ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Mémoire d' Elève-Directeur d'Hôpital de 3ème Classe

Promotion 1998-2000

Décembre 1999

LE PROJET DE PÔLE MÈRE-ENFANT DE SAINT-NAZAIRE : VERS UN RENOUVEAU DES COOPÉRATIONS PUBLIC / PRIVÉ ?

Hubert de BEAUCHAMP

Je tiens à exprimer mes remerciements les plus sincères à Monsieur Yvonnick MORICE, Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, qui m'a autorisé à me plonger dans ce dossier passionnant à un moment où les discussions revêtaient encore un caractère relativement confidentiel.

Ce travail doit beaucoup aux éléments recueillis auprès de médecins, de cadres infirmiers et de cadres de direction des deux établissements. Ils se reconnaîtront probablement; qu'ils trouvent ici l'expression de ma gratitude.

Merci enfin et surtout à Madame Danièle LACROIX, Directrice du Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan-Les Mureaux, pour l'enthousiasme, pour le dynamisme, pour la liberté de ton et l'intelligence avec lesquels elle a bien voulu assurer l'accompagnement méthodologique de mon mémoire, ce dont je lui suis particulièrement reconnaissant.

Hubert de Beauchamp

8 octobre 1999

SOMMAIRE

INTRODUCTION
Un pôle mère enfant public/privé à Saint-Nazaire…« accélération de l'Histoire ? »

Le pôle mère-enfant, un nouveau projet pour la ville de Saint-Nazaire 05

Un projet d'établissement essentiellement axé sur des préoccupations internes 06
Le refus exprimé par l'ARH et l'engagement dans un processus contractuel 06
La prise en charge de la mère et de l'enfant dans le protocole d'accord 07
Les « grandes manœuvres » des cliniques privées 08

Le relevé de conclusions du 5 février 1999 09

Eléments de méthodologie 11

PREMIERE PARTIE
Environnement et enjeux du futur pôle mère-enfant

I-1 La gynécologie obstétrique, activité contrainte 13

I-1-1 La naissance sous surveillance 13
I-1-2 Un nouveau cadre réglementaire 14
I-1-3 Une discipline menacée 15

I-2 Les orientations régionales de santé publique 17

I-2-1 Le *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 17*
I-2-2 La carte sanitaire pour 1999-2004 19
I-2-3 Le Réseau Sécurité Naissance 20

I-3 L'organisation actuelle de la naissance sur le secteur sanitaire 20

I-3-1 Physionomie du secteur sanitaire et éléments de démographie 20
I-3-2 Situation et activité respectives des deux maternités 22
I-3-3 Zone de recrutement et flux en gynécologie obstétrique 26

I-4 Les enjeux du pôle mère-enfant 27

I-4-1 La négociation de la trame de cahier des charges 27
I-4-2 Le positionnement des différents acteurs 29

DEUXIEME PARTIE
Les conditions de succès

II-1 Créer une structure efficiente 34

II-1-1 Des incertitudes quant aux avantages attendus du regroupement 35
II-1-2 De La nécessité de privilégier l'efficacité dans sa dimension qualitative 36

II-2 Développer une prise en charge de qualité **37**

II-2-1 Un débat ancien sur les conditions de prise en charge des parturientes *37*
II-2-2 La qualité des soins, justification ultime du regroupement *38*

II-3 Garantir la pérennité de la structure **39**

II-3-1 Se prémunir contre un retrait éventuel du partenaire privé *40*
II-3-2 Conjurer les risques de dysfonctionnements majeurs *42*

II-4 Susciter l'adhésion du personnel **43**

II-4-1 Les ressources humaines, "zone de risque" du projet *43*
II-4-2 Le personnel médical *45*
II-4-3 Le personnel non médical *49*

TROISIEME PARTIE
Le pôle mère-enfant : « laboratoire » des rapprochements public / privé ?

III-1 Une opération de rapprochement atypique **55**

III-1-1 La coopération public / privé dans les textes *55*
III-1-2 Panorama des rapprochements public / privé *56*
III-1-3 La spécificité et les difficultés prévisibles du projet nazairien *57*

III-2 Des solutions juridiques relativement peu adaptées **59**

III-2-1 Un cadre juridique pour faire vivre le projet médical commun *60*
III-2-2 Un statut pour rassembler les personnels *62*
III-2-3 Un montage financier acceptable *65*

III-3 Saint-Nazaire, terrain d'expérimentation ? **67**

III-3-1 Des points de blocage assez bien identifiés *67*
III-3-2 Un contexte favorable aux expérimentations *69*
III-3-3 De la nécessité d'un signal politique fort en faveur de la coopération *72*

CONCLUSION **74**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET BIBLIOGRAPHIE **76**

ANNEXES **79**

INTRODUCTION

Un pôle mère-enfant à Saint-Nazaire…« accélération de l'Histoire ? »

Le 22 janvier 1999, les équipes médicales et dirigeantes du Centre Hospitalier et du Groupe Polyclinique de Saint-Nazaire S.A[1]. se sont rencontrées pour réfléchir ensemble aux objectifs et aux contours d'une structure de prise en charge de la mère et de l'enfant. D'un commun accord, dont témoigne le relevé de conclusions du 5 février 1999[2], il a été décidé d'étudier les modalités de constitution, dans un délai de 4 à 7 ans, d'un pôle mère-enfant unique incluant les activités d'obstétrique, de gynécologie, de chirurgie gynécologique, de pédiatrie et de néonatologie.

Le pôle mère-enfant, un nouveau projet pour la ville de Saint-Nazaire

Il est toujours tentant de reconstruire *a posteriori* le cheminement des grands projets en en recherchant les prémices entre les lignes de lointaines décisions. En l'occurrence, l'idée d'une structure commune publique et privée de prise en charge de la mère et de l'enfant fait incontestablement figure d'idée neuve à Saint-Nazaire, d'abord évoquée de manière informelle à l'époque de l'installation des Agences régionales, et que toute une série de facteurs, les uns liés à l'environnement réglementaire de la naissance, certains autres à l'évolution du contexte concurrentiel local, ont fait resurgir au début de l'année 1999 sur fond de préparation du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de deuxième génération.

1- Le Groupe Polyclinique de Saint-Nazaire S.A. est composé de la Polyclinique de l'Océan (spécialités médicales et chirurgicales) et de la Clinique du Jardin des Plantes (maternité), sur des implantations géographiques proches mais distinctes.
2- Ce document est reproduit en annexe n°1.

Un projet d'établissement essentiellement axé sur des préoccupations internes

Il n'est qu'à se reporter pour s'en convaincre au projet d'établissement du Centre Hospitalier, déposé en janvier 1997 au terme d'un long travail de réflexion et de concertation. Dans le domaine de la prise en charge de la mère et de l'enfant, l'établissement se donne pour objectifs « d'adapter la prise en charge des nouveaux nés » et « d'optimiser le fonctionnement de la maternité », en développant les stratégies suivantes :

- favoriser lorsque c'est possible le maintien des nouveaux nés malades ou prématurés auprès de leur mère et améliorer la prise en charge des nouveaux nés à la maternité,
- adapter les conditions de fonctionnement de l'unité d'hospitalisation complète de néonatologie,
- améliorer et valoriser la qualité des prestations médicales en obstétrique,
- renforcer le pôle de chirurgie gynécologique,
- enfin, adapter les structures de la maternité.

Reconnaissant quant à lui, au moins dans la forme, le caractère stratégique du secteur de la mère et de l'enfant, le projet médical décline les objectifs purement internes ci-dessus énumérés. Il est cependant fait allusion à certains « atouts spécifiques » de l'autre maternité du secteur sanitaire, la Clinique du Jardin des Plantes, pour contribuer à expliquer la baisse régulière du recrutement du Centre Hospitalier depuis une dizaine d'années.

Les réserves exprimées par l'ARH et l'engagement dans un processus contractuel

L'Agence Régionale de L'Hospitalisation des Pays de la Loire a finalement refusé en juin 1997 d'approuver ce projet, en invitant l'établissement *« à recentrer [ses] priorités, à rechercher des complémentarités et des coopérations avec [son] environnement nazairien et à hiérarchiser les réalisations qui découleraient des scénarios qu' [il] serait ainsi à même de [lui] soumettre compte tenu de sa situation de «leader» sur la zone de référence »*[3].

3- Lettre adressée le 9 juin 1997 au Président du Conseil d'administration du Centre Hospitalier.

Le Centre Hospitalier et l'Agence régionale se sont alors engagés dans un processus de contractualisation qui se traduit par la renégociation des différents volets du projet initial. Cette démarche est animée par le double souci de ne pas freiner, pour les activités n'appelant pas de réserves majeures, la dynamique créée en interne par le projet d'établissement, et de continuer à négocier avec la tutelle dans la perspective d'un futur contrat d'objectifs et de moyens. Les axes majeurs du projet initial ont donc été progressivement actualisés puis validés.

Un premier ensemble de fiches thématiques « renégociées » a donné lieu à un Protocole d'accord signé le 11 septembre 1998. Les activités les plus sensibles (restructuration du bloc opératoire, cardiologie, cancérologie, collaborations dans le domaine chirurgical, organisation du pôle mère-enfant) ont dû être exclues de ce premier volet contractuel, en attendant la réalisation d'études complémentaires, et renvoyées à un « Protocole additionnel »[4].

Un audit portant sur les activités de cancérologie, de cardiologie et de chirurgie dans les trois établissements du secteur : le Centre Hospitalier, la Polyclinique de l'Océan et, sur la commune voisine de La Baule, la Polyclinique de la Forêt, a ainsi été demandé par l'Agence régionale et finalisé en novembre 1998.

La prise en charge de la mère et de l'enfant dans le Protocole d'accord

Les versions successives de la fiche thématique « mère-enfant » mettent en évidence la rapidité de l'évolution de ce dossier à partir de janvier 1999.

La fiche rattachée au Protocole d'accord du 11 septembre 1998 fait référence, dans sa rubrique « Orientations de l'ARH », à « la création éventuellement à terme d'un équipement mère-enfant commun à l'agglomération nazairienne ». La coopération avec la Clinique du Jardin des Plantes est envisagée de manière tout à fait positive par l'Hôpital, sous l'angle des activités de néonatologie.

La fiche « mère-enfant » datée du 10 mars 1999 et incluse dans le « Protocole additionnel » signé en avril 1999 comporte plusieurs avancées significatives à cet égard : en premier lieu, l'organisation des activités de la mère et de l'enfant y est explicitement envisagée à l'échelle du secteur sanitaire ; ensuite, cette fiche reprend les termes du relevé de conclusions du 5 février 1999, qui lui est d'ailleurs annexé.

4- L'ensemble constitué par le Protocole d'accord et le Protocole additionnel, complété par un schéma directeur et un plan de financement, a vocation à être validé à la fin de l'année 1999 sous forme de contrat d'objectifs et de moyens.

Elle fait en dernier lieu référence, en accord avec l'Agence régionale, au financement par celle-ci d'une étude de faisabilité juridique du futur pôle mère-enfant.

Ces évolutions internes au Centre Hospitalier ont eu leur pendant à la Clinique du Jardin des Plantes, où l'objectif de rapprochement avec la structure publique doit être mentionné dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens à signer avec l'Agence régionale.

On ne saurait retracer de la sorte le cheminement du projet de pôle mère-enfant sans évoquer le contexte concurrentiel local, dont les bouleversements récents apportent une clé de lecture tout à fait essentielle.

Les « grandes manœuvres » des cliniques privée

En décembre 1997, la Polyclinique de la Forêt obtenait du secrétaire d'Etat à la Santé l'autorisation de quitter La Baule pour se reconstruire à Saint-Nazaire, à la condition d'établir un partenariat avec le Centre Hospitalier, notamment en matière d'équipements lourds. La Polyclinique de la Forêt est un établissement de 118 lits développant un panel très complet de spécialités chirurgicales et d'activités médicales, absent en revanche du créneau de la gynécologie et de l'obstétrique. Elle a cette particularité de ne pas être contrôlée par les praticiens qui y exercent.

Initialement réticente au principe de ce transfert, auquel elle avait opposé un refus en juin 1997, l'Agence régionale de l'Hospitalisation y a par la suite ajouté une autre condition : le rapprochement juridique avec le Groupe Polyclinique de Saint-Nazaire S.A., dans le but de constituer une seule entité privée dans le cadre d'un partenariat avec le Centre Hospitalier. Jusqu'à présent, les négociations entre les deux Polycliniques sur un projet médical commun n'ont pu aboutir, en dépit de l'éclairage apporté par l'audit commun de novembre 1998. Le déménagement de la Polyclinique de la Forêt et les travaux prévus sur le site d'implantation choisi à Saint-Nazaire sont donc actuellement bloqués. L'échéance fixée pour la signature d'un Contrat d'objectifs incluant le principe de la fusion des deux établissements ayant été dépassée, l'Agence régionale brandit la menace d'un déconventionnement de leurs activités.

Dans ce dossier éminemment complexe, les activités de gynécologie obstétrique sont à l'évidence l'un des éléments importants de la négociation. Interrogés sur leur lecture de la genèse du projet de pôle mère-enfant, certains de mes interlocuteurs ont avancé les éléments d'explication suivants :

- le bon déroulement des discussions avec le Centre Hospitalier sur l'obstétrique conforterait la position des dirigeants du Groupe Polyclinique de Saint-Nazaire S.A. dans leurs négociations avec la Polyclinique de la Forêt, avec en filigrane la menace d'une alliance à deux contre un.

- dans les négociations sur un projet médical commun, la Polyclinique de la Forêt aurait entendu exclure les activités de la mère et de l'enfant de la future entité privée unique, afin de constituer une clinique médico-chirurgicale de spécialités à la fois plus cohérente et probablement plus rentable. Cet argument n'est sans doute pas étranger aux perspectives actuelles d'un possible désengagement des cliniques privées à but lucratif du secteur de l'obstétrique[5].

Quoiqu'il en soit, on peut estimer, sans porter de jugement sur la pertinence de ces arguments au moment où ils ont été soulevés, que le dossier du déménagement de la Polyclinique de la Forêt et celui du pôle mère-enfant sont aujourd'hui quasiment disjoints.

Le relevé de conclusions du 5 février 1999

C'est au début de l'année 1999 que le projet de pôle mère-enfant unique acquiert pour la première fois une dimension concrète, si ce n'est une certaine irréversibilité. La rencontre du 22 janvier est décisive à cet égard : le directeur du Centre Hospitalier, les chefs des services de pédiatrie, d'anesthésiologie et de gynécologie obstétrique d'une part, le directeur et le Président Directeur Général du Groupe des Polycliniques de Saint-Nazaire d'autre part, s'accordent sur les objectifs poursuivis en commun et sur les avantages et inconvénients d'un pôle mère-enfant unique. Cette démarche reçoit l'approbation sans réserves de l'Agence régionale et ouvre la voie à une certaine officialisation du projet, qui se traduit notamment par un travail de communication interne de la part des deux équipes dirigeantes.

Le document signé par les participants à la rencontre du 22 janvier, puis présenté au directeur de l'Agence régionale, esquisse les contours de la future structure commune ; il n'est pas inutile d'en reprendre les différents points :

5- Se reporter à la section II-2 « Garantir la pérennité de la structure », pages 39 et suivantes.

- sont concernées les activités d'obstétrique, de pédiatrie et néonatologie, de gynécologie, d'imagerie et de chirurgie gynécologique ;
- le principe est affirmé du maintien d'une offre publique et privée, en hospitalisation comme en consultation ;
- il est prévu de construire un plateau technique commun et des bâtiments d'hospitalisation neufs comportant un accès autonome et individualisé privé et public, sur un site de l'environnement du Centre Hospitalier ;
- la participation des médecins anesthésistes publics et privés est requise ;
- il devra y avoir unicité des statuts[6] des différentes catégories de personnels non médicaux au sein du plateau technique commun ;
- nécessité est reconnue d'un audit préalable de définition des structures juridiques de mise en œuvre et de gestion du projet ;
- enfin, les délais nécessaires à la réalisation du pôle sont évalués à 4 à 7 ans.

S'agissant maintenant des avantages de ce rapprochement, l'accent est mis, à ce stade des négociations, sur la qualité et le caractère global de la prise en charge, sur la collaboration des équipes médicales et le partage des contraintes de garde, sur la possibilité d'atténuer les conséquences de l'évolution de la démographie médicale, enfin sur le partage des coûts de construction et de mise aux normes.

En dernier lieu, les représentants des deux établissements mettent en avant un certain nombre d'inconvénients, liés°:

- à la qualité de l'accueil dans une maternité réalisant 3000 accouchements,
- aux disparités actuelles de statuts des médecins et personnels non médicaux,
- au coût global du projet.

6- Ce terme de "statuts" ne fait pas forcément référence en l'espèce aux règles statutaires de la Fonction publique.

Eléments de méthodologie

Le choix a été fait d'aborder ce dossier très en amont de la réalisation concrète du projet, à un moment où les discussions revêtent encore un caractère assez général.

Huit mois après la rencontre du 22 janvier 1999 entre les équipes médicales et dirigeantes des deux établissements, l'avancement concret et officiel du dossier se limite en effet :

- au relevé de conclusions du 5 février 1999,
- à une réunion d'information des personnels non médicaux dans chaque établissement,
- à une rencontre "bilatérale" des praticiens par spécialité (anesthésistes et gynécologues obstétriciens). Le projet n'a donc pas fait l'objet à ce stade de prise en compte globale de la part de la communauté médicale concernée.
- à une présentation des conclusions de la rencontre de janvier, suivie d'un débat et d'un vote devant les instances du Centre Hospitalier (Comité technique d'établissement du 7 avril, Commission médicale du 8 avril, Conseil d'administration du 9 avril 1999), qui ont conféré au Directeur un mandat pour poursuivre les négociations.
- à quelques rencontres entre les deux équipes dirigeantes, parfois en présence d'un représentant de l'Agence régionale, destinées à définir de concert le contenu du cahier des charges d'une mission d'audit juridique.

Cette première phase a permis de préciser les objectifs du rapprochement et d'identifier les obstacles prévisibles. Il est intéressant de noter que les attitudes des uns et des autres sont encore susceptibles d'évoluer et que la liberté de réflexion demeure totale.

Le point de vue qui a été privilégié dans ce mémoire a été celui d'un futur directeur d'établissement public de santé. Loin de tenter de se substituer, en proposant une analyse de faisabilité complète étayée par une étude d'environnement, aux travaux du consultant appelé à intervenir à partir de novembre 1999, le présent document se limite à un niveau d'information permettant à un "extérieur" de bien saisir les enjeux du dossier et s'attache à en mettre en valeur la dimension transversale.

La recherche se déroule en trois étapes:

- une présentation de l'environnement et des enjeux du pôle mère-enfant,

- une analyse des conditions de succès mettant en évidence les différentes dimensions du problème.

- une troisième partie sur la contribution éventuelle du dossier nazairien à l'enrichissement de la réflexion sur le rapprochements public / privé, avec l'opportunité de faire un bilan des restructurations du tissu hospitalier et le souci constant d'apporter des informations transposables le cas échéant à des problématiques comparables.

PREMIERE PARTIE

Environnement et enjeux du futur pôle mère-enfant

Le projet des deux maternités nazairiennes apparaît comme très largement déterminé par des éléments extérieurs, dès lors qu'il concerne une activité particulièrement encadrée et surveillée par les pouvoirs publics et s'inscrit dans un contexte régional très favorable aux regroupements d'établissements de santé.

I-1 La gynécologie obstétrique, activité contrainte

Empreinte d'une indéniable dimension politique, qualifiée à juste titre d'activité « structurante » par les planificateurs, dont elle constitue un thème de travail particulièrement riche, la gynécologie obstétrique est au cœur des grandes restructurations du paysage sanitaire français. Elle est de surcroît la cible privilégiée du mouvement séculaire d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, comme l'ont encore montré les débats qui ont accompagné la parution des décrets du 9 octobre 1998. Elle est enfin concernée au premier chef par les sombres perspectives d'évolution de la démographie médicale.

I-1-1 La naissance sous surveillance

Les résultats quelque peu décevants de la France en matière de périnatalité sont dans la ligne de mire des pouvoirs publics et d'une fraction croissante d'une opinion publique toujours mieux informée. L'amélioration spectaculaire de l'état sanitaire de la population française a laissé subsister des retards criants, qui contribuent à mettre en cause l'efficacité du système de soins français. Abondamment cités et commentés dès qu'il est question de dépenses de santé et/ou d'efficacité comparée du modèle national, ces chiffres aujourd'hui bien connus de 16ème rang des pays membres de l'O.C.D.E[7]. pour la mortalité

7- Organisation pour la Coopération et le Développement Economique

périnatale et de 6ème rang pour la mortalité infantile[8] peuvent à eux seuls justifier les orientations actuelles de la politique suivie en matière de naissance.

Il est à noter que la région des Pays de la Loire obtient pour la périnatalité des résultats très légèrement supérieurs à la moyenne.

Les Pouvoirs publics n'ont pu éviter d'aborder cette question sous l'angle technique, comme en témoignent, à dix années d'intervalle, la circulaire de 1988[9] et les décrets du 9 octobre 1998. L'actualité hospitalière vient cependant régulièrement rappeler, et en tous cas chaque fois que l'occasion se présente, que l'organisation de la naissance possède en France une dimension irrationnelle forte ; les fermetures de maternités voient en effet immanquablement se mobiliser, outre la communauté hospitalière concernée et la « patientèle » potentielle (souvent d'ailleurs artificiellement grossie d'éléments de circonstances), les élus, les défenseurs du service public et l'opinion publique tout entière, dans un climat passionnel où se mêlent les considérations politiques et les arguments psychologiques. Symboles de prospérité et de dynamisme économique, vitrines des établissements de santé réputés "actifs", voire des communes elles-mêmes, les maternités sont par excellence les services hospitaliers intouchables. Les projets de regroupement achoppent de manière quasi systématique sur l'argument de l'accès aux soins, les notions de proximité et de sécurité demeurant à l'heure actuelle difficilement dissociables dans l'esprit de futures mères pourtant disposées à se déplacer pour bénéficier des services et équipements d'une structure de niveau 2. Avec la fermeture de ces services à faible activité, c'est aussi un moyen de faire apprendre aux familles jeunes le chemin de l'hôpital qui disparaît, le risque étant de voir l'hôpital « glisser vers la gériatrie » en l'absence de justification au maintien d'un plateau technique important.[10]

I-1-2 Un nouveau cadre réglementaire[11]

La vague normative d'octobre 1998 a achevé d'uniformiser les règles s'appliquant aux établissements publics et aux établissements privés, qui sont dorénavant tenus de satisfaire à un même ensemble de

8- OCDE, « Les dépenses de santé », Bloc-notes statistique, 1990.
9- Circulaire n°127 du 5 mai 1988.
10- Kerleau, Fargeon et Le Vaillant - Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins - Référence bibliographique [01].
11- Décrets n°98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998

conditions techniques de fonctionnement, aussi bien pour les locaux et équipements que pour les différentes catégories de personnels médicaux et non médicaux.

Le décret définit également trois niveaux d'activité et les missions correspondantes ; cette répartition des structures en fonction de leur type d'activité (unité d'obstétrique seule, ou unité d'obstétrique avec néonatologie, ou unité d'obstétrique avec néonatologie et réanimation néonatale) est assortie d'une formalisation conventionnelle du travail en réseau.

