présidents des nouveaux conseils de surveillance installés en 2010, surtout dans les CHU au regard des enjeux politiques locaux forts associés à ces fonctions.

Les compétences sanitaires des collectivités territoriales sont restreintes en France puisque l'État est seul garant en matière de santé publique et que les collectivités territoriales n'ont souvent eu qu'un rôle d'appoint et de déclinaison locale des objectifs nationaux, parmi lesquels : compétence d'hygiène, et à titre expérimental, par la loi du 13 août 2004, habitat insalubre et vaccinations, pour les communes ; action sanitaire et sociale, action gérontologique avec les centres locaux d'information et de coordination, prise en charge du handicap de l'enfant et aides à l'installation des professionnels de santé pour les départements ; compétence en matière de formation sanitaire (création et agrément des écoles et instituts de formation paramédicale), participation expérimentale au financement des équipements hospitaliers, aides pour favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires et participation à la planification de la politique de santé publique (conférences de territoire, conseil de surveillance de l'ARS, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie...) pour les régions.

Ainsi, le président du conseil de surveillance continue d'avoir un rôle clef dans la nomination du directeur d'hôpital puisque son avis est nécessaire, même si la

14. La loi HPST précise que ces cinq personnes sont désignées par les organes délibérants des collectivités territoriales et leurs groupements, parmi lesquelles figurent le maire de la commune siège de l'établissement hospitalier principal ou son représentant, et le président du conseil général ou son représentant.

HÉRODOTE

nomination est prononcée par le directeur du Centre national de gestion¹⁵ à partir de trois noms présentés par le directeur général d'ARS. On peut néanmoins penser que cet avis donné impliquerait que le directeur retenu ne puisse raisonnablement faire totalement abstraction du lien originel avec son président de conseil de surveillance...

Si l'entente est nécessaire entre ces deux acteurs, l'investissement personnel du président du conseil de surveillance dans l'hôpital est variable et fortement dépendant des personnalités concernées. Pourtant, la sensibilité grandissante de la population aux problématiques d'accessibilité et de qualité des soins ne peut qu'alerter les élus et les faire s'impliquer davantage dans la vie des hôpitaux dont les évolutions sont souvent cruciales pour la dynamique de leurs territoires.

Parfois, il arrive que les priorités politiques et les représentations de l'intérêt général respectives de ces deux acteurs soient différentes, les maires étant souvent vus comme privilégiant la stabilité sociale et le prestige électoraliste (établissement surdimensionné, maintien absolu de l'emploi) au détriment de la « bonne gestion » qu'incarnerait le directeur. Cette vision parfois caricaturale des « hôpitaux électoraux », pour reprendre l'expression de Jean Labasse, a néanmoins pu connaître quelques illustrations et les conflits larvés qui en ont résulté peuvent considérablement gêner le bon fonctionnement d'un établissement, surtout lorsqu'il traverse une période financière difficile. On peut penser ici au récent exemple du CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye où des rivalités entre élus des deux communes, en plus d'autres problématiques médicales et de management, ont contribué au marasme financier actuel de l'établissement. Ces priorités divergentes rejoignent en fait l'alternative à laquelle sont souvent réduits les territoires en matière d'offre de soins, entre désir d'une accessibilité maximale, supposant une multiplication des dessertes territoriales de proximité et/ou des moyens de transport adaptés, et réalités économiques d'une concentration croissante des équipements et des compétences médicales dictée autant par des soucis budgétaires que par de nouvelles exigences de qualité. Certains exemples récents, à Carhaix ou à La Seyne-sur-Mer, ont ainsi vu les maires se solidariser avec des mouvements de protestation de leurs administrés destinés à conserver certaines activités (généralement maternités ou blocs chirurgicaux) dont les problèmes de seuil d'actes réalisés et/ou de personnel médical pour les faire fonctionner rendaient la poursuite difficile, voire non souhaitable au regard des exigences de qualité et de bon usage des deniers publics.

