



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2004**

**DE LA DÉMARCHE QUALITÉ DANS L'IMPULSION DE LA
COOPÉRATION ENTRE DEUX ÉTABLISSEMENTS
PUBLICS DE SANTÉ**

**LE CAS DES HÔPITAUX LOCAUX DE PELUSSIN
ET DE SAINT-PIERRE DE BŒUF**

Blandine PERROT

Remerciements

Ce mémoire est l'accomplissement d'un travail ne devant pas être considéré, de prime abord, comme uniquement individuel. Il n'aurait pu être achevé sans le suivi constant et l'aide particulière de certaines personnes.

Je tiens tout d'abord à présenter mes sincères remerciements à M. PEY, directeur de l'hôpital local de Pélussin, assurant également l'intérim de direction de l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf, pour l'accueil réservé durant les neuf mois de stage. Sa disponibilité et son écoute m'ont énormément apporté tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

Ce mémoire n'aurait pas abouti sans l'oreille attentive de M. GILBON, directeur de la filière D3S à l'ENSP et de M. SAVIGNAT, intervenant à l'université Pierre Mendès-France (Grenoble II) et D.R.H au C.H d'Annonay. Leur soutien et leurs précieux conseils m'ont guidé tout au long des travaux de recherche et de rédaction.

Les médecins et le personnel des deux hôpitaux locaux ainsi que les élus des deux communes ont cordialement participé à la réalisation de ce travail à travers les réponses apportées à mes nombreuses interrogations.

Je remercie également ma famille pour sa présence et son écoute.

Enfin, je remercie sincèrement les amis rencontrés à l'ENSP dont la solidarité et l'entraide efficaces ainsi que l'humour m'ont permis d'aboutir au présent résultat.

Sommaire

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES UTILISES

INTRODUCTION.....	1
1 DEUX HOPITAUX LOCAUX PROCHES CONFRONTES A LA QUESTION DE LA COOPERATION	5
1.1 Deux hôpitaux locaux voisins n'ayant pas encore engagé de véritable réflexion en matière de coopération.....	5
1.1.1 Les deux établissements : une culture et un passé différents influençant la situation actuelle.....	5
a) Les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf.....	5
b) Les deux établissements travaillent de façon autonome.....	7
c) L'indépendance n'a pas semblé poser de problème jusqu'à présent	9
1.1.2 L'apport de la sociologie des organisations et de l'économie de la santé dans l'analyse des deux établissements	11
a) La sociologie des organisations : un éclairage sur le comportement général des établissements	11
b) Les établissements de santé sont traditionnellement « concurrents ».....	12
c) Deux établissements ayant pour vocation d'offrir des soins de qualité à la population.....	14
1.2 La redéfinition des missions de l'hôpital local conduit à privilégier la coopération entre les établissements de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf.....	16
1.2.1 La coopération inter hospitalière une volonté gouvernementale, une nécessité pour les établissements publics de santé.....	16
a) L'hôpital local : une place centrale dans la prise en charge de la population âgée réaffirmée	16
b) L'actualité et le Plan hôpital 2007 : la coopération redynamisée et la qualité réaffirmée	18

c)	Correspondre aux ambitions du S.R.O.S. Rhône-Alpes et du schéma gériatologique départemental de la Loire	19
1.2.2	Les tentatives de coopération entre les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf : dépasser les mises en concurrence potentielles	22
a)	Des projets en cours, avortés ou en suspens témoignent de réflexions en matière de coopération.....	22
b)	Les deux établissements sont proches, rattachés au même secteur sanitaire et font l'objet d'un projet de direction commune	24
c)	Les deux projets d'établissement similaires rendent la coopération envisageable dans plusieurs domaines	25
2	LA COOPERATION INTER HOSPITALIERE : UN THEME A DEVELOPPER..	27
2.1	Les enjeux de la coopération : un outil présentant des avantages mais qui se heurte à des freins dans le secteur sanitaire.....	27
2.1.1	La coopération dans le secteur sanitaire : définition, perspectives et enjeux	27
a)	Les origines de la coopération hospitalière	27
b)	Les avantages théoriques de la coopération pour deux établissements de santé voisins	28
c)	Un jeu « à sommes positives » pour les acteurs.....	30
2.1.2	Le statut actuel des hôpitaux locaux ne tend pas à favoriser la coopération	33
a)	Le statut des établissements publics de santé et plus spécifiquement de l'hôpital local et les acteurs	33
b)	La difficulté à impulser le changement dans les établissements publics de santé, des établissements attachés à leurs prérogatives.....	34
c)	Les moyens offerts aux établissements en terme de coopération.....	36
2.2	La démarche qualité : une impulsion uniforme au niveau national, une application plus pragmatique au niveau local	39
2.2.1	La conduite de la démarche qualité dans les établissements publics de santé : répondre aux exigences législatives et réglementaires	39
a)	Textes et législation qualité en général pour les établissements publics de santé.....	39
b)	Les évolutions actuelles quant aux exigences en matière de qualité dans le domaine sanitaire	41
c)	Les difficultés résultant de l'impulsion d'une démarche d'amélioration de la qualité dans un établissement sanitaire.....	42
2.2.2	Des disparités lors de la conduite de la démarche qualité entre les deux établissements résultant de leurs spécificités propres	45

a)	Le rôle de la direction dans l'impulsion de la démarche qualité est similaire dans les deux établissements	45
b)	La culture différente de ces deux établissements a grandement influencé le déroulement de la démarche d'accréditation.	46
c)	La démarche qualité et son impact pour un hôpital local	48
3	LA FINALITE COMMUNE DES DEUX ETABLISSEMENTS IMPLIQUE UNE COOPERATION DONT LA DEMARCHE QUALITE POURRAIT ETRE LE MOTEUR.....	51
3.1	La mise en place d'une démarche qualité en partie commune aux deux hôpitaux locaux	51
3.1.1	Le rôle de la direction en matière de coopération et de politique qualité.....	51
a)	La politique à impulser et les moyens à mettre en place sont décidés par la direction.....	51
b)	La démarche qualité, une politique à pérenniser.....	53
c)	Des travaux utiles aux deux établissements pourraient être menés en commun.....	55
3.1.2	Les propositions concrètes relatives à la démarche qualité en partie commune .	58
a)	Les différents leviers d'action du directeur.....	58
b)	Le développement du management participatif	60
c)	La mise en place d'une structure de coopération formelle en matière de démarche qualité	62
3.2	L'évaluation de la démarche qualité mise en commun : un point de départ à une collaboration plus poussée ?.....	65
3.2.1	Planification de la démarche qualité commune et méthode d'évaluation envisagée.	65
a)	La coopération : une stratégie à planifier	65
b)	Evaluation des résultats auprès des personnels des deux établissements et évaluation de l'amélioration de « l'image » des établissements.....	68
c)	Evaluation plus générale de l'impact de la coopération en matière de démarche qualité	70
3.2.2	La coopération ne se limite pas à un domaine, elle touche plusieurs activités d'un établissement.....	72
a)	La démarche qualité englobe l'ensemble des activités de l'établissement....	72
b)	Un groupement de coopération sanitaire n'apparaît pas indispensable	73
c)	Inscrire le partenariat des deux établissements au sein du réseau gérontologique	73

CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A.N.A.E.S. :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
A.R.H. :	Agence régionale de l'hospitalisation
C.A. :	Conseil d'administration
C.H. :	Centre hospitalier
C.H.R. :	Centre hospitalier régional
C.H.U. :	Centre hospitalier universitaire
C.L.I.C. :	Centre local d'information et de coordination
C.L.I.N. :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
C.M.E. :	Commission médicale d'établissement
C.R.O.S.S. :	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale
C.S.P. :	Code de la santé publique
D.D.A.S.S. :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
D.G.S. :	Direction générale de la santé
D.H.O.S. :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
D.I.M. :	Département d'information médicale
D.R.A.S.S. :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
E.H.P.A.D. :	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
E.I.D.L.I.N. :	Équipe interdépartementale de lutte contre l'infection nosocomiale
E.P.S.I. :	Etablissement public de santé inter hospitalier
G.C.S. :	Groupement de coopération sanitaire
G.I.H.V. :	Groupement inter hospitalier du Haut-Vivaraïs
G.I.P. :	Groupement d'intérêt public
J.O. :	Journal officiel
M.C.O. :	Médecine, chirurgie, obstétrique
N.H.S. :	National Health System (Système de santé britannique).
O.M.S. :	Organisation mondiale de la santé
P.M.S.I. :	Programme de médicalisation du système d'information
P.S.P.H. :	Participant au service public hospitalier
S.I.H. :	Syndicat inter hospitalier
S.R.O.S. :	Schéma régional d'organisation sanitaire
S.S.I.A.D. :	Service de soins infirmiers à domicile
S.S.R. :	Soins de suite et réadaptation
V.E.R.O.N.I.Q.U.E. :	Visualisation Evaluation Regroupant les Outils de Normalisation Interne de la Qualité pour les Usagers en Etablissement

INTRODUCTION

En France, la conception actuelle du soin tend à s'élargir sous l'influence de nos voisins anglo-saxons et scandinaves. « *Le soin colle à la vie. Il déborde largement ce que l'on entend par processus thérapeutique visant à une guérison (...). Le soin est donc le concept sur lequel se fonde une pluridisciplinarité : il met en synergie toutes les professions qui ont pour mission de soulager, aider, accompagner et guérir* »¹. Le soin est ainsi de plus en plus appréhendé selon son sens anglo-saxon : le « caring », littéralement « prendre soin de ». Le soin ne relève pas seulement des actes infirmiers, il englobe l'ensemble des services dispensés aux patients et aux résidents lors de leur séjour en institution. Le soin doit prodiguer le bien être, autre notion dont l'emploi tend à se développer dans nos sociétés modernes. Le bien être est le corollaire de la santé puisque l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.) a précisé que la santé est « *un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »².

L'hôpital local possède la particularité de pouvoir dispenser des soins à des patients mais également de constituer la résidence de personnes âgées admises en service de long séjour ou de maison de retraite. Il constitue à ce titre le dernier lieu de résidence de certaines personnes âgées et se doit de leur prodiguer le bien être nécessaire à leur équilibre. Ce bien être n'est pas uniquement le résultat des soins, il provient aussi de l'ensemble des prestations dispensées par l'établissement. L'utilisateur est au cœur du système de santé français et, par conséquent, les prestations qui lui sont destinées nécessitent d'être irréprochables.

Afin de pouvoir apporter un maximum de bien être à ses patients et à ses résidents, l'hôpital local se pose en garant de la qualité des prestations qu'il offre. La qualité constitue une finalité de l'établissement mais cette finalité ne peut être statique. L'amélioration de la qualité résulte d'une volonté pérenne de l'établissement et de

¹ FOUCHARD J-L. Le soin entre acte et parole. *Les cahiers de l'actif*. Mars/Avril 2002, n°310/311, p 194.

² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New-York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948. Disponible sur internet : <http://www.who.int/about/definition/fr>

l'ensemble de son personnel. Les pouvoirs publics ont depuis quelques années soutenu la qualité dans les établissements publics de santé à travers la mise en place de la procédure d'accréditation. Celle-ci permet d'évaluer, à intervalles réguliers, les efforts réalisés par les établissements de santé en matière d'amélioration de la qualité. L'exigence de qualité touche l'ensemble des établissements de santé français publics et privés mais également l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

L'impulsion d'une dynamique nouvelle, celle de la qualité, dans un établissement de santé ne va pas de soi et nécessite une implication forte de la part de la direction. La procédure d'accréditation constitue un temps fort dans la vie de l'établissement et mobilise les équipes en conséquence. La période de stage en tant qu'élève directeur d'établissement sanitaire et social au sein de deux hôpitaux locaux m'a permis d'étudier la préparation de la visite d'accréditation, la démarche qualité ainsi que son suivi. Les établissements de santé ne peuvent outrepasser l'exigence d'amélioration continue de la qualité. Or, celle-ci représente parfois un investissement lourd pour des structures de taille modeste.

Outre, l'amélioration continue de la qualité des prestations, et par conséquent de la qualité de vie des patients et des résidents, l'hôpital local est confronté à des évolutions réglementaires. Ainsi, le Plan hôpital 2007, récemment présenté par les pouvoirs publics, tend à privilégier l'efficacité du système hospitalier français. La dispersion des petites structures n'est pas toujours justifiée car elle est synonyme de redondance en terme d'équipements. Néanmoins, la récente circulaire du 28 mai 2003, relative à la place de l'hôpital local au sein de l'offre de soins, consolide le rôle de l'hôpital en préconisant le renforcement de la coopération entre les établissements de santé.

La coopération apparaît donc être un enjeu pour les hôpitaux locaux français. Le thème de la coopération a été mis en exergue lors de mon stage en hôpital local. En effet, j'ai effectué un stage au sein de l'hôpital local de Pélussin dont le directeur assure également l'intérim de direction de l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf. Ces deux établissements, distants d'environ 12 kilomètres n'ont pas envisagé de collaboration poussée en dépit de leurs similitudes. Il m'a donc paru intéressant d'étudier la problématique de la coopération entre deux hôpitaux locaux proches et relevant de la même direction.

Le travail sur la démarche qualité dans les deux établissements m'a conduit au constat que ces deux établissements proches n'avaient pas engagé de réelle coopération. Coopération, ou du moins collaboration, qui m'est apparue importante, voire nécessaire,

dans le contexte actuel. En effet, soumis à des exigences croissantes tant de la part des pouvoirs publics, des autorités de tarification que de la part des patients et résidents, les hôpitaux locaux peuvent accuser des carences. Leur taille, illustrée concrètement tant en terme humain (personnel) qu'en terme financier (budget, subventions), peut constituer un handicap auquel il s'agit de s'attaquer.

La coopération, ou du moins la collaboration, entre des établissements voisins peut constituer un moyen pour pallier ce déficit.

La proximité des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf induit la thématique de la coopération entre ces deux établissements. En outre, le travail et l'analyse réalisés lors de mon stage en matière de démarche qualité m'ont conduit à poser les deux hypothèses de travail suivantes.

Hypothèse 1: Le contexte actuel impose la coopération entre deux hôpitaux locaux proches.

Hypothèse 2: La démarche qualité peut constituer un outil nécessaire à l'impulsion de la coopération entre ces deux établissements.

Ainsi, dans un contexte de redéfinition des missions de l'hôpital local, la démarche qualité, tributaire de la culture d'un établissement, peut devenir un instrument de rapprochement et de coopération entre deux hôpitaux locaux proches. La démarche qualité, tout en permettant la coopération entre deux hôpitaux locaux, peut également s'enrichir de cette coopération et par conséquent bénéficier aux patients des deux établissements.

La personne âgée est ici au cœur des structures étudiées. Par conséquent, si elle n'est pas présentée directement au sein de mon travail, il n'en reste pas moins que les actions étudiées et surtout les propositions évoquées ne possèdent qu'une finalité : l'amélioration de son bien être.

La première partie de mon travail s'exercera à préciser le contexte de mon étude à travers la problématique de la coopération posée à deux établissements de santé proches.

La deuxième partie de l'étude analyse la nécessité de la coopération entre établissements de santé dans le contexte législatif et réglementaire actuel (hypothèse 1), thématique soulevée à travers l'étude des démarches qualité de deux établissements.

La troisième partie entend développer la seconde hypothèse de travail en privilégiant la mise en place d'une démarche qualité commune comme moteur de la coopération entre les deux hôpitaux locaux.

1 DEUX HOPITAUX LOCAUX PROCHES CONFRONTES A LA QUESTION DE LA COOPERATION

La proximité entre deux hôpitaux locaux et a fortiori lorsque ceux-ci sont gérés par la même direction, entraîne des interrogations quant aux relations qu'entretiennent ces deux établissements. L'étude contextuelle du cas des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf illustre cette thématique.

L'actualité législative et réglementaire actuelle dans le secteur de la santé, et plus spécialement dans le secteur hospitalier, renforce la problématique de la coopération.

1.1 Deux hôpitaux locaux voisins n'ayant pas encore engagé de véritable réflexion en matière de coopération

La coopération des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf n'est pas effective du fait de leurs cultures et passés propres. Leur localisation, sur le même canton, n'a cependant pas contribué à leur collaboration jusqu'à présent.

1.1.1 Les deux établissements : une culture et un passé différents influençant la situation actuelle

Deux établissements publics de santé situés dans le même canton n'envisagent pas encore de réelle coopération dans l'un ou l'autre de leur domaine d'activité.

a) Les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf

Les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf sont deux établissements publics de santé situés dans le canton de Pélussin (Loire, 42). La Loire est un département qui compte une proportion de personnes âgées supérieure à la moyenne nationale. Ce département apparaît donc comme un département vieillissant puisque la proportion de personnes âgées dans la population totale est de 23,48%, soit 171 179 personnes (recensement de mars 1999) contre 21,32% en France métropolitaine et 20,04% en Rhône-Alpes³.

³ Conseil général de la Loire. *Schéma 2001-2006 en faveur des personnes âgées, Synthèse*, 2003, p 21.

Le canton de Pélussin comptait 13 256 habitants lors du dernier recensement (1999), dont 22,2 % de personnes âgées de plus de 60 ans⁴. La proportion de personnes âgées dans le canton de Pélussin tend à augmenter car elle se situait à 21,3% en 1990. Elle reste néanmoins inférieure à celle de l'ensemble du département de la Loire (23,48%).

Nombre de lits et effectif en personnel des deux hôpitaux locaux

	Hôpital local de Pélussin	Hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf
Nombre total de lits	114 lits	70 lits et 20 places de SSIAD
Médecine	8 lits	/
S.S.R.	28 lits	30 lits
Long séjour	58 lits	/
Maison de retraite	20 lits	40 lits dont 20 lits de cure médicale
Effectif total (titulaires, contractuels, remplaçants et emplois aidés inclus)	98 agents soit 85,76 E.T.P.	75 agents soit 52,01 E.T.P.

Les personnes âgées représentent la grande majorité des patients accueillis dans les deux établissements. Ainsi, plus de 98 % des patients accueillis par l'hôpital local de Pélussin (tous services confondus) et par l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf (tous services confondus) ont plus de 60 ans. Les deux établissements ont donc une vocation gériatrique.

Il n'est pas courant pour un canton de cette taille de posséder deux hôpitaux locaux sur son territoire. Cette offre de soins publique dense constitue un atout pour la population du canton qui bénéficie ainsi d'un accès aux soins satisfaisant et de qualité.

Le canton de Pélussin compte également une résidence privée et deux maisons de retraite privées à but lucratif accueillant des personnes âgées. Néanmoins, les taux d'occupation des deux hôpitaux locaux frôlent les 100% et témoignent des besoins croissants en matière de soins et d'hébergement des personnes âgées dans le canton. Le taux d'occupation du SSIAD, en constante augmentation ces trois dernières années, souligne également l'importance des besoins dans ce domaine. En outre, la proportion de

⁴ Communauté de communes du Pilat rhodanien. *Etude prospective du Canton de Pélussin*, juillet 2003, p 22.

personnes âgées dans la population totale devrait atteindre 25% en 2010 pour le département de la Loire. Cette projection est également valable pour le canton de Pélussin. Les structures d'accueil pour personnes âgées seront donc appelées à se développer. « Avec les effets conjugués du vieillissement et de la dépendance, l'action sociale en faveur des personnes âgées constitue aujourd'hui pour les départements un enjeu très important »⁵. Ce constat est également réalisé au sein du canton de Pélussin, puisque la communauté de communes a relevé les opportunités et les potentialités existantes dans le canton en matière de prise en charge des personnes âgées.

Géographiquement, les deux établissements sont situés aux extrémités du canton de Pélussin. L'hôpital local de Pélussin se trouve au nord et en hauteur tandis que l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf se situe plus au sud, sur la rive droite du Rhône. Le canton de Pélussin (communauté de communes du Pilat rhodanien) est scindé en deux pôles de développement. « D'une part, les communes proches du Rhône (...), d'autres part, les communes situées davantage sur le plateau »⁶. Les habitants emploient les qualificatifs de « canton du haut », où se trouve l'hôpital de Pélussin, et « canton du bas », où se situe l'hôpital de Saint-Pierre de Bœuf, pour désigner ces deux secteurs, ce qui traduit bien une sorte de « délimitation territoriale » accentuant l'autonomie des deux établissements.

b) *Les deux établissements travaillent de façon autonome.*

Traditionnellement, les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf ont fonctionné en autonomie, en dépit de leur proximité géographique. Ils possèdent également tous deux une histoire et une culture propres qui ont influencé jusqu'à présent leurs politiques respectives.

Ainsi, l'hôpital local de Pélussin résulte de la reconversion de l'ancien hospice du village⁷ tandis que l'hôpital de Saint-Pierre de Bœuf était auparavant une maison de convalescence au caractère communal plus fortement marqué⁸.

Les deux hôpitaux locaux ont pour particularité de se situer au carrefour de quatre départements : la Loire, l'Isère, le Rhône et l'Ardèche. Cette situation géographique

⁵ Conseil général de la Loire. *Schéma 2001-2006 en faveur des personnes âgées, Synthèse*, 2003, p 21.

⁶ Communauté de communes du Pilat rhodanien. *Etude prospective du Canton de Pélussin*, juillet 2003, p 11.

⁷ Classement en hôpital local par arrêté préfectoral du 15 avril 1996.

⁸ Classement en hôpital local par arrêté préfectoral du 15 octobre 1996.

explique la provenance des patients des deux établissements et souligne une autre spécificité. En effet, les deux établissements sont tous deux rattachés au secteur sanitaire⁹ n° 5 et, à ce titre, le centre hospitalier de référence est le centre hospitalier général (C.H.) de Vienne (Isère, 38). Le centre hospitalier universitaire (C.H.U.) de Saint-Etienne (Loire, 42) n'est donc pas le centre hospitalier de référence.

Les directeurs qui se sont succédés à la tête des deux établissements n'ont pas eu la même ligne directrice. Ainsi, les directeurs de l'hôpital local de Pélussin ont eu tendance à privilégier leurs relations avec le C.H. de Vienne, C.H. de référence. A l'inverse, les directeurs successifs de l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf ont préféré coopérer plus fortement avec le C.H. d'Annonay (Ardèche, 07), plus proche en terme de distance que le C.H. de Vienne. De ce fait, les deux établissements n'ont pas toujours été amenés à travailler en collaboration, notamment sur des thèmes communs tels que l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur le secteur et le canton de Pélussin.

La culture des deux établissements influence encore actuellement leur propre conduite. En effet, la direction, à travers son management, prend en compte le fait que les agents n'ont pas les mêmes façons de travailler. Ainsi, les deux établissements possèdent des taux d'absentéisme différents, ce qui témoigne de l'implication du personnel dans l'établissement. Si l'absentéisme, au sens strict du terme, peut dépendre des conditions de travail, tant physiques que morales, ou de causes externes au travail, il constitue également un indicateur de la volonté et de l'implication des agents au sein de l'établissement. En outre, la présence des agents lors de diverses réunions auxquelles ils sont conviés peut également constituer un indicateur de la motivation des agents quant à ce qui se passe au sein de leur établissement.

Les deux hôpitaux locaux ont, jusqu'à très récemment, travaillé en parfaite indépendance. Cette autonomie peut s'expliquer par le fait que les deux hôpitaux locaux possèdent tous deux des services identiques (S.S.R. et maison de retraite).

⁹ L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux remplace les «secteurs sanitaires » par les «territoires de santé ». Selon la circulaire n°101 /DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, il s'agit de « *permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives* ».

Ainsi, les directions propres de chacun des deux établissements n'avaient pas envisagé de collaboration poussée dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. La complémentarité entre les deux établissements, dont l'un possède des lits de médecine et de long séjour, et l'autre des lits de S.S.I.A.D. n'a pas été formellement évoquée et mise à l'ordre du jour des réunions des instances des deux établissements.