Les articles 4 et 5 du décret n°98-899 du 9 octobre 1998 et le nouvel article R. 712-87 du Code de la Santé Publique instituent une procédure d'autorisation des activités de soins relatives à l'obstétrique, à la néonatologie et à la réanimation néonatale. Un arrêté du ministre chargé de la Santé doit venir ouvrir, à l'issue de la période prévue pour la révision des SROS, une « fenêtre » de six mois pour le dépôt des demandes d'autorisation. A compter de la notification de cette autorisation, le délai de mise en conformité pourra être compris entre trois ans (pour les conditions techniques de fonctionnement) et cinq ans (pour les locaux dans un contexte de regroupement des sites).

Autant dire que la réalisation concrète du projet de pôle mère-enfant devra s'inscrire dans ce calendrier réglementaire de demande et de mise en œuvre des autorisations, l'objectif étant d'éviter autant que possible le dépôt de deux dossiers d'autorisation distincts, qui ne pourrait que brouiller la représentation qu'ont les différents acteurs des chances d'aboutissement du projet.

I-1-3 Une discipline menacée

La gynécologie obstétrique apparaît dans une certaine mesure comme une discipline sinistrée[12], compte tenu de la pénurie qui en affecte les praticiens[13] ; cette pénurie se traduit à la fois par des difficultés de recrutement et par une mauvaise répartition sur le territoire national, que viennent aggraver certaines caractéristiques de la composition de ce corps professionnel.

12- Les éléments de réflexion qui suivent sont inspirés du Livre blanc rédigé par le principal syndicat de praticiens (SYNGOF). Référence bibliographique [02].

13- On rappelle que cette discipline ne concerne pas moins de quatre familles de praticiens : les obstétriciens, les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétriciens et les chirurgiens gynécologiques. La formation a été unifiée en 1988, mais il y a encore un grand nombre « d'ex C.E.S » en activité.

Au début de l'année 1998, 116 postes de praticiens hospitaliers à temps plein étaient vacants dans les centres hospitaliers non universitaires[14], conséquence de la baisse constante du nombre de nominations par rapport aux postes proposés.

Le nombre des inscrits en 3ème année de D.E.S. de gynécologie obstétrique par rapport à 100 praticiens actifs est, avec la stomatologie, le plus faible de toutes les spécialités (soit 1,5).

Les difficultés de recrutement sont en partie liées aux conditions d'exercice d'une discipline volontiers décrite comme pénible, stressante, soumise à un risque médico-légal important, et relativement mal rémunérée[15]. Cette vision globale cache cependant une réelle diversité dans l'exercice professionnel, puisque moins de deux tiers des gynécologues pratiquent l'obstétrique[16]. De même, un gynécologue sur cinq ne fait ni chirurgie, ni accouchements. Ceci explique que l'obstétrique soit particulièrement affectée par les difficultés de recrutement.

Le mouvement général de féminisation[17] amplifie ces tendances dans la mesure où les femmes spécialistes réalisent en moyenne moins d'actes que leurs confrères masculins et s'orientent plutôt, une fois mères de famille, vers les sous-spécialités les moins pénibles.

La profession connaît également un vieillissement marqué, puisque 86% des obstétriciens ont plus de 40 ans, et 32% plus de 50 ans. On estime qu'à partir de 2003, 183 gynécologues obstétriciens cesseront leur activité chaque année ; une majorité d'entre eux n'attendent d'ailleurs pas l'âge de la retraite pour abandonner à leurs jeunes confrères les activités d'obstétrique, qui sont à l'évidence les plus exigeantes en terme de disponibilité et de résistance à la fatigue et au stress.

Enfin, les gynécologues obstétriciens sont répartis de façon inégale sur le territoire national, avec un très net déséquilibre au profit de la région parisienne et de la région PACA. Avec 5,4 praticiens pour 100.000 habitants, la région des Pays de la Loire est bien loin de la moyenne nationale de 7,8 pour 100.000.

L'anesthésiste réanimation et la pédiatrie ne sont guère mieux loties : Selon le Rapport Nicolas[18], les courbes déficitaires en obstétriciens, pédiatres et anesthésistes sont strictement superposables. On assiste à l'installation d'une sorte de « cercle vicieux » qui fait de la désaffection des jeunes praticiens pour ces disciplines pénibles le principal facteur d'aggravation de la pénibilité en question.

14- A titre de comparaison, les facultés de médecine forment entre 75 et 85 gynécologues obstétriciens par an.

15- Entre 1990 et 1995, selon une enquête du SESI sur les spécialistes libéraux, seul le revenu moyen des gynécologues a diminué, en lien notamment avec une moindre progression de l'activité depuis 1993.

16- Enquête réalisée en 1997 par le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF).

17- Selon une enquête réalisée par l'INED, 45% des gynécologues obstétriciens seront des femmes en 2010.

18- Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, obstétrique, pédiatrie et radiologie – mars 1998. Référence bibliographique [03].

Le responsable hospitalier ne peut négliger ces évolutions majeures susceptibles de bouleverser, dans un avenir plus ou moins proche, les conditions d'exercice de ces disciplines à caractère fortement stratégique. Le secteur sanitaire de Saint-Nazaire apparaît cependant comme relativement privilégié à cet égard, dans la mesure où la proximité des stations balnéaires et des ports de plaisance du sud de la Bretagne contribue à lui conférer une attractivité qui ne se dément pas. Pour autant, il n'est pas certain que cette situation aujourd'hui satisfaisante soit appelée à perdurer ; après la baisse de la natalité jusqu'à une époque très récente, la pénurie de praticiens pourrait constituer un puissant levier de restructuration des maternités. A titre d'illustration, le regroupement de cliniques obstétricales en cours dans la banlieue ouest de Nantes[19] aurait été très largement inspiré par les préoccupations de pédiatres anticipant la dégradation progressive de leurs conditions de vie et de travail.

I-2 Les orientations régionales de santé publique

I-2-1 Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)

Rendu public en juillet 1999, le SROS fait du développement des réseaux une priorité régionale pour les cinq années à venir. En matière de périnatalité, cette priorité se traduit par trois objectifs opérationnels :

1- « garantir la sécurité en adaptant l'organisation »,

2- « obtenir que chaque femme accouche dans une maternité adaptée à son niveau de risque »,

3- « faire du Réseau Sécurité Naissance[20] un acteur de santé publique à part entière ».

Le SROS de deuxième génération s'inscrit ainsi dans le droit fil des réflexions conduites à l'échelle nationale sur le travail en réseau et l'amélioration de la qualité des soins en périnatalité.

19- Voir la page suivante pour une présentation plus détaillée.
20- Créé en décembre 1997, ce réseau de soins périnatals regroupe les établissements publics et privés de la région. Se reporter à la page 20 du présent mémoire.

Les regroupements d'établissements sont présentés comme un « principe d'action » du Schéma : *« Outre l'organisation médicale, [ils] permettent une pertinence accrue et une rentabilité des investissements, notamment en équipements lourds et en logistique »*[21]. Le CHRU voit son rôle conforté en matière de soins intensifs de néonatologie et sera le seul site autorisé de réanimation néonatale dans le département.

Dans les villes où coexistent une offre publique et une offre privée, le SROS préconise une solution « d'équilibre concurrentiel » et incite à la constitution de plateaux techniques communs. C'est par exemple le cas dans l'autre grande agglomération de la région, Nantes, où une stratégie de regroupement des établissements de santé privés se fait jour et devrait conduire à la création de structures de taille importante : fusion à Saint-Herblain[22] de deux cliniques privées, la. Clinique Notre-Dame-de-Grâces et la Polyclinique de l'Atlantique, pour constituer la plus importante clinique obstétricale de l'Ouest et l'une des cinq premières de France, avec 5000 naissances annuelles ; rapprochement de quatre cliniques du centre de Nantes, dont deux maternités réalisant chacune 700 à 800 accouchements par an.

S'agissant de l'activité de chirurgie gynécologique, le SROS continue de faire référence, pour le secteur de Saint-Nazaire, à « deux établissements à vocation sectorielle ».
Il est cependant à noter que la version définitive du SROS de deuxième génération marque un recul sémantique par rapport aux documents de travail du début de l'année 1999, au sens où la perspective du regroupement des activités de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Nazaire n'apparaît plus explicitement ni dans le chapitre « Répartition géographique par pôle », ni dans les annexes (« modifications nécessaires à la réalisation du Schéma »). Il faut y voir, plus qu'un revirement de la part de l'Agence régionale, la traduction d'une volonté de ne pas interférer, par des recommandations éventuellement « opposables », dans un autre rapprochement public/privé en cours à La Roche sur Yon.
Saint-Nazaire est loin en effet d'avoir l'exclusivité des questions de réorganisation de l'offre de soins en gynécologie obstétrique. La spécificité de la Vendée tient au fait que la constitution d'un pôle public/privé à La Roche sur Yon pourrait y provoquer un effet d'appel de nature à déstabiliser les petites maternités

21- ARH Pays de la Loire – Projet de SROS 1999-2004 – février 1999.
22- Saint-Herblain constitue la partie ouest de l'agglomération nantaise, en direction donc de Saint-Nazaire.

publiques du département[23], dont le maintien en activité demeure aujourd'hui nécessaire. Ce risque n'existe pas à Saint-Nazaire; c'est donc un double souci de cohérence et de « parallélisme des formes » qui a conduit la tutelle à ne faire usage de l'opposabilité ni en Loire-Atlantique, ni en Vendée.

I-2-2 La carte sanitaire pour 1999-2004

Le secteur sanitaire n°2 présente, par rapport aux capacités autorisées, un excédent de 11 lits, qu'il convient cependant d'apprécier eu égard aux 20 lits du Centre Hospitalier « gelés » depuis 1994 ; il y a là une marge de manœuvre qui pourrait s'avérer utile, tant dans la perspective de constituer deux sous-ensembles équilibrés d'une quarantaine de lits chacun, que s'il y avait lieu d'argumenter autour de la faisabilité juridique d'une opération de regroupement[24].

Secteur sanitaire n°2 231.719 habitants	**CENTRE HOSPITALIER**	**CLINIQUE**	**ENSEMBLE SECTEUR N°2**
Capacités installées	44	40	84
Capacités autorisées	64	40	104
	Indice de besoins 1994 (*)		0,44
	Besoins 1994 (excédent)		102 (+2)
	Indice de besoins 1999 (*)		0,40
	Besoins 1999 (excédent)		93 (+11)

(*) en lits ou places pour 1000 habitants

Qui plus est, la Loire-Atlantique se distingue par un léger déficit, en termes d'équipements en lits d'obstétrique, par rapport aux moyennes régionale et nationale.

L'Agence régionale n'en considère pas moins les capacités actuelles comme satisfaisantes au regard des besoins de la population. Il faut ajouter que le secteur de néonatologie du Centre Hospitalier (soit 16 lits dont 2 lits de soins intensifs) a vocation à être conforté, afin d'accompagner le développement de l'activité obstétricale tout en limitant les transferts vers la structure régionale de niveau III.[25]

23- Challans, Luçon, Montaigu, Les Sables d'Olonne et Fontenay-Le-Comte.
24- L'article L 712-11 du Code de la Santé publique stipule en effet que chaque opération de regroupement doit être assortie d'une réduction du nombre des lits ou des places autorisés.
25- Structure de niveau III : unité d'obstétrique, unité de néonatologie et unité de réanimation néonatale.

I-2-3 Le Réseau Sécurité naissance

Le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire et la Clinique du Jardin des Plantes sont depuis 1998 parties prenantes d'un Réseau régional de soins périnatals dont la vocation principale est d'améliorer, par la gradation et la continuité des soins, la prise en charge globale de la mère et de l'enfant.

Le Centre Hospitalier a rejoint le réseau en qualité de structure de niveau II (services d'obstétrique et de néonatologie), tandis que la Clinique intervient au niveau I (soins obstétricaux et soins aux nouveaux nés asymptomatiques). Les deux établissements travaillent d'ailleurs de concert depuis plusieurs années (transfert de nouveaux nés symptomatiques vers le service de pédiatrie du Centre Hospitalier).

Outre la promotion du principe d'amélioration de la qualité des soins, le Réseau tend à favoriser le maintien du lien social et familial des nouveaux nés et de leur mère ; il vise enfin à assurer la continuité, la coordination des soins et la meilleure orientation des patients dans le respect des principes de gradation des niveaux de soins. Le Réseau a par exemple défini des normes en matière de diagnostic ante natal, de transferts *in utero*, de transferts de nouveaux nés, d'organisation des structures de soins et d'organisation des soins néonatals. Il constitue un cadre particulièrement favorable aux échanges entre confrères du secteur public et du secteur privé.

I-3 L'organisation actuelle de la naissance sur le secteur sanitaire

I-3-1 Physionomie du secteur sanitaire et éléments de démographie

La Clinique du Jardin des Plantes et le Centre Hospitalier sont implantés au cœur d'un secteur sanitaire d'environ 235.000 habitants, assis sur l'agglomération nazairienne (136.630 habitants dont 65.644 pour la commune stricto sensu). Ce secteur s'étend vers la presqu'île du Croisic à l'ouest (cantons de La Baule, Guérande, Le Croisic), vers l'agglomération nantaise à l'est (Montoir, Savenay), au sud de l'estuaire de la Loire également (Pornic, Paimboeuf, Saint-Père-en-Retz, Bourgneuf-en-Retz), vers le nord du département enfin (Herbignac, Pontchâteau et Saint-Gildas). L'agglomération nantaise est distante d'une cinquantaine de kilomètres.[26]

26- Une carte des secteurs sanitaires de la Région des Pays de la Loire est reproduite en annexe n°2.

En dépit de l'existence d'une politique concertée d'aménagement de l'estuaire de la Loire, toutes les études réalisées ces dernières années ont conclu à l'existence d'une coupure nette entre Saint-Nazaire et Nantes, accréditant ainsi la pertinence d'un secteur sanitaire actif autour de Saint-Nazaire : la métropole nantaise apparaît en effet comme suffisamment éloignée pour que puissent se développer, à un niveau d'activité global élevé, l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales. Le secteur sanitaire n°2 vient d'ailleurs d'être étendu aux cantons de Savenay (entre Nantes et Saint-Nazaire) et de Bourgneuf-en-Retz (Sud Loire).

L'équipe dirigeante du Centre Hospitalier est engagée depuis plusieurs années dans une stratégie tendant à conforter son statut d'établissement de référence du secteur, face à un Centre Hospitalier Régional Universitaire toujours suspect d'hégémonisme. Cet objectif de consolidation de l'offre de soins et de l'activité du secteur n°2 fait aujourd'hui l'objet d'un consensus, dont témoigne par exemple la décision d'implanter sur le site du Centre Hospitalier, outre le seul appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) du secteur[27], le futur pôle mère-enfant.

Les projections démographiques tablent sur une croissance de l'ordre de 3,2% entre 1990 et 2000, année où la population du secteur n°2 atteindrait un maximum de 235.600 avant d'amorcer un léger déclin qui la conduirait à se stabiliser autour de 234.000 en 2015 (Modèle OMPHALE, INSEE 1998).

Il faut ajouter que le secteur connaît un afflux touristique important pendant la période estivale. Le dispositif de prise en charge des urgences, pédiatriques notamment, doit prendre ce phénomène en considération.

La population de secteur est caractérisée par un vieillissement légèrement supérieur à la moyenne régionale et nationale, mais la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans est à l'heure actuelle plus importante en Loire-Atlantique qu'à l'échelon régional (25,7% contre 24,7%).

Le nombre annuel de naissances semble aujourd'hui stabilisé entre 2800 et 2900 pour Saint-Nazaire, 15000 pour le département et 40000 pour la région.

	1994	1995	1996	1997	1998
SAINT-NAZAIRE	2656	2950	2838	2784	2843
LOIRE-ATLANTIQUE	13682	14421	14691	14819	15084
PAYS DE LA LOIRE	37512	39062	39588	39611	40158

Source : Etat civil – ORS
Naissances enregistrées dans les communes, quel que soit le domicile de la mère.

27- Exploité en commun avec des radiologues libéraux, dans le cadre d'un Groupement d'intérêt économique, l'I.R.M. fonctionne depuis mai 1999.

A titre de comparaison, il naissait de l'ordre de 47000 enfants dans les Pays de la Loire en 1980 et 1981. La baisse de la natalité a été continue jusqu'en 1993, avant que les petits enfants du « baby boom » ne prennent le relais à partir de 1995. Avec un indice de 1,81 contre 1,72 pour la France entière, la région des Pays de la Loire a retrouvé depuis 1996 cette fécondité élevée qui la caractérisait jusqu'au début des années 80.

Cette tendance pourrait être confirmée par la détermination statistique de données complémentaires, tel le « potentiel de naissance » du bassin nazairien, autrement dit le nombre de naissances si toutes les femmes domiciliées dans le bassin accouchaient dans la future maternité unique.

Il convient cependant de relativiser, dans ce contexte précis, les apports de l'analyse des données démographiques, dont les évolutions tendancielles et très largement prévisibles ne sauraient en effet remettre en question la nécessité d'une structure adaptée, tant qualitativement que quantitativement, à la prise en charge des naissances du secteur de Saint-Nazaire. On peut aller jusqu'à affirmer que le projet de pôle mère-enfant n'est que très secondairement motivé à l'heure actuelle par des considérations tirées de l'analyse démographique.

I-3-2 Situation et activité respectives des deux maternités

- *Statut et environnement médico-technique*

Le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire est un établissement de 1028 lits et places développant l'ensemble des disciplines de court, moyen et long séjour. Les 44 lits installés du service de gynécologie obstétrique (auxquels il faut ajouter 4 lits d'hôpital de jour[28]) sont donc adossés à un dispositif très complet de prise en charge de la mère et de l'enfant : un service de pédiatrie de 30 lits, une unité de néonatologie (16 lits dont 2 lits de soins intensifs), un hôpital de jour de pédiatrie, un accueil spécifique des urgences pédiatriques, un Centre de Planification et d'IVG. L'établissement dispose également de l'autorisation de pratiquer les activités d'assistance médicale à la procréation (recueil ovocytaire et volet biologique). Enfin, un projet est à l'étude d'implantation d'une unité « kangourou » de 6 lits.

28- Bien que dépourvus d'existence « officielle », ces quatre lits sont le support d'une activité de jour qui apparaît dans la S.A.E.

La Clinique du Jardin des Plantes, établissement privé à but lucratif de 40 lits, appartient au Groupe Polyclinique de Saint-Nazaire S.A., lui-même contrôlé à hauteur de 51% par une société anonyme trompeusement dénommée « Holding du Jardin des Plantes »[29]. Le Président Directeur Général du Groupe est l'un des gynécologues obstétriciens.

Le Groupe a une importante activité de cancérologie (la Polyclinique de l'Océan accueille dans ses murs un Centre de Radiothérapie Oncologie doté d'un accélérateur de particules) et possède son propre centre d'imagerie médicale (scanner, écho-doppler, radiographie conventionnelle et mammographie). Il est important de souligner à nouveau que la Clinique du Jardin des Plantes et la Polyclinique de l'Océan sont implantées, certes dans le même quartier de Saint-Nazaire, mais dans des bâtiments distincts, ce qui constitue un élément de souplesse non négligeable dans la perspective d'un regroupement sur le site du Centre Hospitalier.

- *Personnel médical*

Le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital emploie six praticiens hospitaliers, dont deux se consacrent de manière quasi exclusive à la chirurgie gynécologique. Treize autres médecins interviennent dans le cadre de vacations hebdomadaires ou par quinzaine. Deux anesthésistes sont présents toute la journée au bloc obstétrical (roulement de trois praticiens représentant 2,5 ETP[30]).

Le service de pédiatrie néonatologie emploie quant à lui quatre praticiens hospitaliers temps plein, un temps partiel, un assistant et quelques vacataires, dont un pédiatre de la Clinique du Jardin des Plantes.

Le fonctionnement de la maternité privée repose sur quatre praticiens libéraux à temps plein et un praticien non exclusif ; l'un d'eux a une activité importante et diversifiée de chirurgie gynécologique, les autres se cantonnant aux petits actes courants. Trois praticiens attachés y interviennent sans prendre part au tour de garde. La Clinique bénéficie également du concours de cinq médecins anesthésistes libéraux (3,5 ETP), de trois pédiatres et d'une radiologue spécialisée en échographie ; cette dernière participe d'ailleurs au service hospitalier dans le cadre d'une vacation hebdomadaire.

29- On rappelle que le Groupe Polyclinique de Saint-Nazaire S.A. est composé de la Polyclinique de l'Océan (spécialités médicales et chirurgicales) et de la Clinique du Jardin des Plantes (maternité).
30- ETP: équivalent temps plein.

- *Locaux*

Le Centre Hospitalier dispose des salles suivantes:

SECTEUR DE NAISSANCE	**SECTEUR CHIRURGICAL**	**HEBERGEMENT**
4 salles de travail	2 salles d'opération	18 chambres seules + sanitaires
2 salles d'admission	2 salles de pré-anesthésie	16 chambres doubles
2 salles de pré-travail	1 salle de "réanimation bébé"	soit 52% de chambres à 1 lit
2 salles de "réanimation bébé"	1 salle de décontamination	8 douches
1 salle de bain	1 salle de réveil (3 places)	2 nurseries avec baignoires

L'étude menée sur les blocs opératoires du Centre Hospitalier[31] a mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements majeurs, d'ailleurs dénoncés de manière récurrente par le personnel utilisateur: complexité et incohérence des modalités d'accès et d'accueil, vétusté générale, méconnaissance des règles de séparation des circuits propre et sale (à titre d'exemple, on passe du bloc obstétrical au bloc central par un couloir sale), atteintes à la confidentialité et à l'intimité des patientes (le personnel, les patientes et le matériel traversent le secteur d'accouchement pour accéder au secteur opératoire), défaut de surveillance (localisation des salles de pré-travail à l'extérieur du bloc obstétrical).

La Clinique du Jardin des Plantes comporte quant à elle 2 salles de pré-travail, 3 salles de travail, deux salles de réanimation pour nouveaux nés et deux salles dédiées à la chirurgie gynécologique ; les césariennes sont réalisées dans une salle jouxtant le bloc obstétrical. L'ensemble est moderne, accueillant et aux normes, mais caractérisé par une grande exiguïté. La pièce utilisée pour la stérilisation n'est pas conforme, mais des travaux sont prévus visant à séparer convenablement le circuit stérile du circuit sale.

En matière d'hôtellerie, la Clinique dispose de chambres particulières à hauteur des deux tiers du total. Elle sous-traite depuis peu les activités de restauration et de blanchissage.

- *Activité*

A l'heure actuelle, le Centre Hospitalier et la Clinique du Jardin des Plantes se partagent les quelques 2900 naissances du bassin de Saint-Nazaire; les parts de marché respectives sont stabilisées autour de 55% et 45%, après une période d'une dizaine d'années marquée par le déclin de la structure publique : La fermeture en 1984 de la maternité du Centre Hospitalier de Guérande, conjuguée au vieillissement

31- IRIS Conseil Santé – Etude des blocs opératoires – 5 mars 1999. Cet audit avait vocation à orienter la rédaction du Protocole additionnel mentionné en page 7 du présent document.

des praticiens exerçant à la Clinique, avaient permis au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire d'atteindre un pic de 69% en 1985 (2085 naissances).

Cette même année, le rachat de la Clinique du Jardin des Plantes par la Polyclinique de l'Océan a ouvert une période de croissance soutenue du secteur privé, qui a pu revenir à une part de marché de 41,5% en 1993. Cette tendance et le mouvement plus global de déclin de la natalité ont justifié le gel en 1994 de 20 lits d'obstétrique (sur les 64 lits autorisés au Centre Hospitalier).

