



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

**L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a émis un bilan très mitigé des fusions entre hôpitaux qui souhaiterait finalement voir rester "rares" dans l'avenir.**

En voici quelques extraits significatifs, le rapport complet étant disponible sur le web ou sur notre site : <http://www.lecodef.org> (menu accueil – encart « ce que vous devez savoir »)

### 1. LE CONTEXTE GENERAL DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES

Une fusion se définit comme la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes..... les fusions participent du vaste mouvement de restructurations hospitalières par lequel les établissements de santé s'adaptent aux évolutions de leur environnement, et notamment à la demande qui leur est faite aujourd'hui d'améliorer leur efficacité tout en participant à la réduction de la part des hospitalisations complètes dans l'organisation du système de santé.

Sur la période récente, ces contraintes ont surtout pesé sur la chirurgie et l'obstétrique bien davantage que sur la médecine :

Dans le secteur de la chirurgie, les pouvoirs publics se sont montrés beaucoup plus ambivalents. L'effort a principalement porté sur **le développement de la chirurgie ambulatoire...** De plus, si le développement de la chirurgie ambulatoire est une bonne chose, notamment en raison de son impact positif sur l'organisation et les pratiques des professionnels, **elle n'est pas une panacée, notamment pour les plus petits établissements confrontés à une faible activité.**

### 2. LES CONSTATS

Dans ce contexte, l'augmentation de la taille des structures hospitalières par le biais de fusions peut apparaître aux acteurs locaux comme un moyen adapté pour améliorer leur efficacité et leur attractivité..... **Dans la réalité**, si le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique : il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au-dessus d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer. **Sur le plan financier, la fusion n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers**, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. De plus, au-delà d'un certain seuil que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus

d'inconvénients que d'avantages. L'expérience enseigne en outre **que les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts ou de dysfonctionnements...**

Cette situation n'a pas empêché une activité de fusions assez soutenue lors des quinze dernières années, dans le secteur privé comme dans le secteur public.... Mais les **fusions privées** ont été en général **offensives** (elles se traduisent souvent par une **augmentation du nombre de lits**), au contraire des **fusions publiques, qui ont été essentiellement défensives (diminution du nombre de lits)**. De plus, de nombreuses opérations de rapprochement entre structures privées n'ont pas eu pour objet de fusionner des établissements, mais de les agréger au sein d'un groupe, un mode d'organisation auquel les EPS n'ont pas accès.

**En définitive**, en raison des difficultés qu'elle soulève et des risques qu'elle présente, **la fusion doit demeurer une opération rare**, à réserver aux cas où elle paraît effectivement indispensable : ainsi lorsque l'impact de la restructuration à conduire est tel qu'elle impose de remettre en cause l'existence même d'un établissement, dont l'activité et les moyens résiduels ont alors vocation à être agrégés dans un ensemble plus vaste, ou aux cas où le fonctionnement de plusieurs structures est à ce point intégré par la mise en commun de moyens qu'il est préférable d'en unifier complètement la gouvernance.

### 3. LES PROPOSITIONS

.... D'une manière générale, la mission préconise une plus grande professionnalisation des procédures de fusion : au-delà de la préfiguration, c'est l'opération elle-même qui doit être **conduite avec méthode, dans le cadre d'un mode projet associant étroitement responsables administratifs et médicaux**. Tous les **enjeux** de l'opération **doivent être explicités**, et notamment ses **conséquences pour les personnels** ; mais cela suppose également que les outils d'accompagnement social à la disposition des directions hospitalières soient renforcés...

....en chirurgie, la politique des seuils doit être relancée, mais également affinée, par pathologie, par professionnels ; à côté des enjeux de qualité elle doit aussi mettre en exergue les enjeux d'optimisation des coûts (ainsi en matière de permanence des soins) ; **la chirurgie ambulatoire doit continuer à être promue**, notamment en développant l'appui à l'entourage, **mais en veillant à éviter un développement trop anarchique, en particulier dans les plus petites structures**

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

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

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

Les objectifs nationaux restent généraux et peu opérationnels. Dans son rapport de 2008 sur les restructurations hospitalières, la Cour des comptes a constaté un certain délitement de la doctrine ministérielle en matière de restructurations hospitalières par rapport à l'impulsion initiale de 1996, illustré par trois phénomènes :

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

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

***Opérations lourdes, longues et aux résultats incertains***, les fusions doivent être réservées aux situations pour lesquelles elles apportent une réponse véritable, ce qui est loin d'être le cas pour tous les établissements confrontés à la nécessité de se restructurer.