Néanmoins, ces deux établissements ont évolué dans leurs relations puisqu'ils ont pour particularité d'être actuellement dirigés par le même directeur. En effet, l'intérim de direction de l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf est assuré depuis trois ans par le directeur de l'hôpital local de Pélussin.

La direction de deux établissements similaires, mais parfaitement distincts, nécessite pour le protagoniste de s'adapter à la « culture » propre de chaque établissement. En effet, l'histoire de chaque établissement a eu des influences dans de nombreux domaines et elle est encore présente actuellement. Il n'est par conséquent pas toujours possible de transposer de manière symétrique les actions entreprises dans un établissement à l'autre.

c) L'indépendance n'a pas semblé poser de problème jusqu'à présent

Les deux établissements possèdent de très bons taux d'occupation dans leurs services, tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur médico-social. L'existence de chacun ne pose pas de problème de « mise en concurrence » au sens économique du terme. En effet, l'offre et la demande dans le domaine de la santé, ne suivent pas les lois économiques traditionnelles. Contrairement à ce que suppose la théorie néoclassique en économie¹⁰, les acteurs du système de santé ne possèdent pas toutes les informations nécessaires à l'optimisation de leurs choix¹¹. L'échange ne se fait donc pas toujours au point d'équilibre optimum, conduisant au bénéfice maximum, pour les deux parties.

Par ailleurs, le système de santé ne peut être considéré comme un marché au sens économique du terme puisqu'il revêt des caractéristiques propres. Ainsi, dans le domaine de la santé, « *la concurrence est limitée entre les offreurs. Il y a d'abord des*

¹⁰ La théorie économique néoclassique repose sur l'hypothèse du système de concurrence pure et parfaite, développé principalement par les économistes L. WALRAS et V. PARETO.

¹¹ En économie de la santé, la théorie de l'agence pose des principes qui remettent en cause l'existence d'une mise en concurrence pure au sein du système de santé. Si, dans le cadre de cette analyse, les offreurs de soins sont les médecins, les observations peuvent être transposées aux établissements de santé.

*barrières à l'entrée qui limitent l'accès à ces professions. Ensuite, la publicité est interdite et les prix sont « administrés »*¹². Les établissements de santé n'entrent par conséquent pas en concurrence directe les uns avec les autres.

Dans le canton de Pélussin, l'offre de soins est inférieure à la demande puisque les taux d'occupation des établissements sont au maximum. Les patients ne peuvent pas exercer de « pression » explicite sur l'un ou l'autre des deux établissements en les comparant tant en terme de coût qu'en terme de qualité des prestations. Si des comparaisons informelles peuvent être effectuées par les patients quant à la qualité des prestations offertes ou quant au coût, celles-ci n'influencent aucunement le comportement des deux établissements en terme de stratégie. Les deux hôpitaux locaux n'ont jamais procédé à la création ou à l'extension d'un service en fonction des prestations dispensées par l'autre. Ils n'ont donc pas entendu se positionner sur le terrain de la concurrence.

Les deux établissements n'ont pas engagé de réflexion approfondie quant à la mise en place de travaux en partie ou totalement communs. Jusqu'à présent, il n'est donc pas apparu important aux yeux des directions des deux établissements d'envisager un quelconque rapprochement.

L'analyse théorique permet d'éclairer la situation actuelle dans laquelle se trouvent les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf.

¹² NYS J-F. Introduction. *La santé : consommation ou investissement ?* Economica, Paris, p 11.

1.1.2 L'apport de la sociologie des organisations et de l'économie de la santé dans l'analyse des deux établissements

La situation actuelle des deux établissements publics de santé expliquée à travers la sociologie des organisations et l'économie de la santé facilite l'exposé des enjeux.

a) *La sociologie des organisations : un éclairage sur le comportement général des établissements*

La sociologie des organisations¹³ permet d'apporter un éclairage significatif quant au comportement propre de chaque organisation. Ici, nous considérerons que les organisations sont en l'occurrence les établissements publics de santé.

Au sein de ces établissements, évoluent des acteurs détenant chacun une part d'information différente. Cette part d'information leur confère un certain pouvoir¹⁴. Ce pouvoir possédé par chaque acteur contribue à créer des rapports de force entre ces acteurs. En outre, les acteurs au sein d'une organisation définissent une stratégie d'action en fonction de leurs intérêts propres. La stratégie des acteurs ne correspond pas toujours à la stratégie développée par l'organisation. Ainsi, « *les établissements sanitaires et sociaux évoluent dans une société polyarchique. Ils sont eux-mêmes des micro-sociétés polyarchiques se caractérisant par le fait que le pouvoir y est de plus en plus éclaté, entre des acteurs toujours plus nombreux* »¹⁵. « *La sociologie des organisations nous a appris que toute organisation est soumise à de nombreuses incertitudes et que chaque acteur garde une marge d'autonomie dans l'action* »¹⁶.

Entre eux, les établissements de santé exercent également des relations de pouvoir puisque chacun possède une stratégie d'attrait des patients. Les zones d'influence propres de chaque établissement peuvent parfois se confondre. Dans ce cas, les établissements sont amenés à entrer en concurrence de manière indirecte, sans

¹³ La sociologie des organisations a été introduite en France par l'ouvrage de CROZIER M. et FRIEDBERG E. : *L'acteur et le système* (1977).

¹⁴ Selon M. CROZIER et E. FRIEDBERG « *le pouvoir d'un individu ou d'un groupe, bref d'un acteur social, est (...) fonction de l'ampleur de la zone d'incertitude que l'imprévisibilité de son propre comportement lui permet de contrôler face à ses adversaires* », *L'acteur et le système*, p 72.

¹⁵ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*. Ed. Seli Arslan, Gap 2002 p 65.

¹⁶ DERENNE O., LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Tome 1 Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière*, Editions ENSP, 2001, p 16.

nécessairement de volonté ouverte et affichée de la part de la direction de l'établissement.

Selon la sociologie des organisations, la culture propre de l'organisation explique le comportement général de l'organisation. Il en résulte donc que chaque établissement constituant une organisation propre est influencé par sa propre culture.

b) *Les établissements de santé sont traditionnellement « concurrents »*

Selon A-P. CONTANDRIOPOULOS et Y. SOUTEYRAND¹⁷, depuis les années 1980, le système de santé français a été soumis à « *un resserrement de la contrainte financière, dont on sait que si elle ne fonctionne pas à « plein régime » (...), elle n'en n'exerce pas moins une pression de plus en plus ferme sur les établissements* ». Cette pression exercée sur les établissements publics de santé est d'autant plus forte que le mode d'allocation des ressources est strict. Les autorités de tarifications suivent les choix émis par les décideurs politiques si bien que « *la tutelle sur les établissements (...) paraît théoriquement suffisamment forte pour que l'on puisse l'assimiler à une direction centrale parfaitement libre de ses choix, configurant et reconfigurant le système hospitalier à sa guise* »¹⁸.

Le statut juridique des hôpitaux locaux leur confère une forte autonomie, ils fonctionnent actuellement comme des établissements publics administratifs (EPA). Ils ne disposent pas d'un statut propre¹⁹, puisque le statut de l'établissement public de santé n'est pas clairement défini²⁰.

Au sein des établissements publics de santé, le conseil d'administration et le directeur ont des attributions spécifiques dans la conduite de la politique de chaque établissement.

¹⁷ CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y. *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, MIRE John Libbey Eurotext, Paris, 1996, p 23.

¹⁸ CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y. *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, MIRE John Libbey Eurotext, Paris, 1996, p 26.

¹⁹ « *Les établissements attendent impatiemment un cadre juridique spécifique qui, pour le moment, est celui d'un Etablissement Public Administratif (EPA). L'offre de soins hospitalière dans le secteur public a des impératifs qui ne trouvent pas leur traduction réglementaire dans le statut des EPA* », DEBROSSE D., PERRIN A., VALLENCIEN G. *Projet hôpital 2007*, Mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », 3 avril 2003, 176 p.

²⁰ Le Code de la santé publique prévoit en son article L. 6141-2 : « *Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux* ».

La gestion du personnel des établissements publics de santé est également propre à chaque établissement. Le statut général de la fonction publique hospitalière est établi au niveau national²¹ mais chaque établissement possède sa propre politique en matière de gestion des ressources humaines.

Le statut actuel ne tend pas à encourager les établissements publics de santé à la coopération. Les établissements publics de santé fonctionnent donc en relative autonomie. Cette autonomie est illustrée concrètement en matière budgétaire puisque les établissements possèdent un budget propre. Les hôpitaux locaux sont financés par la dotation globale pour leur partie sanitaire. Le prix de journée est fixé par arrêté du Président du Conseil général pour la partie médico-sociale de l'établissement.

Ainsi, les établissements peuvent voir leurs ressources allouées en fonction des autres établissements. Dans le domaine sanitaire, l'Agence régionale de l'hospitalisation (A.R.H.)²² peut conduire à des interrelations entre les établissements. En effet, lorsqu'elle attribue les dotations aux établissements, l'A.R.H. procède à une péréquation budgétaire de façon à augmenter substantiellement le budget des établissements les moins bien dotés. Néanmoins, l'A.R.H. procède à l'allocation des ressources aux établissements en fonction de leur activité recensée grâce au programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.), pour les services de M.C.O. Pour le service de S.S.R., la dotation est attribuée sur la base de la dépense hospitalière par habitant hospitalisable dans le secteur public.

Dans le secteur médico-social, le Conseil général fixe le prix de journée et le tarif dépendance en fonction de sa propre enveloppe. La répartition des ressources se fait entre les établissements du département. Ces derniers sont mis en concurrence indirectement à travers cette répartition puisque le Conseil général conditionne cette répartition à certains critères. Ainsi, la signature de la convention tripartite pour la partie médico-sociale des hôpitaux locaux implique l'engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Les établissements publics de santé entrent donc en concurrence de manière informelle.

²¹ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

²² Créée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

La qualité des soins constitue l'une des missions des hôpitaux locaux puisque les patients ont droit à des soins de qualité²³. A ce titre, les établissements de santé sont de fait mis indirectement en concurrence, puisque la qualité des soins qu'ils dispensent ainsi que leur réputation conditionnent en partie leur activité.

Les hôpitaux locaux, et en l'occurrence les établissements proches, même s'ils n'en n'ont pas réellement conscience, sont donc placés en situation concurrentielle. Dans le cas des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf, la taille des deux villages induit plus ou moins des comparaisons entre les deux établissements de la part de la population. Ces deux établissements, se trouvant sur le même canton, peuvent être comparés l'un à l'autre de manière informelle.

c) *Deux établissements ayant pour vocation d'offrir des soins de qualité à la population.*

Les missions de service public confiées aux hôpitaux locaux les conduisent à satisfaire aux exigences en matière de santé²⁴. L'hôpital local a pour mission de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée en médecine²⁵ et des soins de suite et de réadaptation. Il dispense également des soins de longue durée comportant un hébergement.

La qualité constitue un impératif pour les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux²⁶. En effet, la qualité des soins et des prestations offertes aux patients constitue en quelque sorte la « vitrine » des établissements publics de santé. La démarche qualité imposée aux établissements de santé par l'ordonnance n°96-346 de 1996 peut de ce fait constituer un outil de comparaison entre les différents établissements.

²³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁴ Article 3 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière: « *Le service public hospitalier est assuré par les établissements d'hospitalisation publics* ».

²⁵ Sous réserve d'avoir signé une convention avec un centre hospitalier ou un établissement de santé privé. (article L 6111-2 du CSP).

²⁶ « *Un des enjeux majeurs de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), est d'instituer, au sein de ces structures, une démarche d'amélioration continue de la qualité* », circulaire DHOS/ DGAS/03/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf sont entrés tous deux dans la procédure d'accréditation en 2001. Ils se sont engagés à réaliser l'exercice de l'auto-évaluation conformément aux exigences de l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé. L'auto-évaluation réalisée constitue la base de travail de la procédure d'accréditation. Celle-ci a abouti à la visite des experts-visiteurs de l'A.N.A.E.S. en novembre 2003 pour l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf et en décembre 2003 pour l'hôpital local de Pélussin.

L'accréditation, dont l'impact n'est pas encore bien évalué au sein des établissements de santé, constitue un critère d'évaluation de la qualité des prestations offertes par un établissement de santé. Les établissements de santé peuvent donc retirer aussi bien des impacts positifs que négatifs en fonction du déroulement de la visite d'accréditation.

Ma présence, en tant qu'élève directeur, au sein de deux hôpitaux locaux lors de leur visite d'accréditation, ainsi que le suivi de la démarche qualité de ces deux établissements m'ont poussé à engager une réflexion sur les relations qu'entretiennent ces deux établissements. Le contexte actuel conduit à des interrogations sur la coopération inter hospitalière et par conséquent sur la coopération des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf.

1.2 La redéfinition des missions de l'hôpital local conduit à privilégier la coopération entre les établissements de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf

Les politiques conduites jusqu'à présent tendent à favoriser la coopération entre les établissements de santé. Cette orientation a été récemment réaffirmée.

Les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf ont ainsi tenté de travailler en commun dans certains domaines, anticipant quelque peu les évolutions potentielles.

1.2.1 La coopération inter hospitalière une volonté gouvernementale, une nécessité pour les établissements publics de santé

Les pouvoirs publics, conscients des enjeux de l'offre de soins de proximité, ont volontairement renforcé la place de l'hôpital local au sein de l'organisation sanitaire. Parallèlement, la coopération inter hospitalière s'est vue donnée un nouveau souffle.

a) L'hôpital local : une place centrale dans la prise en charge de la population âgée réaffirmée

L'hôpital local joue un rôle primordial dans la prise en charge de proximité. La circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 fixe les orientations relatives à la place de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins : « *L'hôpital local constitue le premier niveau de prise en charge. A ce titre, - il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, (...) – il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité* ». La qualité est ainsi mise en avant concernant les soins dispensés par l'hôpital local. Elle constitue la base du travail d'un établissement remplissant des missions de service public.

L'hôpital local est donc un maillon fort du système de santé français. Les Français eux-mêmes apparaissent attachés aux établissements de proximité. En effet, « *en février 2000, 78% des personnes interrogées se déclaraient « défavorables à la fermeture de certains petits hôpitaux de proximité au profit de grands hôpitaux plus éloignés mais mieux équipés* ». Plus récemment, la mobilisation sans précédent en faveur du maintien

de l'hôpital de Saint-Afrique a mis en lumière l'attachement profond qu'éprouve la population locale pour les structures hospitalières de proximité »²⁷.

La situation critique durant la « canicule » d'août 2003 a renforcé les préoccupations des pouvoirs publics en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées et notamment quant au rôle des hôpitaux locaux et maisons de retraite dans cette prise en charge. Les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf font partie des établissements dans lesquelles la « canicule » a été bien gérée, ce qui témoigne de leur efficacité et de leur nécessité dans le paysage sanitaire.

L'hôpital local travaille en relation avec de nombreux partenaires. Ainsi, les pouvoirs publics ont désiré renforcer la complémentarité des hôpitaux locaux et la coopération inter établissements. *« L'hôpital local s'adapte à l'environnement dans lequel il s'inscrit, et ses missions résultent de la situation de l'offre locale de soins »²⁸.*

Les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf doivent donc s'inscrire dans le contexte actuel. Les deux établissements vont par conséquent être confrontés à la problématique de la coopération. Celle-ci est soulignée à de nombreuses reprises dans la circulaire du 28 mai 2003. *« La complémentarité doit être un point clé du projet médical des hôpitaux locaux. Cette complémentarité s'exprime à travers des conventions effectives conclues avec les établissements de santé de référence, et leur participation à des réseaux avec les acteurs locaux sanitaires et sociaux »²⁹. « Les hôpitaux locaux (...) doivent également développer des coopérations, dans le but de mutualiser leurs compétences, et optimiser les moyens administratifs souvent réduits, en constituant notamment une équipe de direction plus importante, une équipe logistique commune, un DIM commun »³⁰.*

²⁷ Association des petites villes de France, « Manifeste de l'APVF pour la défense des hôpitaux de proximité, 10 propositions pour une nouvelle dynamique du service public hospitalier » juin 2003. Disponible sur internet : <http://www.apvf.asso.fr>

²⁸ Circulaire DHOS/ DGAS/03/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. (II- hôpital et complémentarités).

²⁹ Circulaire DHOS/ DGAS/03/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. (II- hôpital et complémentarités).

³⁰ Circulaire DHOS/ DGAS/03/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. (II- hôpital et complémentarités).

La situation actuelle offre donc de nouvelles perspectives aux établissements de santé, et de ce fait aux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf, qui ne peuvent plus agir de façon isolée au sein de l'organisation régionale de l'offre de soins.

Il s'agit pour eux de se poser en acteurs essentiels du système de santé français autour desquels une coordination sanitaire de proximité pourra se développer.

b) *L'actualité et le Plan hôpital 2007 : la coopération redynamisée et la qualité réaffirmée*

Soucieux de limiter les dépenses de santé, mais également de moderniser la gestion des établissements, les pouvoirs publics ont mis en avant la coopération inter hospitalière. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a favorisé la diversification et la mutation des instruments de coopération. A ce titre, elle développe une nouvelle forme de convention de coopération, elle modifie le fonctionnement des réseaux, instruments de coopération fonctionnelle, et elle fait du syndicat inter hospitalier et du groupement de coopération sanitaire les instruments privilégiés de coopération institutionnelle dans le domaine hospitalier.

Ainsi, «*si les conventions de coopération ont été initialement instituées pour permettre à des établissements de santé de coopérer afin d'assurer des activités de soins pour lesquels ils avaient été autorisés, les conventions de coopération sont clairement devenues (...) des moyens de déroger à des conditions techniques de fonctionnement de plus en plus exigeantes*»³¹. La constitution de conventions de coopération est donc facilitée par la loi du 4 mars 2002 tout comme la constitution des groupements de coopération sanitaire.

Le groupement de coopération sanitaire (G.C.S.), instrument de coopération inter hospitalière, a vu ses compétences renforcées par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Or, cette ordonnance «*a défini des dispositions nouvelles d'organisation de la coopération entre structures et acteurs de santé publics et privés, institutionnels et libéraux (...). Au total, ce sont dix formes de coopération juridique hospitalière qui sont proposées aux établissements de santé. A cette sédimentation normative désuète et rigide, le plan hôpital 2007 a opposé la plasticité du groupement de coopération sanitaire (G.C.S.), adéquat pivot de restructuration du tissu sanitaire à*

³¹ CORMIER M., La place de la loi du 4 mars 2002 dans l'évolution de la coopération hospitalière. *Revue de Droit sanitaire et social*, octobre - décembre 2002, p 756.

l'échelon régional, puis, après déclinaison, au niveau des territoires de santé »³². Le G.C.S. semble être désormais une structure essentielle en matière de coopération sanitaire. « Le G.C.S. est appelé à devenir la forme essentielle des rapprochements entre les acteurs structurant le tissu sanitaire local »³³. Le G.C.S. entre deux établissements de santé publics, et a fortiori deux hôpitaux locaux, peut constituer une structure de coopération favorisant la dynamisation de ces établissements.

Les pouvoirs publics ont nettement entendu optimiser les moyens existants en matière d'offre de soins afin de maximiser la qualité des soins et le service rendu au patient. La coopération constitue donc un outil destiné à améliorer la qualité du système de santé. La diversité et la dispersion des petites structures sanitaires ont longtemps été pointées du doigt par des gouvernements soucieux de réaliser des économies. Or, il faut souligner ici que les petites structures, tels les hôpitaux locaux, ont leur place dans l'organisation sanitaire. J.F. MATTEI, ancien ministre de la santé, soulignait le fait que *« l'hôpital local est ainsi en mesure d'assumer un véritable rôle d'animateur local de santé (...) [favorisant la] reconnaissance et la promotion d'une médecine hospitalière de proximité »³⁴.*

Les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf peuvent mettre à profit les évolutions actuelles afin de se projeter en acteurs essentiels du système de santé local.

c) *Correspondre aux ambitions du S.R.O.S. Rhône-Alpes et du schéma gérontologique départemental de la Loire*

« Le développement de complémentarités, notamment hospitalières, et un engagement accru dans le travail en réseau, doivent permettre à l'hôpital local de réaliser l'ensemble de ces actions, et de s'inscrire dans les schémas régionaux d'organisation de soins »³⁵. La place des hôpitaux locaux au sein de la filière gériatrique est réaffirmée à travers cette circulaire mais également à travers la circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5

³² DOGIMONT R., Groupement de coopération sanitaire. Transcription juridique d'incertitudes politiques, *Gestions hospitalières*, n°432, janvier 2004, p 12.

³³ DOGIMONT R., Groupement de coopération sanitaire. Transcription juridique d'incertitudes politiques, *Gestions hospitalières*, n° 432, janvier 2004, p 13.

³⁴ Extraits du discours de J-F MATTEI lu par E. COTY, Assises nationales de l'hôpital local, 31 mai 2003, Disponible sur internet : <http://www.hospimedia.fr>

³⁵ Circulaire DHOS/ DGAS/03/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération. Il est prévu de renforcer la position des hôpitaux locaux au sein du système sanitaire local. Le gouvernement entend développer l'accès aux soins de proximité en favorisant le « maillage du territoire » en matière de santé, notamment en ce qui concerne les personnes âgées. *« Une attention très particulière doit être portée sur la prise en charge des personnes âgées qui doivent pouvoir bénéficier de la structuration d'une véritable filière gériatrique »*³⁶. Il s'agit de renforcer *« l'accès aux soins de proximité, en s'appuyant sur les médecins traitants généralistes, les hôpitaux locaux et les établissements de santé de proximité publics et privés »*³⁷. L'ambition de cette circulaire est de promouvoir la création d'hôpitaux locaux ainsi que le renforcement de la qualité des soins *« notamment par le soutien de l'inscription de ces hôpitaux dans des réseaux et coopérations avec des hôpitaux référents »*³⁸.

L'avenir des hôpitaux locaux de la région Rhône-Alpes constitue actuellement une base de réflexion importante puisque conformément aux directives nationales, I.A.R.H. Rhône-Alpes a organisé un forum relatif à l'hôpital local. Le thème de ce forum *« Quelle contractualisation, quels projets pour l'hôpital local ? »* souligne la place de l'hôpital local au sein du système de santé de proximité. L'A.R.H. Rhône-Alpes cherche à privilégier la contractualisation avec les hôpitaux locaux afin d'*« inciter les hôpitaux locaux à assurer sur un territoire déterminé la coordination des différents acteurs mobilisés autour de la personne âgée [et de] permettre aux hôpitaux locaux d'assurer la continuité des soins du domicile à l'hôpital, sans négliger l'aspect primordial de la prévention »*³⁹.

La thématique actuelle de la coopération entre établissements de santé posée par l'A.R.H. Rhône-Alpes tend à privilégier la coopération entre un hôpital local et un centre hospitalier de référence. La coopération entre hôpitaux locaux ne fait, pour l'instant, pas l'objet des thématiques actuelles en matière de santé.

³⁶ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

³⁷ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

³⁸ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

³⁹ A.R.H. Rhône-Alpes, document de travail du 14 mai 2004, *Forum de l'hôpital local du 25 juin 2004, Quelle contractualisation, quels projets pour l'hôpital local ?* p 3.

Toutefois, la coopération entre deux hôpitaux locaux peut également participer à cette dynamique. En effet les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf, localisés sur le même canton, pourraient difficilement tenter de répondre aux orientations actuelles de manière isolée. Le développement de la coopération entre ces deux établissements constituerait pour eux un outil indispensable pour correspondre aux volontés actuelles dans le domaine de l'offre de soins de proximité.