La baisse de l'activité gynéco-obstétricale du Centre Hospitalier jusqu'en 1994 et le rééquilibrage des parts de marché au bénéfice du secteur privé doivent être regardés, au-delà des effets conjugués de la crise économique et de la baisse générale de la natalité, comme une forme de sanction d'un certain nombre de retards ou de carences accumulés par la maternité publique : retard en matière de confort hôtelier et de qualité de l'accueil certainement, insuffisante prise en compte des attentes des parturientes probablement (accès à la péridurale 24h/24, présence systématique du gynécologue obstétricien pendant l'accouchement, politique de contacts personnalisés avec les gynécologues de ville).

L'analyse sommaire des données des dernières années met en évidence le caractère très largement comparable de l'activité des deux établissements, en termes d'évolution comme de niveau global.

L'activité du Centre Hospitalier présente ainsi les caractéristiques suivantes:[32]

- 1600 à 1700 accouchements par an,
- un taux de césariennes stabilisé autour de 14%,
- une durée moyenne de séjour en baisse et inférieure à la moyenne nationale,
- un niveau élevé de consultations externes.

La Clinique du Jardin des Plantes peut quant à elle être qualifiée d'établissement globalement rentable[33]: une taille optimale (40 lits), un chiffre d'affaires d'environ 19MF, soit près de 0,5MF par lit et plus de 1300F par journée facturée, des charges de personnel légèrement inférieures à 50% du chiffre d'affaires, une durée moyenne de séjour inférieure à 5 jours. Il n'y a guère que le taux d'occupation qui soit en deçà du niveau qu'un établissement de ce type pourrait atteindre. De même l'effectif moyen (52,82 ETP, soit 1,3 ETP par lit) est-il légèrement supérieur à la moyenne du secteur. Le nombre annuel d'accouchements

32- Se reporter aux tableaux de l'annexe n°3.

33- au sens d'une enquête conjointe UHP-CTC Conseil de 1996 (Bilan financier des cliniques privées).

est compris entre 1100 et 1200, avec un taux de césariennes supérieur d'un ou deux points à la moyenne nationale.

En dernier lieu, l'exploitation des données PMSI[34] révèle un positionnement un peu plus spécifique de la Clinique du Jardin des Plantes sur certaines interventions chirurgicales (coelioscopies opératoires, chirurgie non néo-plastique du sein, pathologies bénignes du sein).

I-3-3 Zone de recrutement, concurrence et flux en gynécologie obstétrique

L'analyse du recrutement en gynécologie obstétrique permet de conclure à une quasi superposition des zones d'attraction des deux établissements, qui assurent ensemble la quasi-totalité des séjours d'hospitalisation complète obstétricale des patientes du secteur n°2, soit 89% en 1997 (chiffre sensiblement égal à celui observé cinq ans plus tôt).

	CENTRE HOSPITALIER	CLINIQUE
Saint-Nazaire	30,8%	26,0%
Guérande	10,8%	8,0%
Montoir	8,3%	7,5%
La Baule	7,7%	12,8%
Pontchâteau	6,5%	9,6%
Herbignac	4,6%	3,9%
Paimboeuf	4,4%	5,8%
Le Croisic	4,3%	4,0%
Pornic	3,8%	5,7%
BASSIN	81,2%	83,3%

Source : d'après les conclusions de l'audit réalisé par le cabinet MGA Conseil
Pourcentages du nombre d'entrées en gynécologie obstétrique pour l'année 1997
Bassin d'attraction : ensemble des cantons représentant 80% des entrées d'un établissement donné.

La « fuite » (soit 11%) se dirige à plus de 90% vers le secteur sanitaire n°1 (agglomération nantaise) et semble difficilement compressible ; elle ne saurait être considérée à son niveau actuel comme déterminante dans la décision de rapprochement des deux structures nazairiennes. En revanche, la perspective de l'implantation, dans un bâtiment neuf situé à une trentaine de minutes de Saint-Nazaire par voie rapide, d'une clinique privée réalisant 5000 accouchements par an[35], ceci à une échéance de deux ou trois ans, constitue une véritable menace en termes de concurrence et, à ce titre, ne doit pas

34- Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
35- Il s'agit de l'opération de concentration déjà évoquée en page 18 du présent document.

être négligée par les deux établissements nazairiens. Ce n'est pas le moindre des enjeux du pôle mère-enfant.

I-4 Les enjeux du pôle mère-enfant

I-4-1 La négociation du contenu de la trame de cahier des charges

Le principe du recours à un consultant pour réaliser les études préalables a rapidement fait l'objet d'un consensus entre les deux partenaires, et obtenu de la part de l'Agence régionale les assurances d'une contribution financière. La définition, dans le courant de l'été 1999, des contours et des modalités de cette mission de conseil a donné lieu à une première « confrontation formelle » des points de vue des uns et des autres, et il n'est pas inintéressant d'en retracer ici les étapes.

La trame de cahier des charges, dont la rédaction avait été confiée de manière consensuelle au Centre Hospitalier, a été successivement discutée et approuvée en réunion de direction, présentée aux praticiens hospitaliers chefs de service concernés (anesthésiologie, pédiatrie, gynécologie obstétrique), soumise enfin à l'équipe dirigeante de la Clinique du Jardin des Plantes. La version finale[36] comporte des modifications substantielles par rapport à l'origine. Les échanges les plus nourris ont porté sur les points suivants :

- *Les contours précis du futur pôle mère-enfant*

Au-delà de l'effet d'annonce consistant à présenter le pôle comme un ensemble cohérent regroupant en un même lieu l'ensemble des activités liées à la prise en charge de la mère et de l'enfant, la définition des contours précis du projet est relativement complexe. On ne saurait en effet concevoir l'installation de la Clinique du jardin des Plantes sur le site du Centre Hospitalier sans mener une réflexion approfondie sur le positionnement relatif des autres activités dont le secteur public a l'exclusivité, à commencer par les urgences pédiatriques et la néonatologie, sans réfléchir non plus à ses conséquences sur la restructuration en cours du bloc opératoire central. La question architecturale revêt donc une grande importance, que viennent encore accroître certains éléments d'ordre stratégique.

36- La trame de cahier des charges est reproduite en annexe n°4.

L'activité de chirurgie gynécologique en offre une remarquable illustration: l'inclusion de cette discipline dans le champ du pôle mère-enfant avait déjà été matière à débat lors de la rencontre du 22 janvier 1999 ; autant l'obstétrique fait figure d'activité très réglementée et particulièrement coûteuse du fait de l'organisation technique que son exercice suppose, autant la chirurgie gynécologique est considérée à juste titre comme une discipline rémunératrice susceptible de peser dans la balance des négociations, spécialement pour les praticiens dont les revenus sont directement liés au niveau et au type d'activité, tels les anesthésistes libéraux.

L'étude des blocs opératoires du Centre Hospitalier réalisée en mars 1999[37] est venue significativement mettre en relief la dimension stratégique de la chirurgie gynécologique dans les négociations à venir : le scénario de restructuration incluant cette activité dans le bloc opératoire central a été particulièrement discuté en interne, puis jugé inacceptable par les praticiens libéraux lors de leurs premiers échanges sur le sujet avec leurs confrères hospitaliers.

Il est désormais admis de manière quasi unanime que la chirurgie gynécologique devra continuer à se pratiquer dans un bloc spécifique, fut-il relié par un couloir au bloc central du Centre hospitalier.

- *Le mode de rémunération des médecins*

Dans le droit fil de leurs discussions du 22 janvier 1999, les équipes dirigeantes des deux établissements ont suscité des rencontres entre les praticiens publics et privés des différentes disciplines concernées. Les gynécologues obstétriciens n'ont manifesté aucune opposition de principe à l'idée de travailler ensemble. La question de l'harmonisation des rémunérations a néanmoins été identifiée comme la pierre angulaire du projet et donc une source potentielle d'échec. Ce point essentiel fera l'objet de développements ultérieurs.[38]

- *L'anesthésie libérale*

La perspective d'une non participation des anesthésistes libéraux, pire encore la menace que représente, pour leurs confrères du secteur public, leur retrait éventuel après quelques années de fonctionnement du pôle mère-enfant, sont unanimement considérés au Centre Hospitalier comme un obstacle majeur à la concrétisation du projet. L'équipe de direction a initialement jugé opportun de faire de la participation des anesthésistes l'un des « principes de référence » du projet, et d'indiquer dans la première version de la

37- Cf. note de bas de page n°31.

38- Se reporter à la section II-4 Susciter l'adhésion des personnels, page 43 du présent document.

trame que des postes d'anesthésistes hospitaliers supplémentaires seraient demandés en cas de non participation des libéraux. Les dirigeants du Groupe Polyclinique de Saint-Nazaire S.A. ont estimé quant à eux qu'il était inutile, voire risqué à ce stade des négociations, de faire ce mauvais procès aux anesthésistes libéraux ; le cahier des charges a donc été modifié sur ce point. La menace n'en a pas été écartée pour autant.

- *Les relations avec l'Agence régionale*

La première version de la trame faisait mention, à l'attention du futur prestataire de conseil, des « Orientations de l'ARH ». L'équipe de direction du Centre Hospitalier a tenu par ailleurs à mettre en relief l'engagement des deux établissements dans un processus de contractualisation.

Se déclarant attachés à la dimension purement bilatérale du projet mère-enfant, les dirigeants de la Clinique du Jardin des Plantes ont demandé et obtenu que soit supprimée toute référence à l'Agence régionale dans le document final. Cette attitude n'est probablement pas dénuée de relations avec la tournure prise par les négociations sur le déménagement de la Polyclinique de la Forêt. La concomitance des deux événements est en tout cas évidente.

I-4-2 Le positionnement des différents acteurs

On retiendra de "l'acteur "la définition proposée par Contandriopoulos et Souteyrand : *"agent (ou groupe organisé d'agents) interagissant avec d'autres et se caractérisant simultanément par sa culture, ses intentions, et ses stratégies, sa capacité à agir et les ressources qu'il utilise ou qu'il contrôle."* [39]

- *Le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire*

L'équipe de direction devrait aborder les négociations à venir dans un état d'esprit tout à fait spécifique : encore une fois, les projets en cours de restructuration du bloc central et de modernisation de la maternité ont à l'évidence été inspirés par une vision essentiellement interne du développement des activités de l'établissement, conformément d'ailleurs à la propension de l'organisation hospitalière à se

39- L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins - p. 85 - Référence bibliographique [04].

comporter comme une organisation fermée vis-à-vis de son environnement[40], ce qui ne laisse pas d'étonner de la part d'un établissement pourtant très actif en matière de coopérations.

Le projet mère-enfant ne suscitant jusqu'à présent aucune opposition de fond chez les différents acteurs hospitaliers, il y a là pour le Centre Hospitalier une occasion unique de conforter son rôle d'établissement de référence du secteur sanitaire, en faisant bénéficier qui plus est les différents services des retombées d'activité suscitées par quelques 1200 accouchements supplémentaires. Cet objectif est tout à fait caractéristique du "*modèle hospitalier émergent*" décrit par Contandriopoulos et Souteyrand comme menant une stratégie active de maîtrise de l'environnement et de renforcement de sa position locale par le développement des activités d'obstétrique et d'urgence.[41]

L'affirmation du Centre Hospitalier passerait ainsi, nonobstant une position stratégique que l'on peut qualifier de dominante, par des rapprochements avec d'autres établissements, ne serait-ce que pour satisfaire aux demandes de la tutelle.

Le principe ayant été posé dès le début des négociations d'une implantation sur le site du Centre Hospitalier, le dossier du pôle mère-enfant est désormais étroitement connecté aux réflexions menées par ailleurs sur la restructuration du bloc opératoire et du bloc obstétrical. C'est bien l'établissement dans son ensemble qui pourrait voir son économie générale bouleversée par la mise en œuvre du projet; en d'autre termes, l'implantation physique du partenaire privé va bien au-delà d'un simple problème d'interface entre deux bâtiments, et ses conséquences, financières notamment, en termes de réorganisation de l'existant ne peuvent être négligées. Il est donc capital de bien peser les implications immobilières et organisationnelles du projet médical commun, en gardant à l'esprit les intérêts propres du Centre Hospitalier.

Cela dit, le projet de pôle mère-enfant présente toutes les caractéristiques d'un beau dossier pour l'équipe de direction et l'établissement dans son ensemble : des volumes financiers importants, une opération de travaux de grande ampleur, une dimension pluridisciplinaire forte, un soutien actif des autorités de tutelle comme de la mairie de Saint-Nazaire, la perspective de négociations passionnantes, le sentiment enfin de s'inscrire dans un mouvement de restructuration d'ampleur nationale.

40- Crémadez et Grateau - Le management stratégique hospitalier - Référence bibliographique [05].
41- op. cité, p. 13 - Référence bibliographique [04].

- *La Clinique du Jardin des Plantes*

Le Président Directeur Général du Groupe, dont il faut rappeler ici qu'il est également gynécologue obstétricien, est le principal inspirateur du projet de pôle mère-enfant. Si le niveau d'activité de la Clinique peut être aujourd'hui considéré comme satisfaisant, il n'en demeure pas moins que les perspectives de développement sont relativement limitées dans le cadre des autorisations actuelles et dans les locaux existants. On peut néanmoins penser qu'un abandon du projet mère-enfant se traduirait tôt ou tard par le recrutement, par l'un et/ou l'autre des établissements, d'un chirurgien gynécologique supplémentaire.

Le Groupe nazairien entre, avec la perspective de regroupement des deux maternités sur fond de rapprochement avec la Polyclinique de la Forêt (La Baule), dans une phase de reconfiguration en profondeur de ses activités, à un moment où les relations entre les deux Cliniques (Jardin des Plantes et Océan) sont devenues problématiques, faute d'avoir pu ou su trouver un cadre acceptable pour l'utilisation en commun de personnels, de services logistiques et autres.
Avec le départ de la Clinique du Jardin des Plantes vers le site du Centre Hospitalier, c'est peut-être une raison de conserver une activité de nuit qui disparaît, le risque étant de déstabiliser l'activité d'urgence chirurgicale de la Polyclinique de l'Océan.

L'officialisation, à échéance de quelques années, d'un "classement" de fait des maternités en niveaux suivant l'existence ou non d'une activité de néonatologie et/ou de réanimation néonatale[42], risque de se traduire, dans l'esprit des usagers, par une hiérarchisation implicite des établissements; il semble en effet que le raisonnement en termes de structure publique ou privée tende à être supplanté par une réflexion sur la qualité et la sécurité du service offert. Dès lors, c'est la question de la survie même de la Clinique du Jardin des Plantes, unité d'obstétrique de niveau I, qui pourrait se trouver posée. Encore faut-il tenir compte de la spécificité des relations établies entre les praticiens et les patientes, cet élément pouvant constituer un facteur déterminant de maintien de l'adressage de la Clinique à son niveau actuel; la Clinique mène d'ailleurs une politique très active de contacts personnalisés avec les gynécologues de ville.

42- Cf. décrets n°98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998

- *La tutelle régionale*

A défaut d'être précisément à l'origine du projet, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation l'a repris à son compte dès lors qu'il s'inscrit complètement dans la politique définie pour la région en matière de naissance et de soins périnatals. La spécificité du dossier nazairien a cependant pu résider à un moment dans le rôle potentiellement « perturbateur » joué par l'autre grande négociation en cours entre les Polycliniques de Saint-Nazaire et la Polyclinique de la Forêt (La Baule). En tant que responsable de l'organisation des soins, l'Agence ne peut prendre le risque de voir l'une des deux maternités déstabilisée. Elle est aujourd'hui en position de pouvoir conditionner l'octroi des moyens budgétaires demandés dans le cadre de la restructuration du bloc opératoire de l'Hôpital à la concrétisation du dossier mère-enfant ; certains praticiens hospitaliers y ont vu une forme de chantage.

Quoiqu'il en soit, l'Agence régionale semble aujourd'hui s'en tenir à sa fonction d'incitation et de régulation; à ce titre, elle attend des deux établissements qu'ils lui soumettent, avec l'appui d'un consultant externe pour les questions juridiques, un projet qui soit à la fois conforme aux orientations régionales de santé publique, bien conçu, forcément novateur et ambitieux.

- *Les patients*

Absents des premières réunions, si ce n'est par la médiation de leur représentant au Conseil d'administration du Centre Hospitalier, les patients ne constituent pas, faute d'organisation effective et de stratégie claire, un "acteur" au même titre que les autres. Le recrutement comparé des deux maternités ces dernières années comporte cependant des fluctuations sans équivoque sur la capacité des parturientes à exprimer leurs préférences et, ce faisant, à influer sur le comportement et les choix des équipes médicales et dirigeantes.

En termes de santé publique et de réponse aux besoins sanitaires, le rapprochement des deux structures ne saurait être présenté comme la réponse à une situation jugée insatisfaisante. Il faut bien considérer en effet que l'équilibre atteint dans le secteur sanitaire n°2 est pour l'instant globalement conforme aux besoins sinon aux attentes des usagers.

La question ne peut être éludée du maintien dans le futur d'une possibilité de choix pour les parturientes. Le risque existe en effet de voir le rapprochement des deux établissements aboutir à une situation monopolistique. Les principes de référence identifiés dès les premières rencontre (maintien d'une offre publique et d'une offre privée en hospitalisation et en consultation, accès autonome et individualisé privé

et public) sont susceptibles de le conjurer, au moins dans un premier temps et probablement au prix d'un certain nombre de contorsions juridiques.

Dans l'immédiat, un important travail de communication est à réaliser afin de promouvoir les avantages escomptés du rapprochement. Le discours devrait se situer sur le terrain de la sécurité et de la globalité de la prise en charge d'une part, sur celui de la qualité de l'accueil dans des bâtiments modernes et fonctionnels d'autre part. Aussi est-il souhaitable de banaliser le regroupement en le présentant comme un événement naturel dans le cadre des restructurations actuelles.

Le projet de pôle mère-enfant unique public et privé met ainsi en présence deux établissements ayant un niveau d'activité suffisant pour que la question de leur rapprochement éventuel ne se pose pas en termes existentiels. L'originalité de ce projet tient finalement à l'anticipation de difficultés dans l'exercice d'une discipline menacée par l'évolution de la démographie médicale et le niveau d'investissement que suppose la mise en conformité.

Les concentrations en cours dans l'agglomération nantaise, et le durcissement des conditions de la concurrence qu'elles vont induire, interdisent tout « ratage » du projet mère-enfant. et appellent un examen aussi minutieux que réaliste des conditions de succès du projet.

DEUXIEME PARTIE

Les conditions de succès

Le succès du projet de pôle mère-enfant est indéniablement lié aux choix qui vont être faits dans les prochains mois en matière de pilotage, d'accompagnement et de concertation; l'intervention d'un consultant extérieur est de nature à favoriser la prise de conscience chez les uns et les autres des enjeux et des difficultés de ce dossier majeur; les négociations sur le contenu du projet médical et la structure juridique idoine devraient assez naturellement prendre le pas sur les autres aspects. Il est cependant capital de ne pas perdre de vue l'objectif de fond, qui est bien de donner envie au personnel de travailler dans une structure offrant une prise en charge de qualité, une structure efficiente et dont la pérennité n'est pas menacée.

II-1 Créer une structure efficiente

Le futur pôle mère-enfant unique public et privé a vocation à être une structure assez unique en son genre puisque constituée du rapprochement de deux services de bon niveau, l'un public, l'autre privé. Il faut souhaiter que la structure commune ne conserve de ces deux modes de prise en charge que les éléments positifs. En changeant les conditions de la concurrence sur le secteur sanitaire, ce regroupement peut faire disparaître la « pression à mieux faire » qui caractérisait jusqu'alors les relations entre les deux établissements et se traduisait par l'exercice d'une « surveillance » mutuelle de tous les instants.

La conjonction de l'entrée en vigueur des textes de 1998 et de la perspective de construction d'un bâtiment neuf est une opportunité unique de s'affranchir de la "dictature des murs" pour repenser totalement l'organisation de la naissance à Saint-Nazaire sous l'angle privilégié de l'efficience, qui peut être définie comme un bon rapport qualité / coût. En l'absence d'études concluant à une quelconque

économie attachée au regroupement, il est indispensable de mettre l'accent sur les facteurs de qualité et d'efficacité.

II-1-1 Des incertitudes quant aux bénéfices attendus du regroupement

Les arguments médicaux ne font pas défaut pour présenter l'opération sous un angle avantageux: renouvellement du plateau technique, concentration de matériel moderne et de personnel de qualité, rapprochement physique autant qu'intellectuel des obstétriciens, des anesthésistes et des pédiatres, dynamisation subséquente des staff pluridisciplinaires, développement de spécialités telles que la cancérologie et la chirurgie gynécologique, attraction des internes de 3ème et 4ème années avec un effet direct sur la qualité des soins spécialisés.

Cela dit, il n'est sans doute pas incongru de s'interroger avec Kerleau, Fargeon et Le Vaillant[43] sur les avantages économiques escomptés du "faire ensemble", encore que le projet de pôle mère-enfant ne semble pas essentiellement motivé par des considérations de cet ordre. Les caractéristiques des processus de prise en charge des patients (interdépendance étroite des étapes successives des soins) sont *a priori* plutôt favorables à l'intégration des activités, tout comme d'ailleurs la diffusion de nouvelles conditions techniques de fonctionnement imposant une coûteuse mise en conformité dans un contexte de renforcement de la contrainte budgétaire.

La concentration des moyens présente cependant un certain nombre d'inconvénients découlant des particularités du secteur de la santé en général, hospitalier spécifiquement. Loin de conduire systématiquement, dans le domaine des activités de soins, à des économies d'échelle; la création d'unités de taille importante se traduit au contraire par une augmentation en "marches d'escalier" des coûts fixes[44] liée à la multiplication des emplois et des actes et à l'installation d'une "technostructure" (réunions à répétition, démultiplication des niveaux d'encadrement, communication interne déficiente, etc.). En devenant plus complexe, l'organisation hiérarchique est aussi moins contrôlable, et l'opportunisme interne tend à se développer.

On ne saurait non plus négliger les coûts de négociation et de transaction attachés à la mise en œuvre du projet.

43- in: Contandriopoulos A.-P. et Souteyrand Y. - op. cité, page 159 - Référence bibliographique [01].
44- Livre blanc sur les hôpitaux de proximité - Référence bibliographique [06].

II-1-2 De la nécessité de privilégier l'efficacité dans sa dimension qualitative

A défaut de pouvoir se reposer sur le facteur coût pour garantir l'efficience du pôle mère-enfant, l'accent doit être mis sur l'efficacité de fonctionnement, qui n'est pas synonyme de méconnaissance des impératif de qualité des soins.

La multiplication ces dernières années des projets de pôles mère-enfant dans les établissements de santé publics (Nantes, Angers, Saint-Brieuc pour ne citer que quelques villes de l'Ouest) est une opportunité de tirer les leçons de ces expériences récentes mais déjà riches en enseignements.
Il apparaît notamment qu'une attention toute particulière doit guider la définition des relations entre la maternité et cet ensemble de services hospitaliers appelés à se retrouver, vis-à-vis des médecins libéraux en l'espèce, en situation de "prestataires de services" jouissant d'un monopole à l'échelle du secteur sanitaire. Le pôle mère-enfant devra tout à la fois se situer hors des bâtiments proprement dits du Centre Hospitalier, afin de respecter l'identité propre du partenaire privé, et se trouver connecté « physiquement » aux autres services hospitaliers, prioritairement les urgences, le bloc opératoire central, le service de réanimation adultes et les laboratoires. L'activité de prise en charge des urgences pédiatriques est particulièrement emblématique de la nécessité de concilier ces deux impératifs. Autre exemple, la chirurgie pédiatrique est typiquement une activité condamnée à chercher sa place entre les bâtiments actuels et le bâtiment à construire, en l'absence de certitudes sur la plus ou moins grande disposition des chirurgiens à passer d'un bâtiment à un autre pour visiter leurs malades opérés.