15. Établissement public à caractère administratif, sous tutelle du ministère de la Santé, et qui gère depuis 2007 la carrière statutaire des directeurs d'hôpitaux, des directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux, des directeurs des soins, des conseillers généraux des établissements de santé et des 42 000 praticiens hospitaliers.

L'union fait la force : élu et administrateur pour défendre l'hôpital face à l'État

Heureusement, la plupart du temps le tandem directeur-élu fonctionne bien et peut ainsi dynamiser les projets d'un établissement en adoptant une vraie vision territoriale maximisant la réponse apportée aux besoins de la population locale. Les élus peuvent alors pleinement jouer leur rôle d'acteurs locaux de la politique de santé, parallèlement à l'action hospitalière, en intervenant sur les déterminants sociaux de la santé par des aides ciblées à l'installation de maisons pluridisciplinaires de santé et de professionnels de santé, en tentant de faciliter l'accessibilité économique au secteur 1 de leurs administrés ou en augmentant l'offre de transports collectifs desservant l'établissement de santé...

La convergence d'intérêts entre les deux acteurs renforce leur complémentarité fonctionnelle puisque, pour l'élu, l'attractivité de l'hôpital implanté sur sa commune entraînera des externalités positives en termes d'emplois induits, de maintien de l'offre sanitaire et d'installations d'entreprises en lien avec la santé alors que, pour le directeur, la bonne gestion de son établissement lui garantit l'assurance d'une mission remplie en termes de réponse aux besoins de santé de la population et de reconnaissance par les autorités de tutelle.

Le lien avec les élus prend ici tout son sens en apportant une caution démocratique et la garantie que les sujets hospitaliers feront l'objet de débats politiques citoyens, même si la place croissante des usagers dans le fonctionnement hospitalier¹⁶ a concurrencé l'exclusivité de la représentation que détenaient les élus jusque-là.

Le bon fonctionnement quotidien d'un établissement public de santé nécessite ainsi une information très régulière du président du conseil de surveillance par le directeur et la loi HPST, en faisant évoluer le rôle du conseil de surveillance, a d'ailleurs modifié la place de l'élu en l'impliquant davantage dans les orientations stratégiques de l'hôpital plutôt que de le cantonner à un rôle de simple administrateur des comptes budgétaires. Là encore, ce nouveau rôle de l'élu dépend davantage de sa personnalité et de ses priorités politiques alors qu'il n'a généralement pas de formation particulière sur le monde sanitaire et que ses moyens d'action sont limités, sachant qu'il ne contribue pas par ailleurs au budget de l'établissement dont il a la surveillance (le principe du payeur responsable n'a donc pas cours concernant les communes).

Bien souvent, il faut noter que lorsque le couple élu-directeur se mobilise le plus fortement, c'est dans des opérations de lobbying destinées à obtenir des crédits ou des autorisations de projets d'extension pour l'hôpital, l'union faisant

16. Notamment depuis la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, relative aux droits des malades.

HÉRODOTE

la force face aux représentants de l'État. Ainsi, lors des plans Hôpital 2007 ou Hôpital 2012, constitués de financements étatiques destinés à de gros investissements immobiliers ou informatiques, les élus des établissements concernés par ces projets ont souvent mis tout leur poids politique dans l'obtention de ces crédits pour «leur» hôpital.

Conclusion

Ainsi, on ne peut que constater que les établissements de santé français disposent d'une autonomie restreinte au sein d'un secteur de la santé administrativement toujours centralisé (centralisation encore accentuée avec les dernières réformes législatives et réglementaires), tant par les contraintes financières qu'ils traversent tous avec la T2A et le dogme du retour à l'équilibre (ou de la rentabilité pour le privé) que par la régulation étatique forte du secteur sanitaire qui encadre tout établissement. La vision sanitaire du territoire français a longtemps privilégié l'égalité « abstraite » entre tous les territoires plutôt qu'un objectif d'égalité, ce qui aurait impliqué la reconnaissance par l'État des inégalités existantes de dotation de ressources entre territoires ou des inégalités sociosanitaires parmi la population et la nécessité d'une action correctrice de la part des pouvoirs publics.