La nécessité du développement des relations entre les deux établissements voisins est bien acquise. En effet, les maires des communes de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf, présidents des conseils d'administration des deux hôpitaux, sont conscients des problématiques actuelles en matière d'offre de soins. Ainsi, ils envisagent la coopération comme un outil pour les deux établissements leur permettant d'optimiser leurs moyens et de renforcer leur place dans le secteur sanitaire. Elle leur faciliterait les échanges et surtout leur permettrait de constituer un « pôle » de prise en charge de proximité pour les personnes âgées du canton. La direction commune des deux établissements, en dépit de son caractère encore informel, contribue à faciliter les échanges entre les deux hôpitaux locaux.

La coopération inter hospitalière constitue par conséquent un outil destiné à répondre aux exigences tant nationales que régionales en matière d'organisation sanitaire.

1.2.2 Les tentatives de coopération entre les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf : dépasser les mises en concurrence potentielles

La proximité des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf a souvent conduit les deux structures à entrer en relation l'une avec l'autre. L'évolution actuelle en matière d'organisation sanitaire dans leur secteur les pousse à envisager de nouvelles façons de travailler ensemble.

a) Des projets en cours, avortés ou en suspens témoignent de réflexions en matière de coopération

Les deux hôpitaux locaux ont compris la nécessité et les gains qui peuvent être retirés d'un travail en commun, tant en matière de temps que de finances. Ainsi, les présidents des C.M.E. (Commission Médicale d'Établissement) des deux hôpitaux ont décidé récemment de tenir des réunions en commun en accord avec les membres des C.M.E. En effet, du fait de la situation géographique des deux établissements, les médecins sont membres de deux C.M.E. A ce titre et du fait de thèmes souvent communs, deux réunions de C.M.E. sur les quatre réunions annuelles sont tenues en commun. Ainsi, les débats sont plus enrichissants pour chaque établissement car les pratiques médicales sont confrontées. En outre, les médecins estiment gagner en temps puisque les réunions voient leur efficacité croître. La comparaison entre des dossiers et thèmes de travail communs aux deux hôpitaux locaux permet de revoir certaines façons de procéder en fonction des expériences extérieures parfois plus efficaces. Des réflexions sur la prise en charge globale des patients au sein du canton ont pu être évoquées. En outre, les médecins ont instauré des réunions trimestrielles sur des thèmes communs aux deux établissements où les agents des deux hôpitaux locaux sont conviés. Cette manière de procéder contribue à enrichir les deux établissements.

Chaque hôpital local possède également son propre C.L.I.N. (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) et travaille en partenariat avec le C.H. de Vienne. Cet établissement, par convention avec les deux hôpitaux locaux, met à leur disposition une infirmière hygiéniste membre de l'E.I.D.L.I.N. qui intervient régulièrement. Afin de faciliter les échanges et d'optimiser le temps des différents intervenants et membres des C.L.I.N., les réunions des C.L.I.N. des deux hôpitaux locaux se tiennent également en communs. Ces réunions facilitent les échanges entre les deux établissements tant en termes de procédures, que de solutions apportées aux différents problèmes rencontrés. Les thèmes de travail sont parfois communs ce qui enrichit d'autant les débats. Un regard extérieur apporté aux pratiques d'un établissement est susceptible de nouvelles propositions d'amélioration parfois non envisagées antérieurement. Les agents membres des C.L.I.N.

des deux établissements suivent également les formations dispensées par le C.H. de Vienne.

En dépit de ces exemples de coopération entre les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf, aucune forme de coopération institutionnelle n'a été envisagée. Les établissements possèdent néanmoins de nombreux points communs et le fait qu'il n'y ait pas de réflexion sur une coopération plus formelle dans le contexte actuel m'a interpellé.

Les observations réalisées durant ma période de stage au sein des deux établissements m'ont permis de déduire une sorte de statu quo quant à la situation des deux hôpitaux locaux convenant aux différents acteurs. Il m'est donc apparu que les bénéfices potentiels d'une coopération sont encore peu visibles. Les agents des deux établissements n'ont pas envisagé une coopération poussée et peu de réflexions en la matière ont été réalisées. « *La coopération est difficile parce que les partenaires peuvent rarement évaluer a priori toutes les conséquences d'un choix qui privilégie l'établissement de relations faites d'engagement réciproques quant à la mise en commun de ressources en vue de la production d'un bien ou de service, mais dont le caractère réciproquement profitable n'est pas certain* »⁴⁰.

Si les établissements peuvent se «dépanner» ponctuellement en matière de fournitures diverses, aucun plan d'action en matière d'approvisionnement, en cas de problème rencontré dans l'un ou l'autre des deux établissements, n'a été réalisé. Les relations d'échange entre les deux établissements ne sont donc pas formalisées et de ce fait, la clarté des processus en souffre.

Par ailleurs, certains agents et en particulier les infirmières, possèdent des compétences communes mais aussi des spécialités propres provenant de leur formation et de leurs expériences personnelles. Les échanges entre les agents des deux établissements ont lieu lors de formations communes mais l'enrichissement retiré n'est pas toujours retranscrit dans les faits.

⁴⁰ KERLEAU M., FARGEON V., Le VAILLANT M. Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins, in CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y. (coord.), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, MIRE John Libbey Eurotext, Paris, 1996, p 166.

b) *Les deux établissements sont proches, rattachés au même secteur sanitaire et font l'objet d'un projet de direction commune*

Les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf sont tous deux rattachés au secteur sanitaire n°5. Leur centre hospitalier de référence est le C.H. de Vienne. A ce titre, les deux hôpitaux sont amenés à travailler ensemble sur des domaines communs. Les deux établissements participent au réseau S.S.R. (soins de suite et de réadaptation). Ce réseau, supervisé par un médecin du C.H. de Vienne, a pour objet de faciliter la mise en réseau des établissements du secteur n°5 de façon à faciliter les entrées de patients en fonction des spécialités et spécificités de chaque établissement.

Les deux hôpitaux locaux ont également signé une convention avec le C.H. de Vienne leur permettant l'intervention d'une unité mobile de soins palliatifs. En outre, une équipe d'hygiène hospitalière du C.H. de Vienne supervise les activités des C.L.I.N. des deux établissements dont les réunions se tiennent en commun.

La proximité des deux hôpitaux locaux, ainsi que l'intérim de direction de l'hôpital local de Saint-Pierre de Boeuf, assuré par le directeur de l'hôpital local de Pélussin, ont poussé les acteurs des deux établissements à réfléchir sur un projet de convention de direction commune. La difficulté à recruter un directeur pour l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf alimente la problématique actuelle de la direction d'établissements sanitaires et sociaux de taille modeste.

Les évolutions prévisionnelles en matière de démographie des directeurs d'établissements publics de santé, et notamment des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, tendent à favoriser les réflexions en matière de convention de direction commune entre plusieurs établissements. Le cas des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf s'intègre dans cette problématique. Il apparaît nécessaire à ces deux établissements de bénéficier d'une convention de direction commune. Ainsi, le directeur assurera la direction des deux établissements et pourra recruter un attaché d'administration hospitalière qui sera présent sur l'hôpital de Saint-Pierre de Bœuf.

La mise en place d'une convention de direction commune soulève des interrogations, notamment au sein des conseils d'administration mais aussi du personnel des deux établissements. En effet, les maires et élus des deux communes sont attachés aux prérogatives et à l'autonomie de leur hôpital local. Les élus de la commune de Saint-Pierre de Bœuf ne souhaitent pas voir leur hôpital local souffrir de la signature d'une convention de direction commune. Il s'agit pour eux de permettre un fonctionnement plus efficient que ne l'est le fonctionnement actuel. En effet, l'intérim de direction est une

situation au départ temporaire et plus ou moins incertaine. La convention de direction commune est envisagée comme un moyen de clarifier le fonctionnement des deux établissements. Elle précisera plus spécifiquement les conditions de gestion générale des deux hôpitaux locaux.

Néanmoins, des interrogations persistent quant à la mise en place et aux conditions de cette convention de direction commune qui ont abouti au statu quo actuel. En effet, si des réflexions sur une convention de direction commune ont bien eu lieu, la convention n'est toujours pas signée. Ce statu quo s'avère être, à mon sens, un frein à la mise en place d'une collaboration entre les deux hôpitaux locaux.

La convention de direction, encore en cours de concertation entre les conseils d'administration des deux établissements, constitue une première pierre de l'édifice de la coopération. Ainsi, les deux hôpitaux locaux pourront se voir impulser officiellement une politique commune dont les axes seront en partie similaires. Le personnel d'encadrement des deux établissements sera plus à même de penser à des thèmes de collaboration potentiels.

c) *Les deux projets d'établissement similaires rendent la coopération envisageable dans plusieurs domaines*

Les hôpitaux locaux s'inscrivent tous deux dans la problématique actuelle en matière de prise en charge des personnes âgées et plus spécifiquement des personnes atteintes de démence de type maladie d'Alzheimer. Ainsi, l'hôpital local de Pélussin dispose d'une structure d'accueil de personnes âgées atteintes de démence de 10 lits et envisage son extension. L'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf est confronté directement à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le Conseil d'administration de l'établissement, conscient des besoins croissants en matière d'accueil de population atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, prévoit également la création d'une structure d'accueil de ce type. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer dans le canton de Pélussin pourrait faire l'objet d'une réflexion commune et concertée entre les deux établissements, de façon à mettre en place une coordination locale dans la prise en charge de ces patients.

Une coopération affichée entre les deux hôpitaux locaux dans ce domaine correspondrait aux ambitions gouvernementales actuelles. « *Une attention très*

particulière doit être portée sur la prise en charge des personnes âgées qui doivent pouvoir bénéficier de la structuration d'une véritable filière gériatrique »⁴¹.

Les deux établissements ont déjà recouru à des stratégies communes pour demander des moyens supplémentaires, notamment la création d'un poste de masseur-kinésithérapeute à mi-temps sur les deux établissements.

La coopération entre les deux hôpitaux locaux pourrait également porter sur différents domaines. Ainsi, en matière logistique (fonctions restauration, lingerie et entretien), une réflexion sur l'optimisation des moyens existants pourrait être envisagée. Une collaboration dans le domaine de l'animation est aussi concevable afin d'apporter un maximum de vie aux résidents des deux établissements.

L'analyse contextuelle réalisée dans cette première partie a facilité la compréhension de la problématique relationnelle entre les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf. L'autonomie des deux établissements pose nécessairement la question de leur coopération dans le contexte actuel.

La deuxième partie de ce mémoire s'attache à présenter les bénéfices de la coopération entre établissements de santé. Les relations entre les deux structures ont été analysées lors de l'étude de leur démarche qualité respective. Cette analyse représente un préalable nécessaire au développement de l'hypothèse de travail retenue, à savoir la coopération entre les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf.

⁴¹ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

2 LA COOPERATION INTER HOSPITALIERE : UN THEME A DEVELOPPER

La question de la coopération entre deux hôpitaux locaux proches et des enjeux qui en résultent méritent réflexion dans un contexte où l'hôpital local voit ses attributions reformulées.

L'analyse des démarches qualité respectives des deux établissements accentue la thématique de la coopération inter hospitalière.

2.1 Les enjeux de la coopération : un outil présentant des avantages mais qui se heurte à des freins dans le secteur sanitaire.

Si la coopération présente de nombreuses opportunités pour les hôpitaux locaux, celle-ci se heurte encore aux données actuelles, propres au secteur sanitaire.

2.1.1 La coopération dans le secteur sanitaire : définition, perspectives et enjeux

La coopération hospitalière, et plus spécifiquement entre établissements publics de santé, a tendance à se développer depuis quelques années face aux mutations de l'environnement socio-économique des établissements.

a) Les origines de la coopération hospitalière

Les établissements publics de santé n'ont pas toujours intégré la coopération avec d'autres entités (publiques ou privées) dans leur fonctionnement. En effet, la coopération hospitalière est un thème relativement récent, datant du début des années 1970. Soucieux de limiter la concurrence entre les différents établissements de santé et notamment les établissements publics de santé, le législateur a développé la coopération hospitalière.

La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière instaure la première forme de coopération organique : le syndicat inter hospitalier (S.I.H.). Le but premier de cette structure était de rationaliser les moyens des établissements de santé et d'optimiser l'utilisation de leurs équipements. Il s'agissait de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé dans un contexte de crise économique et également d'éviter la dispersion des structures sanitaires publiques sur le territoire français.

La maîtrise des dépenses de santé est ensuite devenue le principal objectif des gouvernements successifs depuis le début des années 1980 jusqu'à nos jours. La gestion des dépenses de santé a renforcé la volonté d'optimisation des moyens existants, non seulement en France mais dans la plupart des pays développés. La coopération entre

établissements de santé a bénéficié d'encouragements de la part des pouvoirs publics français.

« La véritable réforme de la coopération hospitalière date de 1991. En effet, la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et les décrets qui ont suivi ont présidé à un développement des modalités juridiques de la coopération hospitalière »⁴². Cette loi instaure la planification hospitalière et crée les schémas régionaux de l'organisation sanitaire (S.R.O.S.). Elle entend contribuer à satisfaire de manière optimale la demande de soins et à créer des filières de soins. Les pouvoirs publics commencent par imposer la coopération entre les établissements publics de santé puisque les hôpitaux locaux désirant conserver leurs lits de médecine doivent désormais passer une convention avec un centre hospitalier. A ce titre, l'hôpital local de Pélussin possède une convention avec le centre hospitalier de Vienne. « Les hôpitaux étaient donc, dans ce cadre, placés devant une alternative simple : soit les complémentarités nécessaires étaient définies et organisées par la tutelle dans le cadre du S.R.O.S. de façon autoritaire ; soit les établissements anticipaient ce mouvement et décidaient de coopérer »⁴³.

La coopération hospitalière est également encouragée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière. La coopération inter hospitalière est alors présentée comme l'un des axes prioritaires de la restructuration du secteur sanitaire.

Face aux volontés affichées de rationalisation des dépenses de santé et de planification en matière hospitalière, les établissements de santé ont du réfléchir à la coopération et plus spécifiquement aux avantages pouvant en résulter.

b) *Les avantages théoriques de la coopération pour deux établissements de santé voisins*

Si la coopération entre les établissements de santé est encouragée par les pouvoirs publics car elle doit contribuer à la rationalisation des dépenses de santé, la coopération présente également des avantages pour les établissements eux-mêmes.

⁴² CALMES G, SEGADE JP., LEFRANC L, *Coopération hospitalière : l'épreuve de la vérité*, Collection Objectifs en management hospitalier, Masson, 1998, p 9.

⁴³ CALMES G, SEGADE J-P., LEFRANC L. *Coopération hospitalière : l'épreuve de la vérité*, Collection Objectifs en management hospitalier, Masson, 1998, p 11.

La coopération entre les établissements de santé présente tout d'abord un bénéfice en terme **économique**. En effet, la coopération permet aux établissements d'atteindre une certaine « masse critique » leur facilitant la réalisation de certains investissements. Ainsi, les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf participent tous deux au Groupement inter hospitalier du Haut Vivarais (G.I.H.V.) ce qui leur facilite certains achats ou le bénéfice de compétences mutualisées. En effet, des professionnels (diététicienne, assistante sociale, psychologue,...) peuvent être employés par les établissements membres du G.I.H.V. et répartis entre eux.

Outre l'optimisation des moyens, les établissements trouvent un **gain de temps** à la coopération puisque les oppositions traditionnelles entre établissements s'estompent. Les hôpitaux ne se représentent plus comme des « concurrents » se partageant le « marché » de la santé mais comme des partenaires oeuvrant dans un sens commun. La réflexion menée conjointement sur des thèmes similaires apporte de ce fait une **valeur ajoutée** pour tous les établissements. La coopération « favorise (...), par la synergie qu'elle provoque, l'émergence de solutions innovantes pour le monde hospitalier »⁴⁴.

La coopération permet également aux établissements de santé de pouvoir bénéficier de certaines **marges de manœuvre**. Ainsi, le partage d'informations entre les établissements contribue à réduire les « zones d'incertitude » de chaque établissement. De cette façon la prise de décision peut être optimisée. Les établissements de santé possédant une offre de soins similaire peuvent donc gagner à réfléchir en commun sur leurs pratiques et leurs orientations.

En outre, le développement de marges de manœuvre du à la mise en commun de certains moyens apporte un **bénéfice pour les usagers** du service public hospitalier. La planification hospitalière et la coopération sont destinées également à répartir l'offre de soins sur le territoire, tout en permettant l'accès au service public hospitalier pour tous. Ainsi, « face aux tentatives autoritaires de toute planification, l'hôpital doit apporter une réponse concertée à une nécessité économique et financière mais aussi, sanitaire et humaine »⁴⁵.

⁴⁴ MOREAU Y., BARBOT J-M. La coopération hospitalière, où en est-on ?, *Techniques Hospitalières*. n°597, juin 1995, p 54.

⁴⁵ CALMES G, SEGADÉ J-P., LEFRANC L. *Coopération hospitalière : l'épreuve de la vérité*, Collection Objectifs en management hospitalier, Masson, 1998, p 67.

c) *Un jeu « à sommes positives » pour les acteurs.*

La coopération inter hospitalière, incitée par les pouvoirs publics français dans le but de réguler les dépenses de santé, a des conséquences sur les établissements eux-mêmes et plus spécifiquement sur leur fonctionnement interne. La stratégie propre d'un établissement se voit donc nécessairement modifiée lorsqu'elle est confrontée à celle de l'autre établissement. Ainsi, la coopération conduit les établissements désireux de travailler de manière plus rapprochée, à modifier leurs pratiques et à les adapter aux nouvelles exigences.

La rationalité des acteurs, si elle est limitée en économie de la santé, les conduit à s'interroger sur le bien fondé de la coopération. Les bénéfices potentiels à retirer de la coopération doivent impérativement être supérieurs aux coûts engendrés par la mise en place de la collaboration. En réalité, les acteurs participent à un échange, un marché ou à une action, uniquement s'ils en retirent les bénéfices escomptés.

Ainsi, selon le paradigme économique néoclassique le comportement de l'hôpital est un comportement maximisateur qui provient de la rationalité des agents qui le composent et notamment de ceux qui le dirigent. Dans cette optique, le but de l'établissement est la minimisation des coûts dans un contexte de mise en concurrence avec des organisations de même nature. Cette théorie postule que la fonction de coûts hospitalière repose sur deux objectifs, à savoir l'évaluation du degré de concentration optimale du secteur et la mesure du degré d'efficacité productive ou allocative des hôpitaux avec la recherche des déterminants de l'efficacité.

Cependant les observations empiriques réalisées ont relativisé cette vision de l'organisation du secteur hospitalier. En effet, des difficultés sont apparues quant à la mesure de l'efficacité productive⁴⁶ et de l'efficacité allocative⁴⁷ des établissements de santé. Les établissements de santé sont confrontés aux caractéristiques propres de leur secteur. Ainsi, les notions de « masse critique » et d' « économies d'échelle » mettant en relation les indicateurs d'organisation des soins et les indicateurs de résultats de santé ont conduit au constat selon lequel les petites structures ont intérêt à coopérer pour rester

⁴⁶ « Efficacité productive : dans quelle mesure le niveau de produit obtenu à partir d'un ensemble de ressources donné est cohérent avec le maximum possible techniquement ? », Régulation et recomposition du secteur hospitalier, analyse économique de l'hôpital, FARGEON V., cours DESS Santé, Protection sociale et Vieillessement, Grenoble, 2004.

⁴⁷ « Efficacité allocative : capacité des acteurs à produire les prestations qui améliorent le bien-être collectif », Régulation et recomposition du secteur hospitalier, analyse économique de l'hôpital, FARGEON V., cours DESS Santé, Protection sociale et Vieillessement, Grenoble, 2004.

performantes sur le marché de la santé. Le système de santé français est relativement éclaté et cloisonné. Les équipements sanitaires sont parfois redondants et surdimensionnés. Les économies d'échelle induisent donc de potentiels gains d'efficacité à travers un regroupement des activités de certains établissements et le partage de leurs moyens productifs.

Néanmoins, l'analyse des établissements de santé, à travers les théories en économie de la santé, tend à relativiser la thèse, trop souvent développée, selon laquelle la concentration des établissements réduirait de manière importante les dépenses de santé. L'hôpital, du fait de sa mission de service public, possède une finalité sociale et éthique et s'insère dans un contexte dit « hors – marché ». Le but de l'établissement public de santé n'est pas la maximisation du profit mais celle du bien être de l'usager.

Le modèle de production ostentatoire de LEE (1971)⁴⁸ relativise la fonction de l'hôpital. Selon lui, sur le marché hospitalier, les établissements entrent en concurrence par la qualité. Leur but est d'améliorer leur position relative dans la hiérarchie hospitalière. Pour ce faire, la qualité des facteurs, tels la qualification du personnel soignant et la sophistication des matériels, est souvent supérieure à la qualité justifiée par les besoins de la population. Cette concurrence potentielle entre les établissements de santé à travers la qualité des prestations offertes « *induit les effets inverses de la concurrence traditionnelle par les prix, puisqu'elle explique la croissance des coûts* »⁴⁹. Le paradoxe de la mise en concurrence indirecte des établissements de santé posé, il apparaît important de souligner les apports pouvant résulter de la coopération.

La coopération entre les établissements de santé est encore trop souvent perçue comme un jeu à somme nulle dans lequel les gains d'un participant constituent nécessairement des pertes pour l'autre partie. Les relations d'échange entre deux établissements, en terme de collaboration, peuvent être considérées comme une perte de temps, une non - optimisation des ressources. Or, le jeu de la coopération n'est pas forcément un jeu à somme nulle mais un jeu à sommes positives où tous les participants sont gagnants : les établissements peuvent progresser ensemble et un bénéfice en sera retiré, non seulement pour les établissements mais également pour les usagers. « Les

⁴⁸ LEE M.L., « A conspicuous production of hospital behavior », Southern Economic Journal, 1971, Régulation et recomposition du secteur hospitalier, analyse économique de l'hôpital, FARGEON V., cours DESS Santé, Protection sociale et Vieillessement, Grenoble, 2004.

⁴⁹ Régulation et recomposition du secteur hospitalier, analyse économique de l'hôpital, FARGEON V., cours DESS Santé, Protection sociale et Vieillessement, Grenoble, 2004.

acteurs en présence sont des partenaires en ce qu'ils s'investissent autour des mêmes enjeux et donc qu'ils excluent la perspective d'une « guerre totale », une guerre d'extermination : ils « s'unissent pour lutter » »⁵⁰.

La coopération inter hospitalière présente de nombreux apports positifs pour le secteur sanitaire. Ces derniers ne sont malheureusement pas toujours bien cernés et sont confrontés à des freins. Ces obstacles, mais également le statut actuel des établissements, expliquent en partie le fonctionnement en quasi autonomie de nombreux établissements publics de santé dont les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf.

⁵⁰ (SIMMEL, 1990), in CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F-X. (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, p 8.

2.1.2 Le statut actuel des hôpitaux locaux ne tend pas à favoriser la coopération

La coopération entre les établissements publics de santé se heurte encore à des obstacles organisationnels. Néanmoins, dans ce domaine, de larges possibilités sont offertes aux établissements, notamment aux hôpitaux locaux.

a) *Le statut des établissements publics de santé et plus spécifiquement de l'hôpital local et les acteurs*

Les textes législatifs et réglementaires relatifs aux établissements publics de santé leur ont conféré une très large autonomie. Néanmoins, les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du C.S.P., précisant les missions des établissements publics de santé, soulignent qu' « *ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales **coordonnées** et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention* »⁵¹. La coordination entre les établissements, précisée par les textes, doit donc être conciliée avec l'autonomie des établissements. Cette dichotomie est constamment présente dans la problématique de la conduite des établissements publics de santé et plus spécifiquement des hôpitaux locaux. La taille de ces derniers est souvent un obstacle à une parfaite autonomie et la question de la coordination / coopération entre hôpitaux locaux n'en n'est qu'accentuée.