Ces différents éléments constituent autant de défis à l'efficience de l'ensemble constitué par le Centre Hospitalier et le futur pôle mère-enfant. Il est indispensable de commencer à y répondre dès à présent, au stade de la conception donc, parce qu'ils conditionnent aussi les choix architecturaux. Les pistes qui nous paraissent devoir être explorées en priorité, dans la meilleure concertation possible avec les personnels des deux établissements, sont :

- une réflexion sur les missions précises des différentes catégories de personnels, s'appuyant sur un travail de définition des fonctionnalités et de l'organisation du pôle. L'idée est aussi de "reconfigurer" en douceur les effectifs en supprimant les doublons.

- le choix d'un système d'information commun favorisant non seulement les échanges et la coordination, mais aussi la connaissance et l'analyse des coûts.

- une réflexion sur les modalités de mise en œuvre de la procédure d'accréditation et d'assurance de la qualité, qui peut constituer un puissant levier d'harmonisation de l'ensemble.

L'objectif final, dont l'accomplissement conditionne très largement le succès du projet, n'est autre, il est important de le souligner, que le maintien d'un excellent service à la naissance sur le secteur sanitaire de Saint-Nazaire.

II-2 Développer une prise en charge de qualité

II-2-1 Un débat ancien sur les conditions de prise en charge des parturientes

Réfléchissant, au tournant du XIX^{ème} siècle, aux causes profondes des épidémies de fièvre puerpérale, Louis-Claude Lefort concluait au rôle dévastateur de la structure hospitalière et préconisait *« la construction d'établissements de taille modérée (800 à 1000 accouchements annuels), bien aérés et sans encombrement* »[45]. Ce débat sur la taille optimale des établissements d'accouchement en termes de qualité des soins et de sécurité s'est perpétué jusqu'à nos jours, où il demeure d'une brûlante actualité.

Les opérations tendant à constituer des maternités de grande taille (plus de 2500 accouchements annuels) voient en effet s'affronter de manière quasi rituelle les tenants de ce qu'il faut bien considérer comme deux conceptions antagonistes de la naissance: idéologie « écologique » pour les uns, idéologie « sécuritaire » pour les autres[46].

L'idéologie « sécuritaire » a très largement inspiré, au-delà de la vague normative de 1998, le mouvement de restructuration des maternités : définition de niveaux d'exercice et d'équipement, organisation en réseau formalisé, sécurisation et médicalisation de l'environnement technique et humain

45- Louis-Claude Lefort - Des maternités - Référence bibliographique [07].
46- Paul Auger et al. - Naître aujourd'hui - Référence bibliographique [08].

de la naissance, fermeture progressive et tenant compte des particularités de l'offre locale de soins, des maternités réalisant moins de 300 accouchements par an.

Ces orientations cristallisent les critiques des défenseurs de la physiologie de la naissance, qui s'élèvent contre ce qu'ils considèrent comme l'assimilation de la grossesse à une maladie et de la parturiente à une malade potentielle. A l'image du docteur Paul Cesbron évoquant *« les conséquences redoutables sur le plan affectif et culturel »* du regroupement des unités obstétricales, qui conduit à *« une dépossession de la naissance par ses auteurs »* et à *« l'uniformisation d'un événement fondateur et éminemment singulier »*[47], ils dénoncent la tendance actuelle qui réduit la naissance à l'accouchement et à la prise en charge uniformisée des bébés. La multiplication des consultations prénatales, la systématisation du monitorage fœtal ou de l'accès veineux, la généralisation des péridurales, la pratique du déclenchement et des extractions artificielle sont stigmatisées comme autant d'actes potentiellement iatrogènes témoignant d'une attitude consumériste inspirée par une exigence de perfection. L'hyperactivité des services se conjugue à « l'hyperdensité » des patients pour faire de ces « usines à bébés » des « machineries obstétricales » régies par la peur du risque (et le souci de certains praticiens de jouer de l'activisme pour se prémunir contre tout contentieux ultérieur), la rapidité d'exécution et les protocoles.

Le courant « physiologiste » milite ainsi en faveur d'une organisation de la naissance centrée sur la sage-femme et privilégiant le contact direct avec le sens clinique. On ne peut manquer de souligner à cet égard le retour en force, dans plusieurs pays comparables à la France (Etats-Unis, Canada, Allemagne, Suède, Norvège), de « maisons de naissance » directement gérées par des sages-femmes libérales et les futurs parents.

II-2-2 La qualité de la prise en charge, justification ultime du regroupement

Dans ce débat entre les partisans de la médicalisation et les défenseurs de la physiologie de la naissance, les pouvoirs publics s'en tiennent à une position médiane, à l'instar de l'opinion exprimée par les rédacteurs du SROS des Pays de la Loire : *« Si la création de maternités de grande taille ne pose pas en soi de problèmes, il devra être tenu compte de la demande exprimée par les parturientes pour un accueil personnalisé et de qualité. »*[48] Ce jugement nuancé épuise d'autant moins le débat sur la pertinence du mouvement de regroupement des maternités qu'il n'existe pas à l'heure actuelle d'étude

47- in: Dossiers de l'Obstétrique, n°255, novembre 1997, page 3.
48- ARH Pays de la Loire – SROS 1999-2004 – juillet 1999.

exhaustive sur ses conséquences en termes de sécurité et de qualité des soins. Il est vrai que les premières maternités de grande taille, telle Jeanne de Flandre, ne disposent pas encore du recul nécessaire, encore que cette maternité lilloise soit unanimement saluée pour la qualité de ses prestations. La recherche de « marqueurs » de qualité semble ainsi s'être focalisée sur le niveau d'activité (seuil des 300 accouchements annuels) plutôt que sur la mortalité maternelle et périnatale, le taux d'intervention ou l'issue des pathologies majeures du nouveau né. De même, les syndromes de stress post-traumatique parfois observés après un accouchement (dépression *post partum*) n'ont-ils pas été jusqu'à présents rapportés à la taille des établissements.

Le débat sur la dimension optimale est donc loin d'être tranché. A l'heure actuelle, 31% des gynécologues obstétriciens exercent dans des maternités réalisant 500 à 1000 accouchements par an[49], ce qui paraît correspondre à un certain équilibre entre sécurité et convivialité. Le projet de pôle mère-enfant de Saint-Nazaire reposant sur des prévisions d'activité nettement supérieures, la recherche des conditions du bien-être physique et psychologique des futurs mères y revêt une importance fondamentale, de même que le respect du projet de naissance des parents dans une chaîne de soins très sectorisée.

Derrière cette réflexion sur le type de prise en charge, il y a le souci de placer la mère et l'enfant au centre des préoccupations ; c'est là un terrain d'entente rêvé pour une structure publique et une structure privée si différentes à d'autres égards.

II-3 Garantir la pérennité de la structure

Le regroupement d'un hôpital public et d'une clinique privée à but lucratif pour constituer une structure *sui generis* réalisant de l'ordre de 2800 accouchements annuels n'est pas exempt d'incertitudes en l'état actuel de la réglementation; les activités du champ de la mère et de l'enfant ayant vocation à occuper une place centrale au Centre Hospitalier, le risque existe de voir les dysfonctionnements éventuels du futur pôle mère-enfant déstabiliser l'ensemble de l'édifice. Dès lors, on ne saurait faire l'économie d'une réflexion sur ces facteurs de risques et les moyens de les pallier.

49- A titre de comparaison, 16% exercent dans des structures réalisant plus de 2000 accouchements annuels.

II-3-1 Se prémunir contre un retrait éventuel du partenaire privé

La focalisation des débats d'avril 1999 sur le problème de la non participation, voire du retrait après quelques temps, des anesthésistes libéraux, a révélé d'entrée de jeu l'intérêt des différents acteurs pour ces questions de pérennité du pôle mère-enfant.[50]

A l'hôpital public, l'idée de pérennité des structures ne renvoyait jusqu'à une époque récente qu'aux grands principes du service public que sont la continuité et la permanence des soins, ou encore l'inaliénabilité du domaine public; le contexte actuel de restructuration du paysage hospitalier sur fond de rigueur budgétaire et de démographie médicale chancelante a contribué, il faut bien le reconnaître, à lier la pérennité d'une structure à son niveau d'activité.

Le rapprochement avec une structure privée à but lucratif ajoute une contrainte supplémentaire et d'abord une question de fond: **dans quelle mesure le caractère lucratif de l'activité de la Clinique du Jardin des Plantes pourra t-il être préservé dans cette opération de regroupement sur le site même du Centre Hospitalier ?** La demande implicite exprimée par les praticiens libéraux d'une amélioration de leurs conditions de travail et de leur qualité de vie, fut-elle compensée par une baisse de leur niveau actuel de rémunération, apporte certains éléments de réponse, mais ne lève pas toutes les incertitudes.

Dans le secteur privé, la pérennité des structures (immobilisations et outils de production) est une donnée d'autant plus fondamentale qu'elle conditionne le maintien d'un niveau suffisant de profit. Le montage juridique revêt par conséquent une dimension stratégique majeure; dans le cas le plus général, la société porteuse de l'activité clinique perçoit les produits de la facturation des recettes d'hébergement; elle exerce dans des murs appartenant à des praticiens détenteurs de parts de l'établissement via une société civile immobilière à laquelle elle verse des loyers.

Une attention toute particulière devra être portée à la dévolution de la propriété des différentes composantes du pôle et au financement des investissements y afférents, l'idée étant peut-être de conserver une forme d'intéressement des partenaires libéraux. L'investissement immobilier est à l'évidence le meilleur des gages de pérennité.

L'évolution du pôle mère-enfant dans le temps pose des problèmes connexes quoique spécifiques, à commencer par le maintien des autorisations de lits à parité lors des renouvellements réglementaires[51]: la

50- Se reporter à la page 27: "La négociation du contenu de la trame de cahier des charges."
51- Capacités de 44 lits pour le Centre Hospitalier et de 40 pour la Clinique en l'état actuel des choses.

"délocalisation" de la clinique comporte un risque de réduction des ses capacités à l'occasion de la prochaine échéance. Par ailleurs, il est de la responsabilité des dirigeants hospitaliers de mener une réflexion approfondie sur des questions telles que la successions des praticiens partant à la retraite, les cessions de clientèles ou le maintien d'une certaine attractivité en termes de recrutement. A titre d'illustration de ce dernier point, il est difficilement envisageable de recruter un médecin anesthésiste pour les seules activités obstétricales. Le secteur public a probablement beaucoup à apprendre des cliniques privées en matière de rédaction et de négociation des contrats de travail des praticiens.

A côté de ces questions touchant à l'organisation du pôle mère-enfant, un autre type de risques doit être pris en compte, tenant cette fois à l'intérêt que représentent les activités d'obstétrique pour les investisseurs privés. On assiste en effet depuis quelques années à la multiplication des fermetures de lits d'obstétrique, plus accentuée dans les structures privées que dans les structures publiques. Il faut très certainement y voir la conséquence d'un calcul économique élémentaire qui conduit les cliniques à but lucratif à se positionner de manière préférentielle sur le créneau de la chirurgie classique ou ambulatoire, jugé plus rentable. Les maternités sont le plus souvent, du fait du coût de l'activité et de son caractère contraignant, en situation de dépendance financière par rapport aux autres activités d'un même établissement privé. L'application des nouvelles normes réglementaires pourrait accentuer ce mouvement d'échange de lits, avec le risque de voir disparaître pour les femmes cette possibilité de choix entre public et privé qui constitue pourtant un point unanimement positif dans l'organisation de notre système de santé.

	- 1975 -			- 1996 -			- Evolution 1996 / 1975 -		
	Public	**privé**	**total**	**public**	**privé**	**Total**	**public**	**privé**	**Total**
Nombre d'établissements pratiquant l'obstétrique	619	716	1335	395	384	779	-36,2%	-46,4%	-41,6%
Nombre de maternités = nombre de sites géographiques	653	716	1369	430	384	814	-34,1%	-46,4%	-40,5%
Nombre de lits correspondants	19052	14695	33747	15551	10608	26159	-18,4%	-27,8%	-22,5%

Source: SESI, d'après Etudes et Résultats DREES - n°21 - juillet 1999

Ce n'est pas le moindre des paradoxes de la situation que d'assister dans le même temps à la constitution de gigantesques maternités privés, dont on peut penser qu'elles ont atteint le seuil de

rentabilité acceptable, et qui ne tardent pas en général à solliciter l'autorisation de pratiquer les activités de néonatologie et /ou de réanimation néonatale. Le maintien d'une alternative à l'offre publique de soins est probablement à ce prix.

II-3-2 Conjurer les risques de dysfonctionnements majeurs

Des risques de dysfonctionnements existent, qui ne sauraient être occultés à ce stade du projet. Ils tiennent notamment au fait que l'implantation d'une structure de cette taille ne va pas de soi, surtout quand elle est composée de deux ensembles que l'on veut continuer à pouvoir distinguer.

Les conséquences de l'ouverture en mars 1996 de l'Hôpital Jeanne de Flandre à Lille donnent une idée de ce qui peut se produire: initialement dimensionnée pour 4200 accouchements annuels, la maternité lilloise s'est trouvée confrontée à un afflux massif de parturientes (4600 en 1997 et 4800 en 1998 en tendance) qui s'est traduit par une dégradation des conditions de sécurité (augmentation du nombre de transferts) et a imposé la mise en place d'une forme de "sectorisation" obstétricale en concertation avec les autres maternités de l'agglomération. L'objectif était de permettre à la nouvelle structure de répondre pleinement à sa double vocation de maternité de recours et de maternité de proximité pour un partie de la population.

La situation nazairienne est assez différente, dans la mesure où il n'existe aucune autre unité d'obstétrique, l'agglomération nantaise mise à part, dans un rayon de 60 à 70 km. La population susceptible de solliciter les services du futur pôle mère-enfant est donc bien identifiée, "captive" pourrait-on dire. Une incertitude existe néanmoins quant aux conséquences de la montée en puissance, dans les trois années à venir, du concurrent privé de l'agglomération nantaise. Une réflexion doit donc être menée autour de l'adressage des deux partenaires, l'idée étant bien sûr de transposer à la future maternité commune les liens étroits que la Clinique du Jardin des Plantes a su tisser avec la médecine de ville nazairienne. De même la politique de communication externe va t-elle revêtir, sans doute plus encore que par le passé, une dimension stratégique majeure.

La seconde source potentielle de dysfonctionnements tient au choix qui a été fait par les signataires du document fondateur de février 1999 de maintenir une offre publique et une offre privée en hospitalisation comme en consultation, ceci dans des bâtiments comportant un accès autonome et individualisé privé et public. Ce choix doit être regardé comme inspiré par le souci tout à fait louable de ne pas créer une situation monopolistique au détriment de la possibilité de choix des parturientes. Pour autant, il comporte un risque non négligeable de maintien de deux équipes médicales cloisonnées, en contradiction totale avec l'esprit du projet qui est bien d'instituer des passerelles entre le secteur privé, où l'exercice est plutôt solitaire compte tenu du mode de rémunération, et le secteur public où la pratique professionnelle est au contraire collective et pluridisciplinaire. Une solution consiste bien sûr à multiplier les points de rencontre entre praticiens (recours à une équipe non-médicale unique, staffs communs, interventions "à quatre mains", etc.), mais il est à craindre que ce soient avant tout les conditions de rémunération qui déterminent le degré de collaboration des équipes publiques et privées.

II-4 Susciter l'adhésion des personnels

II-4-1 Les ressources humaines, "zone de risque"[52] du projet

La complexité tout comme le caractère fondamental du volet « ressources humaines » du projet mère-enfant sont à la mesure de l'ampleur de ce dossier : dans sa double dimension de condition de succès et de principale menace d'échec, l'adhésion des différentes catégories de personnel constitue la première « zone de risque » du rapprochement des deux établissements. Il ne s'agit pas d'autre chose en effet que de tenter de construire, à terme, une nouvelle collectivité socioprofessionnelle à partir de personnels de cultures et de statuts différents.

Les premières réactions à l'annonce du projet ont été des réactions de relative surprise, parfois teintée de scepticisme et d'une certaine frilosité. Le Directeur du Centre Hospitalier d'un côté, le PDG de la Société anonyme de l'autre, ont chacun organisé dès le mois d'avril une réunion d'information de leurs agents concernés ; dans des contextes cependant assez différents puisque les effectifs de la Clinique sont

52- L'expression est de Rudy LANCHAIS, auteur d'un mémoire d'élève-directeur d'hôpital sur les fusions d'établissements. Se reporter à la bibliographie.

nettement inférieurs et que les relations de travail semblent y avoir une tournure plus « familiale » ; le PDG du Groupe, qui y exerce comme gynécologue obstétricien depuis 1983, entretient avec ces agents des rapports de confiance et n'est pas soupçonnable de vouloir engager l'entreprise dans une voie susceptible de nuire à leurs intérêts.

Au Centre Hospitalier, l'information des personnels a été le point de départ d'une démarche de communication institutionnelle « classique », qui a vu le Directeur demander successivement au Comité technique d'établissement, à la Commission médicale d'établissement et au Conseil d'administration, entre avril et juin dernier, mandat pour poursuivre les négociations avec la Clinique sur la base du relevé de conclusions du 5 février 1999. Les débats devant ces instances ont été nourris et animés, nonobstant l'éloignement temporel de l'échéance (4 à 7 ans) et le caractère inattendu du projet pour une grande majorité des acteurs hospitaliers.

Les représentants du personnel au Comité technique d'établissement ont émis des doutes quant à la possibilité de faire fonctionner ensemble une entité publique et une entité privée. Les arguments soulevés ont tourné autour de la défense du service public, du maintien de la possibilité de choix des usagers, de la préservation de l'emploi et de l'harmonisation des statuts. Au total, les discussions se sont soldées par un vote d'abstention des 9 représentants de la CFDT et un vote défavorable des 6 représentants FO et 4 représentants CGT.

Finalement, au Centre Hospitalier comme à la Clinique du Jardin des Plantes, cette première démarche de communication interne confirme si besoin était que la réussite du projet va dépendre de la capacité de ses promoteurs à démontrer l'intérêt collectif et individuel du rapprochement. Comme l'écrit Michel Crozier à propos du changement dans les organisations, *« les membres d'une organisation ne sont pas, en effet, attachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose. Les habitudes ont pour eux beaucoup moins d'importance qu'on ne croît. En revanche, ils ont une appréciation très raisonnable et presque instinctive des risques que peut représenter pour eux le changement*."[53]

53- Crozier et Friedberg - L'acteur et le système - Référence bibliographique [09].

II-4-2 Le personnel médical

On retrouve chez les médecins cette réaction de surprise relative à l'annonce du projet, qui s'explique assez facilement, à tout le moins au Centre Hospitalier, par le fait que peu d'entre eux sont véritablement associés à la réflexion sur les orientations stratégiques de leur établissement.

- *Une population de gynécologues obstétriciens relativement homogène*

Au-delà du clivage le plus évident entre public et privé, la population des gynécologues obstétriciens de Saint-Nazaire présente une homogénéité certaine, qui tient à la fois à des origines universitaires communes et aux liens qui se sont tissés au fil des ans entre les deux établissements. La Faculté de médecine de Nantes est en effet sinon la seule, au moins la principale pourvoyeuse du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire en internes de spécialités. La plupart des praticiens libéraux de la Clinique ont donc été formés à l'Hôpital. En outre, à quelques exceptions près, ces praticiens appartiennent à une même génération, qui a commencé à exercer à la fin des années soixante dix. Il n'y a pas parmi eux de "militants du secteur II".

CENTRE HOSPITALIER	**CLINIQUE**
■ **6 praticiens** (dont 1 à temps partiel): ♦ **3** titulaires du C.E.S.[54], dont l'un a acquis par la suite la qualification en chirurgie gynécologique. ♦ **3** titulaires du nouveau D.E.S. (internat), dont l'un se consacre presque exclusivement à la chirurgie, et un autre à l'obstétrique. ■ 4 d'entre eux exercent une activité libérale de consultation (3) ou de consultation et d'hospitalisation (1). L'ensemble en secteur 1.	■ **5 praticiens** (dont 1 à temps partiel): ♦ **2** titulaires du C.E.S., ayant acquis par la suite la qualification en chirurgie mais qui se limitent aux petits actes courants. L'un des deux est proche de la retraite. ♦ **1** chirurgien gynéco. diplômé depuis 2 ans. ♦ **2** gynécologues médicaux (accouchements simples + endocrinologie).

Enfin, le recours de la Clinique aux services et équipements du Centre Hospitalier (néonatologie, pédiatrie, urgences et SMUR, réanimation adultes, laboratoire d'anatomo-pathologie pour les autopsies

54- L'ancien système de formation (C.E.S.) donnait accès à trois sous-spécialités: gynécologie médicale OU gynécologie médicale + obstétrique (césariennes comprises) OU gynécologie + obstétrique + chirurgie + cancérologie. Depuis l'unification de la formation en 1988, les praticiens sont formés à l'ensemble de ces compétences, qu'ils choisissent ou non d'exercer par la suite.

d'enfants morts nés) et la participation des deux établissements au Réseau Sécurité Naissance ont multiplié les occasions d'échanges entre confrères, de même d'ailleurs que le système des vacations en pédiatrie ou en imagerie obstétricale. La prise en charge de la mère et de l'enfant incombe ainsi à une communauté médicale beaucoup plus vaste que ce que pourrait laisser penser le seul examen des effectifs permanents des deux établissements de soins.

On notera pour terminer que la chirurgie gynécologique "lourde" (liée à la cancérologie notamment) n'est exercée que par un praticien dans chaque établissement.

- *Une communauté de vues sur l'intérêt du projet*

Le projet de rapprochement a d'emblée été présenté sous l'angle doublement avantageux de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins d'une part, de l'allègement des contraintes pesant sur les médecins d'autre part: proximité des plateaux techniques, des urgences et de la réanimation adultes, pluridisciplinarité médicale, participation d'un nombre accru de praticiens à la garde médicale; il faut y ajouter la possibilité de travailler dans un bâtiment neuf, conçu par les intéressés et parfaitement aux normes, ce qui n'a rien d'anodin dans le contexte de l'application de la nouvelle réglementation.

On peut supposer que les praticiens libéraux sont tout particulièrement sensibles à la perspective d'un alignement, fut-il partiel et limité aux plages horaires de garde, sur les conditions de fonctionnement des services hospitaliers publics, où le rôle dévolu à la sage-femme se traduit par un allègement notable des contraintes pesant sur le médecin. Il n'est pas jusqu'aux anesthésistes libéraux qui ne soient eux aussi légitimement séduits par la perspective de déléguer une partie de leurs attributions au personnel infirmier spécialisé, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

- *L'harmonisation des modes de rémunération: vrai problème…faux obstacle ?*

Le projet de pôle mère-enfant ne s'en situe pas moins à la rencontre de systèmes de carrière et de rémunération tout à fait divergents, qui emportent des différences non négligeables en termes de pratiques médicales également.

Dans le secteur public, un début de carrière relativement mal rémunéré est compensé par la suite par la possibilité d'exercer une activité libérale, dont on connaît cependant les limites. Le rôle des sages-femmes dans l'accouchement en établissement public modifie sensiblement les conditions de travail du personnel médical. Outre les garanties d'emploi et de retraite, les praticiens du secteur public ont la possibilité de s'élever dans la hiérarchie hospitalière.