***Ainsi, l'intérêt des fusions paraît marginal dans la résorption des déficits hospitaliers.*** Les travaux de l'IGAS et de la Cour des comptes sur cette question montrent que les facteurs de ces déficits sont pour la plupart d'origine interne, et ont vocation à être traités d'abord au niveau de l'établissement, en insistant davantage sur la réduction des dépenses que sur l'augmentation de l'activité. Dans ce contexte, les rapprochements hospitaliers sont parfois mis en avant à travers les possibilités de mutualisation et d'économies d'échelle qu'ils permettraient de réaliser. Mais les actions de mutualisation à gains rapides (par exemple sur les achats) sont rares et ne portent pas, en général, sur les principaux facteurs internes de déficit des établissements (sous-productivité, organisations inadéquates...) ; ces initiatives peuvent donc être utiles, mais ne doivent pas se substituer à un effort direct de l'établissement sur ces facteurs.

Au reste, toutes n'ont pas vocation à se traduire par une fusion : beaucoup de mutualisations peuvent s'organiser dans le cadre de structures de coopération, sans nécessiter la réunion des instances de gouvernance des établissements parties prenantes, même lorsqu'ils sont déficitaires. La fusion doit être réservée aux cas où l'impact de la restructuration à conduire est tel qu'il impose de remettre en cause l'existence même d'un établissement, dont l'activité et les moyens résiduels ont alors vocation à être agrégés dans un ensemble plus vaste, ou aux cas où le fonctionnement de plusieurs structures est à ce point intégré par la mise en commun de moyens qu'il soit préférable d'en unifier complètement la gouvernance.

Mais ces situations où la fusion paraît indispensable à la rationalisation de l'offre au niveau local sont loin de constituer le cas général. Au contraire, dans la plupart des cas, cette rationalisation suppose plutôt de mobiliser les autres outils à la disposition des régulateurs et des gestionnaires : fermeture ou transfert d'activités sans remise en cause de l'autonomie des établissements, conversion de services, par exemple du court séjour au moyen ou long séjour, etc.

DANS LE SECTEUR PUBLIC, LES FUSIONS INTERHOSPITALIERES ONT ETE DES REPNSES PONCTUELLES ET **PAS TOUJOURS PERTINENTES** AUX GRANDES EVOLUTIONS DES ACTIVITES MCO

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

**L'implantation d'unités de chirurgie ambulatoire n'est pas une solution à banaliser...**

La chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une promotion des pouvoirs publics, car la surveillance d'un malade opéré en ambulatoire nécessite moins d'effectifs paramédicaux et mobilise moins de ressources pour réaliser un même acte. En outre, contrairement au lit hospitalier qui n'accueille qu'un seul malade, une place de chirurgie ambulatoire reçoit entre 1,2 et 1,8 patient en moyenne. Diverses mesures ont donc été prises pour l'encourager (annexe 12). Les cliniques ou les hôpitaux qui la pratiquent y voient d'autant plus d'avantages que l'acte de chirurgie ambulatoire est tarifé au même niveau qu'un acte de chirurgie de courte durée, alors qu'il revient théoriquement moins cher à produire. Beaucoup de malades la préfèrent pour le confort qu'elle apporte, lorsqu'ils sont suffisamment autonomes et disposent d'un logement proche et suffisamment équipé, et dès lors que leur douleur et leurs nausées sont correctement prises en charge. Enfin, les complications y sont peu fréquentes et les patients sont moins lourds qu'en hospitalisation complète. Il faut donc encourager son développement, par exemple en étendant la liste des actes mis sous accord préalable.

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

**Note du Codef : le rapport dont sont tirés les extraits ci-dessus contient bien d'autres informations importantes concernant les restructurations. Nous sommes allés à l'essentiel sachant que chacun peut en découvrir la totalité en se rendant sur le net ou sur notre site : <http://www.lecodef.org> (menu accueil – encart « ce que vous devez savoir »)**