Hormis la convention à passer avec un C.H. de référence pour leurs lits de médecine, les hôpitaux locaux ne se voient pas spécialement contraints de coopérer. La coopération n'est donc nullement imposée par les textes législatifs ou réglementaires.

Les établissements possèdent un directeur propre assurant la conduite générale de l'établissement. Celui-ci impulse une politique générale pour l'établissement en matière de prise en charge des patients et en matière d'orientations stratégiques.

Le Conseil d'administration de l'établissement valide les orientations prises par le directeur ou lui en suggère de nouvelles. A ce titre, le rôle du président du Conseil d'administration est important car il peut apporter un soutien au directeur ou, au contraire, imposer les axes qu'il entend développer pour l'établissement. Le maire de la commune, président du Conseil d'administration de l'établissement est souvent très attaché à ses prérogatives. Dans les communes rurales, la plupart des élus s'octroie une sorte de « droit de regard » sur le fonctionnement général de l'établissement et n'hésitent pas à remplacer parfois le directeur dans des rôles qui lui sont normalement conférés.

⁵¹ Article L.6111-2 du C.S.P.

Au sein d'un hôpital local, la Commission médicale de l'établissement et son président sont également des acteurs primordiaux dans la marche de l'établissement. En effet, la C.M.E. donne son avis sur les dossiers présentés par le directeur et dans les domaines prévus par les textes.

L'article L 6141-1 du code de la santé publique (C.S.P.) dispose que les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. L'article L 6141-7 précise ensuite qu'ils sont soumis à un régime administratif, budgétaire et financier particulier. Ainsi, le directeur de l'établissement dispose d'une forte autonomie dans la conduite de l'hôpital local. A ce titre, il prend les décisions relatives à la gestion générale de l'établissement sans nécessairement se soucier ou prendre en considération la politique impulsée dans les établissements de santé voisins.

La pression de la « concurrence » n'est pas toujours très bien perçue dans les établissements. En effet, la plupart des établissements publics de santé existent depuis longtemps. De plus, les projections démographiques tendent à renforcer la pénurie de l'offre en matière d'hébergement de personnes âgées face à une demande croissante, diminuant d'autant l'hypothèse de la concurrence.

Les établissements ne voient par conséquent pas toujours l'intérêt de coopérer entre eux et surtout de changer les manières de procéder dans un contexte nouveau et pas toujours choisi par les agents des établissements : la coopération.

b) *La difficulté à impulser le changement dans les établissements publics de santé, des établissements attachés à leurs prérogatives.*

La coopération entre deux établissements de santé ne va pas de soi, elle nécessite une stratégie de la part des directions des établissements. Celles-ci doivent au préalable définir des buts, des objectifs assignés à la coopération. Il leur faut également posséder une vision claire sur la manière dont elles veulent coopérer. « *Le succès de la coopération hospitalière exige une stratégie de conduite du changement adaptée aux enjeux sociaux, économiques et politiques de notre époque* »⁵². La coopération induit donc des changements dans les pratiques des deux établissements. Or, les décisions de changements dans le secteur hospitalier sont caractérisées par leur complexité. « *Les décisions de changement dans les établissements hospitaliers publics relèvent de processus décisionnels entremêlés, du fait des différents niveaux de responsabilité et de*

⁵² CALMES G, SEGADE JP., LEFRANC L, *Coopération hospitalière : l'épreuve de la vérité*, Collection Objectifs en management hospitalier, Masson, 1998, p 62.

décision impliqués dans les démarches de changement, de la succession éventuelle des décideurs internes (administration, médecins...) et des influences des acteurs externes (politiques, tutelles, usagers...) »⁵³.

Cette thèse pourrait être remise en cause par la taille des hôpitaux locaux, apparemment beaucoup moins confrontés à la multiplicité des responsabilités et des niveaux de décisions. De plus, la direction des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf est assurée par la même personne ce qui peut renforcer la mise en place de changements communs aux deux établissements et a fortiori la coopération entre les deux structures. Les intérêts propres des différents acteurs (professionnels, usagers et direction) doivent converger vers un but commun correspondant à l'amélioration du service rendu. « *Le processus de changement est un processus de ré-apprentissage. La nécessité d'un changement ne s'impose jamais d'elle-même. Elle doit être élaborée par les acteurs dans un cadre socio organisationnel donné* »⁵⁴.

Les « peurs » éventuelles peuvent néanmoins constituer des freins à la coopération entre les deux établissements. Lorsqu'on évoque la possibilité de coopérer entre les deux hôpitaux, notamment du fait de pratiques communes, des réticences apparaissent. En effet, tant au sein de l'hôpital local de Pélussin qu'au sein de l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf, certains agents assimilent les termes « coopération » et « fusion ». Or, la coopération n'est en aucun cas synonyme de fusion. Si la coopération peut parfois déboucher sur une fusion entre deux établissements, elle n'est pas définie par le législateur comme le préalable à la fusion.

La particularité de la proximité des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf accentue la question de la planification. En effet l'offre de soins et d'hébergement de personnes âgées sur le canton de Pélussin et dans les cantons voisins est relativement importante. L'existence des deux établissements provient de l'histoire et ne résulte pas nécessairement d'une vision stratégique de la part des planificateurs de santé. La position des deux établissements est donc susceptible d'apparaître comme fragile en terme de projection dans le futur.

Des amalgames néfastes peuvent parfois conduire au rejet pur et simple de tout changement entraînant une coopération entre deux structures. « *De manière générale,*

⁵³ BARTOLI A., ANAUT M., Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics : facteurs de pérennité ou de fragilité ?, in CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, MIRE John Libbey Eurotext, Paris, 1996, pp 185-186.

⁵⁴ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, p 163.

tout projet de changement vient bouleverser une situation antérieure qui avait pu atteindre un certain niveau d'équilibre, ce qui peut provoquer des réactions de rejet »⁵⁵.

Par ailleurs, les professionnels du monde hospitalier sont en général hostiles au changement. *« Dans le milieu hospitalier en particulier, le fort contraste entre la stabilité du personnel d'une part, et la mobilité des directeurs, d'autre part, engendre une attitude d'attentisme ou de scepticisme des acteurs « stables » face à toute innovation des acteurs « mobiles », ce qui favorise une certaine stagnation générale de l'organisation »⁵⁶.*

La coopération passe par une volonté affichée de la part de la direction pour pouvoir dépasser les éventuelles oppositions. Afin de renforcer les marges d'action des acteurs, les pouvoirs publics ont développé différents modes de coopération afin de correspondre au plus près à la diversité des nécessités du secteur hospitalier.

c) Les moyens offerts aux établissements en terme de coopération.

Les pouvoirs publics, soucieux d'optimiser les dépenses de santé, ont facilité la coopération entre établissements de santé publics et / ou privés. Afin de rester dans le cadre de mon terrain d'observation, je privilégierai volontairement les structures de coopérations destinées plus spécifiquement aux coopérations inter établissements publics de santé.

Il existe différentes formes de coopération, les coopérations institutionnelles, reposant sur la création d'une entité juridique autonome et les coopérations de type fonctionnelles où il n'est pas créé de personne morale distincte des établissements. Divers modes de coopération permettent la mise en commun de certaines activités ou de moyens.

Si l'établissement public de santé inter hospitalier (E.P.S.I.) (article L.6141-1 du C.S.P.) constitue un mode de coopération propre au secteur public, son but est de se voir confier par plusieurs établissements des missions de soins. Cette structure constitue une forme poussée de coopération entre établissements et n'est par conséquent par envisageable entre les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf.

⁵⁵ BARTOLI A., ANAUT M., Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics : facteurs de pérennité ou de fragilité ? in CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, MIRE John Libbey Eurotext, Paris, 1996, pp 193-194.

⁵⁶ BARTOLI A., ANAUT M., Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics : facteurs de pérennité ou de fragilité ?, in CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, MIRE John Libbey Eurotext, Paris, 1996, p193.

Institué par la loi hospitalière du 31 décembre 1970, le S.I.H. (syndicat inter hospitalier) constitue un des principaux modes de coopération au sein du service public hospitalier. Le but initial du S.I.H. consistait en la rationalisation de l'utilisation des moyens et des équipements des établissements de santé, la maîtrise des dépenses de santé et la concentration des structures publiques. Le S.I.H. est un mode de coopération réservé aux établissements publics de santé. Si sa personnalité juridique reste actuellement ambiguë en dépit des lois du 31 juillet 1991⁵⁷ et du 27 juillet 1999⁵⁸ qui lui ont permis de s'adapter aux besoins actuels du système de santé, cette structure peut exercer les missions d'un établissement de santé (administration, logistique, formation, soins). Tout comme l'E.P.S.I., le S.I.H. constitue une forme de coopération poussée souvent privilégiée comme préalable à la fusion de deux établissements.

Le Groupement d'intérêt public (G.I.P.) est une forme de coopération entre établissements publics et privés. Son mode de constitution est simple (une convention) et relativement souple. Il permet la gestion d'équipements et de services d'intérêt commun sans remettre en cause l'existence des établissements. Néanmoins, il n'est pas adapté au contexte étudié.

Le groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) est une structure de coopération destinée aux établissements de santé publics ou privés désireux de mettre en commun certains moyens médico-techniques, médicaux ou non médicaux, la gestion et l'utilisation commune d'équipements ainsi que l'intervention commune des professionnels, tout en conservant leur autonomie. Le G.C.S. dispose de la personnalité morale mais n'est pas un établissement de santé.

La convention de coopération entre plusieurs établissements est un instrument souple. Elle ne confère pas de personnalité morale. Sa qualification juridique dépend des parties signataires, du contenu de l'obligation, de son objet, de ses clauses. Elle peut être passée par tous les établissements de santé publics ou privés. Cette forme de coopération souple laissant une marge de manœuvre élevée aux acteurs est actuellement très répandue dans le secteur sanitaire français.

La problématique de la coopération entre les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf pose nécessairement la question de la forme que devra prendre

⁵⁷ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant Réforme hospitalière.

⁵⁸ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

cette coopération. La structure apparaissant être la plus adaptée à la collaboration de deux hôpitaux locaux pourra être retenue. Il s'agira de mettre en évidence et de justifier la nécessité de la coopération. « *La coopération hospitalière a pour objet la mise en commun de moyens permettant aux établissements de mieux assurer leurs missions. A ce titre, la gestion des activités logistiques (ex : informatique, restauration, blanchisserie) est longtemps restée le terrain de prédilection des différentes structures de coopération notamment les syndicats inter hospitaliers* »⁵⁹. Ces structures de coopération sont actuellement remises en cause par des formes plus souples.

Le thème de la coopération fut soulevé durant le stage lors de l'étude de la démarche qualité des deux hôpitaux locaux. Travaillant sur la procédure d'accréditation des deux établissements, j'ai constaté que la coopération ne représentait pas un enjeu pour les deux hôpitaux locaux.

La démarche qualité, imposée à chaque établissement de santé, relève des exigences gouvernementales. Celles-ci ayant tendance à croître dans ce domaine, il m'est apparu important de présenter la conduite des démarches qualité des deux établissements. Démarche qualité qui constitue un préalable à une réflexion plus poussée en matière de coopération entre les deux établissements.

⁵⁹ MOREAU Y., BARBOT J-M. La coopération hospitalière, où en est-on ? *Techniques Hospitalières*, n°597, juin 1995, p 55.

2.2 La démarche qualité : une impulsion uniforme au niveau national, une application plus pragmatique au niveau local

La démarche qualité dans le domaine sanitaire mais aussi dans le domaine social et médico-social résulte des exigences réglementaires. Cette démarche repose sur des textes identiques pour tous les établissements publics de santé.

En dépit de démarches qualité au départ similaires, les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boëuf, de par leurs spécificités propres, ont conduit chacun leur démarche qualité de manière autonome.

2.2.1 La conduite de la démarche qualité dans les établissements publics de santé : répondre aux exigences législatives et réglementaires

La qualité découle normalement de l'activité des établissements publics de santé puisque ceux-ci doivent assurer une prise en charge de qualité à leurs patients. Toutefois, afin de formaliser la qualité dans les établissements, les pouvoirs publics ont souhaité instaurer des références législatives en la matière.

a) Textes et législation qualité en général pour les établissements publics de santé

L'accréditation est un processus importé des Etats-Unis, celui-ci vise à une amélioration continue de la qualité du travail réalisé afin d'arriver à une adéquation entre les moyens mis en œuvre et la prestation fournie. Cette pratique existe depuis le début du XXème siècle aux Etats-Unis puisque dès 1918, *L'American College of Surgeons* met en place un programme d'accréditation volontaire dans le domaine de la santé : *l'hospital standardization program*. Il définit les critères essentiels de qualité permettant d'évaluer les établissements de soins. Cette pratique s'est développée en France dans les années 1970 tout d'abord dans le secteur privé avec l'instauration de la certification et des normes ISO 9001.

La démarche de l'accréditation s'est ensuite étendue au secteur sanitaire sous l'impulsion des pouvoirs publics. « *Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n°97-311 du 7 avril 1997, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés au patient* »⁶⁰. Ainsi, « *l'ordonnance relative à l'hospitalisation fait de la recherche de la qualité des soins le véritable fil conducteur de la*

⁶⁰ ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale*, Novembre 2003, p 9.

réforme»⁶¹. « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation »⁶². L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.) est compétente pour mettre en œuvre la procédure d'accréditation prévue par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996.

Si la recherche de la qualité dans le secteur sanitaire n'est pas récente, « l'originalité réside dans la mise en œuvre de démarches institutionnelles organisées »⁶³ depuis 1996.

La procédure d'accréditation dans le secteur sanitaire repose sur six principes⁶⁴ :

- La place centrale du patient
- L'amélioration de la sécurité des soins
- L'amélioration continue de la qualité
- L'implication des professionnels
- Une démarche pérenne
- Une exigence croissante

Il s'agit donc pour les établissements de santé de satisfaire au maximum aux exigences de l'A.N.A.E.S. La procédure d'accréditation est identique sur la forme pour tous les établissements publics de santé. Ceux-ci doivent signer un acte d'engagement dans la procédure d'accréditation. Ils doivent ensuite procéder à la constitution d'un comité de pilotage responsable de la démarche qualité au sein de l'établissement de santé. Une cellule qualité ainsi que des groupes de travail multidisciplinaires sont constitués afin de procéder à l'auto-évaluation. Les dix référentiels de l'A.N.A.E.S. correspondent aux missions des établissements de santé. Ces référentiels doivent être remplis par l'établissement et refléter au mieux l'image de l'établissement et de sa démarche qualité à un instant donné. Les référentiels complétés sont envoyés au service de l'accréditation de l'A.N.A.E.S. qui les transmet aux experts-visiteurs chargés de procéder à la visite d'accréditation de l'établissement. Les experts rédigent un rapport qui sera soumis au collège de l'accréditation de l'A.N.A.E.S., chargé de procéder à l'accréditation de l'établissement avec ou sans réserves et / ou recommandations.

⁶¹ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, p 27.

⁶² Article L. 6113-3 du C.S.P.

⁶³ ROUSSEL P., « *La démarche qualité dans les organisations de santé* », in La Lettre de L'E.N.S.P. n° 62, juillet 2003.

⁶⁴ ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale, Novembre 2003*, pp 13-14.

Toutefois, des divergences sur le fond de la procédure d'accréditation sont à souligner. Les experts-visiteurs de l'A.N.A.E.S. ne possèdent pas le même niveau d'exigence pour tous les établissements de santé en fonction de leur taille, de leurs services et de leur statut (C.H.U., C.H., Hôpital local,...). A ce titre, la procédure d'accréditation diffère quelque peu d'un établissement à l'autre, notamment dans la durée.

b) *Les évolutions actuelles quant aux exigences en matière de qualité dans le domaine sanitaire*

La modernisation de notre société contemporaine conduit à un accroissement des exigences dans tous les domaines et notamment dans le domaine de la santé. La tolérance pour les risques tend à se rapprocher du niveau zéro ce qui a conduit les pouvoirs publics à accroître les normes.

Le secteur de la santé n'échappe pas à ce phénomène. Les établissements de santé sont contraints de satisfaire à de nouvelles exigences. La qualité des prestations dans le domaine de la santé requiert une importance croissante à laquelle les établissements ne peuvent pas déroger. Ainsi, la procédure d'accréditation permet aux pouvoirs publics et notamment aux autorités de tarification (principalement l'A.R.H.⁶⁵) d'utiliser des moyens de coercition pour corriger les éventuels dysfonctionnements relevés dans les établissements de santé lors de la visite d'accréditation.

L'A.R.H. remplit trois missions principales :

- elle définit et met en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers ;
- elle analyse et coordonne l'activité des établissements de santé et pour ce faire elle s'appuie sur les résultats d'activité mesurés par le P.M.S.I. mais également sur les résultats de l'accréditation transmis par l'A.N.A.E.S. ;
- elle détermine les ressources des établissements de santé.

L'A.R.H. dispose également d'un pouvoir de substitution pour demander l'engagement de la procédure d'accréditation dans un établissement de santé qui ne l'aurait pas réalisé⁶⁶. *« La question reste donc de savoir quels seront les objectifs de l'A.R.H. lorsqu'elle fera usage des rapports d'accréditation, dans la mesure où ceux-ci*

⁶⁵ « Le rapport d'accréditation, qui est transmis à l'établissement de santé, est communiqué à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente », article L. 6113-6 du C.S.P.

⁶⁶ Article L. 6113-5 alinéa 2 du C.S.P.: « A compter du 25 avril 2001, l'agence régionale de l'hospitalisation se substitue à l'établissement de santé pour demander la mise en œuvre de la procédure d'accréditation si celui-ci s'en est jusqu'alors abstenu ».

peuvent avoir des conséquences indirectes sur l'organisation, le financement, voire l'existence des établissements de santé »⁶⁷.

L'absence de recherche de la qualité est préjudiciable pour un établissement. Outre la non-conformité aux exigences législatives et réglementaires, il peut également souffrir de la comparaison avec des établissements voisins. Les usagers du système de santé se comportent de plus en plus comme des consommateurs au sens économique du terme.

« La qualité coûte cher mais il existe quelque chose de plus coûteux que la qualité : la non-qualité »⁶⁸. En effet, l'absence de qualité dans les hôpitaux est non seulement coûteuse en terme économique, mais elle est aussi un facteur de risques non négligeable. Selon G. VILLE⁶⁹, ces risques peuvent être recensés dans trois domaines : la sécurité du malade, la sécurité économique de l'établissement et l'impact social (image et confiance dans l'établissement).

La recherche de la qualité est donc un impératif pour tout établissement de santé en France. Cependant la mise en place d'une démarche qualité, préalable indispensable au bon déroulement de la procédure d'accréditation, ne va pas de soi dans les établissements de santé.

c) Les difficultés résultant de l'impulsion d'une démarche d'amélioration de la qualité dans un établissement sanitaire.

La qualité découle normalement du travail du personnel des établissements de soins puisque celui-ci fait en général de son mieux pour satisfaire aux exigences des patients conformément aux normes en vigueur. Néanmoins la mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité en vue de la procédure d'accréditation de l'établissement de santé n'est pas encore toujours bien comprise par le personnel de ces établissements. L'évaluation, préalable indispensable à la visite d'accréditation, est souvent mal appréhendée par les agents qui peuvent y voir une façon de contrôler leur

⁶⁷ CLERC S., *L'accréditation des établissements de santé en France*, mémoire IEP de Grenoble, BIAYS J-P.(dir.), 1999, p 89.

⁶⁸ JOCOU P., Les enjeux économiques de la qualité. *Au cœur du changement. Une autre démarche de management : la qualité totale*. Cité dans CHARVET-PROTAT S., JARLIER A., PREAUBERT N., *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital*, Service évaluation économique, ANAES, p 7.

⁶⁹ VILLE G, *Enjeux et conditions de mise en place de l'assurance qualité dans les établissements de soins*, Paris IESTO, 1995. Cité dans CHARVET-PROTAT S., JARLIER A., PREAUBERT N., *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital*, Service évaluation économique, ANAES, p 22.

travail. La frontière entre évaluation et contrôle n'est pas toujours bien définie. Le rôle de l'A.N.A.E.S. peut être mal perçu. Elle apparaît comme une autorité s'immisçant dans l'organisation interne de l'établissement ayant pour but de sanctionner les erreurs. L'accréditation, démarche imposée de l'extérieur par le législateur et réalisée par un organisme extérieur, n'est pas toujours bien comprise.

Les établissements de santé, pour bien faire passer le message contenu dans la procédure d'accréditation, à savoir l'amélioration de la qualité de l'ensemble des prestations, doivent mettre en place une véritable « pédagogie de l'accréditation ».

La démarche qualité doit nécessairement être expliquée aux agents afin de dédramatiser l'échéance et de réduire le niveau de stress que pourrait induire la visite d'accréditation. La culture de la qualité n'est pas encore acquise dans les établissements de santé. *« Dans un pays qui n'est pas traditionnellement tourné vers une démarche client et qui n'a pas mis en place, à l'hôpital, de procédures systématiques d'évaluation des pratiques et de la qualité, l'implantation d'une démarche de type anglo-saxon perçue par certains professionnels comme procédurière, demandera un peu de négociation et ... de formation »*⁷⁰.

Le management de l'établissement est capital dans la réussite de la démarche qualité puisque l'impulsion vient de la direction et de l'encadrement. L'accréditation est un processus destiné à faire progresser l'établissement, à favoriser l'amélioration de ses pratiques pour aboutir à une meilleure prise en charge des patients. Les agents ne sont donc pas contrôlés à titre individuel mais de manière plus générale, au sein de leur service.

L'A.N.A.E.S. insiste sur l'importance de la démarche participative en matière de démarche qualité. La démarche participative mise en place et régulée par l'encadrement est capitale :

« - l'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs qualité. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement.

⁷⁰ SEGOUIN C. (dir), *L'accréditation des établissements de santé : de l'expérience internationale à l'application française*, p 164.

- *l'amélioration des processus suppose une réflexion de ceux qui mettent en œuvre ces processus au quotidien ; une démarche participative permet d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration pertinentes* »⁷¹.

La démarche qualité induit des modifications dans la façon de travailler des agents. La préparation de l'auto-évaluation et de la visite des experts de l'ANAES requiert une mobilisation forte de la part du personnel. La quantité de travail peut de ce fait croître et conduire à des malentendus chez des agents qui ne comprennent pas toujours pourquoi il faut changer leur manière de travailler.

La démarche qualité nécessite l'instauration d'une réelle politique de management interne car il s'agit de motiver le personnel dans sa participation à la démarche. La volonté des pouvoirs publics consiste à promouvoir la qualité par un changement des comportements des acteurs de l'hôpital. Ainsi, la recherche de la qualité constitue un levier de réforme des systèmes de gestion et de management interne des établissements de santé. Néanmoins, le changement n'est pas toujours facile à faire passer dans les établissements.

M. CROZIER et E. FRIEDBERG ont analysé les processus de changement au sein des organisations. Le changement résultant de décisions a souvent du mal à être accepté par l'organisation car il remet en cause son fonctionnement interne. Tous les établissements de santé accrédités ont dû procéder à une remise en questions de leurs pratiques. De nouvelles façons de travailler ont été instaurées. Le changement constitue une rupture⁷² qui nécessite un « apprentissage collectif » de la part des acteurs de l'organisation pour que le changement puisse être mené à bien.