Les praticiens hospitaliers se sont déclarés fermement opposés à toute forme de rémunération à l'acte susceptible de transformer le pôle mère-enfant en "pompe à fric", pour reprendre l'expression de l'un d'eux.

En clinique privée à but lucratif, la rémunération demeure très largement liée au niveau d'activité. La sous-évaluation relative du forfait d'accouchement (Forfait de Salle de Travail)[55] est compensée par l'utilisation qui est faite du Forfait de Salle d'Opération ; mais l'acte est peu rémunérateur en lui-même, contrairement au suivi de la grossesse et aux actes de chirurgie gynécologique. Le mode de rémunération de l'acte d'accouchement et la priorité donnée à la relation entre la parturiente et le médecin qui a suivi sa grossesse se traduisent pour ce dernier par une contrainte de présence importante. Enfin, la possibilité, sinon l'obligation faite aux praticiens libéraux d'investir dans leur outil de travail est un avantage essentiel.

Le problème se pose dans des termes assez différents pour les médecins anesthésistes, confrontés à la perspective de mise en place d'une garde spécifique au bloc obstétrical. L'application des décrets du 9 octobre 1998 parachève de la sorte le mouvement de spécialisation et d'individualisation des moyens dédiés au fonctionnement des maternités et des services liés. Les anesthésistes libéraux ne pouvant raisonnablement envisager de limiter leur activité à l'obstétrique (la péridurale est relativement mal rémunérée par rapport à la disponibilité qu'elle exige), c'est la chirurgie gynécologique qui pourrait constituer la "variable d'ajustement", sous réserve qu'elle soit pratiquée au sein du pôle mère-enfant, et non au bloc opératoire central. Encore faut-il garder à l'esprit que l'époque est révolue de la multiplication des volumes à des fins de maximisation des rémunérations; il y a aujourd'hui un prix à payer, y compris et même surtout par les praticiens libéraux, pour pouvoir travailler en équipe dans une structure moderne et parfaitement aux normes.

La rencontre des aspirations des uns et des autres doit pouvoir se faire sur le terrain de l'enrichissement de la pratique médicale d'une part, sur celui de la qualité de vie d'autre part, en gardant cependant à l'esprit l'extrême difficulté que représente le management de ces professionnels caractérisés par une très forte revendication d'autonomie.

55- Le forfait d'accouchement a bénéficié en 1998 d'une augmentation de 8%, soit un revalorisation brute de 80F et une revalorisation nette de 20F ; c'est la première augmentation depuis 18 ans.

La conscience des difficultés de recrutement à venir et des perspectives de dégradation des conditions d'exercice est en effet unanime. Paradoxalement, les arguments fondés sur le maintien du niveau actuel de rémunération ont peu de poids face à l'alourdissement de ces contraintes dans l'exercice professionnel. Les praticiens des deux établissements sont prêts semble-t-il à accepter une évolution de leurs conditions de rémunération, comme en témoigne la référence spontanée qu'ils ont faite, lors de la première rencontre médicale "bilatérale" officielle, en avril 1999, au régime salarial des praticiens exerçant en établissement de type mutualiste: un niveau moyen de rémunération supérieur à ce qu'il est dans le secteur public, pas d'activité libérale, et des garanties en termes d'emploi, de retraite et d'avantages sociaux. L'accord des gynécologues obstétriciens hospitaliers et libéraux s'est ainsi réalisé sur un mode de rémunération qui n'est pas réglementairement applicable en l'espèce.
Il est également intéressant de noter qu'à aucun moment les problèmes de responsabilité médicale n'ont été identifiés comme un obstacle à la mise ne œuvre du projet.

En ce qui concerne ensuite la pratique médicale, le rapprochement de deux équipes ne peut avoir d'effets que positifs: intérêt professionnel accru (plus grande variété de pathologies); meilleure prise en charge des cancers gynécologiques grâce à des interventions en équipes (reconstructions mammaires eg.); extension des activités ambulatoire; possibilité de dégager du temps pour d'autres occupations; on peut également penser au développement d'activités de pointe telles que la télémédecine (matériel acquis par le Centre Hospitalier en 1999 et constitution en cours d'un réseau sur le Grand Ouest).
L'enjeu est aussi celui de la crédibilité d'un pôle chirurgical gynécologique nazairien constituant une alternative au pôle nantais de référence.

A ces motivations vient s'ajouter, pour les praticiens libéraux, l'idée que les perspectives de développement d'une structure de niveau I, dont le plateau technique a quasiment épuisé ses marges d'optimisation, sont extrêmement limitées. Au Centre Hospitalier, les médecins soumettent la Direction à une pression constante pour que soient réalisés sans tarder d'indispensables travaux de modernisation du bloc obstétrical (réfection des installations techniques et de la climatisation, séparation de l'accueil et du secteur de naissance, etc.). Longtemps suspendu à la réflexion menée à un niveau plus général sur le bloc opératoire central, ce dossier est dorénavant également lié au dénouement du projet de rapprochement public / privé. Ceci explique que certains praticiens hospitaliers aient le sentiment d'un "chantage à l'enveloppe budgétaire" exercé par la tutelle pour voir se concrétiser le pôle mère-enfant.

Ces différents éléments illustrent la difficulté que représente, pour la Direction du Centre Hospitalier, la conciliation d'aspirations et surtout de calendriers sinon contradictoires, au moins décalés. Les délais prévus pour la réalisation du pôle mère-enfant sont tels qu'elle ne pourra faire l'économie de travaux "conservatoires" pour un montant évalué entre 1 et 2MF.

II-4-3 Le personnel non médical

- *Des réactions nettement plus contrastées*

La question du rapprochement des deux structures ne se pose pas dans les mêmes termes pour le personnel non médical, compte tenu à la fois des différences traditionnelles entre les pratiques du secteur privé et celles du secteur public, compte tenu également de certaines spécificités nazairiennes.

Les premières réactions de surprise et de relative indifférence à l'annonce officielle du projet ont rapidement laissé la place à une authentique réflexion de l'ensemble des agents sur ces questions touchant aux fondements de leur exercice professionnel.

Pour le personnel non médical de la Clinique, le rapprochement avec le Centre Hospitalier se présente comme une opération tout à fait positive, tant du point de vue individuel que du point de vue de l'organisation des soins: perspectives d'amélioration des situations individuelles par alignement même partiel sur les conditions statutaires de la fonction publique hospitalière, enrichissement des pratiques (au Centre Hospitalier, les sages-femmes réalisent seules la totalité des accouchements eutociques pour les grossesses normales et assurent les activités de préparation à la naissance), meilleure reconnaissance du travail accompli par la structure de premier niveau, synergie avec les autres services intervenant dans le champ de la mère et de l'enfant. Il faut bien admettre que les différences statutaires sont immenses entre la cinquantaine d'agents de la Clinique du Jardin des Plantes, dont les contrats de travail sont conclus dans le cadre de la convention collective de l'Union Hospitalière Privée, et les quelques quatre-vingt dix agents de la structure publique.

Au Centre Hospitalier, la conscience de la spécificité du secteur public, réelle ou supposée, s'avère étonnamment forte, et le rapprochement est vu dans des termes beaucoup plus problématiques; les arguments ne font pas défaut pour opposer la maternité privée, symbole de confort hôtelier, et la maternité publique, assimilée à la sécurité absolue. La proximité des unités de pédiatrie et de

néonatologie comme de la réanimation adultes contribue à donner aux personnels du public la conscience d'une certaine supériorité.

Ces différences et clivages, sinon idéologiques, au moins culturels expliquent l'attachement *a priori* des personnels du Centre Hospitalier au maintien d'unités d'hospitalisation distinctes; et ce n'est pas le moindre des paradoxes de ce dossier que de les voir en même temps s'élever contre toute différence de traitement entre les patientes "publiques" et les futures patientes "privées".

Enfin, il n'est pas inintéressant de relever que certains arguments sont totalement absents du discours des médecins. Les personnels non médicaux, et spécialement ceux du Centre Hospitalier, semblent par exemple particulièrement soucieux du maintien de la qualité des soins et de l'accueil dans une structure réalisant autour de 3000 accouchements annuels. Les médecins y voient plutôt une source d'enrichissement de leur pratique professionnelle par la fréquentation d'une population plus nombreuse et plus diversifiée.

- *Deux modes de fonctionnement radicalement différents*

Pour des raisons liées à l'histoire du service et aux options prises par les praticiens qui y exercent, la maternité du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire fonctionne sur un mode particulièrement original puisque les effectifs non-médicaux sont composés de sages-femmes dans des proportions hors du commun. Cette organisation est un facteur non négligeable de dynamisme et de souplesse dans la gestion des effectifs, le personnel étant en mesure d'intervenir au bloc obstétrical comme dans le secteur d'hospitalisation. Elle permet également à la maternité publique d'offrir un panel remarquablement complet et cohérent de réunions d'information (soins aux nouveaux nés, allaitement, péridurale, hygiène de la grossesse, déroulement de l'accouchement), et d'activités préparatoires à la naissance (préparation à l'accouchement classique et en piscine, relaxation, sophrologie, groupes de parole).

L'organisation de la maternité privée est quant à elle assez emblématique de la pratique générale des établissements privés, où les effectifs de personnel non médical sont à la fois déterminés par référence au classement de l'établissement (catégorie A en l'occurrence[56]) et par le souci gestionnaire de réduire ce poste de dépenses à son minimum compatible avec la sécurité des soins.

56- 80% des établissements sont classés en catégorie A

Avec 1,32 ETP non médical par lit, la Clinique du Jardin des Plantes se situe quasiment dans la moyenne du secteur. Cela se traduit par un fonctionnement que l'on peut qualifier de "flux tendus" dès lors que les effectifs y sont calculés au plus juste, parfois au prix de situations à la limite de la sécurité pour les parturientes et à la limite de l'acceptable pour les agents. Le respect ou la méconnaissance par une même équipe des règles élémentaires de sécurité semble dépendre du niveau d'activité à un instant donné, en grande partie imprévisible, ce qui est en contradiction avec les principes qui ont inspiré les textes de novembre 1998.

Un premier rapprochement des effectifs des deux établissements révèle l'ampleur des écarts correspondant à ces deux modes de fonctionnement et, d'une certaine manière, l'inanité, au moins à ce stade des négociations, de toute entreprise de comparaison de deux ensembles si différents.

Effectifs 1998 en équivalent temps plein (ETP)	**CLINIQUE**	**HÔPITAL**
LITS INSTALLES	**40**	**44**
ACCOUCHEMENTS EN 1998	**1154**	**1656**
Entrées totales 1998	**2483**	**2917**
Journées réalisées 1998	**13028**	**12276**
Personnel de direction	0,5	0
Autres personnels administratifs	10,9	6,0
dont secrétaires médicales	6,0	2,0
Encadrement du personnel soignant	1,1	2,5
Infirmiers DE	6,0	0
Infirmiers spécialisés	1,0	3,5
Aides soignants	7,3	35,5
Auxiliaires de puériculture[57]	7,5	12,5
Total Aides soignants	14,8	48
ASH	11,15	6,3
Psychologues	0	0,5
Sages-Femmes	5,32	24,75
Personnels médico-techniques	0,25	0
Personnels techniques	1,8	0
TOTAL	52,82	91,55

Sources :Clinique du Jardin des Plantes : S.A.E. 1998, complétée par un entretien avec la surveillante chef.
Centre Hospitalier : Direction du Service de Soins Infirmiers.

Il convient d'interpréter ce tableau sous un certain nombre de réserves: En premier lieu, il est relativement malaisé de recenser de manière exhaustive et précise les agents concourant au

57- On rappelle que l'auxiliaire de puériculture est un emploi fonctionnel correspondant au grade d'aide soignante.

fonctionnement de la maternité hospitalière : le recoupement des différentes sources disponibles (surveillante chef, Direction du Personnel, Direction du Service des Soins infirmiers, enquêtes diverses) laisse subsister des incohérences imputables au jeu des remplacements et des partages de postes entre services. C'est là un élément de complexité à ne pas négliger lors de l'évaluation des effectifs disponibles pour faire fonctionner la future structure commune.

Ensuite, les effectifs avancés pour les sages-femmes du Centre Hospitalier concernent non seulement le secteur de naissance, le secteur chirurgical[58] et le secteur d'hospitalisation, mais également le Centre de Planification et d'IVG. De manière plus générale, les sages-femmes exerçant à l'hôpital public ont un éventail d'activités beaucoup plus large que leurs consœurs du secteur privé; elles assurent par exemple les séances de préparation à la naissance, alors que les cliniques privées s'en remettent plus volontiers à des sages-femmes libérales. De la même façon, le recours à la péridurale, dont on sait qu'il est plus fréquent dans le secteur privé, diminue la demande de préparation à l'accouchement.

Au-delà de ces éléments de relativisation, les différences demeurent en tout état de cause importantes, tant en matière de temps de travail et de rémunération (les primes notamment) que d'avancement et autres avantages légaux ; le personnel de la Clinique est de surcroît sur le point de bénéficier des 35 heures. Dernier exemple, le travail en deux plages de 12 heures est la règle à la Clinique, avec un temps de transmissions réduit, mais l'exception au Centre Hospitalier. La mise en place d'un système unique de gestion du personnel non médical s'annonce d'une remarquable complexité.

Au total, la perspective de regroupement est typique pour les personnels non médicaux de ce que les sociologues des organisation qualifient de "zone d'incertitude" pour délimiter *"les lieux où il peut se passer quelque chose"*[59]. Comme ont pu le montrer notamment Crozier et Friedberg dans leur analyse des rapports entre l'acteur et le système[60], le risque existe de voir ces agents faire obstacle, fut-ce inconsciemment, à tout ce qui menacerait leur autonomie à travers la "zone d'incertitude" qu'ils contrôlent. Dès lors, l'adhésion des personnels au projet de pôle mère-enfant, spécialement les personnels du Centre Hospitalier, va très largement dépendre d'une part de la qualité des méthodes participatives choisies pour en assurer le pilotage, d'autre part et surtout de l'angle sous lequel il va leur être présenté.

58- Au bloc opératoire, les sages-femmes remplissent les fonctions de panseuses.
59- Philippe Bernoux - Sociologie des organisations. Initiation - Référence bibliographique [10].
60- Crozier et Friedberg - op. cité - Référence bibliographique [09].

Le premier point fera l'objet de développements ultérieurs; le second conditionne l'appropriation par le personnel des objectifs du projet, l'idée étant bien sûr de faire coïncider autant que possible l'intérêt collectif de la structure, l'intérêt des patients et les intérêts individuels de chacun des agents, combinaison subtile d'avantages matériels, de reconnaissance professionnelle, d'épanouissement dans le travail et de perspectives de carrière. On ne peut que rejoindre le point de vue de Philippe Bernoux sur ce sujet: *"le changement est un phénomène difficile à réaliser…Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement…celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner".*[61]

Au Centre Hospitalier, si le projet de regroupement est avant tout une reconnaissance de la qualité du travail réalisé, l'arrivée du personnel issu de la Clinique du Jardin des Plantes ne saurait en aucun cas être présentée comme une "capitulation" du concurrent de toujours; l'accent doit être mis sur l'intérêt que représente, en termes d'enrichissement des pratiques professionnelles, la proximité des autres services intervenant dans le champ de la mère et de l'enfant. C'est également l'occasion unique de faire aboutir des dossiers "gelés" depuis plusieurs années et pour lesquels les personnels ont été très mobilisés (donc forcément déçus), notamment la création d'une unité kangourou ou les travaux de modernisation des blocs. La perspective de participer à la conception d'un bâtiment neuf parfaitement adapté à sa destination est également extrêmement motivante. Elle présente qui plus est l'avantage de libérer des espaces, si ce n'est du personnel, au profit d'autres activités du Centre Hospitalier.

La question des redéploiements d'effectifs ne pourra cependant être éludée. Sans préjudice des résultats de l'étude approfondie qui devra être menée en concertation avec les personnels, il apparaît d'ores et déjà que le regroupement ne pourra se faire par augmentation mécanique des effectifs hospitaliers actuels à concurrence des effectifs de la structure privée. Un certain nombre d'ajustements, des transformations de postes par exemple, doivent être envisagés en lien d'ailleurs avec l'entrée en vigueur des décrets du 9 octobre 1998.[62] De même peut-on espérer dégager des effectifs pour des besoins actuellement non satisfaits, ou pour des services voisins sous-dotés en personnel.

61- Philippe Bernoux, op.cité. - Référence bibliographique [10].
62- Voir à ce sujet l'annexe n°6 du présent document sur l'application du décret n°98-900 en matière de normes de personnel.

Le volet "humain" du projet mère-enfant ne peut donc se réduire à un plan de communication, fut-il irréprochable. L'expérience acquise dans le secteur des grandes entreprises privées révèle que l'absence de prise en compte des ressources humaines et des cultures d'entreprise est la cause principale d'échec des opérations de fusion ; on constate trop souvent que les bonnes volontés affichées ne dépassent pas le stade de l'intention[63]…

Adhésion des personnels médicaux et non médicaux, garanties quant à la pérennité de la structure, prise en charge de qualité et efficience sont donc les principales conditions de succès de ce projet dans son état actuel d'avancement. Ce tableau serait incomplet sans l'épineuse question du cadre juridique le plus adapté, qui mérite un traitement particulier en ce qu'elle peut venir réduire à néant les efforts réalisés par ailleurs dans les quatre domaines précités. Comme a pu le mettre en évidence un Philippe d'Iribarne sur un tout autre sujet[64], le souci de chacun des deux partenaires de ne pas perdre la face, de préserver ses intérêts, de maintenir une parité de façade, peut conduire à des solutions de coopération extrêmement complexes, tout à fait contraires à l'idée même de bonne gestion et, partant, susceptibles de remettre le projet en cause.

Ce risque majeur étant clairement identifié, il importe maintenant de tenter de le conjurer.

63- Le Monde du mardi 18 mai 1999 - Dossier : "Pourquoi les fusions ne tiennent pas leurs promesses ?"
64- Philippe d'Iribarne - La logique de l'honneur - Référence bibliographique [11].

TROISIEME PARTIE

Le pôle mère-enfant : « laboratoire » des rapprochements public / privé ?

L'optimisation de la carte des établissements publics de santé est en passe d'atteindre ses limites, au sens où la plupart des opportunités de regroupement ou de synergie ont été identifiées puis saisies ces dernières années,[65] d'abord dans le domaine logistique, puis progressivement dans celui des activités de soins; l'heure est donc à la recherche de nouveaux champs d'application pour la complémentarité, ce qui suppose de continuer à œuvrer au décloisonnement du système de santé.

Le projet de pôle mère-enfant se présente comme un champ d'expérimentation intéressant pour cette catégorie de rapprochements d'établissements qui pose le plus de questions à l'heure actuelle, à savoir les rapprochements de structures publiques et privées à but lucratif; toutefois, sa complexité et le caractère à la fois original et ambitieux de ses objectifs font que les outils juridiques actuellement disponibles risquent de s'avérer inadaptés ou insuffisants; dès lors, seul un engagement fort des pouvoirs publics en faveur des coopérations entre structures publiques et privées pourra favoriser une levée de ces blocages, fut-ce par le biais d'expérimentations dans un premier temps.

III-1 Une opération de rapprochement atypique

III-1-1 La coopération public / privé dans les textes

Initiée par la loi du 31 décembre 1970 (conventions de coopération), relancée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 (création d'une catégorie unique d'établissements de santé, unification du régime des autorisations, application au champ sanitaire du Groupement d'Intérêt Public et du Groupement d'Intérêt Economique), la coopération entre structures publiques et privées à but lucratif n'a véritablement acquis une dimension volontariste qu'avec l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de

65- Cf. "l'Atlas de la coopération hospitalière" publié en 1998 par le secrétariat d'Etat à la Santé.

l'hospitalisation publique et privée, qui consacre une très nette avancée dans l'unification des règles s'appliquant aux deux secteurs. Les coopérations relèvent désormais de contrats d'objectifs et de moyens conclus avec une tutelle régionale unique.[66] Le nouvel article L.712-20 du Code de la Santé publique confère d'ailleurs aux directeurs d'Agences régionales un pouvoir théoriquement important en matière d'organisation de l'offre de soins sur une zone donnée, mais, outre que le champ d'application de ce pouvoir demeure aujourd'hui limité aux établissements publics de santé, les premières utilisations qui en ont été faites ont révélé son extrême dépendance à l'égard du contexte politique local.

Toujours est-il que l'ordonnance de 1996 replace la coopération dans un contexte plus général de planification, de qualité des soins et de maîtrise des dépenses, pour en faire un élément essentiel de la stratégie des établissements, et, au-delà, l'outil privilégié de l'optimisation du tissu hospitalier.

III-1-2 Panorama des rapprochements public / privé

Dans une enquête réalisée à la fin de l'année 1998, la Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier fait le constat de la rareté des coopérations public / privé, sauf en ce qui concerne la co-utilisation d'équipements lourds dans un cadre conventionnel: *"On doit constater que la coopération entre le public et le privé a un champ d'application trop restreint. Les formes de coopération autres que les conventions représentent des cas de figure isolés. En effet, seul un rapprochement des modes de gestion permettra une véritable coopération entre des structures qui ont actuellement des logiques très divergentes*".[67]

On ne peut manquer de relever qu'une grande majorité des rapprochements public / privé amorcés ces dernières années concerne des établissements situés dans des localités de petite taille ou de taille moyenne et confrontés, au moins pour certaines de leurs activités ou disciplines, à des difficultés d'ordre existentiel (niveau d'activité critique, taux d'occupation trop faible, départ de praticiens, etc.). La confrontation des "logiques divergentes" évoquées par la CNDCH a le plus souvent pour conséquence de réduire ce type d'opérations à une répartition des activités suivant des modalités assez prévisibles

66- Pour les établissements privés, ces contrats se substituent aux anciennes conventions passées avec l'Assurance maladie pour la fixation des tarifs de prestations.
67- "Recomposition du tissu hospitalier: le point de vue de la CNDCH" - Référence bibliographique [12].

relevant de ce que l'on peut qualifier de complémentarité « verticale »[68]: l'hôpital concentre ses moyens sur une activité obstétricale ou de médecine abandonnée par l'établissement privé et, en échange, contribue par un transfert de lits au renforcement d'une activité privée de chirurgie dans le cadre d'une concession totale ou partielle du service public hospitalier[69]. Les expériences en cours à Châteaubriant (Loire-Atlantique), à Château-Thierry (Aisne), à Château-Gontier et à Mayenne (Mayenne), à Saint-Amand Montrond (Cher), à Carpentras (Vaucluse), à Lillebonne (Seine-Maritime), à Gien (Loiret), à Fontenay Le Comte (Vendée), à Nogent Le Rotrou (Eure-et-Loir) ou à Saint-Tropez (Var), pour ne citer qu'elles, constituent autant de déclinaisons de ce schéma de coopération.

L'impulsion très nette donnée par l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 s'est traduite par un certain foisonnement des projets de coopération dont on perçoit maintenant les limites puisqu'une proportion non négligeable des dossiers en question sont aujourd'hui en panne: blocages juridiques purs et simples pour les uns, insuffisance des capacités d'investissement pour d'autres, incapacité parfois des acteurs locaux à trouver un terrain d'entente.

III-1-3 La spécificité et les difficultés prévisibles du projet nazairien

Contrairement à la plupart des opérations de rapprochement public / privé, le regroupement des maternités de Saint-Nazaire est envisagé à un moment où les deux structures ont un niveau d'activité tout à la fois comparable et satisfaisant. Il s'agit plus d'anticiper des difficultés que de trouver une solution à un problème immédiat. Dès lors, c'est bien un authentique exercice en commun d'une activité qui est envisagé, dans un contexte concurrentiel faible et avec le soutien très clair de l'Agence régionale de l'Hospitalisation.