Finalement, c'est l'existence d'une stratégie territoriale ainsi qu'une analyse géopolitique des rapports qu'ils entretiennent avec leur environnement qui peuvent permettre aux établissements de santé de retrouver quelques marges de manœuvre tant interne, par une attractivité renforcée améliorant leur situation financière, qu'externe, en prenant l'initiative sur des projets de coopérations ou de restructurations locales pouvant être accompagnés par les acteurs publics (État et collectivités territoriales). L'hôpital, en plus de son rôle d'offre de soins de recours, voit son positionnement évoluer vers celui d'acteur de la restructuration de l'espace sanitaire, de coordonnateur de réseaux et de filières de prise en charge ainsi que d'initiateur de projets d'éducation thérapeutique, particulièrement dans les « déserts médicaux ».

L'hôpital public constitue bien l'outil privilégié d'une approche concertée de l'aménagement sanitaire du territoire tout autant que le garant d'un relatif équilibre territorial par le maintien dans les villes moyennes d'une activité de main-d'œuvre à haute valeur ajoutée.

L'hôpital est souvent le seul acteur, dans des territoires en souffrance, à disposer d'une expertise, d'un rôle de référence médicale et de moyens tant matériels (accès à un plateau technique) qu'humains (une grande partie du corps médical français intervient d'une façon ou d'une autre dans un établissement de santé, soit comme salariés à temps plein, soit en faisant des vacations).

118

Hérodote, n° 143, La Découverte, 4^e trimestre 2011.

Le directeur d'aujourd'hui doit impérativement, en plus d'être un bon gestionnaire, disposer de qualités relationnelles évidentes, être doté d'un sens politique certain face aux injonctions contradictoires qu'il doit quotidiennement gérer et porter désormais une attention renouvelée aux caractéristiques sociosanitaires ainsi qu'à la géographie du territoire que son établissement prend en charge.

Bibliographie

- Actes du colloque de l'Association française de droit de la santé (2009), «Territoire et Santé», *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors série, Dalloz, Paris.
- BUDET J-M., PERICARD P., VIGNERON E. (2008), «Territoires et santé : pour servir le débat public autour du projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires», *Revue hospitalière de France*, n° 525, p. 42-57.
- COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V. (2008), *Le territoire de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, document de travail n° 10, IRDES.
- DELAS A. (2008), «Les nouvelles coopérations territoriales du CHU-Hôpitaux de Rouen», mémoire de fin de cycle de formation de la filière directeur d'hôpital, EHESP, Rennes.
- GESTIONS HOSPITALIÈRES (2002), *Dossier : Un territoire pour la santé*, n° 417, SARL gestions hospitalières, Paris.
- Hérodote (1999), *Santé publique et géopolitique*, n° 92, Éditions La Découverte, Paris.
- INSEE (2010), *Quelles perspectives pour la démographie médicale ?*
- LABASSE J. (1980), *L'Hôpital et la ville, géographie hospitalière*, Hermann, Paris, 240 p.
- Lacoste O. (1994), *Géopolitique de la santé*, La Découverte, Paris, 361 p.
- MARIN P. (2010), «Le conseil de surveillance dans les établissements publics de santé : quelle place pour les élus ?», *Les Cahiers hospitaliers*, n° 266, p. 23-28.
- PICHERAL H. (2001), «La résurgence du lieu, l'émergence de la géographie de la santé», *Technologie et Santé*, n° 45, p. 5 à 16.
- Revue hospitalière de France* (2006), «Territoires de santé», n° 510, Paris.
- SEVE (2006), «Les tribunes de la santé», *Dossier : Régions et Santé*, n° 12, Éditions de Santé et Presses de Sciences Po, Paris.
- VIGNERON E. (2011), *Inégalités de santé dans les territoires français*, Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 194 p.
- VIGNERON E. (dir.) (2003), *Pour une approche territoriale de la santé*, Éditions de l'Aube/Datar, La Tour-d'Aigues, 290 p.
- VIGNERON E. (dir.) (2003), *Santé et territoires, une nouvelle donne*, Éditions de l'Aube/Datar, La Tour-d'Aigues, 240 p.