Les différences observées dans le déroulement de la démarche qualité au sein de deux établissements proches relevant de la même direction m'ont interpellées. Ces différences soulèvent implicitement d'autres réflexions dépassant le domaine de la qualité.

⁷¹ ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, Avril 2002, p15.

⁷² « *C'est parce que le changement n'est pas naturel, mais avant tout création, découverte et construction humaines qu'il constitue en fait un problème* », CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, p 395.

2.2.2 Des disparités lors de la conduite de la démarche qualité entre les deux établissements résultant de leurs spécificités propres

Les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf ont engagé une démarche qualité visant à préparer la procédure d'accréditation. Si les deux établissements ont reçu au départ les mêmes consignes, les démarches qualité n'ont pas été conduites de la même manière.

a) Le rôle de la direction dans l'impulsion de la démarche qualité est similaire dans les deux établissements

La démarche qualité et la procédure d'accréditation étaient totalement novatrices pour les deux établissements. Ces derniers amélioraient leurs pratiques en fonction des exigences et des normes réglementaires, sans formaliser leur façon de procéder.

La démarche qualité induit des changements pour les établissements de santé. L'accréditation est un processus structuré et formalisé. Les établissements doivent ainsi répondre à des exigences nouvelles telles que la rédaction de protocoles de soins, leur évaluation et leur amélioration.

Les deux établissements se sont engagés dans la procédure d'accréditation en 2001. Ils ont tous deux signé un acte d'engagement dans la démarche d'accréditation avec l'A.N.A.E.S. Du fait que l'intérim de direction de l'hôpital de Saint-Pierre de Bœuf est assuré par le directeur de l'hôpital de Pélussin, les deux établissements ont suivi une démarche au départ similaire.

Afin de procéder à l'information et à la formation du personnel en matière de démarche qualité, la direction a souhaité recourir à un cabinet d'ingénierie-conseil. Un ingénieur a formé et préparé les agents responsables de la démarche d'accréditation des deux établissements. Des réunions de formation et de méthodologie ont donc eu lieu pendant une année de façon périodique. Cette formation était commune avec deux autres établissements de la région (un autre hôpital local et une maison de retraite). Lors de ces réunions, la démarche qualité et la procédure d'accréditation ont été expliquées aux responsables qualité des quatre établissements. Ainsi, ils étaient en mesure de pouvoir instaurer une démarche qualité dans leur propre établissement.

La démarche qualité a donc été développée de façon générale par le cabinet de consultant mais n'a pas fait l'objet de réflexion propre à chaque établissement. Ce sont ensuite les responsables de la qualité dans les établissements qui ont adapté les conseils du cabinet au fonctionnement propre de leur établissement.

Les deux établissements, conformément aux exigences de l'ANAES, ont procédé à leur auto-évaluation en remplissant les référentiels de l'ANAES. Ils ont tous deux été l'objet de la visite d'accréditation en fin d'année 2003 par les experts de l'ANAES.

Les deux hôpitaux locaux ont donc bénéficié de la même impulsion de départ pour la mise en œuvre de leur démarche qualité. Toutefois, la conduite de la démarche qualité, spécifique à chaque établissement, ne s'est pas déroulée de la même façon.

b) *La culture différente de ces deux établissements a grandement influencé le déroulement de la démarche d'accréditation.*

Si les responsables de la démarche qualité des deux hôpitaux locaux ont suivi exactement la même formation, la mise en place de la démarche qualité dans les deux établissements n'a pas été identique.

Au sein de l'hôpital local de Pélussin, une cellule qualité a été constituée par les personnes ayant suivi la formation dispensée par le cabinet conseil. Elle est composée du cadre infirmier, de la pharmacienne, du masseur-kinésithérapeute, d'une infirmière, de l'animatrice et d'une aide-soignante. Cette cellule qualité a pour mission de coordonner la démarche qualité et la procédure d'accréditation au sein de l'établissement. Il s'agit de décider des procédures et protocoles à mettre en place et de procéder à la supervision de l'auto-évaluation. Pour réaliser l'auto-évaluation et les protocoles indispensables à l'accréditation de l'établissement, des groupes de travail ont été constitués. Dix groupes de travail multidisciplinaires, correspondant aux dix référentiels de l'ANAES, ont ainsi engagé l'auto-évaluation. Cette auto-évaluation a conduit à la rédaction de protocoles et à la mise en place de nouvelles procédures de travail, mais également à des réflexions plus poussées dans l'organisation du travail et les manières de procéder.

Un comité de pilotage de l'accréditation est chargé de valider régulièrement les travaux des groupes de travail. Il a également procédé à la validation des référentiels de l'auto-évaluation conformément aux exigences de l'ANAES. Le déroulement de la procédure d'accréditation a ainsi fonctionné en accord avec les règles posées par l'ANAES.⁷³

⁷³ ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, Avril 2002. ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Février 1999, réactualisation juin 2003.

La démarche qualité ne s'est pas déroulée de la même manière à l'hôpital local de Saint Pierre de Bœuf. Cet établissement ne bénéficiait pas d'un directeur à temps complet lors de son engagement dans la démarche d'accréditation puisque l'intérim de direction était effectué par le directeur de l'hôpital local de Pélussin. Une partie du personnel a suivi la formation avec l'ingénieur-conseil commune à celle de l'hôpital local de Pélussin. Néanmoins, la démarche qualité a eu beaucoup de mal à se mettre en place.

En effet, le personnel, du fait en partie d'un manque d'information et en partie d'un manque d'implication, n'a pas ressenti l'auto-évaluation comme un impératif et ne s'est pas investi dans la démarche qualité. En outre, un fort turn-over en personnel n'a pas facilité la mise en place d'une politique qualité à long terme. La constitution des trois groupes de travail variait constamment, entravant la mise en place d'une grille de travail valable.

Le Comité de pilotage et la cellule qualité créés en 2001 se sont réunis uniquement pour valider les référentiels de l'auto-évaluation et n'ont pas impulsé de réelle démarche qualité. L'auto-évaluation a donc été peu exhaustive et réalisée rapidement du fait de groupes de travail ne ressentant pas le besoin de s'impliquer.

Si la visite d'accréditation s'est relativement bien déroulée, elle était également indispensable car elle a permis au personnel de bien comprendre que la démarche qualité n'était pas seulement imposée en interne mais provenait bien d'une exigence législative et surtout impérative.

Suite à la visite d'accréditation, des groupes de travail ont été reconstitués et des travaux leur ont été attribués en partie sur les recommandations des experts-visiteurs de l'A.N.A.E.S. La cellule qualité et le comité de pilotage de l'accréditation ont été réinstitué et fonctionnent. La cellule qualité comprend ici le cadre infirmier, une infirmière, une aide-soignante et un agent administratif.

Les deux établissements ont donc réalisé l'auto-évaluation et la visite d'accréditation. Ils ont mis en place deux démarches qualité différentes. Mise à part les réunions communes avec l'ingénieur-conseil, ils n'ont jamais échangé entre eux lors de la préparation de la visite d'accréditation.

Les deux visites d'accréditation se sont déroulées de manière similaire car elles se sont conformées au cadre imposé par l'A.N.A.E.S. Néanmoins, les experts-visiteurs, différents lors de chacune des deux visites, ont relevé des points forts différents pour les deux établissements.

Les observations réalisées lors des comparaisons des deux démarches qualité m'ont conduit à des interrogations sur une coopération potentielle entre ces deux établissements. Cette coopération aurait peut être pu apporter beaucoup aux deux établissements en matière de démarche qualité et d'accréditation.

c) *La démarche qualité et son impact pour un hôpital local*

Les hôpitaux locaux, de par leur statut, possèdent souvent une spécificité qui leur est propre. Celle-ci réside dans la coexistence de services relevant du domaine sanitaire (M.C.O., S.S.R., Long séjour) avec des services relevant du domaine médico-social (cure médicale, hébergement). La procédure d'accréditation ne concerne que le domaine sanitaire mais les autres secteurs accordent également une importance croissante à la qualité.

La recherche de la qualité dans les établissements hébergeant des personnes âgées est prévue par la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance. Les décrets n° 99-316 et n° 99-317 ainsi que l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle posent comme préalable nécessaire aux négociations de la convention tripartite l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité. Chaque convention doit définir « *les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières* », et préciser « *les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évaluation* »⁷⁴.

La convention tripartite permet la transformation de l'établissement accueillant des personnes âgées (la partie médico-sociale d'un hôpital local), en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.). Les principes de la démarche qualité dans le secteur médico-social se rapprochent de ceux du secteur sanitaire. Ils sont nécessairement adaptés à la population accueillie dans les E.H.P.A.D.

Par ailleurs, les établissements sociaux et médico-sociaux se sont vu imposer depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la mise en place d'une démarche qualité. Celle-ci a pour corollaire la visite régulière de l'établissement par un organisme externe chargé de l'évaluation de l'établissement.

⁷⁴ Arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Tant pour sa partie sanitaire que pour sa partie médico-sociale, l'hôpital local est par conséquent amené à s'interroger sur ses pratiques et à les adapter en fonction des besoins des populations et des exigences réglementaires. Les parties médico-sociales des deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf ont gagné à l'engagement des établissements dans la démarche d'accréditation. A ce titre, les hôpitaux locaux pourront être avantagés puisque l'accréditation du secteur sanitaire conduit à l'engagement d'une démarche qualité globale au sein de l'établissement et non pas à une démarche qualité uniquement cantonnée à la partie sanitaire de l'établissement.

Les divergences apparaissant dans la conduite de la démarche qualité posent des interrogations. En effet, les premières observations et résultats de la visite d'accréditation apparaissent plus importants dans l'hôpital local bénéficiant d'une direction plus présente que dans l'établissement dirigé par intérim. Ce constat pourrait conduire à penser que la démarche qualité nécessite un engagement fort de la part de la direction ainsi qu'un suivi constant. Or, le suivi de la démarche qualité mobilise du temps et de l'énergie. Si « *la réussite de la démarche qualité est liée à une vision précise de ce qui peut et doit être délégué* »⁷⁵, elle suppose également un suivi régulier des travaux engagés. Ce travail de suivi n'est pas toujours évident dans les hôpitaux locaux et a fortiori dans les établissements gérés par intérim.

Le management de la qualité est capital dans la réussite de la mise en place de la démarche qualité et de sa pérennisation. Cependant les exigences relatives à la mise en place d'une démarche qualité dans un petit établissement nécessitent souvent des moyens que les petites structures ne sont pas toujours en mesure de mobiliser. Les moyens tant humains que financiers dont disposent les hôpitaux peuvent apparaître insuffisants. Ainsi, il s'avère souvent difficile d'envisager le recrutement d'un responsable qualité dans un hôpital local. Les moyens budgétaires alloués bénéficient le plus souvent aux services de soins assurant la prise en charge directe des patients. La démarche qualité et la procédure d'accréditation constituent également un coût pour l'établissement qui doit dégager du temps pour les agents. Les inconvénients de la démarche qualité dans un hôpital local en terme de coûts pourraient être en partie palliés à travers une collaboration entre des établissements similaires. La mutualisation des moyens et des

⁷⁵ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, p 172.

compétences pourrait constituer un atout non négligeable pour des établissements de petite taille.

L'étude de différentes formes de coopération entre les deux établissements, s'avérant être pour l'instant un travail de réflexion nécessitant plus de neuf mois, mon examen s'est limité à un domaine pouvant constituer un point de départ à une coopération plus poussée. Les missions identiques des deux établissements, mission de service public ayant pour objet la prise en charge de patients et la dispensation de soins de qualité m'ont permis d'envisager un mode de coopération.

L'étude des démarches qualité des deux établissements ainsi que les visites d'accréditation réalisées par l'A.N.A.E.S. ont souligné la complémentarité des deux établissements dont les points forts relevés par les experts-visiteurs sont différents et les recommandations parfois similaires. La mise en place d'une démarche qualité en partie commune aux deux établissements pourrait constituer un point de départ à la collaboration des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf. Collaboration qui pourrait renforcer la position des deux établissements au sein de l'offre sanitaire régionale puisque *«la place de l'hôpital local dans l'organisation sanitaire et sociale repose sur sa capacité à répondre aux demandes de la population locale, à s'ouvrir sur l'extérieur et rompre avec un fonctionnement isolé »*⁷⁶.

Les démarches qualité des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf, différemment conduites, induisent l'analyse des disparités et interrogent sur le défaut de coopération entre ces deux établissements.

La troisième partie du mémoire entend développer une hypothèse de travail non exhaustive mais adaptée au contexte étudié et à la problématique observée sur les deux terrains de stage. La démarche qualité peut constituer un levier important pour le développement de la coopération entre les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf. Néanmoins, une coopération formalisée entre les deux établissements peut difficilement être le préalable à la mise en place de la démarche qualité commune.

⁷⁶ Circulaire DHOS/ DGAS/03/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

3 LA FINALITE COMMUNE DES DEUX ETABLISSEMENTS IMPLIQUE UNE COOPERATION DONT LA DEMARCHE QUALITE POURRAIT ETRE LE MOTEUR.

L'amélioration de la prise en charge du patient, finalité commune aux deux établissements et moteur de leur démarche qualité, pourrait encourager la coopération des deux hôpitaux locaux.

En tant qu'élève directeur d'établissement sanitaire et social et d'après les observations et analyses réalisées sur mon terrain de stage, il me semble essentiel de souligner l'importance de la coopération entre établissements publics de santé. Personnellement, je ressens la dynamique de la coopération comme un levier d'impulsion pour faire progresser les deux établissements ensemble. Je me positionne donc dans cette troisième partie en tant que futur directeur d'établissement. Le point de vue est mien et les propositions effectuées n'engagent donc que leur auteur.

3.1 La mise en place d'une démarche qualité en partie commune aux deux hôpitaux locaux

La coopération, ou du moins une plus forte collaboration, entre les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf peut être impulsée par la mise en place d'une démarche qualité en partie commune.

3.1.1 Le rôle de la direction en matière de coopération et de politique qualité

La direction est la seule à même de pouvoir instaurer une démarche qualité en insufflant une réelle volonté de coopération entre les deux établissements.

a) *La politique à impulser et les moyens à mettre en place sont décidés par la direction.*

La conduite générale de la démarche qualité dans un établissement public de santé relève de la direction. Son rôle est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de mettre en commun une partie des démarches qualité de deux établissements relevant d'une direction identique. Ainsi, selon Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE, la qualité est « un état d'esprit (...). La construction quotidienne de cet état d'esprit est peut être la mission première d'un directeur d'établissement »⁷⁷. Au sein des hôpitaux locaux de

⁷⁷ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, p 47.

Pélussin et de Saint-Pierre de Boëuf, la mise en place d'une coopération peut reposer sur une démarche qualité en partie commune. A mon sens, le rôle de la direction est primordial car il s'agit d'impulser un changement passant par un nouveau mode de fonctionnement. L'acceptation de ce changement est capitale car elle conditionne la réussite du projet. Le positionnement de l'équipe de direction des deux établissements doit donc s'inscrire dans cette dynamique de coopération.

La démarche de coopération doit être présentée comme un instrument permettant la dynamisation des deux établissements travaillant en partenariat afin d'améliorer leurs pratiques dans un but commun : offrir aux patients et aux résidents une prise en charge et des soins dont la qualité est sans cesse améliorée. **Le patient est positionné au centre du dispositif de soins.** Cet objectif partagé par les deux établissements doit conditionner la mise en place d'une démarche qualité collective. Il s'agit, si l'on se réfère à l'analyse stratégique et à la sociologie des organisations, de trouver un but commun aux deux établissements afin que leurs stratégies respectives puissent avoir un but collectif. Présenter la démarche qualité commune avec la finalité de la prise en charge des patients et des résidents constitue un point d'ancrage et d'acceptation de la démarche tant de la part du personnel que de la part des instances des deux hôpitaux locaux.

L'importance du rôle de la direction dans la procédure d'accréditation est souligné par l'ANAES, puisque dans la deuxième version de son manuel d'accréditation (manuel d'accréditation des établissements de santé, version expérimentale), elle développe le rôle et l'importance du management et des dirigeants dans la conduite de l'accréditation des établissements de santé. « *L'implication des dirigeants et des différents acteurs concernés est donc un enjeu déterminant pour le succès de ces démarches* »⁷⁸. L'ANAES insiste sur l'importance de la dynamique impulsée par l'équipe de direction puisque la référence 8 du référentiel « politique et qualité du management » a pour objet de vérifier lors de l'auto-évaluation de l'établissement que « *la direction et les instances motivent les acteurs en favorisant leur adhésion et leur implication* »⁷⁹. En conséquence, « *l'implication claire des responsables institutionnels (...) constitue un facteur déterminant pour la*

⁷⁸ ANAES, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation version expérimentale, novembre 2003*, p 31.

⁷⁹ ANAES, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation version expérimentale, novembre 2003*, p 33.

réussite d'une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé »⁸⁰.

Lors des visites d'accréditation des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf, les experts de l'ANAES ont constaté le manque de participation des médecins à la démarche qualité. Ces remarques ont généralement concerné l'ensemble des établissements visités par l'ANAES puisque parmi les observations réalisées lors de la première procédure d'accréditation, il est apparu nécessaire « *de renforcer l'appréciation de la qualité du service médical rendu au patient, permettant une meilleure implication des équipes cliniques, et tout particulièrement des médecins, dans les démarches* »⁸¹.

Au sein des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf, les médecins sont des praticiens libéraux qui, s'ils ne se sentent pas toujours très impliqués dans le fonctionnement des établissements, ont un rôle capital à jouer. En effet, les relations que les médecins entretiennent avec le personnel et notamment le personnel soignant peuvent constituer un atout pour dynamiser la démarche qualité. A mon sens, ils peuvent, aux côtés du directeur, conduire à réduire les incertitudes et les interrogations pouvant résulter de la mise en place d'une démarche qualité en partie commune.

b) La démarche qualité, une politique à pérenniser

Une constante est observée dans la plupart des établissements de santé ayant vécu la procédure d'accréditation. La procédure d'accréditation et notamment la visite des experts de l'ANAES constituent un temps fort pour l'établissement engendrant souvent un stress important pour les équipes. Le stress et la pression vécus par les groupes lors de la préparation de la visite et pendant la visite ne contribuent pas toujours à valoriser la démarche qualité. Ce stress retombe logiquement lorsque la visite est terminée. Or la dynamique qualité est une dynamique constante qui ne peut pas se relâcher. Le travail doit être envisagé non pas uniquement en fonction d'une échéance précise, à savoir la visite des experts de l'ANAES, mais avec un leitmotiv : **l'amélioration constante et continue des prestations et des services de l'établissement.**

⁸⁰ ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002, p 65.

⁸¹ ANAES, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation version expérimentale, novembre 2003*, p 19.

Ainsi selon une enquête réalisée par l'A.N.A.E.S., « *il paraît naturel que le fait d'avoir vécu la procédure se traduise par un intérêt plus important pour la procédure elle-même que pour la qualité dans son ensemble* »⁸². Suite à la visite d'accréditation, de nombreux établissements accusent un « contrecoup » puisqu'il est parfois difficile de motiver les équipes ayant déjà fourni un effort soutenu. Dans les deux hôpitaux locaux, le personnel a vécu la fin de la visite comme un soulagement puisque l'accréditation a été assimilée en partie à un contrôle des pratiques. La question de la pérennisation de la démarche qualité est souvent soulevée car elle doit être envisagée sur du long terme et non en fonction d'une échéance.

Les difficultés rencontrées dans de nombreux établissements en ce qui concerne la pérennisation de la démarche qualité permettent d'envisager la coopération entre les établissements de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf comme un moyen de prolonger leur démarche qualité. Au sein des hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf, la visite des experts de l'A.N.A.E.S. n'a pas eu les mêmes conséquences. A l'hôpital local de Pélussin, la démarche qualité, moins intense que dans les mois précédant la visite, a repris. Les réunions des groupes de travail sont plus espacées et adaptées en fonction des recommandations émises par l'A.N.A.E.S. A Saint-Pierre de Boeuf, au contraire, la visite d'accréditation a donné un « second souffle » à la démarche qualité qui a ainsi pu être structurée. Les groupes de travail se réunissent régulièrement et travaillent pour satisfaire aux observations de l'A.N.A.E.S. Toutefois, les équipes des deux établissements apparaissent souvent lassées des réunions et travaux dont elles ne saisissent pas toujours l'utilité immédiate.

Afin de limiter l'essoufflement des équipes des deux établissements et de répondre aux recommandations de l'A.N.A.E.S. souvent similaires, il m'a semblé pertinent de réfléchir à la possibilité d'une mise en commun d'une partie de la démarche qualité des deux établissements. Cette démarche doit nécessairement être le résultat d'une réflexion entre les équipes de direction des deux établissements et résulter d'une volonté affichée de la direction. « *L'implication des responsables institutionnels doit ainsi permettre de surmonter deux types d'obstacles : celui des résistances individuelles et structurelles au changement, et celui d'éventuels réflexes de défense professionnelle quelquefois rencontrés dans les établissements de santé* »⁸³.

⁸² BRUNEAU C., OBRECHT O., LACHENAYE-LLANAS C., Le point sur l'accréditation, une enquête nationale auprès des diverses catégories de professionnels de santé. *Gestions hospitalières*, n°422, janvier 2003, p 17.

⁸³ ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002, p 66.

A mon sens, il apparaît que les pratiques des deux établissements, notamment la prise en charge des patients et les exigences réglementaires auxquelles ils doivent se conformer, sont semblables sur de nombreux points. Des réflexions partagées sur des thèmes conjoints pourraient constituer les bases d'une démarche qualité mise en commun. A ce titre, la coopération entre les deux établissements peut être envisagée comme un instrument d'échange et d'enrichissement des pratiques. S'inspirer du fonctionnement et des manières de procéder en place dans un autre établissement, les expérimenter et étudier leur impact, voire les remettre en cause, est une façon de faire progresser les deux établissements. Le **benchmarking**, défini comme une « *méthodologie pour la comparaison et l'analyse des performances* » semble être l'outil approprié pour cette démarche⁸⁴. Un regard extérieur et neuf sur les pratiques en vigueur peut être utile, enrichissant et participer à « casser » la routine.

La condition primordiale de la coopération passe par les points communs recensés dans les deux établissements. Il s'agit au préalable de travailler à l'amélioration des façons de faire identiques dans les deux établissements. Des réflexions sur des thèmes parfois non partagés, où pour lesquels les deux établissements sont à des stades d'avancement très différents, ne me paraissent pas être viables, du moins à court terme.

c) *Des travaux utiles aux deux établissements pourraient être menés en commun*

A première vue, la mise en place de cette coopération me semble difficile car les deux établissements possèdent deux cultures et deux passés distincts. Les différences entre leurs projets d'établissements et leurs projets sociaux témoignent de ces disparités. Toutefois certaines similitudes des projets d'établissements peuvent laisser présager, à plus ou moins long terme, le développement de la coopération ou du moins une collaboration entre ces deux hôpitaux locaux. Dès lors il m'est apparu nécessaire de poser la réflexion sur la coopération.

« L'obtention de résultats durables en matière de démarche qualité suppose un engagement de l'établissement de santé sur le long terme. L'accréditation doit inciter, de par son caractère cyclique, à la mise en place de démarches pérennes d'amélioration de

⁸⁴ DUPRAT P. Qu'est-ce que le « Benchmarking » ? Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, p 44.

la qualité »⁸⁵. La constitution d'un **comité de pilotage de la démarche qualité unique** pour les deux établissements est envisageable. Une structure unique permettrait de rapprocher une nouvelle fois les deux établissements. Ce comité de pilotage pourrait être composé des personnes actuellement membres des deux comités de pilotage des deux hôpitaux locaux. Les échanges entre les pratiques des deux établissements en matière de qualité lors de ces réunions communes seraient l'occasion de faire progresser les deux établissements. La présence des médecins tant au sein de ce Comité de pilotage commun qu'au sein des groupes de travail peut également constituer un facteur moteur de la démarche qualité. Leur présence permettrait également de répondre aux observations émises par les experts-visiteurs de l'A.N.A.E.S. quant au défaut de participation des médecins à la démarche qualité.