Il n'est sans doute pas inutile de rappeler ici que le projet repose à l'origine sur la volonté d'assurer, sur le site même du Centre Hospitalier, c'est-à-dire à proximité immédiate du service de pédiatrie néonatologie, mais aussi de la réanimation adultes et des urgences, la prise en charge de 2800 à 2900 accouchements par an dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité des soins. La mise en œuvre des grandes

68- La complémentarité « verticale » peut être définie comme la répartition entre deux établissements de leurs différentes activités. A l'inverse, la complémentarité « horizontale » est la mise en commun de leurs moyens par deux établissements développant les mêmes pôles d'activités.

69- Ce mode contractuel d'insertion dans le service public hospitalier est régi par le Décret 93-765 du 29 mars 1993.

options retenues par les participants à la rencontre du 22 janvier 1999[70] suppose que soient résolues un certain nombre de difficultés.

S'agissant tout d'abord de l'implantation physique du futur pôle mère-enfant, la question est posée des modalités de partage du coût de construction d'un plateau technique commun et de bâtiments d'hospitalisation neufs comportant un accès autonome public et privé. La configuration actuelle du site laisse de surcroît envisager des coûts supplémentaires de destruction et/ou de restructuration en profondeur de l'existant.

Une réflexion connexe doit être menée autour de la propriété de ces bâtiments situés sur le domaine public, et de l'évolution dans le temps de cette propriété (cessibilité, transmissibilité, divisibilité, etc.). De même la question du devenir de la Clinique du Jardin des Plantes en tant qu'établissement de santé n'a t-elle pas été véritablement tranchée: si la vente des locaux actuels semble quasi inévitable, on peut s'interroger en revanche sur l'opportunité pour les praticiens libéraux de demeurer constitués en établissement. Il n'est pas dit en effet que la contribution au pôle mère-enfant à titre individuel soit dénuée de tout avantage; la formule de la "clinique ouverte" leur serait par exemple accessible.

S'agissant ensuite des modalités de fonctionnement du pôle mère-enfant, les principales interrogations découlent du choix qui a été fait de construire un plateau technique commun tout en maintenant une offre privée et une offre publique en hospitalisation comme en consultation. Dès lors, les différentes "zones de rencontre" des deux partenaires constituent autant de sources potentielles de difficultés juridiques en l'état actuel de la réglementation : régime des gardes et astreintes, intervention d'un praticien libéral sur un lit « public » ou d'un praticien hospitalier sur un lit « privé », régime de responsabilité y afférent intervention des praticiens sur plusieurs entités juridiques distinctes (plateau technique commun, aires d'hospitalisation, hôpital de jour le cas échéant), circulation des malades entre le pôle et le Centre Hospitalier.

Cette première série d'interrogations ne se réduit pas aux questions statutaires: l'organisation et le fonctionnement des services doit également figurer en bonne place dans la liste des difficultés à prendre en compte, l'objectif étant d'éviter que ne s'établisse au sein du pôle mère-enfant cette concurrence qui aurait disparu de la ville de Saint-Nazaire.

70- Voir l'annexe n°1.

La mise en œuvre du projet suppose également la résolution du problème de l'unicité de statut des personnels non médicaux au sein du plateau technique commun, avec en filigrane la question de l'harmonisation des pratiques et des rémunérations. Une incertitude existe aussi à l'heure actuelle sur la situation des personnels intervenant dans les deux unités d'hospitalisation, l'unité publique et l'unité privée.

On ne saurait conclure cette tentative de recensement des principales difficultés à résoudre sans évoquer la question du mode de rémunération des médecins. Il est en effet difficilement concevable de laisser subsister, à terme, des couvertures sociales et des régimes de retraite inégaux, et surtout des salaires par trop différents au sein d'une équipe médicale unique. Le refus exprimé par les praticiens hospitaliers de toute forme de rémunération à l'acte, à défaut de résoudre ces questions, n'en constitue pas moins une piste à exploiter.

III-2 Des solutions juridiques relativement peu adaptées

S'il existe à l'heure actuelle un consensus de bon sens sur l'antériorité et la priorité, en termes de méthodologie, de la définition d'un projet médical commun, la question n'est pas tranchée en revanche de savoir si la structure juridique doit emporter un statut pour les personnels, ou si le choix d'un statut doit ensuite déterminer la structure juridique la plus adaptée. On peut raisonnablement estimer qu'il n'y a pas aujourd'hui de solution juridique unique susceptible d'apporter une réponse simple à l'ensemble des problèmes posés par le rapprochement du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire et de la Clinique du Jardin des Plantes.

Le futur pôle mère-enfant devrait donc s'appuyer à la fois :

- sur un mode de coopération organique (c'est-à-dire comportant la création d'une personne juridique nouvelle) pour la gestion du plateau technique commun, sans préjudice d'ailleurs d'une éventuelle solution conventionnelle de transition,

- sur un montage conventionnel régissant de manière souple l'intervention des personnels non médicaux au sein des différentes entités du pôle (bloc, ailes d'hospitalisations) ainsi que les relations entre la maternité et les autres services de l'établissement (logistique, stérilisation, etc.),
- sur des contrats particuliers pour les professionnels libéraux.

A partir de ces hypothèses, toutes les déclinaisons du projet de coopération sont possibles, en fonction du degré d'intégration des deux partenaires, en gardant cependant à l'esprit que la préservation des identités respectives est l'un des principes de référence. Il est donc relativement malaisé en l'état actuel des choses de formuler des scénarii précis d'évolution, sauf à se cantonner à l'identification d'une hypothèse haute de constitution d'un ensemble parfaitement homogène, et d'une hypothèse de pôle mère-enfant *a minima* qui serait la juxtaposition plus ou moins bien camouflée des deux établissements d'origine, une sorte de "monstre" doté de deux bras disproportionnés l'un par rapport à l'autre.

En attendant que le cheminement naturel du projet fasse émerger par lui-même des scénarii plus précis, il convient de rechercher dans la "boîte à outils" actuelle les moyens de donner un cadre juridique au projet médical commun, de répondre aux attentes des personnels, de financer les installations et de rémunérer les différentes catégories d'intervenants.

III-2-1 Un cadre juridique pour faire vivre le projet médical commun

La réunion, sur un même site, de deux établissements de santé conservant leur identité juridique propre constitue un regroupement au sens de la loi. L'article L.712-11 du Code de la Santé publique dispose qu'une telle opération doit être à la fois compatible avec le SROS et la carte sanitaire, et assortie d'une réduction des capacités autorisées. Le soutien explicite apporté au projet par les autorités de tutelle et le pouvoir politique local est de nature à faire émerger, comme dans d'autres opérations de regroupement, une interprétation souple de la notion de capacités autorisées à réduire.

L'installation sur le site du Centre Hospitalier, sinon de la Clinique du Jardin des Plantes elle-même, au moins d'une aile de consultation et d'hospitalisation privée qui en serait l'émanation, se heurte aux principes d'inaliénabilité et d'affectation à l'usage public du domaine public, qui interdisent toute cession de biens publics à une personne de droit privé. Il est peu probable que le Centre Hospitalier assume seul

la construction du nouveau bâtiment pour en louer une partie à la Clinique; le recours à un bail à construction au profit d'un maître d'ouvrage privé est tout aussi peu vraisemblable, encore que cette solution ait déjà été retenue dans d'autres opérations. A La Châtre (Indre), par exemple, l'autorisation de construire une clinique chirurgicale sur le site de l'hôpital a été donnée à un preneur s'engageant à développer une activité relevant de la compétence du bailleur (bail à construction prévoyant le transfert à terme de la propriété au Centre Hospitalier).

Le montant prévisible des travaux à réaliser appelle plutôt un partage des coûts qui a d'ailleurs été identifié à juste titre comme l'un des avantages majeurs du regroupement. La vente par la Clinique de ses locaux actuels constituera très certainement la base de sa contribution financière au projet mère-enfant. La question de son implantation sur le site public pourrait trouver une réponse dans la conclusion d'un bail emphytéotique[71], sous réserve de respecter les deux conditions posées par la jurisprudence[72]: d'une part, l'équipement devrait répondre à des besoins que le Centre Hospitalier ne peut satisfaire par ses propres et seuls moyens ; c'est le cas des 1200 accouchements supplémentaires escomptés. D'autre part, les besoins des patients du Centre Hospitalier devraient pouvoir être assurés à tout moment de manière prioritaire ; cette seconde condition est nettement plus problématique.

Les modes de coopération organique susceptibles d'associer un établissement public de santé et une clinique privée à but lucratif sont au nombre de trois : le Groupement d'Intérêt Public (GIP)[73], le Groupement d'Intérêt Economique (GIE)[74] et le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)[75]. L'accès à d'autres formules juridiques de coopération, telles que le syndicat inter-hospitalier, ne serait éventuellement concevable, même à titre transitoire, que sous réserve d'une participation de la Clinique du Jardin des Plantes au service public hospitalier que rien ne justifie tant que le Centre Hospitalier ne se départit d'aucune de ses missions fondamentales.

Le recul conféré par plusieurs années et un certain nombre d'exemples de recours aux deux premiers types de groupements[76] révèle que le GIP a plutôt trouvé à s'appliquer dans le domaine logistique

71- Le bail emphytéotique implique la création d'un droit réel immobilier sur l'objet de la location ; il ne peut être conclu qu'en vue de la réalisation d'une mission de service public ou d'une opération d'intérêt général.
72- Conseil d'Etat, avis du 24 janvier 1995.
73- art.21 de la loi n°82-610 du 15/7/1982 - décret n°83-204 du 15/3/1983 - avis du Conseil d'Etat du 1/8/1995.
74- Ordonnance n°67-821 du 23/9/1967 - avis du Conseil d'Etat du 1/8/1995.
75- art. L.713-11-1 et L.713-11-2 du Code de la Santé publique. Art. R.713-3-1 à R.713-3-21.
76- 40 GIP et 30 GIE sur l'ensemble du territoire, d'après une enquête réalisée en juin 1998 auprès des Agences régionales de l'Hospitalisation; un bilan plutôt modeste en vérité.

(blanchisserie, cuisine) et que le GIE est essentiellement dédié à la co-utilisation d'équipements lourds. Le principal inconvénient de ces deux formule réside dans l'interdiction qui leur est faite d'assurer des missions de surveillance, de diagnostic et de soins, même pour le compte de leurs membres.

Cela étant, rien ne s'oppose à l'utilisation du GIP à des fins de gestion d'un plateau technique commun, cette formule ayant l'avantage de préserver l'identité des établissements, ni du GIE pour cofinancer des investissements. Il est d'ailleurs intéressant de relever qu'antérieurement au texte de 1996, les promoteurs des projets de coopération s'orientaient naturellement vers la formule GIE; l'unité commune de chirurgie cardiaque du Centre Hospitalier de Lens et de la Polyclinique du Bois-Bernard en constitue une bonne illustration puisque le projet reposait sur un GIE avant d'être revu à la lumière de l'ordonnance de 1996.[77]

Effectivement, les grandes orientations retenues par les deux parties au projet inclinent plutôt vers le GCS, qui est par excellence l'instrument juridique permettant à ses membres d'assumer, ensemble et sur un même site, une mission de diagnostic, de surveillance et de soins. Pour reprendre les termes de l'exposé des motifs de l'ordonnance de 1996 précitée, le GCS est "*une nouvelle structure de coopération adaptée aux établissements qui souhaitent, tout en conservant leur autonomie, mettre en commun certains moyens médico-techniques, médicaux et non médicaux dans le domaine des soins*." Le GCS peut seul constituer le cadre d'intervention communes de professionnels de santé (praticiens hospitaliers et médecins libéraux) et de personnel non médical pour des activités de soins, avec toutefois ces deux réserves majeures qu'il ne constitue pas un établissement de santé et ne peut être employeur. Il convient d'ajouter pour conclure que le choix d'un groupement implique l'existence, face au Centre Hospitalier, d'un établissement de santé privé.

III-2-2 Un statut pour rassembler les personnels

L'estimation des besoins en personnels des futures unités d'obstétrique et de néonatologie du pôle mère-enfant s'inscrit, il convient de le rappeler en guise de préambule, dans un cadre très précis qui est celui des minima fixés par le décret n°98-900 du 9 octobre 1998; c'est une contrainte supplémentaire appelée à peser sur le volet humain du projet; contrainte de nature quantitative bien sûr, contrainte de nature

77- Se reporter à la page 70 du présent mémoire pour une présentation du nouveau projet de coopération de Lens.

qualitative également dans la mesure où cette nouvelle réglementation est aussi inspirée par la volonté de mettre fin aux "glissements de tâches" menaçant la sécurité des patients.

La définition d'un statut acceptable pour les personnels intervenant au sein du futur pôle mère-enfant est très largement conditionnée par les choix juridiques qui auront été faits par ailleurs. On ne peut que déplorer à cet égard, avec Claudine Esper, le silence des textes sur ces questions de statut qui ne ressortent d'ailleurs pas clairement aux Agences régionales de l'Hospitalisation: *"Le rapprochement obligé des acteurs de santé doit se faire en l'état des textes, avec les différences qui existent."*[78]

- *Le personnel non médical*

S'agissant d'abord du personnel non médical, la coexistence d'une équipe publique et d'une équipe privée paraît difficilement concevable dans la triple optique qui est celle des partenaires d'harmonisation des pratiques et des modes de rémunération, de simplicité de fonctionnement, et d'égalité de traitement des patientes ; le maintien des disparités actuelles, à la rigueur envisageable à court terme (à défaut d'être souhaitable) pour faciliter la mise en route du pôle mère-enfant, est relativement ingérable à long terme s'agissant de deux équipes réalisant des tâches similaires. La mise à disposition ou le détachement d'une partie du personnel hospitalier (qui continuerait donc à être rémunéré par l'Hôpital) n'est pas possible au profit d'un établissement privé ne participant pas au service public.

La formation d'une équipe unique relevant du Statut de la fonction publique hospitalière, solution la plus évidente dans le contexte nazairien, pourrait se faire par l'intégration progressive et concertée du personnel de la Clinique sur la base du dispositif actuellement en vigueur[79]; récemment étoffé par un décret qui en précise et en simplifie les modalités[80]. Les grandes lignes de cette procédure très largement dérogatoire sont les suivantes:

- dispense de concours (sous réserve de posséder les titres, diplômes et qualifications requis),
- dispense de stage,
- suppression de toute limite d'âge,
- reconstitution de carrière,

78- Claudine Esper - "La coopération entre acteurs de santé: le droit est-il à la hauteur de la pratique?" - Référence bibliographique [13].

79- c'est-à-dire essentiellement l'article 102 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 (Titre IV du statut général).

80- Décret n°99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social. Compte tenu de son caractère très récent, ce décret est reproduit en annexe n°5.

- garantie de rémunération avec attribution le cas échéant d'une indemnité compensatrice.
- formalisme réduit à un arrêté pris conjointement par les deux ministres concernés après avis du Conseil supérieur de la Fonction publique hospitalière; l'obligation de décret en Conseil d'Etat a été supprimée.

La difficulté de l'intégration des personnels du privé paraît donc moins relever de la procédure elle-même que de son financement et de son accompagnement social, lequel suppose une analyse détaillée des situations individuelles dans la plus grande concertation possible. L'intégration d'un effectif d'une quarantaine d'équivalents temps plein n'est pas concevable sans la mobilisation de toutes les solutions de redéploiement de personnels vers d'autres services (y compris d'ailleurs, pour qui ne souhaiterait pas intégrer le Centre Hospitalier, vers l'autre établissement du Groupe Polyclinique de Saint-Nazaire S.A.). Le jeu des mouvements naturels (départs à la retraite) est une autre piste à explorer. Encore faut-il préciser dans un souci de réalisme que le Centre Hospitalier emploie de longue date un nombre particulièrement élevé de personnels non titulaires, qui ne manqueraient pas de faire valoir leurs droits en revendiquant une certaine priorité dans l'hypothèse d'augmentation des effectifs.

- *Le personnel médical*

S'agissant ensuite du personnel médical, un certain nombre de possibilités existent à l'heure actuelle en matière d'intervention de praticiens libéraux dans une structure publique et inversement.

Pour les praticiens libéraux d'abord, les dispositions réglementaires sur la "clinique ouverte"[81] permettent d'envisager une collaboration aux activités du pôle mère-enfant ne se traduisant pas forcément par une baisse importante de rémunération. Le recours à la clinique ouverte est possible en l'espèce dans la mesure où elle s'applique à une activité exercée par les deux établissements (chirurgie gynécologique ou obstétrique); il est cependant soumis à des conditions restrictives tenant d'une part à l'insuffisance quantitative et qualitative de l'initiative privée, d'autre part à la satisfaction prioritaire des besoins de la clientèle hospitalisée du secteur public; la première condition n'est pas réunie et renvoie à l'opportunité pour les praticiens libéraux de demeurer constitués en établissement de santé; et l'on peut émettre des doutes quant au caractère acceptable de l'autre condition. L'ouverture d'une clinique ouverte se traduirait d'ailleurs par une redistribution du nombre de lits entre les deux partenaires, la quasi parité actuelle faisant place à une situation où le partenaire privé ne disposerait que d'un tiers du total.

81- Décret n°60-939 du 5 septembre 1960 abrogé par le décret n°97-371 du 18 avril 1997.

La solution de la clinique ouverte trouve le plus souvent à s'appliquer dans des cas classiques de coopération public/privvé caractérisés par une défaillance de l'un des deux partenaires. Elle présente un intérêt certain, en dépit des conditions restrictives susmentionnées, et mérite à ce titre de faire l'objet d'investigations complémentaires.

L'autre possibilité offerte aux praticiens libéraux tourne autour de l'intégration plus ou moins poussée dans les statuts hospitaliers, soit comme praticien hospitalier à titre provisoire, sur un poste vacant et avec une rémunération au 1er échelon (l'intégration au dernier échelon a déjà été pratiqué à titre dérogatoire), soit par création de postes de praticiens à temps partiel, soit enfin comme attaché ou praticien contractuel, ces deux dernières voies ayant l'inconvénient majeur de se traduire par une certaine précarisation. Le statut d'attaché est cependant cumulable avec une activité libérale. Il convient à ce sujet de garder à l'esprit que les anesthésistes libéraux sollicités dans le cadre du pôle mère-enfant tiendront très probablement à continuer d'intervenir à la Polyclinique de l'Océan.

Concernant maintenant les praticiens hospitaliers, la possibilité est ouverte d'un partage d'activité au profit d'un établissement privé à but non lucratif participant ou concourant au service public hospitalier. On peut théoriquement aussi envisager un détachement ou une mise à disposition, mais le premier ne peut se faire qu'auprès d'un établissement public ou d'un organisme privé à but non lucratif, et la seconde ne peut bénéficier, en matière de coopération, qu'à un GIP.

Ce rapide tour d'horizon confirme que la coopération entre hôpitaux publics et cliniques privées à but lucratif n'est guère facilitée par les textes actuellement en vigueur, si ce n'est sous l'angle restreint de l'exercice ponctuel dans un autre établissement que celui d'origine.

Pour autant, le projet ne semble pas fondamentalement compromis par les questions de personnel, sous réserve, pour les personnels médicaux, d'un certain nombre d'aménagements destinés à maintenir un niveau de rémunération acceptable. Certains de ces aménagements sont prévus par les textes, d'autres font appel à la plus ou moins grande disposition des pouvoirs publics et des financeurs à l'expérimentation.

III-2-3 Un montage financier acceptable

La définition d'un montage financier satisfaisant (ce terme englobe le mode de rémunération des praticiens et le système de financement de l'outil de travail) est la troisième et dernière source de difficultés.

L'état actuel de la réglementation rend quasiment incontournable le recours à un système mixte de dotation globale pour une partie des activités du pôle mère-enfant, et de convention de l'Assurance Maladie pour la partie libérale (prix de journée et forfaits techniques); cette coexistence est une source non négligeable de complexité, qui conduirait par exemple les médecins "adresseurs" à préciser s'ils envoient un patient vers la partie privée ou publique. Les interventions de praticiens au bénéfice de patients hospitalisés dans les différentes composantes du pôle mère-enfant, à l'occasion des gardes notamment, sont un autre facteur de complexité.

Ce double système est en outre condamné à coexister avec un dispositif de reversement au profit du Groupement constitué part les partenaires pour la gestion du plateau technique par exemple. Les dispositions réglementaires relatives au GCS, groupement à objet non lucratif, prévoient ainsi une participation des membres en nature ou par le biais de mises à disposition de personnels.
On peut cependant souligner que les praticiens de la Clinique du Jardin des Plantes sont familiarisés à cette obligation de reversement au profit de la structure "collective", qui est un élément de leur contrat de travail; *a contrario*, la fixation du niveau de reversement dans un cas de clinique ouverte est presque toujours une source de conflits majeurs pouvant même aller jusqu'à l'abandon pur et simple de cette formule.

S'agissant plus spécifiquement du problème de la rémunération des praticiens, on ne peut échapper à l'alternative entre salariat et rémunération à l'acte qu'en accordant du poids au rejet explicite dont le second système a fait l'objet de la part des praticiens hospitaliers. La question, abstraction faite pour l'instant des possibilités d'expérimentation de nouveaux modes de tarification, semble donc être celle d'un niveau de salaire acceptable.

Le niveau actuel de rémunération des praticiens hospitaliers est unanimement présenté par les intéressés comme "indécent". Dans un souci de pérennisation du pôle mère-enfant, il conviendrait en conséquence de maintenir dans l'avenir une "variable d'ajustement" jouant le rôle actuellement dévolu à l'activité libérale. La difficulté réside précisément dans l'obligation de trouver autant que possible un mode de rémunération uniforme, s'établissant à un niveau satisfaisant pour les praticiens, et garantissant malgré tout l'égal accès aux soins de tous les patients, quel que soit leur niveau de ressources. Cette recherche d'un complément de rémunération vaut particulièrement dans l'hypothèse de recours au statut d'attaché pour certains praticiens libéraux.

La rémunération des consultations de gynécologie pourrait constituer cette variable d'ajustement recherchée, avec l'avantage de maintenir un système de "clientèle" spécifique à chacun des praticiens. Les particularités de la relation entre le gynécologue et ses patientes militent dans le même sens. Il n'est pas concevable de tirer un trait sur cette personnalisation. Encore faut-il s'assurer que le système actuel de consultations en secteur libéral peut être perpétué dans le futur système. On pourrait ainsi concevoir un scénario dans lequel les praticiens intervenant sur le pôle mère-enfant bénéficieraient à la fois d'un salaire, pour les activités exercées en commun au sein du plateau technique, et d'un complément de rémunération pour leur activité de consultation.

III-3 Saint-Nazaire, terrain d'expérimentation ?

III-3-1 Des points de blocage assez bien identifiés

Les résultats d'une autre enquête, effectuée cette fois auprès des Agences régionales de l'hospitalisation en juin 1998, sur les modes de coopération entre les établissements[82], confirment que la convention simple reste l'outil juridique le plus couramment utilisé; la convention a pour elle l'avantage de la souplesse, mais elle est aussi plus fragile et plus facile à défaire qu'un groupement investi de la personnalité morale.

26% seulement des accords conclus le sont entre établissements publics et privés. Les projets de coopération entre établissements des deux secteurs se heurtent à des obstacles psychologiques liés à

82- Cette enquête a alimenté avec profit l'annexe b du Projet de Loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 et son Rapport de présentation devant l'Assemblée nationale- Références bibliographiques [14] et [15].

des cultures différentes, mais aussi et surtout à des difficultés juridiques touchant les pratiques professionnelles et les missions que les établissements de santé doivent exercer en propre. Les différences de mode de financement et les questions touchant au patrimoine sont d'autres sources de difficultés majeures.