L'analyse des premiers résultats des visites d'accréditation des deux établissements témoigne de leur proximité en terme de fonctionnement. Des points communs résultent de la comparaison des deux rapports d'accréditation. Ainsi, des travaux et des réunions menés en commun pourraient permettre d'enrichir la réflexion pour résoudre les problèmes rencontrés. Un travail commun conduirait à optimiser le temps consacré à la démarche qualité en partageant les expériences et en mettant en commun les moyens existants.

Si les experts-visiteurs ont émis des recommandations pour les deux établissements, celles-ci sont parfois relativement proches⁸⁶. En outre, les experts ont mis en évidence des points forts différents dans chacun des deux hôpitaux locaux. Il me semble qu'un travail commun, ou du moins rapproché sur certains domaines, aurait permis aux deux établissements de mettre en commun leurs atouts et par conséquent à pouvoir être valorisés de façon plus importante. Par ailleurs, j'ai la conviction qu'un partage de certaines pratiques et façons de travailler peut contribuer à faire progresser les deux établissements. Si des disparités sont observées, elles peuvent être surpassées au profit d'un travail commun avec pour perspective l'amélioration continue de la qualité, des pratiques et surtout de la prise en charge des usagers.

En tant que futur directeur d'établissement sanitaire et social, je suis convaincue de la pertinence de cette coopération. Le directeur est la personne qui est à même de

⁸⁵ ANAES, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation version expérimentale, novembre 2003*, p 14.

⁸⁶ Les observations émises par l'ANAES sont celles précisés dans les rapports d'accréditation des deux établissements rendus publics sur le site web de l'ANAES (<http://www.anaes.fr>).

pouvoir proposer cette coopération en s'appuyant sur l'avis de ses cadres et du personnel en général. Après avoir étudié les stratégies envisageables, la direction peut opter pour la stratégie qu'elle juge la plus pertinente. En effet, selon H. MINTZBERG, « *Le management doit savoir quand il faut résister au changement au profit de l'efficacité interne, et quand il faut le promouvoir au profit de l'adaptation externe. En d'autres termes, il est important de se rendre compte quand il est nécessaire d'exploiter une série de stratégies établies et quand il est nécessaire d'encourager de nouveaux efforts pour les déplacer. Ce sont les excès dans un sens comme dans l'autre – l'incapacité à se concentrer (courir en aveugle) ou l'incapacité au changement (l'effet bureaucratique) – qui portent le plus préjudice aux organisations* »⁸⁷.

Optant donc pour la stratégie de la coopération avec tous les aspects positifs qu'elle est susceptible de contribuer à développer, il me semble important de préciser les axes de travail que j'entendrais retenir.

⁸⁷ MINTZBERG H., *Le management dans les institutions*, Editions de l'organisation, p 380.

3.1.2 Les propositions concrètes relatives à la démarche qualité en partie commune

La démarche qualité commune aux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf nécessite le développement de moyens de coopération pour pouvoir être effective.

a) *Les différents leviers d'action du directeur*

La mise en place d'un **Comité de pilotage commun** aux deux établissements pour conduire la démarche qualité implique que chaque établissement conserve sa propre cellule qualité. En effet, celles-ci constitueraient les « relais » du Comité de pilotage et appliqueraient les directives propres à chaque établissement. Les cellules qualité entreraient en contact par l'intermédiaire du Comité de pilotage commun dont certains de ses membres seraient des membres des cellules qualité des deux hôpitaux locaux. De cette façon la dynamique impulsée dans les deux établissements suivrait la même ligne directrice.

Afin de pouvoir créer un lien plus important entre les deux établissements en matière de démarche qualité et d'accréditation, il me semble que le recrutement d'un **responsable qualité** à temps partiel sur les deux établissements est envisageable. Le recrutement du responsable qualité est capital car il s'agit de recruter un agent ayant des connaissances dans le secteur sanitaire. L'approche de la qualité dans le système de santé est une approche particulière qui ne peut être calquée uniquement sur une expérience acquise dans le secteur privé. Ce qualitatifien serait chargé de travailler en collaboration avec la direction des deux établissements. Il pourrait suivre les directives communes proposées par le Comité de pilotage et la direction et serait également chargé de suivre les axes impulsés pour chaque établissement.

Par ailleurs, il pourrait, à mon sens, contribuer à faire partager les pratiques existantes dans chacun des deux hôpitaux locaux et ainsi pouvoir enrichir réciproquement les établissements. La pratique du benchmarking remplirait pleinement ses fonctions. « *La culture d'évaluation et d'amélioration de la qualité est encore en phase d'émergence, avec des établissements hospitaliers dont l'énergie et les ressources sont souvent canalisées vers les priorités et obligations tutélaires, laissant peu de marge de manœuvre à des approches ouvertes sur l'extérieur* »⁸⁸. « *L'accréditation, à travers les questions qu'elle*

⁸⁸ DUPRAT P. Quelles opportunités pour les hôpitaux français ? Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, p 51.

contribue à soulever au sein des structures pourra (...) servir de terreau à cette approche. Le benchmarking est d'ailleurs référencé dans le récent document publié par l'ANAES relatif aux méthodes et outils de démarches qualité pour les établissements »⁸⁹.

Un informaticien travaille actuellement à temps partiel sur les hôpitaux locaux de Pélussin, de Saint-Pierre de Boeuf et de Condrieu. L'observation m'a permis de conclure que le partage des informations, des procédés et façons de faire apporte beaucoup à chacun des acteurs en présence. Le responsable qualité sera en mesure de pouvoir mettre en place des groupes de travail communs aux deux établissements lorsque les thèmes pourront s'y prêter. Ainsi, des réunions entre infirmières des deux établissements pour évoquer les pratiques et traiter d'un sujet commun contribueront à la rencontre des agents et au partage de leurs expériences. Le responsable qualité aura également l'avantage d'arriver avec un regard neuf sur les deux établissements et d'occulter le passé relationnel des établissements. Il pourra travailler avec l'optique de la coopération par la démarche qualité comme axe d'amélioration des pratiques et de la prise en charge des patients et résidents des deux hôpitaux locaux.

Suite à la mise en place du comité de pilotage et à l'évaluation du fonctionnement de la démarche qualité mise en commun, des groupes de travail transversaux pourront être constitués pour travailler sur des thèmes tels que l'hygiène, la matériovigilance, les soins voire la logistique. Les échanges d'expériences sur des problèmes rencontrés dans les deux établissements pourront être source de réflexion. Les réunions doivent pour cela posséder un ordre du jour précis, défini par le responsable qualité et la cellule qualité de l'établissement, conformément au plan de travail établi par le Comité de pilotage commun. Ces réunions devront être conduites efficacement, c'est-à-dire ne pas dévier de leur objet et durer au maximum une heure et demie, pour faire progresser les débats et ne pas monopoliser inefficacement le temps des agents.

La démarche qualité des deux établissements gagnera à cette émulation collective. La pérennisation de la démarche implique l'évaluation des protocoles réalisés dans les deux hôpitaux locaux. Un **système d'évaluation commun** est susceptible de pouvoir valoriser la démarche qualité. En effet, l'évaluation des protocoles actuellement réalisée au sein des établissements suppose que les agents « jouent le jeu ». Il s'agit pour eux de s'évaluer consciencieusement. Selon moi, les protocoles des deux établissements

⁸⁹ DUPRAT P. Quelles opportunités pour les hôpitaux français ? Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, p 51.

pourraient être évalués par un intervenant extérieur et pourquoi pas par des agents de même catégorie travaillant dans l'autre établissement. Ce travail est néanmoins délicat car il suppose une remise en cause potentielle des pratiques. Cette réflexion est uniquement destinée à améliorer l'existant. Un gros travail pédagogique sera à réaliser auprès des agents de l'établissement pour bien expliquer le but de ces évaluations communes. L'objet ne sera pas de contrôler dans le but de sanctionner mais de revoir le protocole ou la procédure de façon à la corriger pour l'adapter aux exigences de qualité. La démarche qualité a trop souvent eu pour synonyme le contrôle des pratiques. Il s'agira de la présenter comme le moyen d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et aux résidents. Une évaluation commune aux deux établissements ne pourra être mise en place, à moyen terme, qu'après l'instauration du comité de pilotage commun et une évaluation précise du nouveau mode de fonctionnement.

Parallèlement à l'évocation et au développement de la coopération des deux hôpitaux locaux par la démarche qualité, des **groupes de paroles** destinés à l'expression du personnel seront instaurés. Ils faciliteront l'expression des agents sur les difficultés rencontrées au cours de la démarche qualité. Le but de la coopération devra être expliqué car il s'agit bien de tirer un bénéfice des expériences de chacun et non pas de sanctionner et critiquer de manière non constructive ce qui est réalisé dans l'établissement voisin.

b) Le développement du management participatif

Le management participatif constitue la pierre angulaire de la réussite de la démarche qualité commune. Les questionnaires distribués auprès des infirmiers des deux établissements ont fait ressortir différents points de vue. La coopération entre les deux établissements est envisagée comme une évolution inéluctable du fait de la taille des deux établissements. Le partage des pratiques est évoqué comme un moyen d'enrichissement mutuel. Cependant, la coopération est parfois appréhendée comme une fatalité par des agents ne comprenant pas l'utilité d'échanger, voire de partager avec un établissements possédant son histoire, ses pratiques propres et souvent considéré comme « différent ». La situation actuelle, où les deux établissements travaillent en quasi autonomie, fait également douter certains agents quant à la pertinence d'un développement de la coopération.

Le management participatif existe déjà dans les deux établissements et il tend à se développer. L'A.N.A.E.S. insiste sur l'importance du management dont la qualité sera évaluée lors de la deuxième phase d'accréditation. « *L'objectif ne consiste pas à évaluer les responsables mais à appréhender la manière dont ces derniers, qu'ils soient gestionnaires, médecins ou soignants, remplissent, à leur niveau, la composante*

managériale de leur mission, caractérisée par cinq fonctions : prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer »⁹⁰. La mise en place d'une démarche qualité globale et commune aux deux établissements est susceptible de renforcer le management participatif. En outre, le qualicien responsable de la démarche confortera l'importance accordée par la direction au management participatif. En effet, le qualicien témoignera de la participation du personnel à la démarche. Il contribuera à animer les groupes de travail et à faire remonter leurs impressions, interrogations et observations directement à la direction, au Comité de pilotage commun et aux cellules qualité des deux établissements. L'intégration du personnel à la démarche sera donc renforcée par la dynamisation de la démarche qualité.

La mise en place de la démarche qualité commune ainsi que le renforcement du management participatif dans les deux hôpitaux locaux vont représenter un coût pour les budgets des deux établissements. En effet, le recrutement d'un qualicien représenterait une dépense supplémentaire d'environ 40 000 euros. Cette somme partagée entre les deux établissements représenterait un surcoût de 0,50 centimes d'euros par journée à Pélussin et 0,80 centimes d'euros par journée à Saint-Pierre de Bœuf. En outre, le temps de présence des agents participant aux réunions (environ 1h30 à 3h par mois selon la périodicité des réunions) représente également un coût supplémentaire pour les deux structures, en terme de remplacement ou de récupération des heures de présence. Néanmoins, ce coût apparaît indispensable car il va permettre aux deux établissements de pouvoir être plus vigilants quant aux nouvelles exigences de l'ANAES et surtout de pérenniser une démarche qualité qui risque de s'estomper, notamment par lassitude des différents acteurs en présence. A moyen terme, lorsque l'amélioration continue de la qualité sera un processus bien ancré, les deux établissements seront gagnants.

Le recrutement du qualicien pourrait être réalisé par contrat à durée déterminée uniquement dans les 12 à 18 mois précédant la prochaine visite d'accréditation, c'est-à-dire entre quatre et cinq ans en fonction des possibilités et exigences de l'ANAES. Cependant, je crois que la démarche qualité ne peut pas être réellement efficace si elle fonctionne par paliers, avec des à-coups et des impulsions ponctuelles. Selon moi, la démarche qualité tant pour le secteur sanitaire (accréditation) que pour le secteur médico-social, doit être ininterrompue. Elle bénéficie d'une continuité tout en étant suivie dans la durée. Les équipes ont donc moins à subir la tension due à la préparation de la visite. Ce stress est d'autant mieux géré que la qualité devient une sorte d'habitude et non plus une

⁹⁰ ANAES, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation version expérimentale, novembre 2003*, p 31.

contrainte assimilée comme un contrôle. C'est la raison pour laquelle je crois que la pérennisation de la démarche passe par son instauration avec un responsable plus clairement identifié. En outre, les cadres de santé des deux établissements pourraient se consacrer plus fortement à leurs propres tâches et la délégation de la démarche qualité à un qualitatifien pourrait être appréciée.

La démarche qualité impulsée par la procédure d'accréditation pour le secteur sanitaire va également bénéficier au secteur social et médico-social de par la spécificité de l'hôpital local. La coopération notamment impulsée par la démarche qualité pourra donc bénéficier à ce secteur. Il s'agit de profiter des négociations préalables à la signature de la convention tripartite pour voir si l'instauration de la coopération entre les deux hôpitaux locaux est possible dans ce domaine. L'existence de deux hôpitaux locaux pour un canton de cette taille représente une richesse pour la population. L'offre sanitaire sur le canton peut gagner à la coopération des deux établissements à travers la démarche qualité en partie commune.

c) *La mise en place d'une structure de coopération formelle en matière de démarche qualité*

L'instauration d'une démarche qualité commune aux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf pose nécessairement la question de la structuration de cette coopération. Une structure de coopération formelle peut être envisageable. Reprenant les types de coopération formelles existantes, et évoquées dans la deuxième partie de ce mémoire, il s'agit d'étudier les potentialités de telles structures et leur adaptation au contexte étudié.

Le **syndicat inter hospitalier** (S.I.H.), première structure de coopération hospitalière pourrait permettre de formaliser la coopération entre les deux établissements. Cette structure « *peut exercer pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier* »⁹¹. Lors de sa création, le S.I.H. correspond en général à des besoins précis, tels que la formation du personnel, la réalisation d'une prestation de service en commun (restauration, blanchisserie, ...) ou la gestion d'un système d'information en commun. Le S.I.H. est créé par autorisation du directeur de l'A.R.H.⁹² A mon sens, cette structure qui peut être très utile pour la mise en commun des

⁹¹ Article L. 6132-1 du C.S.P.

⁹² Article L. 6132-2 du C.S.P.

activités précédemment citées, apparaît trop lourde pour la mise en place d'une démarche qualité entre deux établissements publics de santé.

Le **groupement de coopération sanitaire** (G.C.S.) renforcé par les textes récents est également une structure à étudier dans le cas présent. Cette structure a pour but d'assouplir et de simplifier la coopération entre établissements de santé. Le G.C.S. est doté d'une personnalité morale propre et peut exercer les missions d'un établissement de santé. Si les missions d'un établissement de santé comprennent la dispensation de soins de qualité. Il me semble que la mise en place d'une réflexion quant à la création d'un G.C.S. pour la démarche qualité commune aux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf est démesurée. La coopération en matière de démarche qualité doit préalablement être expliquée et expérimentée. Les résultats de l'évaluation de la démarche qualité commune conduiront la direction à envisager la création d'un G.C.S. si l'utilité de cette structure pour asseoir la coopération est avérée.

Principalement utilisée pour la mise à disposition de personnels ou de praticiens hospitaliers, la **convention de coopération** est actuellement la forme de coopération la plus souple. Une convention de coopération est envisageable pour formaliser la mise en place de la démarche qualité en partie commune. Les thèmes sur lesquels pourraient porter la coopération, décidés et validés par les comités de pilotage des deux établissements et la direction, seraient portés à la convention de coopération. Ce document contribuerait à clarifier le processus et surtout à lui donner une valeur aux yeux des agents des deux établissements. Cependant, la mise en place d'une convention de coopération en matière de démarche qualité implique antérieurement la réalisation de la convention de direction commune entre les deux hôpitaux locaux.

« La problématique classique en matière de coopération est que tout est cas d'espèce. Le choix d'une structure dépend avant tout de l'analyse précise de l'objet de la coopération ainsi que du statut juridique des partenaires. Ces deux facteurs conditionnent le choix de la structure organique de coopération la plus appropriée »⁹³. A mon sens, on ne peut envisager la mise en place d'une structure trop formalisée au départ. Il s'agit de bien étudier la faisabilité du projet considéré et des gains qui en sont potentiellement retirables.

La coopération par la démarche qualité doit être réalisée de manière progressive. Si une convention de coopération permet de clarifier la donne, un gros travail de

⁹³ HEMERY P. Le SIH : un choix parmi d'autres. *Hospimédia*, Edition du 25 février 2003, disponible sur internet [www. Hospimedia.fr](http://www.Hospimedia.fr)

pédagogie est nécessaire, notamment auprès du personnel des deux établissements, pour éluder tout problème de mise en compétition potentielle des équipes. En effet, la concurrence constitue un frein à la mise en place d'un benchmarking efficace. « *Si l'on analyse les spécificités de notre secteur, on pourra rajouter la situation de mise en concurrence des établissements (publics et privés, mais aussi publics entre eux) qui freinera de tels projets, surtout dans un contexte de lutte pour des ressources rares* »⁹⁴. Néanmoins, « *la plupart des professionnels interrogés soulignent que les conditions du succès du benchmarking sont proches de celles décrites pour les principales méthodes d'amélioration et de gestion du changement* :

- *Implication de la direction*
- *Planification et gestion du projet*
- *Utilisation des outils d'aide au travail en groupe*
- *Politique de formation adaptée* »⁹⁵.

L'instauration de la démarche qualité commune aux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf constitue un outil pour impulser la coopération entre ces deux structures. Cependant, la mise en place d'un nouveau processus de travail implique son évaluation.

⁹⁴ DUPRAT P. Quelles opportunités pour les hôpitaux français ? Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, p 51.

⁹⁵ DUPRAT P. Qu'est-ce que le « Benchmarking » ? Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, p 45.

3.2 L'évaluation de la démarche qualité mise en commun : un point de départ à une collaboration plus poussée ?

Les évaluations potentielles de la démarche qualité conduite en commun par les deux hôpitaux locaux pourraient conduire au développement d'une coopération plus poussée dans d'autres secteurs à plus ou moins long terme.

3.2.1 Planification de la démarche qualité commune et méthode d'évaluation envisagée.

La démarche qualité commune doit être planifiée dès le départ par la direction. Les membres du comité de pilotage commun ainsi que le responsable qualité seront associés au projet.

Suite à sa mise en place, la démarche qualité commune devra nécessairement faire l'objet d'une évaluation afin de pouvoir étudier ses impacts tant sur la prise en charge des usagers que pour le personnel et l'image des deux hôpitaux locaux.

a) *La coopération : une stratégie à planifier*

La mise en place de la démarche qualité commune fait nécessairement l'objet d'une planification. Celle-ci a pour but de fixer des objectifs concrets selon un calendrier préétabli et constitue un point de repère pour les acteurs. Elle est « *un processus continu de prévision de ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives ; ces choix prennent en considération le contexte de contraintes, internes et externes, connues actuellement prévisibles dans le futur* »⁹⁶.

J'ai donc choisi d'élaborer un calendrier de travail indicatif pouvant être quelque peu révisé en fonction des avancées ou retards rencontrés.

Phase 1	}	- choix définitif des orientations et des thèmes qui seront formulés officiellement dans le projet de démarche qualité commune (hypothèse retenue)
(4 - 6 mois)		- approbation du projet de coopération par la démarche qualité par les comités de pilotage des deux établissements

⁹⁶ PINEAULT R., DAVELUY C. *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*, Editions Nouvelles, 1995, p 35.

**Phase 2
(4 – 6 mois)**

- travail de pédagogie à réaliser par les membres du comité de pilotage commun et la direction pour expliquer auprès du personnel le but de la démarche qualité commune, répondre aux interrogations éventuelles et limiter les réticences au projet, notamment par rapport aux évaluations réciproques des équipes des établissements.

Cette deuxième phase est, selon moi, la phase la plus importante et conditionne la réussite du projet de démarche qualité commune.

**Phase 3
(suite à la phase 2
après 8-12 mois)**

- réunion des deux comités de pilotage fixant la composition du Comité de pilotage de la démarche qualité commune ainsi que les thèmes de travail généraux.

- Mise en place des groupes de travail sur les thèmes communs retenus par le Comité de pilotage. Fixation des travaux des groupes de travail et du calendrier de travail de chaque groupe par le qualitatifien et la cellule qualité de chaque établissement.

**Phase 4
(12 mois)**

- réunions mensuelles des cellules qualité de chaque établissement et réunions trimestrielles communes aux deux cellules qualité pour étudier l'avancée des travaux, l'effectivité de la démarche qualité commune et la participation des agents.

- réunions semestrielles du Comité de pilotage de la démarche qualité commune pour superviser les cellules qualité chargées de l'application de la démarche dans chaque établissement en terme logistique.

Cette stratégie repose donc sur un calendrier d'action fixé pour deux ans environ, ajustable en fonction des évènements susceptibles d'être rencontrés dans sa mise en œuvre. Cette planification prend en considération le temps nécessaire à l'impulsion du changement au sein de deux établissements de santé aux cultures différentes. « *Les stratégies sont à la fois des plans pour l'avenir et les modèles d'action issus du passé* »⁹⁷.

⁹⁷ MINTZBERG H., *Le management dans les institutions*, Editions de l'organisation, 2004 p 59.

Schéma de la structuration de la démarche qualité actuelle dans les deux hôpitaux locaux

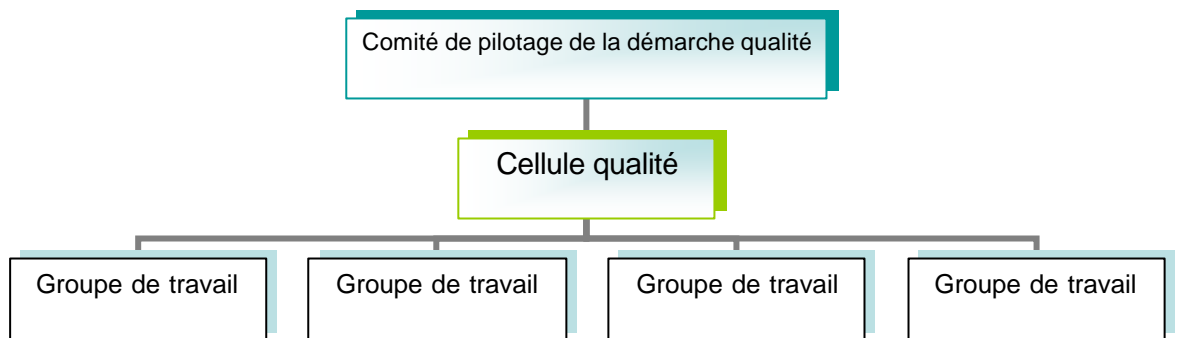
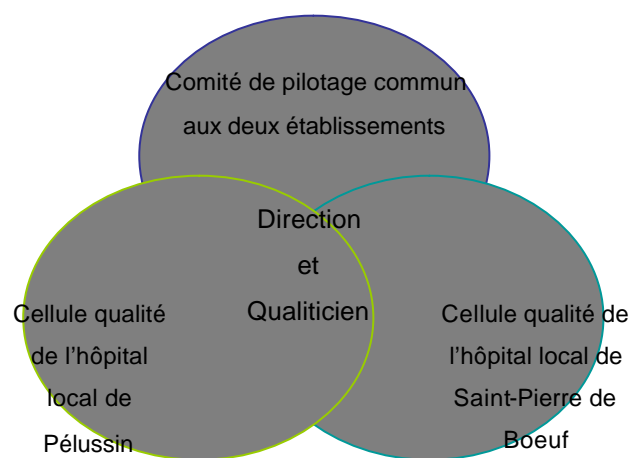


Schéma de la structuration de la démarche qualité commune aux deux établissements : la recherche d'une interdépendance⁹⁸



⁹⁸ Les cellules qualité des deux établissements et le qualicien supervisent les groupes de travail propres à chaque établissement ou communs en fonction des thèmes de travail traités. (Ces groupes ne sont pas représentés dans le second schéma).

b) *Evaluation des résultats auprès des personnels des deux établissements et évaluation de l'amélioration de « l'image » des établissements*

La démarche qualité en partie commune aux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf devra être évaluée. Cette évaluation est indispensable à la qualité du dispositif car il s'agit de pouvoir l'adapter aux besoins rencontrés et le mettre en adéquation avec les résultats attendus. Le délai adéquat pour procéder à l'évaluation de la démarche réalisée me semble être d'une année après la mise en place effective de la coopération, c'est-à-dire environ deux ans après le début de la réflexion et de l'élaboration du projet de démarche qualité commune.

Ainsi, il apparaît indispensable d'évaluer l'amélioration de la **qualité des prestations** offertes par les deux établissements et notamment les dispositifs ayant fait l'objet d'un travail commun ou d'une mise en réseau des deux établissements. Il s'agira de démontrer si les échanges entre les agents des deux établissements ont contribué à améliorer l'existant.

Le personnel pourra être réuni séparément dans chacun des deux établissements par le responsable qualité et la cellule qualité afin de pouvoir recueillir les impressions de tous. Il me semble important que cette évaluation soit réalisée auprès de l'ensemble du personnel quant aux impressions, aux ressentis, aux points positifs à développer et aux points négatifs à revoir et à corriger.

Un questionnaire détaillé à l'intention des agents des deux hôpitaux locaux pourra être réalisé mais, il me semble que celui-ci devra être anonyme afin que chaque agent puisse s'exprimer librement sur son appréhension de la démarche qualité commune.

Certains indicateurs, tel l'absentéisme lors des réunions qualité, pourront être utilisés pour analyser la façon dont est appréhendée la démarche qualité commune par le personnel. Le climat social peut de ce fait constituer un indicateur de l'acceptation de la démarche.

L'observation de l'apport de la démarche qualité commune dans la prise en charge des patients des deux hôpitaux locaux sera plus difficile à évaluer notamment du fait des indicateurs pouvant être utilisés. Ainsi, une enquête de satisfaction pourra être réalisée auprès des patients et résidents des deux établissements. Cette enquête ne pourra pas porter directement sur la démarche qualité mais les items pourront être orientés en fonction des axes d'amélioration que l'on souhaite étudier. Cependant, il me semble que

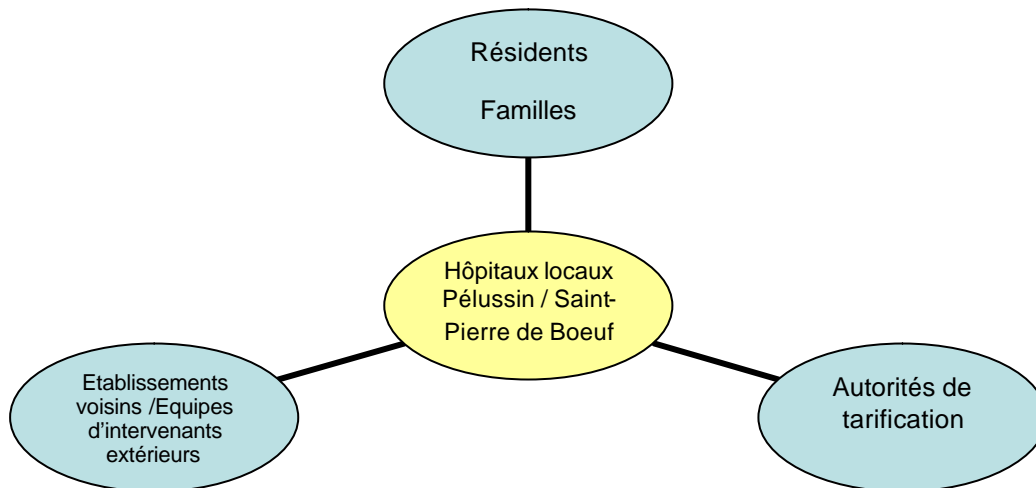
la démarche qualité qui englobe les parties médico-sociales des deux établissements, pourra être enrichie par la participation des résidents volontaires et / ou des représentants des usagers à certains groupes de travail susceptibles de les concerner directement. La qualité, si ceci n'est pas explicitement exprimé dans les référentiels de l'accréditation, doit intégrer la qualité de vie des usagers.

Suite à la mise en place de la démarche qualité commune, il s'agira d'étudier si des améliorations ont été constatées par les résidents eux-mêmes, par leurs familles, par les bénévoles intervenant à Pélussin (association l'Age d'or), voire par les intervenants extérieurs notamment l'unité mobile de soins palliatifs ou l'équipe d'hygiène du C.H. de Vienne. Il ne me semble pas opportun de rédiger des questionnaires types pour étudier les évolutions constatées dans le domaine de la qualité. Des entretiens ponctuels auprès des résidents, de leurs familles et des bénévoles pourront constituer des bases de travail à l'observation de l'impact de la démarche qualité commune sur la prise en charge globale des usagers. Une enquête de satisfaction plus générale pourra être entreprise quant à la satisfaction des résidents et des patients et comparée à celles réalisées les années précédentes. Par ailleurs, les observations concrètes des équipes intervenant dans les deux établissements permettront de pouvoir envisager des correctifs à apporter au dispositif en place.

Il apparaît plus difficile de réaliser une étude sur l'amélioration de l'image des deux établissements de par la démarche qualité commune. Si, à mon sens, la coopération entre les deux établissements en matière de démarche qualité doit être affichée, il n'est pas dit que l'existence de cette démarche soit bien comprise par les visiteurs et les habitants du canton. Les établissements voisins pourront être consultés, notamment le C.H. de Vienne, C.H. de référence des deux hôpitaux locaux, pour voir si la coopération par la démarche qualité a eu des bénéfices, notamment en terme de concordance de la prise en charge et si ces bénéfices ont été clairement identifiés de l'extérieur.

Les autorités de tarifications (Conseil général et D.D.A.S.S. de la Loire) pourront être également consultés sur l'impact de la démarche qualité commune. Les observations formulées seront utiles à la poursuite de la dynamique de la coopération.

La coopération des deux hôpitaux locaux évaluée par les acteurs



c) *Evaluation plus générale de l'impact de la coopération en matière de démarche qualité*

L'évaluation de la démarche qualité commune peut constituer un préalable à sa pérennisation. Il est donc primordial de procéder à une évaluation précise du travail réalisé au bout des deux années nécessaires à la mise en place de la démarche.

Le temps consacré par l'ensemble du personnel à la démarche qualité est important comme j'ai pu l'observer durant les mois qui ont précédé les visites d'accréditation. Ce temps de travail, composé principalement des réunions des groupes qualité, est récupérable par les agents. Il représente un investissement nécessaire pour les deux établissements. Suite à la mise en place de la démarche qualité commune, il s'agira d'évaluer le temps gagné grâce à la coopération et l'effectivité des économies d'échelles réalisées.

Le temps de travail consacré à la démarche qualité doit faire partie d'un tout à savoir la prise en charge des usagers. Si la démarche qualité est destinée à améliorer la prise en charge des patients, elle ne doit pas conduire à monopoliser les agents au détriment de la prise en charge effective.

Des évaluations internes communes aux établissements sont indispensables comme je l'ai évoqué précédemment. Néanmoins, l'évaluation la plus sûre de la démarche qualité en place dans les deux établissements sera réalisée lors de la prochaine auto-évaluation et le remplissage des référentiels de l'A.N.A.E.S. Le prochain

passage des experts-visiteurs de l'A.N.A.E.S. prévu dans quatre ans environ, selon la procédure actuellement en vigueur, permettra un premier bilan du travail réalisé. Les experts-visiteurs seront en mesure d'analyser les améliorations réalisées depuis leur dernier passage et éventuellement d'émettre un avis sur la démarche qualité commune aux deux établissements. Suite à la prochaine visite, les deux hôpitaux locaux pourront entreprendre des actions correctrices dans les domaines ayant fait l'objet de recommandations communes.

Dans la partie médico-sociale des deux hôpitaux locaux, la convention tripartite a imposé la réalisation des fiches actions proposées par l'établissement pour cinq ans. Le renouvellement de la convention sera également l'occasion d'évaluer le travail effectué, notamment le stade d'exécution des travaux. Il sera important d'analyser en particulier les causes qui ont empêché l'achèvement des actions entreprises.

A partir des différentes évaluations qui seront réalisées, il s'agira pour la direction et l'équipe de direction de définir une nouvelle stratégie. Cette stratégie devra consister à revoir l'existant pour l'améliorer et à trouver des axes de travail en matière de coopération s'il s'avère qu'elle est positive pour les deux établissements.

Le projet envisagé en matière de démarche qualité commune constitue une trame de travail. Les études existantes en planification stratégique témoignent que la non réalisation complète d'un plan ne doit pas être forcément considérée comme un échec. Le projet a le mérite de dégager une trame de travail et des objectifs à atteindre.

Toutefois, la démarche qualité commune ne supposera pas une uniformisation de l'accréditation dans les deux établissements. Si la population accueillie est sensiblement la même, l'architecture des deux établissements, leur culture et leur mode de travail ne sont pas rigoureusement identiques. Le responsable qualité devra donc s'adapter et adapter son travail aux spécificités des deux hôpitaux locaux.

L'évaluation de la démarche qualité commune aux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf, si elle s'avère répondre aux objectifs initialement fixés, peut constituer le point de départ à une collaboration plus poussée.

3.2.2 La coopération ne se limite pas à un domaine, elle touche plusieurs activités d'un établissement

Les premières analyses de l'évaluation de la démarche qualité commune aux deux hôpitaux locaux pourront conduire à l'extension de la coopération à différents domaines.

a) *La démarche qualité englobe l'ensemble des activités de l'établissement.*

Si les premières évaluations de la démarche qualité commune aux deux hôpitaux locaux s'avèrent positives, l'équipe de direction des deux établissements pourra réfléchir à un renforcement de la coopération. Cette réflexion pourrait également être menée au sein des C.M.E. communes et des C.L.I.N. Ainsi, un partenariat plus poussé, étendu à d'autres domaines, pourrait être envisagé, si les différents acteurs affichent une détermination à coopérer.

Le partenariat entre les deux établissements pourrait toucher une grande partie des activités de l'établissement. Une sorte de « réseau » pourrait être instauré entre les deux établissements concernant l'admission des patients. Cette coopération pourrait contribuer à faciliter les entrées et à parfois soutenir le taux d'occupation de certains secteurs si nécessaire⁹⁹. La complémentarité entre les deux établissements dont l'un possède un S.S.I.A.D. et l'autre des secteurs de médecine et de long séjour, permettrait d'améliorer la prise en charge des patients et faciliterait notamment leur maintien sur le canton de Pélussin.

Actuellement un projet d'extension du nombre de places du S.S.I.A.D. rattaché à l'hôpital local de Saint-Pierre de Bœuf est en attente de passage au S.R.O.S. L'augmentation de la capacité du S.S.I.A.D. pourrait être l'occasion d'envisager la création d'une antenne du S.S.I.A.D. à l'hôpital local de Pélussin pour améliorer la proximité de la prise en charge des patients sur la partie « haute » du canton. L'optimisation de la prise en charge pourrait être clairement affichée.

L'objectif d'amélioration de la qualité, entendue dans un sens plus global, peut retirer beaucoup de bénéfices de la coopération. La proximité et la complémentarité des deux hôpitaux locaux doivent être mises en avant comme un atout.

⁹⁹ Dans le cadre de la convention du réseau S.S.R. du secteur sanitaire n°5 (Nord-Isère), le réseau VISAGE est destiné à faciliter les admissions en S.S.R. des patients du secteur sanitaire n°5 grâce à une liaison informatique sécurisée. Une coopération peut néanmoins être envisagée pour le secteur médico-social.

b) *Un groupement de coopération sanitaire n'apparaît pas indispensable*

Une structure de coopération formalisée en matière de coopération par la démarche qualité commune peut être concevable. Une réflexion quant à la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire pourrait être menée. L'étude de la faisabilité d'un G.C.S. entre les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf, implique, selon moi, la réussite de la démarche qualité mise en commun. Il me semble qu'un échec rencontré dans la démarche qualité commune témoignerait de réticences sensibles quant à la coopération. La coopération doit être impulsée par le haut, notamment à travers une démarche qualité commune mais elle ne doit pas non plus être imposée aux agents. Ces derniers ne doivent pas avoir l'impression de subir le changement.

Une spécialisation plus poussée des deux établissements ne me semble pas réaliste car s'ils possèdent des spécificités complémentaires, ils ne sont pas totalement différents. La prise en charge des usagers peut retirer beaucoup de la coopération c'est la raison pour laquelle je pense que la coopération doit être affirmée. L'évaluation de la démarche qualité commune, si elle est positive, pourra conduire à la mise en place d'une structure formelle de coopération. En effet, je pense qu'une convention de direction commune ne suffit pas à impulser la coopération.

Le G.C.S., structure lourde pour deux hôpitaux locaux de taille modeste, ne me semble pas la structure adéquate pour développer la coopération. La coopération par la démarche qualité commune peut entrer dans le cadre d'une convention de coopération entre les deux hôpitaux locaux. Néanmoins, le développement de la coopération au-delà de la démarche qualité passe non pas par une structure de coopération très formalisée mais par l'inscription des deux établissements au sein d'un réseau.

c) *Inscrire le partenariat des deux établissements au sein du réseau gérontologique*

L'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des patients dépasse le stade de la qualité au sens strict. Les pouvoirs publics privilégient actuellement l'amélioration de la filière gériatrique¹⁰⁰. *« Cette filière passe d'abord par le renforcement de l'accès aux soins de proximité, en s'appuyant sur les médecins traitants généralistes, les hôpitaux locaux et les établissements de santé de proximité publics et privés, qui constituent le premier maillon d'accueil hospitalier des personnes âgées et en mettant en place de véritables réseaux en interface entre le sanitaire et le social notamment dans le*

¹⁰⁰ Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

cadre du maintien à domicile »¹⁰¹. « Le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles.(...) Ces réseaux de santé doivent au minimum s'articuler avec les Centres locaux d'information et de coordination (C.L.I.C.) »¹⁰².

Les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf doivent pouvoir s'inscrire dans une dynamique de réseau et ainsi renforcer leur coopération. Le réseau suppose néanmoins la création d'un projet médical de territoire dans le cadre de la mise en place des S.R.O.S. de troisième génération. **« Le projet médical de territoire est un document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement, élaboré par les conférence sanitaires. Il contribue, tout d'abord, à l'élaboration du S.R.O.S. et fait vivre, ensuite, ce dernier pour en traduire les orientations stratégiques sur un plan opérationnel. Les établissements et professionnels de santé s'accordent entre eux sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du S.R.O.S., notamment en matière de coopérations. Puis, il deviennent au sein de chaque territoire de santé les acteurs du projet médical en le mettant en œuvre »¹⁰³.**

L'amélioration de la prise en charge globale des personnes âgées sur l'ensemble du canton de Pélussin passe également par la création d'un C.L.I.C. Celui-ci faciliterait la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées (S.S.I.A.D., aide ménagère, portage de repas...). Les deux hôpitaux pourraient ainsi renforcer leur coopération en se présentant comme les acteurs promoteurs du projet.

La coordination et le partenariat entre les différents acteurs du système de santé constituent le fer de lance de l'amélioration de la prise en charge. La direction des deux hôpitaux locaux aura donc l'occasion de s'inscrire dans les orientations actuelles en participant à la définition du projet médical de territoire et en affirmant la volonté de coopération des deux établissements, non seulement entre eux, mais avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge locale des personnes âgées.

¹⁰¹ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

¹⁰² Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

¹⁰³ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

CONCLUSION

L'analyse de la situation spécifique dans laquelle se positionnent les hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Bœuf m'a donc permis de développer l'hypothèse de la coopération entre ces deux structures. La démonstration de sa nécessité dans le contexte économique et social actuel témoigne de l'enjeu auquel sont confrontés les deux établissements.

La présentation de la démarche qualité comme fer de lance de la coopération entre les deux hôpitaux locaux, a contribué à mettre l'accent sur la place réservée à la qualité dans le secteur sanitaire et social. L'ensemble des hôpitaux locaux participe à cette dynamique touchant la totalité des établissements de santé français publics et privés.

Le système de santé français a imposé l'exigence de qualité tardivement, notamment par rapport au système de santé nord-américain. Or, le système de santé nord-américain contribue à la mise en concurrence des offreurs de soins. Une sorte de mise en concurrence existe donc au sein du système de santé des Etats-Unis et celle-ci est elle-même susceptible de toucher le secteur sanitaire français.

Cette exigence de compétitivité, dont la qualité peut également constituer un indicateur fiable, représente à la fois un avantage et un obstacle pour les établissements de santé français et particulièrement pour ceux de taille modeste. La mise en compétition, notamment par le biais de la qualité, peut pousser les établissements à réaliser des efforts mais elle peut aussi les disqualifier s'ils ne sont pas en mesure de répondre aux exigences formulées à leur égard.

En outre, l'excès de compétition qui pourrait résulter d'une trop forte comparaison entre les établissements de santé, nuirait aux usagers les plus modestes. La question de l'accès de tous les individus au système de santé français mérite d'être soulevée. Le soin ne peut être une fonction croissante des revenus de l'utilisateur du service public de santé français. Ainsi, les pouvoirs publics entendent bien maintenir l'égalité d'accès aux soins et placer l'utilisateur au centre de notre système de santé¹⁰⁴.

¹⁰⁴ « Je crois que l'utilisateur est notre seule force pour réformer ce système », DOUSTE-BLAZY P., La santé, comment ça va ? *Le Monde* 17 juin 2004, pp 20-21.

Dans ce contexte, la coopération, définie ici comme un enrichissement mutuel des acteurs, semble être un outil indispensable aux protagonistes du système de santé dont font partie les deux hôpitaux locaux de Pélussin et de Saint-Pierre de Boeuf. L'étude réalisée témoigne de la nécessité de la coopération. Si d'autres modes de travail peuvent être envisageables, tels le maintien du statu quo voire l'accentuation de l'autonomie de ces deux établissements, ceux-ci ne me semblent toutefois pas viables au regard du contexte et des problématiques étudiés.

En Grande-Bretagne, le National Health Service (N.H.S.), développe l'utilisation du benchmarking puisqu'il « *commence à être peu à peu utilisé dans un but d'amélioration de la qualité et de développement de meilleures pratiques* »¹⁰⁵. A l'instar de la Finlande¹⁰⁶ qui, depuis 1997, a mis en place un projet visant à développer le benchmarking pour réduire les écarts de performance entre les hôpitaux finlandais¹⁰⁷, le système hospitalier français a tout intérêt à favoriser la coopération entre les établissements. Coopération qui contribue, selon moi, à un enrichissement réciproque des acteurs participants en optimisant l'utilisation de leurs moyens. La coopération contribue par conséquent à l'amélioration du service rendu aux usagers.

¹⁰⁵ HARANT P. Entreprises, mutuelles, N.H.S. : une pratique déjà rodée. Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, p 59.

¹⁰⁶ D'autres pays scandinaves sont également engagés dans cette voie.

¹⁰⁷ LINNA M. Finlande : vers des soins plus efficaces..., Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, pp 52-53.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale*, Novembre 2003, ANAES, Direction de l'accréditation, 184 p.
- ANAES. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Avril 2002, 77 p.
- BRETON J. *Réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et démarche qualité : une complémentarité difficile à travers l'exemple de l'hôpital local de Montfort (Ille-et-Vilaine)*, mémoire DESS SPSV 2000, 61p.
- CALMES G., SEGADE J-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière : l'épreuve de la vérité*, Collection Objectifs en management hospitalier, Masson, 1998, 170 p.
- CHARVET-PROTAT S., JARLIER A., PREAUBERT N., *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital*, ANAES, Service évaluation économique, 1999, 57 p.
- CLERC Sylvia, *L'accréditation des établissements de santé en France*, mémoire IEP de Grenoble, J-P. BIAYS (dir.), 1999, 188 p.
- CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y. (coord.) *L'hôpital stratège, Dynamiques locales et offre de soins*, Ministère du travail et des affaires sociales, MIRE, John Libbey Eurotext, 1996, 318 p.
- CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F-X. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Ed ENSP, coll. Recherche santé social, Rennes, 2003, 288 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*, Ed. du Seuil, coll. Points Série Essais 248, 1977 réédition 2001, 520 p.
- CRUCHANT Lucien, *La qualité*, Que sais-je ? n° 2779, PUF, Paris, 1998, 126 p.
- DERENNE O., LUCAS A. (coord.), *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Tome 1 Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière*, Editions ENSP, 2001, 332 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, Ed. Seli Arslan, Gap, 2002, 272 p.
- ENOC A., *La démarche qualité des établissements publics de santé*, mémoire IEP de Grenoble, B. DERROUCH et C. HAON (dir.), 2001, 210 p.
- GUEGON G., *La démarche qualité en EHPAD*, mémoire DESS SPSV, V. FARGEON (dir.), 2002, 79 p.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, *Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie*, 23 janvier 2004, 155 p.
- KERVASDOUE Jean de, *La qualité des soins en France*, Horizons santé, Paris, 2000, 180 p.

- LEPLEGE A. *Les mesures de la qualité de vie*, Presses universitaires de France, collection Que sais-je ? n° 3506, Paris, 1999, 127 p.
- LETEURTRE H., QUARANTA J-F, *La qualité des soins médicaux*, Presses universitaires de France, collection Que sais-je ? n° 3431, Paris, 1999, 127 p.
- LETEURTRE H., VANDERMERSCH V. (dir.), *L'accréditation des services hospitaliers : service médico-techniques et logistiques*, Paris, Berger-Levrault, 1997, 198 p.
- MINTZBERG H., *Le management dans les organisations*, Editions de l'organisation, 2004, 703 p.
- NYS J-F. *La santé : consommation ou investissement ?* Economica, Paris, 2001, 261 p.
- PINEAULT R., DAVELUY C. *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*, Editions Nouvelles, 1995, 480 p.
- PLACIARD J-C. (dir.), *Démarche qualité en établissement social et médico-social. Evaluation, Méthodologie, Mise en œuvre, Management, Réglementation*, Editions Weka, 2002, régulièrement mis à jour.
- RAYMOND J-L., DE HARO A, JEZEQUEL N. *Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé*, Les études hospitalières, Bordeaux, 2001, 280 p.
- SEGOUIN C. (dir), *L'accréditation des établissements de santé : de l'expérience internationale à l'application française*, AP-HP, Paris, 1998, 264 p.

Articles

- BIGNOLAS Gilles, FORT Fabrice, HAFID Belaïd, Vers une exigence de la qualité pour les établissements de soins, *Gestions Hospitalières*, n°396, mai 2000, pp 356-363.
- BRUNEAU C., OBRECHT O., LACHENAYE-LLANAS C., Le point sur l'accréditation, une enquête nationale auprès des diverses catégories de professionnels de santé. *Gestions hospitalières*, n°422, janvier 2003, pp 13-17.
- CATALA C., Mise en œuvre d'une démarche qualité, *Gestions Hospitalières*, n° 361 (supplément), décembre 1996 pp 794-797.
- CHOUAID C., CALLAERT S., HOUSSET B., REINERT P., LUCET L., COGNET J-C., Mise en place d'une politique d'évaluation de la qualité des soins dans un établissement hospitalier, *Gestions Hospitalières*, n°356, 1996, pp 397-400.
- CHOUAID C., MOREL M., CANIS L., VIEL E., Qualité et accréditation dans les établissements de santé : application de l'expérience acquise en milieu industriel, *Gestions Hospitalières*, n° 374, mars 1998, pp 223-227.
- CORMIER M. La place de la loi du 4 mars 2002 dans l'évolution de la coopération hospitalière. *Revue de Droit sanitaire et social*, octobre - décembre 2002, pp 752-764.
- DEMANGE C., RABILLER P. Comment réussir et pérenniser l'accréditation, plaidoyer pour la qualité totale, *Gestions Hospitalières*, n°374, mars 1998, pp 228-229.

- DERENNE Y., MARREL P., MOREL M., PRIVAT-PAIN C., Les expériences françaises d'accréditation sont intéressantes ! *Gestions Hospitalières*, n° 374, mars 1998, pp 198-204.
- DOGIMONT Renaud, Groupement de coopération sanitaire. Transcription juridique d'incertitudes politiques, *Gestions Hospitalières*, n°432, janvier 2004, pp 12-17.
- DUPRAT P. Qu'est-ce que le « Benchmarking » ? Dossier n°36 Le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000 pp 43 -59.
- DUPRAT P. Quelles opportunités pour les hôpitaux français ? Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, pp 43-59.
- DUVAUFERRIER R., PHILIPPE C., ABEL M., MARIN F., ROLLAND Y., RMABEAU M., DE KORVIN B., MILON J., RAMEE A. Manuel d'assurance qualité pour l'accréditation des établissements de santé, *Gestions Hospitalières*, n°397, juin juillet 2000, pp 460-466.
- FOURCADE A., MAGUEREZ G., Evaluation d'une démarche qualité. Quelles sont les méthodes, les objectifs et les conséquences des démarches existantes ? *Gestions Hospitalières*, n°397, juin juillet 2000, pp 489-501.
- GRIGNON L., PARIS A., Assurance qualité : le mot à la mode. *Gestions Hospitalières*, n°396, mai 2000, pp 406-408.
- HARANT P. Entreprises, mutuelles, N.H.S. : une pratique déjà rodée. Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, pp 43-59.
- JACOB J-Y., Accréditation et qualité, le point de vue de l'ARH, *Gestions Hospitalières*, n° 374, mars 1998, pp 186-188.
- La santé comment ça va ? Retranscription d'un débat, *Le Monde* 17 juin 2004, pp 20-21.
- LINNA M. Finlande : vers des soins plus efficaces..., Dossier le Benchmarking, *Revue hospitalière de France*, n°6, novembre - décembre 2000, pp 43-59.
- MOREAU Y., BARBOT J-M. La coopération hospitalière, où en est-on ? *Techniques Hospitalières*. n°597, juin 1995, p 54 - 57.
- TANGUY H., L'actualité de la coopération hospitalière en matière de soins, *Gestions Hospitalières*, n° 392, pp 50-52.

Rapports :

- A.R.H. Rhône-Alpes, document de travail du 14 mai 2004, «*Forum de l'hôpital local du 25 juin 2004, Quelle contractualisation, quels projets pour l'hôpital local ?* », 7 p.
- DEBROSSE D., PERRIN A., VALLENCIEN G. *Projet Hôpital 2007*, Mission sur la « modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », 3 avril 2003, 176 p.

Textes :

Lois

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant Réforme hospitalière.

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ordonnances

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Circulaires

Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

Arrêtés

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Accréditation

Articles L. 6113-1 à L. 6113-6 du Code de la santé publique

Articles R. 710-6-1 à R. 710-6-11 du Code de la santé publique

Articles R. 791-1-1 à R.791-4-7 du Code de la santé publique

Arrêté du 3 janvier 2001 fixant la composition du dossier accompagnant la demande d'engagement dans la procédure d'accréditation prévu à l'article R. 710-6-2 du Code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 6 mai 1999.

Circulaire DHOS/E1/2001/01 du 3 janvier 2001 relative aux mesures d'accompagnement de l'engagement des établissements de santé dans la procédure d'accréditation.

Décret n° 2001-301 du 4 avril 2001 pris en application de l'article L. 1414-12-1 du Code de la santé publique.

Hôpital local

Articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du Code de la santé publique

Article L. 6141-2 du Code de la santé publique

Articles R. 711-6-4 à R. 711-6-21 du Code de la santé publique

Circulaire DHOS/ DGAS/03/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003, relative aux missions de l'hôpital local.

Sites web

- www.anaes.fr
- www.apvf.asso.fr
- www.ensp.fr
- www.hospimedia.fr
- www.sante.gouv.fr
- www.social.gouv.fr
- www.vie-publique.fr
- www.who.int

Liste des annexes

Extraits du projet d'établissement de l'hôpital local de Pélussin permettant la compréhension de l'environnement dans lequel se situent les deux établissements.

Extraits du projet d'établissement de l'hôpital local de Pélussin permettant de comprendre l'environnement des deux établissements.

Les deux hôpitaux locaux se situent dans le canton de Pélussin, (Loire, 42).

Le canton de PELUSSIN a pour limites :

- au Nord, le canton de CONDRIEU
- au Sud, le canton de SERRIERES
- à l'Est, le canton de ROUSSILLON
- à l'Ouest, les cantons de ST CHAMOND, RIVE DE GIER, LA GRAND CROIX.

Bien que situé dans le département de la Loire, la commune de PELUSSIN se situe au Sud du département et est très proche de la vallée du Rhône. De ce fait, PELUSSIN est rattaché au secteur sanitaire n°5 (VIENNE BOURGOIN)



L'OFFRE de SOINS

I/ L'OFFRE DE SOINS ASSOCIATIVE

Les sept cantons qui définissent le bassin d'attraction de l'hôpital de Pélussin proposent une offre de soins associative «aux personnes âgées» très différenciée.

	PELUSSIN	RIVE DE GIER	ROUSSILLON	ST CHAMOND	BOURG ARGENTAL	GRAND CROIX	VIENNE
AIDE MENAGERE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
SSIAD	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI
HEB.TEMPORAIRE	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI
MARPA	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI
TELE ALARME	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
PORTAGE REPAS	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Seuls deux cantons (Vienne et St Chamond) offrent l'ensemble des prestations.

Tous les cantons ont un service de portage de repas à domicile.

Le canton de Grand Croix est le moins bien doté.

II/ L'OFFRE DE SOINS LIBERALE

Les 81 communes des sept cantons proposent une offre de soins libérale assez importante :

	PELUSSIN	RIVE GIER	ROUSSILLON	ST CHAMOND	BOURG ARGENTAL	GRAND CROIX	VIENNE	TOTAL
POPULATION	11967	26597	38736	39623	6151	23081	61057	207212
MEDECINS GENERALISTES	9	23	31	32	7	18	56	176
RATIO/1000 HABIT.	0,75	0,86	0,80	0,81	1,14	0,78	0,92	0,85
MEDECINS SPECIALISTES	0	14	23	38	0	2	47	124
RATIO/1000 HABIT.	0	0,53	0,59	0,96	0	0,09	0,77	0,60
INFIRMIERES LIBERALES	12	19	11	32	7	24	28	133
RATIO/1000 HABIT.	1,00	0,71	0,28	0,81	1,14	1,04	0,46	0,64
KINESIT	5	12	21	19	2	7	30	96
RATIO/1000 HABIT.	0,42	0,45	0,54	0,48	0,33	0,3	0,49	0,46
PHARMACIENS	4	9	15	15	3	8	28	82
RATIO/1000 HABIT.	0,33	0,34	0,39	0,38	0,49	0,35	0,46	0,40
DENTISTES	6	10	19	22	2	9	40	108
RATIO/1000 HABIT.	0,50	0,38	0,49	0,56	0,33	0,39	0,66	0,52

La comparaison de l'offre de soins libérale entre Pélussin, le secteur n°5 et le bassin d'attraction de l'hôpital de Pélussin montre :

POUR 1000 HABITANTS	PELUSSIN			BASSIN D'ATTRACTION			SECTEUR 5		
	NOMBRE	HABITANTS	RATIO	NOMBRE	HABITANTS	RATIO	NOMBRE	HABITANTS	RATIO
GENERALISTES	9	11 967	0,75	176	207 212	0,85	273	347 932	0,78
SPECIALISTES	0	11 967	0	124	207 212	0,60	182	347 932	0,52
INFIRMIERES LIBERALES	12	11 967	1,00	133	207 212	0,64	142	347 932	0,41

L'offre de soins libérale du bassin d'attraction est supérieure, dans tous les domaines, à celle du secteur 5. Pélussin est sous-doté par rapport au secteur 5 et au bassin d'attraction.

III/ LES STRUCTURES MEDICALES ET MEDICO-SOCIALES

On trouvera dans les deux tableaux suivants la liste des structures (publiques et privées) offertes à la population du bassin d'attraction.

Le nombre de lits par catégorie est le suivant :

a) Lits sanitaires

	MEDECINE	MOYEN SEJOUR	TOTAL
<u>A/ BASSIN D'ATTRACTION</u>			
<u>CANTON DE PELUSSIN</u>			
HL Pélussin	8	28	36
HL St Pierre de Bœuf		30	30
<u>CANTON ST CHAMOND RIVE DE</u>			
<u>GIER</u>			
CH Pays du Gier	118	41	159
<u>CANTON DE VIENNE</u>			
CH Vienne	201 (1)	55	256
<u>CANTON DE ROUSSILLON</u>			
PSPH La Providence St Prim		52	52
<u>SOUS TOTAL</u>	327	216	543
<u>B/ AUTRES CANTONS LIMITROPHES</u>			
<u>CANTON DE CONDRIEU</u>			
HL Condrieu	25	30	55
<u>CANTON DE SERRIERES</u>			
HL Serrières		33	33
<u>SOUS TOTAL</u>	25	63	88
T O T A L	352	279	631

(1) Médecine avec orientation

b/ Lits sociaux et medico-sociaux

	Maison de retraite	Cure médicale	Foyer résidence	Long séjour	Autres	TOTAL
<u>BASSIN ATTRACTION</u>						
<u>CANTON DE PELUSSIN</u>						
HL Pélussin	20			58		78
HL St Pierre de Bœuf	20	20				40
Le Grillon Pélussin	50					50
Les Bleuets Pélussin	40					40
Résidence du Lac Maclas			73			73
<u>CANTON ST CHAMOND</u>						
CH Antoine Pinay St Chamond	35	145				180
Les Charmilles St Chamond				120		120
Le Relais St Chamond					18	18
La Renaudière St Chamond	45	30				75
MR La Valla en Gier	20					20
<u>CANTON BOURG</u>						
<u>ARGENTAL</u>						
MR Bourg Argental	48	75				123
MR Val Ternay St Julien M.Molette	46	34				80
<u>CANTON RIVE DE GIER</u>						
L'orée du Pilat Rive de Gier	67	36				103
L'accueil Rive de Gier	67	23				90
<u>CANTON GRAND CROIX</u>						
La Péronnière Grand Croix			46		14	60
Les Tilleuls Grand Croix		22	78			100
Le Val Dorlay St Paul en Jarez			78			78
Les Myosotis L'Homme			80			80
<u>CANTON DE VIENNE</u>						
CH Vienne	51			120		171
Résidence Victor Hugo Vienne	68				1	69
MR Notre Dame de l'Isle Vienne	67					67
L'Argentière Vienne		24	74			98
La Bastide Jardin	67					67
<u>CANTON DE ROUSSILLON</u>						
MR Bellefontaine Péage Rouss.	80	105				185
Notre Dame Roches Anjou	75					75
Rés.Cantedor St Clair Rhône			44			44
Rés.3è âge Roches Condrieu			33			33
<u>CANTONS LIMITOPHES</u>						
<u>CANTON DE CONDRIEU</u>						
HL Condrieu	72	40		38		150
<u>CANTON DE SERRIERES</u>						
HL Serrières	69					69
TOTAL	1007	554	506	336	33	2436

LES INDICES

Les lits proposés par ces établissements couvrent les besoins de la population du bassin d'attraction (207 572 habitants) à concurrence de :

- 1,58 lits pour 1000 habitants en médecine
- 1,04 lits pour 1000 habitants en moyen séjour
- 1,44 lits pour 1000 habitants en long séjour
- 4,17 lits pour 1000 habitants en maison de retraite
- 2,48 lits pour 1000 habitants en cure médicale
- 2,44 lits pour 1000 habitants en foyer résidence
- 0,16 lits pour 100 habitants en autre hébergement.

Cette offre de soins est complétée par la proximité de CHU (St Etienne et Lyon) situés à environ 50 kilomètres de Pélussin.

On peut noter que dans le bassin d'attraction et les cantons limitrophes, les cantons de Bourg Argental, Grand Croix, Roussillon et Serrières ne disposent d'aucun lit de médecine les cantons de Bourg Argental et Grand Croix n'ont aucun lit de moyen séjour

Pour répondre au vieillissement des populations, le bassin d'attraction dispose de 2184 lits répartis en long séjour, maison de retraite, cure médicale et foyer résidence et représentant un indice de 10,52 lits pour 1000 habitants.

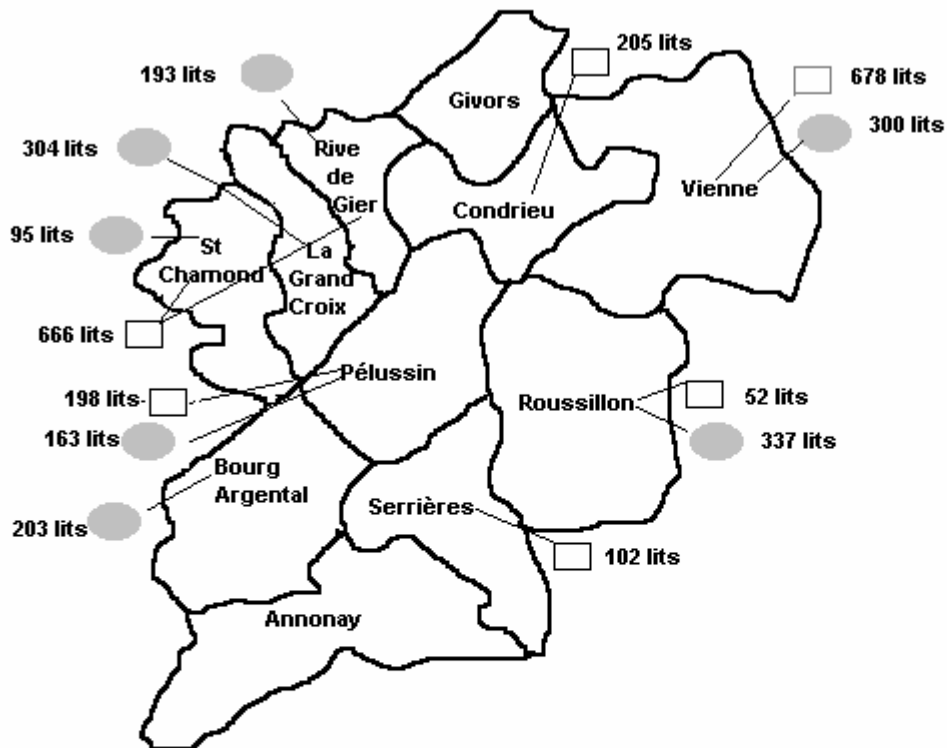
La comparaison entre les indices du bassin, ceux du secteur n°5 et ceux de la région Rhône Alpes est la suivante :

Pour 1000 habitants	Bassin attraction	Secteur n° 5	Région Rhône Alpes
Médecine	1,58	1,20	2,25
Moyen séjour	1,04	0,88	2,09
Long séjour	1,44	1,81	2,00
Maison de retraite	4,17	6,75	6,5
Cure médicale	2,48	NC	NC
Foyer résidence	2,44	2,05	3,33

* NC Non communiqué

Notre bassin d'attraction est bien doté en médecine et moyen séjour par rapport au secteur 5 mais moins bien doté par rapport au secteur en long séjour, maison de retraite, cure médicale. Par contre, il est en deçà des moyennes de la région toutes spécialités confondues.

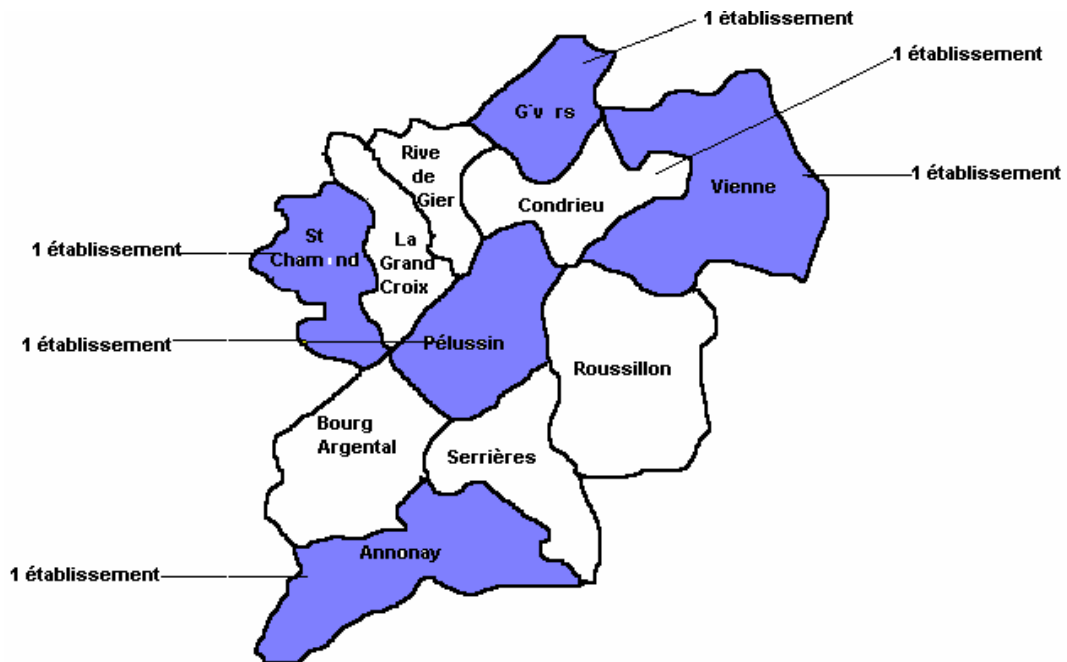
REPARTITION DES LITS PAR TYPE D'ETABLISSEMENT DANS LES CANTONS LIMITROPHES



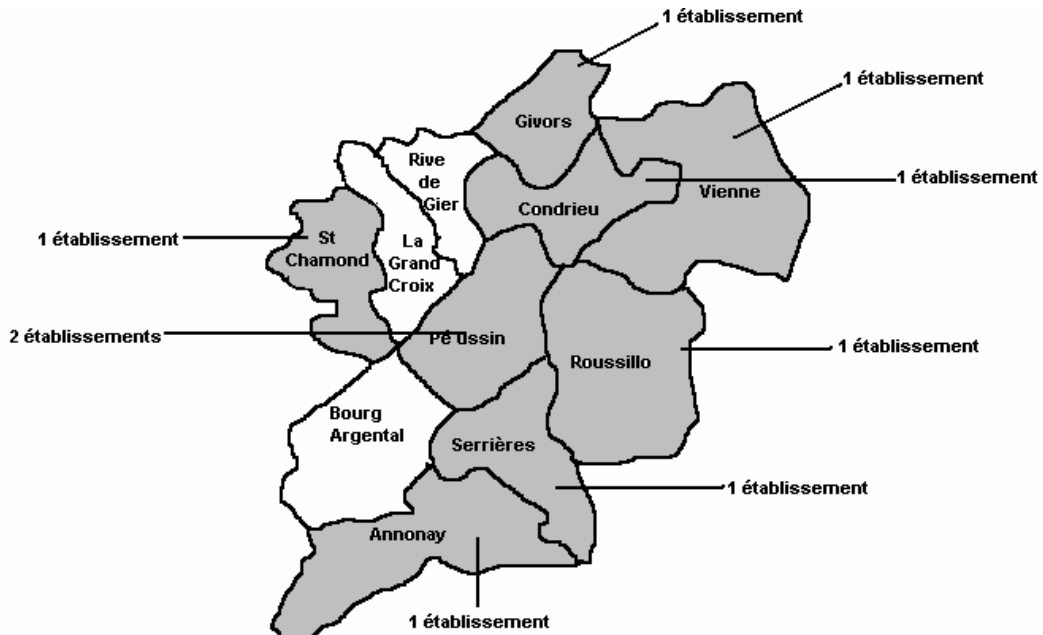
□ filière intégrée : médecine, moyen séjour, long séjour, maison retraite, cure médicale

● hébergement spécialisé : long séjour, maison retraite, cure médicale, foyer logement

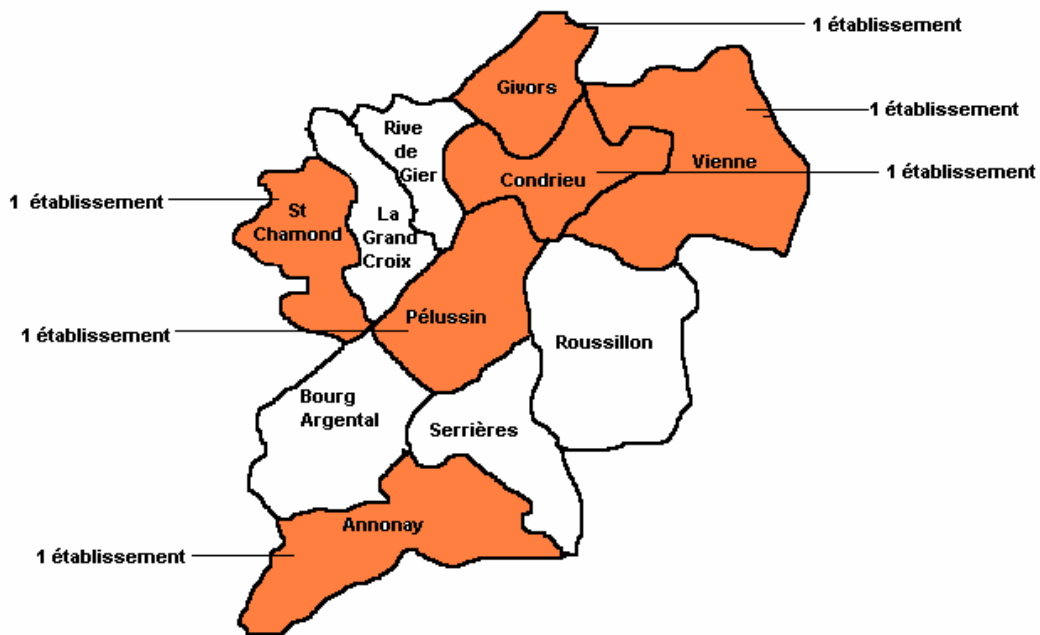
SERVICE MEDECINE



SERVICE MOYEN SEJOUR



SERVICE LONG SEJOUR



SERVICE MAISON DE RETRAITE