De manière un peu plus précise, il n'est par exemple pas acceptable qu'un instrument tel que le GCS, dont la création en 1996 a comblé un vide juridique et satisfait un besoin si ce n'est une demande des utilisateurs potentiels, n'ait donné lieu qu'à un nombre extrêmement réduit de réalisations.
Théoriquement conçu précisément pour ce type de projets d'exercice en commun d'activités de soins, le GCS a jusqu'à présent soulevé plus de questions qu'il n'a apporté de réponses; les difficultés tournent autour des modes de financement, du régime de responsabilité, de la gestion des personnels ou des relations entre l'établissement et les praticiens. Qui plus est, les deux parties ne souhaitent pas toujours constituer une personne morale; surtout, le Conseil d'Etat est quelque peu revenu sur l'effet d'affichage de 1996 en refusant de reconnaître au GCS la capacité à servir de cadre à l'exercice de missions de soins. La raison en est liée au souci de ne pas favoriser un démembrement du service public hospitalier au profit de structures non soumises aux règles d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé.
Les incertitudes qui entourent le régime de ce nouvel objet juridique font qu'il est souvent choisi comme catégorie générique pour les rapprochements public/privé, sans préjudice d'un revirement éventuel en faveur d'un autre mode de coopération; c'est le cas notamment dans la Région des Pays de la Loire, où plusieurs opérations de ce type sont à l'étude.

En matière organisationnelle, d'autres sources de blocage des dossiers ont pu être identifiées ces dernières années: citons par exemple l'impossibilité pour deux établissements de co-gérer des autorisations de lits, les règles d'occupation du domaine public, les règles de la comptabilité publique ou des achats publics (qui peuvent dissuader les établissements privés de s'engager dans des groupements).
Les règles de gestion des personnels sont elles aussi responsables d'un grand nombre d'échecs en matière de coopération, à tel point qu'on peut poser avec Stéphanie Barré la question de savoir si le

personnel est un acteur ou un frein à la coopération hospitalière.[83] Certes, les établissements privés sous convention collective ne donnent pas l'image d'une extraordinaire souplesse en matière d'avancement (c'est une logique d'ancienneté qui prévaut) ou d'intéressement; ils pratiquent pourtant le détachement et la mise à disposition de manière beaucoup moins formelle que dans le secteur public. Si l'on peut expliquer le silence de l'ordonnance du 24 avril 1996 sur ces questions par la volonté de ne pas ajouter une réforme statutaire majeure à l'ordonnance hospitalière, il apparaît aujourd'hui indispensable de mener ces évolutions à leur terme.

III-3-3 Un contexte favorable aux expérimentations

La période actuelle apparaît comme particulièrement propice à l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation, de financement, de rémunération ou de prise en charge. Cet état d'esprit est à la fois lié à la multiplication récente des projets de coopération "innovants", dont Saint-Nazaire constitue une parfaite illustration, et à l'unanimité qui tend à s'établir dans la critique des outils juridiques actuels. Les tutelles régionales se font de plus en plus l'écho de ces encouragement à expérimenter, encore que certaines régions se révèlent plus innovantes que d'autres dans ce domaine. Le recours à des combinaisons inédites dépend aussi du soutien apporté ou non par les Caisses régionales d'Assurance maladie.

Pour autant, expérimenter ne signifie pas nécessairement créer de nouveaux outils, conformément à une certaine propension à la sédimentation des textes; ce peut être tout simplement lever les blocages et faire fonctionner à plein ce qui existe d'ores et déjà. Il ne suffit plus aujourd'hui de se demander avec Claudine Esper si le droit est à la hauteur de la pratique en matière de coopération entre acteurs de santé[84]; les solutions existent, il faut les mettre en œuvre quitte à les ajuster à la marge par le biais de dispositifs expérimentaux.

L'actualité récente offre quelques cas de recours à des dispositifs innovants, en matière d'organisation comme en matière de modes de financement. Certains d'entre eux méritent des explications complémentaires en ce qu'ils sont susceptibles d'éclairer utilement la problématique nazairienne.

83- S.Barré - Référence bibliographique [16].
84- Claudine Esper - op. cité - Référence bibliographique [13].

- *Organisation*

Le pôle santé public/privé de **Carpentras** (Vaucluse) est l'un des rares exemples actuels de distinction d'une partie privée et d'une partie publique au sein d'un bâtiment neuf construit en commun. Le coût de "partie commune" (hall d'accueil, locaux techniques, boutiques, cafétéria, circulations verticales, espaces extérieurs) a été réglé dans le cadre d'un GCS.

Le GCS confirme à cette occasion qu'il a pour lui l'avantage d'une grande souplesse; à **Fontenay-le-comte**, il a été choisi pour permettre des gardes communes de chirurgie viscérale entre le Centre Hospitalier et la Clinique Sud-Vendée, tout en assurant une prise en charge permanente des urgences. Un autre GCS sert de cadre à une cinquantaine d'établissements de santé de la région Midi-Pyrénées pour développer ensemble la télémédecine.

Pour revenir dans le champ des rapprochements d'établissements publics et privés, le GCS a également été choisi par **le Centre Hospitalier de Lens et la Polyclinique du Bois-Bernard** pour détenir et exploiter le matériel médical d'une unité commune de chirurgie cardiaque. Dans ce cas de figure, l'activité a été répartie de façon égalitaire entre les deux établissements, de même que les lits d'hospitalisation, publics pour la moitié d'entre eux, privés pour l'autre moitié. Le Centre Hospitalier met à disposition du GCS le personnel non médical nécessaire au fonctionnement de l'unité commune, et continue à le rémunérer. Surtout, la différence d'origine vis-à-vis des patients, qui constitue habituellement une difficulté majeure dans ce type de rapprochements, est neutralisée par l'octroi aux praticiens hospitaliers d'un statut de temps partiel, complété par un contrat avec la Polyclinique pour couvrir la partie privée de leur activité. La détermination des acteurs locaux a été essentielle dans la mise en œuvre de ce schéma de coopération, en partenariat avec l'Assurance maladie.[85]

A **Valenciennes**, c'est le choix du mode conventionnel qui a été réalisé pour établir de manière tout à fait inédite un partenariat garantissant aux cardiologues libéraux de la Clinique Vauban, sur un plateau technique public, une totale liberté d'exercice dans les conditions habituelles de la médecine libérale. Le dispositif repose là encore sur un niveau d'activité également réparti entre libéraux et hospitaliers. Les cardiologues libéraux sont assistés par le personnel non médical du Centre Hospitalier.

85- Référence bibliographique [15] pour une description plus détaillée de ce montage.

La convention en question affiche de manière tout à fait explicite la distinction entre malades "privés" et malades "publics"; les circulations entre le plateau technique public et le secteur libéral, après un séjour éventuel dans la salle de réveil ou l'hôpital de semaine du Centre Hospitalier, sont assimilées vis-à-vis de l'Assurance maladie, à des transferts sanitaires.

Le régime de responsabilité correspondant, autre pierre d'achoppement traditionnelle des projets de coopération, est on ne peut plus clair: responsabilité du Centre Hospitalier vis-à-vis de la clientèle privée en cas de défaillance technique ou d'erreur imputable à son personnel, responsabilité des cardiologues libéraux vis-à-vis des malades publics traités en urgence dans le cadre d'une astreinte assurée à parité avec leurs confrères hospitaliers (collaboration occasionnelle au service public).

- *Financement*

Là encore, le climat actuel paraît favorable à la mise en place de solutions innovantes. Les travaux de la Commission Soubie, issue de l'ordonnance du 24 avril 1996, sur les réseaux de soins en sont un premier exemple. On commence à envisager la possibilité de déroger à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et de rémunérer les praticiens pour des activités autres que leur activité principale.

Le nouvel article L.716-2 du Code de la Santé publique[86]: en est un autre exemple, qui autorise le gouvernement à expérimenter, dans les cinq années à venir, *"de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics et privés, fondés sur une tarification à la pathologie."*

La tarification à la pathologie représente sans conteste l'une des pistes d'expérimentation les plus porteuses s'agissant de coopérations où il est important de pouvoir distinguer la contribution des uns et des autres à l'activité commune. Dans l'exemple décrit plus haut de collaboration en matière de cardiologie interventionnelle à Valenciennes, les partenaires font pour l'instant coexister le salariat des praticiens hospitaliers et la rémunération à l'acte des praticiens libéraux (avec reversement d'honoraires à hauteur de 15%). L'originalité du dispositif tient à ce que les dépenses de personnel et de fonctionnement occasionnées par cette activité partagée sont intégrées dans la dotation globale du Centre Hospitalier sur la base d'une estimation de coût calculée par analogie au financement du secteur libéral (pour chaque intervention: forfait de salle, journée d'hospitalisation, forfait médicaments coûteux). Pour l'avenir, les

86- Il est issu de l'article 55 de la loi sur la Couverture Maladie Universelle - Journal Officiel du 28 juillet 1999.

partenaires se sont engagés à mettre en place une comptabilité analytique permettant de connaître le coût des pathologies traitées.

Pour revenir au dossier du pôle mère-enfant, les deux établissements nazairiens ont tout intérêt à se pencher plus avant sur ces expérimentations. En gynécologie obstétrique, activité soumise à des règles précises de fonctionnement, les pratiques sont relativement bien modélisées, dès lors que le "cursus" d'une femme enceinte est à la fois encadré et anticipé (échographies obligatoires). Le nombre relativement faible de Groupes Homogènes de Malades (GHM) concernés et la spécificité des pathologies gynécologiques se conjuguent pour en faire un bon terrain d'expérimentation pour la tarification au forfait par pathologie. D'ailleurs, le GHM 540 n'a t-il pas été choisi comme GHM "calant"?

Ces différentes expériences récentes de coopérations public/privé démontrent que l'innovation en matière organisationnelle et tarifaire peut favoriser la levée de bon nombre des blocages traditionnels. Il apparaît indispensable de poursuivre en le menant à son terme le mouvement d'unification des règles applicables aux deux secteurs.

III-3-3 De la nécessité d'un signal politique fort en faveur de la coopération public / privé

Les résultats de l'enquête déjà citée effectuée en juin 1998 auprès des Agences régionales de l'Hospitalisation confirment que, dans ce domaine plus encore que dans les autres, l'existence de motivations fortes des acteurs hospitaliers est un facteur important d'avancement des dossiers, de même d'ailleurs que la définition d'un projet médical commun sur lequel peut se construire une coopération réelle et durable. Pour autant, la réussite des actions de coopération ne dépend pas seulement de l'initiative des établissements et de leur volonté d'entreprendre. Elle implique également un engagement des pouvoirs publics, non seulement pour contribuer à lever les réticences manifestées par une majorité des établissements, mais aussi et surtout pour rendre possible un certain nombre d'aménagements et de dérogations à une réglementation qui ne peut englober tous les cas d'espèce.

Le projet de pôle mère-enfant constitue une illustration intéressante de cette incapacité des outils juridiques à appréhender la coopération inter-hospitalière dans sa diversité. Il est en effet relativement

aisé de démontrer qu'aucune des solutions évoquées dans la sous-section précédente (III-2) n'est susceptible de s'appliquer strictement au dossier nazairien. L'explication en réside probablement dans le fait qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de cadre précis aux coopérations public/privé; il apparaît en particulier que l'absence de limites claires officiellement posées à ces opérations conduit les établissements à s'engager dans des voies hasardeuses dont même les cabinets de conseil spécialisés ne peuvent les faire sortir, comme en témoigne le nombre de dossiers de coopération plus ou moins bloqués. Fréquemment sollicitée par les établissements, les tutelles régionales ou les consultants, l'administration centrale a tendance à renvoyer les uns et les autres à l'opportunité des opérations projetées.

On ne peut tout à la fois faire de la coopération une ardente obligation[87] et laisser les acteurs de terrain s'enliser dans des contingences juridiques: il est urgent, pour parachever une restructuration dont chacun s'accorde à reconnaître la nécessité, de définir clairement, en référence à une conception "moderne" des principes du service public, ce qui ne peut faire l'objet d'une coopération, et de supprimer les obstacles qui s'opposent actuellement à une pleine utilisation des outils existants.

Les enjeux méritent sans contexte un réexamen des règles statutaires de la Fonction publique, en attendant peut-être la définition d'un nouveau type d'établissements de santé mettant en œuvre une conception plus souple de la ligne de partage entre secteur privé et secteur public.

87- Cf. à cet égard le nouvel article L.710-16-1 du Code de la Santé Publique.

CONCLUSION

Si l'on considère, à l'instar de Contandriopoulos et Souteyrand, [qu'] *"à moyen terme, la palette des ressources est donnée et les marges de manœuvre [sont] extrêmement limitées"*, on ne peut que saluer la clairvoyance des promoteurs de ces projets de coopération émanant du terrain et contribuant à l'optimisation en douceur de la carte des établissements hospitaliers.

Le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire et la Clinique du Jardin des Plantes font indéniablement partie de ces établissements de santé qui ont mesuré tout l'intérêt d'une stratégie active plutôt que subie de maîtrise de leur environnement. Cette stratégie favorise un renforcement de leur position dans le système local de soins, par un élargissement de leur capacité d'offre qui ne signifie pas nécessairement une augmentation de leur taille, mais plutôt l'acquisition de ressources critiques et la mise en œuvre d'une coordination avec les autres acteurs locaux. [88]

Encore une fois, l'originalité du projet de pôle mère-enfant par rapport à la plupart des coopérations public/privé de ces dernières années tient au fait que la décision n'a pas été prise dans l'urgence pour répondre à un problème immédiat. C'est là un atout majeur s'agissant d'un regroupement qui a besoin de temps pour s'imposer dans les esprits et dans les faits, avec l'opportunité de pouvoir tabler, comme y invite le sociologue Guy Minguet,[89] sur le processus d'adhésion au projet, sur l'interaction entre les acteurs, sur leur capacité à communiquer. Il faudra à n'en pas douter beaucoup de temps et d'efforts pour que les personnels médicaux et non médicaux intervenant sur le pôle mère-enfant se voient, quelle que soit leur origine publique ou privée, comme les acteurs d'une même organisation dont il s'agit d'optimiser le fonctionnement pour le plus grand bénéfice des patients.

C'est donc un atout majeur, mais, d'une certaine manière, c'est aussi un handicap, précisément parce qu'il n'y a pas d'urgence à rapprocher ces deux maternités par une opération forcément très coûteuse, et

88- Contandriopoulos A.-P; et Souteyrand Y. - op. cité, pages 49 et 108 - Référence bibliographique [04].
89- Guy Minguet, cité par Nadine Baratta - Référence bibliographique [17].

que de nombreux dossiers de coopération public/privé sont en attente de solutions de financement dans des villes autrement moins favorisées en termes d'offre de soins.

En dépit de ces aléas liés au financement du projet et à la recherche de la solution juridique la plus adaptée, le pôle mère-enfant unique public et privé de Saint-Nazaire devrait finir par voir le jour, parce qu'il est conforme aux intérêts de long terme de la population de secteur et a été clairement identifié comme tel.

Il est cependant encore trop tôt pour dire s'il constituera l'archétype des structures sanitaires du XXI^{ème} siècle, ou plus simplement l'expression d'une réponse locale à des contraintes d'organisation de l'offre de soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(dans l'ordre de leur appel dans le texte du mémoire)

[01] KERLEAU M., FARGEON V. et LE VAILLANT M. - Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins - in: CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. - L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins - Ouvrage collectif - Paris: John Libbey Eurotext, 1996.

[02] SYNDICAT DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS DE FRANCE - Livre blanc de la gynécologie obstétrique en France - Supplément aux Cahiers SYNGOF n°35, octobre 1998.

[03] NICOLAS G. et DURET M. - Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésiologie, obstétrique, psychiatrie et radiologie - Paris, Secrétariat d'Etat à la Santé, mars 1998.

[04] CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. - La construction locale de l'offre de soins - in: L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins - Ouvrage collectif - Paris: John Libbey Eurotext, 1996.

[05] CREMADEZ M. en collaboration avec GRATEAU F. - Le management stratégique hospitalier - Paris: InterEditions, Masson, 1997.

[06] ASSOCIATION DES PETITES VILLES DE FRANCE - Livre blanc sur les hôpitaux de proximité - février 1998.

[07] LEFORT L.-C. - Des maternités - Paris: Masson, 1866.

[08] AUGER P. et al. - Naître aujourd'hui: confrontation des idéologies sécuritaires et écologiques - Séminaire interprofessionnel - Rennes: Editions ENSP, 1985.

[09] CROZIER M. et FRIEDBERG E. - L'acteur et le système - Paris: Editions du Seuil, 1977.

[10] BERNOUX P.- Sociologie des organisations: Initiation - Paris: Editions du Seuil, 1985.

[11] d'IRIBARNE P. - Les logiques de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales- Paris: Editions du Seuil, collection Points Essais, 1993.

[12] CONFERENCE NATIONALE DES DIRECTEURS DE CENTRES HOSPITALIERS - "Recomposition du tissu hospitalier, le point de vue de la CNDCH" - octobre 1998.

[13] ESPER C. - "La coopération entre acteurs de santé: le droit est-il à la hauteur de la pratique ?" p.441-457 in: Rapport du Conseil d'Etat - Paris, La documentation française, 1998.

[14] SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE - Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1999. Annexe b: "Mise en œuvre des dispositions de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1998".

[15] EVIN C. (Rapporteur) - Rapport sur le Projet de Loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 - Tome II, Assurance maladie et accidents du travail - Paris: Assemblée nationale, 1999.

[16] BARRE S. - "Le personnel des établissements de soins: acteur ou frein à la coopération hospitalière?" - Actualités Jurisanté, n°17, avril 1997, p.11.

[17] BARATTA N. - La fusion entre établissements, un événement culturel - Cahier spécial "Restructuration" - Décision Santé n°95, 15-30 avril 1996, p.21-24.

BIBLIOGRAPHIE

- OUVRAGES -

CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L. - Coopération hospitalière: l'épreuve de vérité - Paris: Masson, 1998.

CLEMENT J.-M. - Mémento de droit hospitalier - Manuels BL Santé - Paris: Berger Levrault, 1996.

CLEMENT J.-M. - Les pouvoirs à l'hôpital - Paris: Berger Levrault, 1995.

JOIN-LAMBERT M.-T. et al. - Politiques sociales - Paris: Presses de la FNSP et Dalloz, 1994.

NOGUES M. - Le classement des cliniques privées: des procédures aux stratégies de gestion - Paris: John Libbey Eurotext - CESEG-HP - collection "Décision hospitalière", 1992.

TANTI-HARDOUIN N. - L'hospitalisation privée: Crise identitaire et mutation sectorielle - Paris: La documentation française, 1996.

- ARTICLES -

BAUBEAU D., MORAIS S. et RUFFIE A. - Les maternités de 1975 à 1996: un processus de restructuration sur longue période - Etudes et résultats - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES - n°21, juillet 1999.

BONHOMME C. - "Coopérations hospitalières: les nouvelles complémentarités. Exemples de coopération" - Revue hospitalière de France n°6, novembre-décembre 1997, p.792-815..

DARTIGUENAVE L. - "Stratégies d'alliance: l'hôpital à l'heure des choix" - Gestions hospitalières - n°315, avril 1992.

DEGOS C.-F. - "Coopération public-privé: une complémentarité ?" - Hospitalisation privée, novembre 1996, p.10-13.

DOUCET D. - "Rapprochement public-privé, une mise en œuvre délicate" - Horizon clinique n°47, janvier-février 1994, p.25-28.

ESPER C. - "Le GCS, nouvelle formule juridique de coopération entre établissements de santé" - Technologie Santé n°29, juin 1997.

DU HAUT-CILLY H.-B. - "L'intégration des personnels du privé dans la fonction publique hospitalière" - Informations sur les ressources humaines à l'hôpital - n°10, septembre-octobre-novembre 1996, p.55-57.

LOUFRANY J. - "Aspects structurels et juridiques de la complémentarité hospitalière" - Journal d'économie médicale - 1994, T.12, n°5, p.281-290.

MAQUART B. - "La coopération entre les établissements publics et privés - Hospitalisation privée, novembre 1996, p.14-15.

PORCHIER J. - "Le gigantisme des maternités, progrès ?" - Les dossiers de l'obstétrique, n°274, juillet 1999, p.10-11.

RENARD J. - "Coopération secteur public, secteur privé: un défi relevé, une synergie dynamisante" - Techniques hospitalières, n°632, décembre 1998? p.41-43.

SEGADE J.-P. - "Le groupement de coopération sanitaire: premières réalisations et questions de droit" - Actualités Jurisanté, n°17, avril 1997, p.16-17.

RICHARD M.-L.., CELDRAN C. et LOUFRANY J. - "Les modalités juridiques des actions de coopération des établissements publics de santé" - Informations hospitalières n°35, janvier 1992, p.33-37.

THOMAS J. - "Présentation comparative du G.I.E., du G.I.P. et du G.C.S." - Hospitalisation nouvelle, n°245, février 1997, p.21-26.

- RAPPORTS, MEMOIRES ET AUTRES DOCUMENTS -

ARH DES PAYS DE LA LOIRE - SROS 1999-2004: diagnostic préalable - avril 1999.

BANTERLA I. - Analyse d'une tentative originale de coopération entre un centre hospitalier et des gynécologues libéraux - Mémoire d'élève-directeur d'hôpital - Rennes: ENSP, 1994.

BARGIER J.-M. - Du département au partage d'activités entre l'hospitalisation publique et privée: une stratégie de recomposition de l'offre de soins au Centre Hospitalier de Grasse - Mémoire d'élève-directeur d'hôpital - Rennes: ENSP, 1994.

JAY L. - La mise en place de l'Institut de cancérologie de la Haute-Loire. Un défi pour la gestion des ressources humaines - Mémoire d'élève-directeur d'hôpital - Rennes, ENSP, 1998.

LANCHAIS R. - Les zones de risque dans la gestion des processus de fusion entre hôpitaux - Mémoire d'élève-directeur d'hôpital - Rennes, ENSP, 1997.

NOUZAREDE J. - Du "rachat" des cliniques privées à but lucratif par les hôpitaux et de la coopération entre le secteur public et le secteur privé - Ecole Polytechnique, Promotion X91.

THIRIAT M.-F. - Restructurations hospitalières: quels enjeux pour les hommes et les équipes ? - Mémoire d'infirmière générale - Rennes, ENSP, 1997.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE n°1
Relevé de conclusions du 5 février 1999. 80

ANNEXE n°2
Carte des secteurs sanitaires de la Région des Pays de la Loire. 83

ANNEXE n°3
Données d'activité (source: S.A.E.): -Clinique du Jardin des Plantes, 1995-1998
-Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, 1993-1998 85

ANNEXE n°4
Trame de cahier des charges de la mission de conseil à intervenir fin 1999. 86

ANNEXE n°5
Décret n°99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social (J.O. du 29 juillet 1999, p.11305-11306) 95

ANNEXE n°6
Application du décret n°98-900 du 9 octobre 1998 en matière de normes de personnel pour les services de maternité et néonatologie 98

ANNEXE n°7
Liste des personnes rencontrées 100

ANNEXE n°1

- Relevé de conclusions du 5 février 1999 -

(2 pages)

RELEVE DE CONCLUSIONS POUR LA CONSTITUTION D'UN POLE MERE-ENFANT PUBLIC-PRIVE A SAINT-NAZAIRE

Le 22 janvier 1999, les équipes médicales et dirigeantes du centre hospitalier de Saint-Nazaire et de la polyclinique de Saint-Nazaire, propriétaire de la clinique du Jardin des Plantes, concernées par les activités médicales autour de la mère et de l'enfant, se sont rencontrées.

Ont été évoqués lors de cette réunion les objectifs poursuivis en commun lors de la constitution d'un pôle mère-enfant unique et les avantages suivants qui consistent à :

- **garantir la qualité de la prise en charge médicale globale de la mère et de l'enfant à Saint-Nazaire** par des structures communes mises à disposition des partenaires publics et privés (néonatologie, unité kangourou...) ;

- **anticiper les problèmes de démographie médicale** que certaines spécialités médicales (anesthésie, obstétrique, pédiatrie, chirurgie gynécologique) connaîtront obligatoirement dans les dix prochaines années ;

- **favoriser la collaboration des équipes médicales** et permettre **le partage des contraintes de garde et de l'urgence** ;

- **favoriser les soins des patientes et de l'enfant** par des équipes pluridisciplinaires médicales et paramédicales sur un même site ;

- **partager les coûts** de construction et/ou de restructuration de l'ensemble des bâtiments actuels et de mise en conformité des infrastructures techniques.

Ont été également abordés les **inconvénients ou difficultés** liés à la création d'un pôle mère-enfant unique :

- ceux relatifs à la **qualité de l'accueil** dans une maternité réalisant 3 000 accouchements ;

- ceux découlant des **disparités actuelles de statuts** des médecins et personnels non-médicaux ;

- ceux tenant au **coût global** d'un tel projet.

Les conclusions suivantes ont été ensuite adoptées :

- **maintien d'une offre publique et d'une offre privée** en hospitalisation et en consultation pour les activités d'obstétrique, de gynécologie et de chirurgie gynécologique ;

- **activités concernées** par le pôle mère-enfant : obstétrique, pédiatrie et néonatologie, gynécologie, chirurgie gynécologique ;

- **construction d'un plateau technique commun et de bâtiments d'hospitalisation neufs comportant un accès autonome et individualisé privé et public** sur un site de l'environnement du centre hospitalier répondant à la contrainte de proximité avec certains services hospitaliers (réanimation, plateau technique, urgences, services chirurgicaux) ;

- **participation des médecins anesthésistes publics et privés** au projet et à l'activité du pôle mère-enfant, y compris pour les gardes médicales ;

- au sein du plateau technique commun privé/public, **unicité des statuts** des différentes catégories de personnels non médecins ;

- **nécessité d'un audit préalable de définition des structures juridiques** de mise en œuvre et de gestion d'un tel projet. Financement de l'audit sollicité auprès de l'ARH ;

- **évaluation des délais nécessaires** (4 à 7 ans) à la réalisation du projet. Ils imposent, à court terme, certaines évolutions provisoires d'installations hospitalières (toilettage et mise en conformité du bloc obstétrical, évolution des missions de la néonatologie dans le cadre du réseau périnatalité) et de mises en commun (staffs...).

Enfin, il a été convenu que le **présent relevé de conclusions serait signé par les représentants des deux établissements de santé** (centre hospitalier de Saint-Nazaire et polyclinique de Saint-Nazaire pour la clinique du Jardin des Plantes) et par les responsables médicaux concernés, et serait présenté ensuite au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire, au cours d'un entretien à solliciter dans les meilleurs délais.

Fait à Saint-Nazaire, le 5 février 1999

Docteur MAZERAT	Monsieur MORICE
Monsieur LEBEAU	Docteur GERARD
Docteur ROUSSEAU	Docteur PICHEROT
	Docteur JEANNIARD

ANNEXE n°2

- Carte des secteurs sanitaires de la région des Pays de la Loire -

ANNEXE n°3

- Données d'activité -

CENTRE HOSPITALIER		1993	1994	1995	1996	1997	1998
	Lits	64	64	44	44	44	44
	Accouchements	1649	1512	1700	1645	1555	1656
	Césariennes	12,1%	11,9%	13,2%	15,1%	13%	14,7%
	IVG	480	502	521	556	543	604
Journées	-Gynécologie	2057	1758	1546	2141	1989	2104
	-Obstétrique	11191	9840	10977	10558	9744	9796
	HdJ (venues)	212	226	233	333	335	376
	Consult. externes	18445	18075	18898	18953	18708	18596
Entrées	-Gynécologie	585	515	444	589	631	713
	-Obstétrique	1910	1732	1945	1924	1779	1839
	-HdJ (venues)	212	226	233	326	319	365
	DMS	5,3	5,16	5,24	5,05	4,87	
	CO	56,7	58,01	77,98	78,86	74,10	

Sources : 1993 : Enquête H80
1994-1998 : Statistique Annuelle d'Etablissement (SAE) DRASS-CRAM

JARDIN DES PLANTES		1995	1996	1997	1998
	Accouchements	1225	1161	1207	1154
	Césariennes	16,9%	18,09%	13,67%	15,90%
	IVG	122	174	140	122
	Entrées totales HC	2700	2582	2632	2483
Journées facturées	-total	15156	14226	14145	13028
	-dont chirurgie	n.d.	5064	4883	4426
	DMS	4,62	4,52	4,38	4,58
	CO	85,3	79,7	79,6	78,7
	K total / lit (*)	4662,7	4629,7	4440,9	4041,6
	K moyen / hospitalisé	121,7	127	125,3	121,7

Source : SAE DRASS-CRAM
(*) K total = KFSO + KFE + K anesthésie

ANNEXE n°4

- Trame de cahier des charges -

(8 pages)

PROJET DE POLE MERE-ENFANT UNIQUE PUBLIC ET PRIVE

CAHIER DES CHARGES POUR UNE ETUDE MEDICALE, JURIDIQUE ET FINANCIERE

Le 22 janvier 1999, les équipes médicales et dirigeantes du Centre Hospitalier et du Groupe des Polycliniques de Saint-Nazaire se sont rencontrées pour réfléchir ensemble aux objectifs et aux contours d'une structure de prise en charge de la mère et de l'enfant. D'un commun accord, dont témoigne le relevé de conclusions du 5 février 1999, il a été décidé d'étudier les modalités de constitution, dans un délai de 4 à 7 ans, d'un pôle mère-enfant unique incluant les activités d'obstétrique, de gynécologie, de chirurgie gynécologique, de pédiatrie et de néonatologie.

1. DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

1.1 L'organisation actuelle

Présentation des deux établissements

La prise en charge de la mère et de l'enfant au sein du secteur sanitaire de Saint-Nazaire incombe actuellement à deux structures :

- **le Centre Hospitalier**, établissement de 1028 lits et places développant l'ensemble des disciplines de court, moyen et long séjour. Il accueille notamment un service de gynécologie obstétrique de 44 lits (1656 accouchements en 1998) et un service de pédiatrie de 30 lits auquel s'ajoute un secteur de néonatologie (16 lits dont 2 lits de soins intensifs).

  Le service emploie six gynécologues obstétriciens, dont deux pratiquent la chirurgie gynécologique de manière quasi exclusive. Trois médecins anesthésistes (2,5 ETP) se consacrent aux activités du bloc obstétrical.

  Le Centre Hospitalier mène actuellement une réflexion sur la restructuration complète de blocs opératoires (bloc central et bloc obstétrical) vieillissants et affectés par des dysfonctionnements préoccupants.

- **la Clinique du Jardin des Plantes**, établissement privé à but lucratif de 40 lits assurant une activité d'obstétrique (1154 accouchements en 1998) et de chirurgie gynécologique. La Clinique du Jardin des Plantes est constituée en S.C.I. appartenant au Groupe des Polycliniques de Saint-Nazaire, lui-même contrôlé à hauteur de 51% par la S.A. Holding du Jardin des Plantes.

  Cinq praticiens libéraux y exercent dans le cadre de contrats exclusifs ; l'un d'eux a une activité importante et diversifiée de chirurgie gynécologique. Les anesthésies sont réalisées par quatre médecins (3,5 ETP) partageant leur temps de travail entre la Clinique du jardin des Plantes et la Polyclinique de l'Océan

  Les installations actuelles de la Clinique sont caractérisées par une certaine exiguïté; des travaux sont nécessaires visant à rendre la salle de stérilisation conforme aux normes en vigueur.

Activité, recrutement et parts de marché

Le Centre Hospitalier et la Clinique du Jardin des Plantes sont assis sur un secteur d'environ 234.000 habitants (projections INSEE pour 1999), qui connaît une croissance démographique modérée : un maximum de 235.600 habitants devrait être atteint en l'an 2000, avant un léger déclin qui conduirait la population de secteur à se stabiliser autour de 234.000 en 2015 (Modèle Omphale, INSEE 1998), conséquence d'un vieillissement supérieur à la moyenne nationale. La région a cependant retrouvé depuis 1996 l'indice de fécondité relativement élevé qui la caractérisait jusqu'au début des années quatre-vingt (1,81 contre 1,72 pour la France entière).

L'analyse du recrutement en gynécologie obstétrique révèle une superposition presque complète des zones d'attraction des deux établissements, qui assurent ensemble la quasi-totalité des séjours d'hospitalisation complète obstétricale des patientes du secteur n°2 (Saint-Nazaire et les communes voisines), soit 89% en 1997 (chiffre sensiblement égal à celui observé en 1992). La « fuite » (soit 11%) se dirige à plus de 90% vers le secteur sanitaire n°1 (agglomération nantaise) et semble difficilement compressible ; elle ne saurait être actuellement considérée comme déterminante dans le processus de rapprochement des deux structures nazairiennes. Cela dit, un projet est sur le point d'aboutir de constitution, dans la banlieue ouest de Nantes, par le regroupement de deux cliniques privées, d'une maternité réalisant de l'ordre de 5000 naissances par an.

Les deux établissements se « partagent » ainsi les quelques 2900 naissances du bassin de Saint-Nazaire, lesquelles représentent de l'ordre de 20% du total de naissances du département et 7% du total régional. Les parts de marché respectives sont stabilisées autour de 56% et 44%, après une période d'une dizaine d'années marquée par le déclin de la structure publique : La fermeture en 1984 de la maternité du Centre Hospitalier de Guérande, conjuguée au vieillissement des praticiens exerçant à la Clinique, avaient permis au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire d'atteindre un pic de 69% de parts de marché en 1985 (2085 naissances).

Cette même année, le rachat de la Clinique du Jardin des Plantes par la Polyclinique de l'Océan (Groupe des Polycliniques de Saint-Nazaire) a ouvert une période de croissance soutenue du secteur privé, qui a pu revenir à une part de marché de 41,5% en 1993. Cette tendance et le mouvement plus global de déclin de la natalité ont justifié le gel en 1994 de 20 lits d'obstétrique (sur les 64 lits autorisés au Centre Hospitalier).

Secteur sanitaire n°2 231.719 habitants	**CENTRE HOSPITALIER**	**CLINIQUE**	**ENSEMBLE SECTEUR N°2**
Capacités installées	44	40	84
Capacités autorisées	64	40	104
	Indice de besoins 1994 (*)		0,44
	Besoins 1994 (excédent)		102 (+2)
	Indice de besoins 1999 (*)		0,40
	Besoins 1999 (excédent)		93 (+11)

(*) en lits ou places pour 1000 habitants

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation considère les capacités obstétricales actuelles comme satisfaisantes au regard des besoins de la population.

	SECTEUR n°2	**DEPT 44**	**REGION**	**FRANCE**
Equipement en lits pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	n.d.	1,63	1,72	1,78

Source : DRASS – Enquête SAE 1997 – Lits installés au 1er janvier 1998

I.2 Les orientations régionales de santé publique

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et carte sanitaire 1999-2004

Rendu public en juillet 1999, le SROS fait du développement des réseaux une priorité régionale pour les cinq années à venir. En matière de périnatalité, cette priorité se traduit par trois objectifs opérationnels :

- garantir la sécurité en adaptant l'organisation,
- obtenir que chaque femme accouche dans une maternité adaptée à son niveau de risque,
- faire du Réseau Sécurité Naissance (voir ci-après) un acteur de santé publique à part entière.

Les regroupements d'établissements sont présentés comme un « principe d'action » du Schéma : « Outre l'organisation médicale, [ils] permettent une pertinence accrue et une rentabilité des investissements, notamment en équipements lourds et en logistique » (Projet de SROS 1999-2004 - février 1999). Le CHRU voit son rôle conforté en matière de soins intensifs de néonatologie et sera le seul site autorisé de réanimation néonatale dans le département.

Dans les agglomérations où coexistent une offre publique et une offre privée, le SROS préconise une solution « d'équilibre concurrentiel » et incite à la constitution de plateaux techniques communs.

S'agissant de l'activité de chirurgie gynécologique, le SROS continue de faire référence, pour le secteur de Saint-Nazaire, à « deux établissements à vocation sectorielle ».

Réseau Sécurité naissance

Le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire et la Clinique du Jardin des Plantes sont depuis 1998 parties prenantes d'un Réseau régional de soins périnatals dont la vocation principale est d'améliorer, par la gradation et la continuité des soins, la prise en charge globale de la mère et de l'enfant.

Le Centre Hospitalier a rejoint le réseau en qualité de structure de niveau 2 (services d'obstétrique et de néonatologie), tandis que la Clinique intervient au niveau 1 (soins obstétricaux et soins aux nouveaux nés asymptomatiques). Les deux établissements travaillent d'ailleurs de concert depuis plusieurs années (transfert de nouveaux nés vers le service de pédiatrie-néonatologie du Centre Hospitalier, réalisation au laboratoire d'anatomo-pathologie des autopsies des bébés morts nés de la Clinique), en lien avec le service de réanimation néonatale du Centre Hospitalier Régional Universitaire.

Contractualisation

Les deux structures de soins sont engagées dans un processus de contractualisation avec l'Agence régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire, qui a invité à plusieurs reprises les établissements du secteur sanitaire à rechercher les meilleures complémentarités avec leur environnement, puis s'est engagée à « œuvrer activement et rapidement à la constitution d'un pôle mère-enfant regroupant les activités publiques et privées ».

A ce jour, cette démarche de contractualisation s'est traduite :

- *pour le Centre Hospitalier :*
  - . par la signature le 11 septembre 1998 d'un protocole d'accord évoquant « des possibilités de partenariat avec le secteur privé, incluant éventuellement la création à terme d'un équipement mère-enfant commun à l'agglomération nazairienne »,
  - . par la signature d'un protocole additionnel comportant un volet « prise en charge de la mère et de l'enfant » qui intègre les conclusions de la réunion du 22 janvier 1999 entre les représentants des deux établissements.

  Un contrat d'objectifs et de moyens reprenant ces deux protocoles d'accord devrait être finalisé à l'automne 1999.

- *pour la Clinique du Jardin des Plantes*, par la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens faisant lui aussi référence au pôle mère-enfant public et privé unique.

II. OBJECTIFS ET ENJEUX

II.1 Objectifs

- affirmation du secteur sanitaire n°2 et régulation des flux de patients, tout particulièrement en direction de la périphérie de la métropole régionale, où sont localisées plusieurs maternités privées à potentiel élevé.

- amélioration de la qualité de la prise en charge globale des patientes, des nouveaux nés et des enfants, grâce à l'immédiate proximité de l'ensemble des services hospitaliers y concourant, grâce également à la mise à disposition de structures communes (unité « kangourou », néonatologie…).

- anticipation des effets négatifs de l'évolution de la démographie médicale à l'échelle nationale, spécialement en gynécologie obstétrique, en anesthésie et en pédiatrie.

- développement de la collaboration des équipes médicales et organisation d'un partage des contraintes afférentes au dispositif des gardes et à la prise en charge des urgences, dans un contexte marqué par l'entrée en vigueur des décrets du 9 octobre 1998.

- partage et maîtrise des coûts de construction et/ou de restructuration de l'ensemble des bâtiments actuels et de mise en conformité des infrastructures techniques.

II.2 Cible

- le regroupement dans un même lieu, à proximité du centre hospitalier, des activités liées à la mère et l'enfant : obstétrique, pédiatrie, chirurgie gynécologique, néonatologie, gynécologie, imagerie, anesthésie,

- le nécessaire maintien en relation avec le plateau technique de l'hôpital, notamment pour les activités de pédiatrie,

- la construction sur ce lieu d'un plateau technique commun, de bâtiments d'hospitalisation neufs avec individualisation de la partie publique et privée,

- la sécurité et la continuité de la prise en charge des patientes et des enfants, en obstétrique, en pédiatrie, en anesthésie.

II.3 Principes de « référence »

- maintien d'une offre publique et privée (en termes d'autorisations, de choix des patientes, de respect des règles de financements des établissements publics et privés),

- recherche d'une harmonisation des pratiques médicales et soignantes notamment pour l'activité obstétricale.

- participation des anesthésistes publics et privés à la prise en charge des parturientes..

III. LE CADRE DE LA CONSULTATION

1. Etape préliminaire : validation de la structure de projet:

Les partenaires envisagent de créer une association témoignant de leur volonté de concrétiser le projet, garantissant également une représentation équilibrée et compléte des parties prenantes (en particulier des spécialités médicales), et facilitant enfin la mise en oeuvre du projet.

Le consultant proposera également des modalités et outils d'information des personnels sur la mise en œuvre du projet.

2. Etat des lieux

Description précise des activités, des moyens, des financements.

3. Organisation médicale

Définition du projet médical pour le pôle mère-enfant.

En premier lieu, il sera procédé à une délimitation exacte des activités apportées par chaque partenaire public et privé, des modalités d'organisation qui en découlent et notamment des prestations que l'hôpital et la clinique devront apporter au pôle mère-enfant.

Trois thèmes devront ensuite être particulièrement étudiés :

- celui des modalités de l'inclusion dans le projet du champ de la gynécologie chirurgicale,
- celui de l'harmonisation des pratiques en obstétrique (médecin et sages-femmes),
- celui de l'organisation de l'anesthésie. Le consultant devra proposer les modalités visant à garantir au pôle mère-enfant et aux activités hospitalières nécessitant une anesthésie, un nombre de praticiens en anesthésie suffisant pour répondre aux exigences de deux gardes sur place, y compris des demandes éventuelles de créations de postes supplémentaires d'anesthésistes.

4. Modes d'exercices des professionnels

En fonction des scénarios d'organisation médicale retenus, le consultant devra proposer des solutions adaptées en matière de mode d'exercice, de conditions d'emploi et de rémunération.

Le consultant proposera des solutions prenant en compte d'une part la recherche d'une harmonisation des situations salariales des personnels, notamment en obstétrique, et d'autre part les évolutions réglementaires prévisibles, ainsi que leurs incidences éventuelles sur les ressources des établissements de santé, notamment privés.

5. Aspects juridiques et financiers au plan institutionnel

Les scénarios d'organisation médicale seront analysés quant à leur incidence sur l'évolution juridique et sur les ressources et charges des établissements de santé partenaires au projet.

les propositions juridiques (outils de coopération interhospitalière) seront accompagnées d'une analyse des modes de gestion induits du pôle mère-enfant.

IV. FORME ET METHODOLOGIE DE LA CONSULTATION

IV.1 Procédure de marché public

IV.2 Obligations

Documents écrits pour chaque phase et sous-phase.
Présentation des documents et examen par la structure de pilotage et tout groupe ad hoc.

IV.3 Délais

Voir calendrier.

IV.4 Critères de choix

- connaissance de l'organisation médicale et sanitaire
- compétence juridique (outils de coopération hospitalière, évolutions réglementaires)
- capacité à répondre à des questions complexes et imbriquées
- capacité de facilitateur à faire émerger des choix et à gérer les conflits d'interêts.

CONDUITE DE PROJET

I. SUIVI DU PROJET

I.1 Faut-il une personne morale (association) pour

- activer le projet,
- être le receptacle de financements et embaucher éventuellement un CDD,
- offrir aux partenaires des garanties de :
  - . représentation,participation des disciplines médicales,
  - . d'équilibre,
  - . de neutralité.

I.2 Instances de suivi

- instances de l'association (public/privé)
- groupes ad hoc (public/privé)

I.3 Organisation interne

- CH : chefferie de projet - groupe technique interne
- PJP : ?

II. RECOURS A AUDIT (OPERATIONNEL)

Choix d'un consultant ayant possibilité de recourir à des cocontractants ou sous-traitants.

Rôle : assistance à maîtrise d'ouvrage, fil rouge, assembleur.

Critères du choix :

- connaissance de l'organisation médicale et sanitaire
- compétence juridique (outils de coopération hospitalière, évolutions réglementaires)
- capacité à répondre à des questions complexes et imbriquées
- capacité à faire émerger des choix et à gérer les conflits.

ANNEXE n°5

- Décret n° 99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social (J.O. du 29 juillet 1999, p.11305-11306) -

ANNEXE n°6

- Application du décret n°98-900 du 9/10/1998 en matière de normes de personnel pour les services de maternité et néonatologie -

Etude d'impact réalisée à l'initiative de la commission économique du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire (se reporter à la page 20 du présent mémoire), sur la base d'une série d'hypothèses en matière de temps de travail:

- 39 heures hebdomadaires sur 47 semaines.
- 1 poste présent 24h/24 4,8 ETP
- 1 poste présent le jour 2,4 ETP
- 1 poste présent le matin 1,2 ETP

NORMES DE PERSONNEL POUR LE SERVICE DE MATENITE

- Pour une maternité réalisant 2800 à 2999 naissances par an -

	Sages-femmes	**Aides-soignantes**	**Auxiliaires de puériculture**
Secteur d'hospitalisation	4,8	2,4	4,8
Bloc obstétrical	16,2	4,8	-

MEDECINS AFFECTES AU SERVICE DE MATENITE

- Pour une maternité réalisant plus de 2000 naissances par an -

Gynécologue Obstétricien	**Anesthésiste Rénimateur**	**Pédiatre**
présent dans l'unité d'obstétrique 24 h sur 24	présent sur place dans l'unité d'obstétrique	présent sur le site ou en astreinte opérationnelle pouvant intervenir en urgence dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité

PERSONNEL ET MEDECINS AFFECTES AU SERVICE DE NEONATOLOGIE

- Service comprenant au moins 9 lits de néonatologie et 3 lits de soins intensifs -

Pédiatre jour et nuit	**IDE puéricultrices**
présence permanente 24 h sur 24 d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatologie	4,8 ETP pour 3 nouveaux nés en soins intensifs et 4,8 ETP pour 6 nouveaux nés en néonatologie, + 2,4 ETP pour les 3 autres nouveaux nés, soit au total 12 ETP affectés exclusivement à l'unité

ANNEXE n°7

- Liste des personnes rencontrées -

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE

Madame BERNIER, cadre infirmier supérieur du service de pédiatrie néonatologie.

Madame BOUILLE, cadre sage-femme du service de gynécologie obstétrique.

Madame COUSIN, cadre sage-femme du service de gynécologie obstétrique.

Monsieur le docteur GERARD, chef du service de gynécologie obstétrique.

Monsieur le docteur JEANNIARD du DOT, chef du service d'anesthésiologie.

Monsieur le docteur LAURENT, Praticien Hospitalier du service de gynécologie obstétrique.

Monsieur le docteur RONCHI, Praticien Hospitalier du service d'anesthésiologie.

CLINIQUE DU JARDIN DES PLANTES

Madame CORRITON, surveillante chef.

Monsieur LEBEAU, directeur.

Monsieur le docteur MAZERAT, gynécologue obstétricien.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION

Monsieur le docteur LAROQUE, conseiller médical.

Monsieur OLEJNICZAK, adjoint au directeur.

ENTRETIENS TELEPHONIQUES

Monsieur ALBERTONE, attaché de direction. Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille.