



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 2004**

---

**UNE COOPÉRATION PUBLIC / PRIVÉ AVEC  
PARTAGE D'ACTIVITÉS**

**L'exemple du CH Côte de Lumière  
(Sables d'Olonne)**

---

**Nathalie COME**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier M.Joël CLÉMENT, enseignant à l'École Nationale de la Santé Publique, qui a assuré l'encadrement de ce mémoire, pour sa disponibilité, son expérience et ses conseils.

Mes remerciements vont également à Madame Guilaine PASCOËT, Directrice des Ressources Humaines du Centre hospitalier Côte de Lumière, en tant que maître de stage pour ses conseils.

Je remercie aussi l'équipe de direction du Centre hospitalier Côte de Lumière dans son ensemble, à savoir Mme ORIO, chef d'établissement, M. GUILLARD, Directeur des Affaires Financières et du Système d'Information, M. MONZAUGE, Directeur Logistique et Technique, M. VELLIET, Directeur des Affaires Médicales, Mme GAZEAU, Directrice d'Établissements Sanitaires et Sociaux et M.TESSON, Directeur des Soins.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont su se rendre disponibles pour répondre à mes questions et m'aider dans ce travail.

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>1 Un contexte régional et local a priori favorable À un rapprochement public/privé</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Un contexte régional qui s’inscrit dans une lignée nationale</b>	<b>6</b>
1.1.1 La rationalisation de l’offre de soins : un objectif national décliné au niveau régional	6
A) Une politique nationale	6
a) Des incitations nationales fortes	6
b) Les raisons de cette politique de promotion des coopérations public / privé	7
B) L’illustration dans le SROS II 1999-2004 de la région Pays de la Loire	10
1.1.2 Des antécédents dans la région	13
A) Fontenay le Comte	13
a) Contexte	13
b) Vers une opération de recomposition	14
B) Châteaubriant	16
a) Contexte	16
b) Le partage d’activités	16
C) Saumur	17
a) Contexte	17
b) Le partage d’activités	18
<b>1.2 Le contexte local : le bassin sanitaire du pays des Olonnes</b>	<b>19</b>
1.2.1 Les objectifs d’un rapprochement public/privé	20
A) L’offre de soins au Pays des Olonnes : état des lieux	20
B) Les objectifs d’un pôle de santé unique	22
1.2.2 Divergences sur la forme de ce rapprochement : historique des négociations CH / clinique	23
A) Des négociations aux multiples rebondissements	24
B) Le protocole d’accord constitutif	28
<b>2 La coopération public / privé avec partage d’activité : une construction technique À l’épreuve de la pratique</b>	<b>32</b>
<b>2.1 Une construction technique qui s’appuie sur des outils juridiques en évolution</b>	<b>34</b>
2.1.1 Historique des coopérations	34
2.1.2 Outils juridiques	35
A) La forme conventionnelle	35
B) Le Groupement d’Intérêt Public (GIP)	36
C) Le Groupement d’intérêt Economique (GIE)	36
D) Le Groupement de Coopération Sanitaire	36
<b>2.2 Cette construction technique soulève des difficultés</b>	<b>38</b>

2.2.1	En amont de la coopération	39
A)	Des obstacles culturels	39
B)	Des résistances diverses	40
C)	Le manque d'accompagnement de la part de la tutelle	44
D)	Des incertitudes financières renforcées avec la mise en place de la tarification à l'activité	45
2.2.2	La gestion quotidienne du changement	46
A)	Maintenir la mobilisation	46
B)	La jeunesse de ces opérations transforme les établissements en expérimentateurs	47
<b>3</b>	<b><i>La coopération public / privé : un outil de rationalisation de l'offre de soins sous certaines conditions</i></b>	<b>48</b>
<b>3.1</b>	<b>En amont de la coopération, les conditions de sa réussite</b>	<b>48</b>
3.1.1	Un état des lieux complet	48
3.1.2	Un accompagnement fort de la tutelle	49
3.1.3	Le facteur temps et les fenêtres d'opportunité	52
<b>3.2</b>	<b>Le management interne du changement</b>	<b>54</b>
3.2.1	La gestion du processus de changement et le phénomène d'apprentissage	54
3.2.2	L'importance de la communication et de l'information	57
3.2.3	Une cohésion interne indispensable	59
<b>3.3</b>	<b>La garantie de la viabilité de l'opération</b>	<b>60</b>
3.3.1	La création d'un espace commun	60
3.3.2	La nécessité d'évaluer ces opérations	62
	<b><i>Conclusion</i></b>	<b>65</b>
	<b><i>Bibliographie</i></b>	<b>69</b>
	<b><i>Liste des annexes</i></b>	<b>I</b>
	<b><i>ANNEXE 1</i></b>	<b>II</b>
	<b><i>ANNEXE 2</i></b>	<b>V</b>
	<b><i>ANNEXE 3</i></b>	<b>XXX</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.R.H	Agence Régionale de l'Hospitalisation
C.A	Conseil d'Administration
C.F.D.T	Confédération Française Démocratique du Travail
C.G.T	Confédération Générale du Travail
C.H	Centre Hospitalier
C.H.D	Centre Hospitalier Départemental
C.H.S	Centre Hospitalier Spécialisé
C.H.U	Centre Hospitalier Universitaire
C.L.I.N	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
C.M.E	Commission Médicale d'Établissement
C.N.E.H	Centre National d'Expertise Hospitalière
C.O.M	Contrat d'Objectifs et de Moyens
C.R.O.S.S	Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
C.T.E	Comité Technique d'Établissement
D.A.R.H	Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
D.D.A.S.S	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.H.O.S	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.M.S	Durée Moyenne de Séjour
Drees	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
E.P.S	Établissement Public de Santé
E.T.P	Équivalent Temps Plein
F.H.F	Fédération de l'Hospitalisation Publique
F.H.P	Fédération de l'Hospitalisation Privée
F.O	Force Ouvrière
G.C.S	Groupement de Coopération Sanitaire
G.I.E	Groupement d'Intérêt Économique
G.I.P	Groupement d'Intérêt Public
I.N.S.E.E	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
I.R.E.S	Institut de Recherches Économiques et Sociales
I.S.A	Indice Synthétique d'Activité
M.C.O	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
Mi.Re	Mission recherche
O.N.D.A.M	Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
O.R.S	Observatoire Régional de la Santé

P.C.F	Parti Communiste Français
P.H	Praticien Hospitalier
P.S	Parti Socialiste
R.A.P	Réseau d'Appui aux Restructurations
S.A.E	Statistique Annuelle des Établissements
S.C.I	Société Civile Immobilière
S.C.M	Société Civile de Moyens
S.R.O.S	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.U.D	Syndicat « Solidaires, Unitaires, Démocratiques »
T.2.A	Tarifcation à l'activité
U.P.A.T.O.U	Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

## INTRODUCTION

Comme nombre de systèmes sanitaires européens, le système hospitalier français est marqué par la dualité public-privé. Au 31 décembre 1999 on comptait en France 3171 établissements ou entités juridiques sanitaires se partageant entre le secteur public (1032 établissements publics de santé) et le secteur privé (1386 établissements sous Objectif Quantifié National et 753 sous Dotation Globale).

A la fin de l'année 1999, la Mission recherche (MiRe) de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)<sup>1</sup> a lancé un programme de recherche sur les « restructurations hospitalières ». La problématique du programme reposait sur le fait que l'absence de référentiel, de sens ou de ligne directrice était constatée par l'ensemble des protagonistes et que par ailleurs, les échecs des réformes précédentes pouvaient être attribués à ce manque. Il s'agissait donc de s'interroger sur les raisons de ce manque et d'analyser les conditions de l'émergence d'une « politique hospitalière ». Ce travail se décomposait en quatre axes, chacun reposant sur une hypothèse. Le premier axe devait permettre de mettre « de l'ordre dans la diversité » des situations, ce qui supposait que la diversité des situations des opérations de restructuration était due à la mise en œuvre de logiques différentes par des protagonistes qui ont des rationalités différentes. Ensuite, il fallait s'assurer que la multiplication des outils de pilotage allait dans le sens d'une vision intégrée des changements ; cet axe reposait sur l'idée que la visibilité et la cohérence des systèmes d'information, de contrôle et de gestion pouvaient être questionnés. Par ailleurs, l'analyse de l'impact des restructurations sur les pratiques et sur les apprentissages s'appuyait sur l'hypothèse selon laquelle, au cours des négociations sur les restructurations, de nouveaux acteurs pouvaient émerger et donc de nouvelles sources de légitimité. Enfin, la question de l'emploi hospitalier, en passe de devenir un enjeu majeur, reposait sur l'hypothèse selon laquelle le travail allait bientôt devenir l'enjeu majeur de la dynamique de rationalisation gestionnaire de l'offre de soins.

La diversité des situations semble liée, en France, à la polysémie du terme de « restructuration ». Sur le terrain, ce terme désigne à la fois des formes dures de réorganisations (fusions, fermetures, réduction de ressources ou de personnels), même si elles ne sont pas effectives, et des formes plus douces et plus souvent concrétisées, qui ne mettent pas en cause l'existence des structures proprement dites. Il semble bien que

le terme de « recomposition » est préféré à celui de « restructuration » par les chercheurs. C'est aussi ce terme qui a été choisi par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) pour présenter en 1999 son « Atlas des Recompositions Hospitalières », basé sur les informations fournies par les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation) et concernant les opérations en projet ou en cours à l'époque<sup>2</sup>. Ce choix de sémantique vise certainement à apaiser les tensions qui entourent le terme même de « restructuration » ; mais il s'agit aussi peut-être de traduire une réalité statistique. En effet, selon certaines études, le maintien global du nombre d'établissements, le léger accroissement de l'emploi dans le secteur hospitalier et l'augmentation régulière des moyens plaident pour une recomposition plutôt que pour une restructuration selon des critères que l'on retrouve dans le secteur secondaire. La comparaison avec d'autres pays développés montre la spécificité de la France puisque nombre de pays organisent la fermeture d'établissements dont la capacité est inférieure à un certain seuil. Hormis pour les maternités, une telle politique volontariste n'a pas été décidée en France, ce qui explique la large place qui est laissée à la procédure et à la négociation locale. Ce passage de la « restructuration » à la « recomposition » de l'offre de soins cherche aussi à montrer que l'hôpital est désormais une organisation éclatée, confrontée à la fois à l'industrialisation croissante et au consumérisme naissant.<sup>3</sup> Cette politique nationale de mutation de l'offre de soins, que la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins appelle « recomposition de l'offre hospitalière », est définie comme « *un mouvement inéluctable que les pouvoirs publics accompagnent pour répondre de manière optimale aux besoins de la population (...), préserver la qualité dans l'intérêt du malade au meilleur coût, par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers* ». <sup>4</sup> Le terme employé par la DHOS n'est pas complètement stabilisé puisque l'on trouve à la fois restructuration et recomposition même si ce dernier terme est privilégié. Les autres acteurs, responsables syndicaux, personnels, cadres hospitaliers parlent plus fréquemment de restructurations. Le flou qui entoure le sens et les objectifs de cette politique nationale permet la négociation, la recherche de compromis avec les acteurs sociaux tout en ne soulignant pas trop fortement les contradictions potentielles.

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

<sup>2</sup> Une deuxième version a été éditée en 2002 ; la troisième est actualisée de façon continue et elle est accessible sur le site Internet du Ministère de la Santé

<sup>3</sup> MOSSÉ P. et PARADEISE C. *Restructurations de l'hôpital ; recomposition des hôpitaux : Réflexions sur un programme*. RFAS n°3, Juillet-septembre 2003.

<sup>4</sup> DHOS, Note sur les restructurations hospitalières, juin 1998, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale

Deux conceptions des démarches de restructurations hospitalières cohabitent et sont mises en œuvre parallèlement. Une démarche descendante a pour objectif la maîtrise et la réduction des coûts hospitaliers depuis le vote de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie) par le Parlement jusqu'à l'allocation des ressources aux établissements de santé par les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation). La seconde conception, qui poursuit l'allocation optimale des ressources en fonction des besoins de santé, privilégie une démarche ascendante ; elle est articulée autour de la négociation avec les acteurs aux différents niveaux et des indicateurs qualitatifs. Au niveau régional, la rencontre de ces deux démarches au niveau de l'ARH permet la transformation du système hospitalier, malgré les résistances au changement constatées sur le terrain. En effet, l'affichage d'une politique nationale de maîtrise des dépenses de santé de la DHOS permet localement aux directeurs d'ARH de ne pas avoir à justifier plus avant leurs projets de restructurations et d'utiliser cette contrainte objective pour faire pression sur les directeurs d'hôpitaux et les personnels. A l'inverse, l'absence de doctrine nationale claire ( le flou sémantique en est une composante) rend possible le développement de négociations et la construction d'arrangements locaux.

Ce contexte explique la lenteur inhérente à ce type d'opérations ; en effet, c'est une caractéristique qu'on retrouve dans toutes les opérations de rapprochement entre établissements de santé. Il semble que cette lenteur soit renforcée dans le cas de rapprochements de structures de statuts différents, comme c'est le cas pour les rapprochements entre hôpitaux et établissements privés à but lucratif. La durée dans laquelle s'inscrivent ces opérations s'explique notamment par les fortes résistances mises en œuvre par les acteurs qui mettent en avant les différences culturelles qui séparent ces deux mondes que sont le « public » et le « privé ». Une des conséquences majeures de la lente mise en œuvre de ces opérations de rapprochement est la jeunesse de ces coopérations ; si le système hospitalier français fait l'objet depuis une vingtaine d'années de tentatives de rationalisation, il ressort cependant que très peu de cas concrets peuvent être observés et analysés. Cette jeunesse empêche les établissements qui vont faire l'objet de coopération de prendre le recul suffisant pour bénéficier de l'expérience de leurs aînés. Or cette caractéristique handicape particulièrement ces établissements qui doivent faire face à de nombreuses difficultés lors de ces opérations de coopération (avant et pendant leur mise en place). Ainsi, la difficulté première qui est soulignée par tous les acteurs impliqués est l' « obstacle culturel », c'est à dire les différences fondamentales qui séparent les logiques et fonctionnements des hôpitaux et des cliniques. Cet obstacle est d'ailleurs un problème récurrent dans toutes les opérations de changement, mais il est renforcé dans le cas de rapprochement public / privé. D'autres difficultés sont soulevées lors de ces coopérations, qu'elles soient de nature juridique, financière ou

méthodologique. Malgré les avancées juridiques autour du nouveau Groupement de Coopération Sanitaire, les acteurs avancent les incertitudes qui subsistent autour de cet outil juridique ; des décrets d'application devraient clarifier certains points. En outre, la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A) vient renforcer les inquiétudes des directeurs d'hôpitaux concernant l'accompagnement financier de ces opérations. Enfin, une difficulté majeure réside aussi dans le management du changement par les directeurs d'hôpitaux quand ce changement est imposé par la tutelle et que celle-ci accompagne peu les structures impliquées. Devant l'étendue des difficultés soulevées, les opérations de coopération public / privé peuvent apparaître comme des outils de rationalisation de l'offre de soins impossibles à mettre en place. Pourtant, ces cas se multiplient ; la région des Pays de la Loire est particulièrement riche d'exemples de rapprochement entre un hôpital public et une clinique privée avec partage d'activité, la chirurgie revenant au secteur privé. Ainsi, le Centre hospitalier Côte de Lumière implanté aux Sables d'Olonne a dû emprunter la voie du CH de Fontenay-le-Comte, de Saumur et de Châteaubriant notamment. Pour toutes ces opérations de recomposition de l'offre de soins, plusieurs composantes sont à prendre en compte : l'organisation des soins, les ressources humaines, les éléments financiers, logistiques...L'étendue du champ couvert par ces opérations permet de comprendre l'enjeu qu'elles représentent et l'intérêt qu'elles suscitent. De plus, les modalités d'action et les limites à cette action des différents protagonistes impliqués dans ces opérations sont sources d'intérêt. « *Cette responsabilité que nous avons dans le changement explique et justifie l'intérêt, et même la passion, que nous apportons tous à la discussion des problèmes de changement. Elle constitue notre principal problème d'acteur possédant une certaine liberté dans un monde qui nous est, d'autre part, donné.* »<sup>5</sup> Dans ce contexte, il semble pertinent de s'interroger sur la manière de manager le changement pour surmonter ces obstacles et faire en sorte que ces coopérations puissent être viables. Quel rôle peut avoir le directeur d'hôpital dans la mise en œuvre d'opérations de rapprochement, bien souvent imposées par la tutelle ? Comment ces opérations de coopération devraient-elles être menées pour qu'elles permettent une optimisation de l'offre de soins qui réponde donc aux besoins de santé des bassins de population ?

Le contexte régional et local, qui s'inscrit dans une lignée nationale, est a priori favorable à un rapprochement public/privé (1) ; une fois dépassé la théorie, on s'aperçoit que la coopération public / privé est une construction technique à l'épreuve de la pratique qui soulève de nombreuses difficultés (2). Finalement, ce type de coopération peut être un

---

<sup>5</sup> CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Edition Seuil (Sociopolitique), Paris 1977

outil de rationalisation de l'offre de soins sous certaines conditions : il convient que la préparation en amont du changement soit bien gérée, que ce changement soit véritablement managé en interne et que des garanties soient apportées pour que l'opération soit viable et pérenne. (3)

# **1 UN CONTEXTE REGIONAL ET LOCAL A PRIORI FAVORABLE À UN RAPPROCHEMENT PUBLIC/PRIVE**

Plusieurs éléments semblent plaider en faveur d'un rapprochement entre un établissement public de santé et un établissement privé (à but lucratif concernant l'analyse présente) ; tout d'abord, le contexte régional qui ne fait que refléter la politique nationale est favorable à ce rapprochement. Par ailleurs, le contexte local du Pays des Olonnes peut aussi être perçu comme favorisant cette opération.

## **1.1 Un contexte régional qui s'inscrit dans une lignée nationale**

L'objectif national de rationalisation de l'offre de soins trouve sa déclinaison au niveau régional ; d'ailleurs, le cas des Sables d'Olonne a été précédé par d'autres exemples dans la région des Pays de la Loire (Fontenay-le-Comte, Châteaubriant et Saumur).

### **1.1.1 La rationalisation de l'offre de soins : un objectif national décliné au niveau régional**

Rationaliser et optimiser l'offre de soins est un objectif majeur des politiques nationales de santé depuis plusieurs années ; au niveau de la région des Pays de la Loire, cet objectif est décliné dans le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de deuxième génération.

#### **A) Une politique nationale**

Cette politique nationale de rationalisation de l'offre de soins se traduit par des incitations fortes qui s'appuient sur plusieurs facteurs explicatifs.

##### **a) *Des incitations nationales fortes***

La création des Agences Régionales de l'Hospitalisation par l'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a permis une définition de

politiques de santé au niveau régional (définition des priorités de santé publique par exemple). Afin de permettre à l'échelon régional d'avoir une plus grande latitude pour déterminer le champ de la révision des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, l'arrêté du 31.03.1992 qui fixait le contenu obligatoire des SROS a été abrogé. Cependant, l'échelon national oriente fortement les politiques régionales qui sont traduites dans les SROS ; ainsi, la Circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du 26.03.1998 relative à la révision des SROS fixe trois objectifs aux SROS. Parmi ces objectifs, on peut relever l'accélération de la recomposition du tissu hospitalier. Le SROS est chargé d'agir sur l'offre hospitalière régionale dans les domaines où elle apparaît excédentaire. D'une part, il s'agit de fixer des objectifs de réduction des capacités pour les installations, les équipements et activités de soins en excédent par rapport à la carte sanitaire. D'autre part, le SROS doit déterminer des plans d'action précis pour la mise en œuvre de ces objectifs, notamment en favorisant les complémentarités ou les coopérations entre les établissements de santé.

Il est également précisé, dans cette même Circulaire, que l'annexe du SROS décrit les opérations de recomposition qui sont indispensables et pour lesquelles il apparaît que seule son opposabilité juridique est de nature à permettre la conduite des opérations.

b) *Les raisons de cette politique de promotion des coopérations public / privé*

Il convient de tenter de comprendre les arguments avancés pour justifier cette politique nationale marquée par le souci de développer les opérations de complémentarité.

L'enjeu des restructurations hospitalières<sup>6</sup> est souvent présenté comme étant le motif économique : le critère de sélection des établissements faisant l'objet de restructuration serait la différence de productivité d'un établissement à un autre de taille comparable. Cependant, on se rend vite compte que l'effort de rationalité économique doit être autant recherché au niveau de chaque établissement que dans des économies, d'un montant somme toute limitée, liées à l'arrêt de certaines activités dans les petits établissements. En effet, dans le système de financement précédent de dotation globale, environ 15 à 20 % des moyens de chaque région allaient aux petits établissements (le reste étant réparti entre les Centres Hospitaliers Universitaires, les Centres Hospitaliers de référence et les

---

<sup>6</sup> BROUDIC P. (DARH Champagne-Ardenne) *Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne-Ardenne*. RFAS avril-juin 2001 n°2

Centres Hospitaliers Spécialisés). On voit donc que les établissements qui font l'objet de restructurations ne sont pas les établissements qui représentent les coûts les plus importants pour les ARH. La vision simpliste qui consiste à affirmer que la concentration hospitalière permet les économies n'est pas la raison principale des restructurations. Si l'on s'intéresse aux conséquences de ces opérations, on s'aperçoit que l'impact social est globalement faible : l'emploi est globalement conservé, par redéploiement et requalification. Les fusions ne dégagent pas d'économie immédiate : on peut même observer des surcoûts nets d'investissement et de fonctionnement liés à des aménagements immobiliers d'envergure, à la requalification du personnel, et au renforcement du personnel médical et soignant. Enfin, il ne faut pas négliger le coût de réaménagement des organisations en place, c'est à dire le coût caché de type social (1/2 point d'absentéisme supplémentaire absorbera les 8 postes économisés).<sup>7</sup>

Cependant, il convient de reconnaître que la politique nationale s'appuie sur l'argument des économies d'échelle que permet ce type d'opérations. La croissance des normes de sécurité imposées aux établissements (dans les domaines de la sécurité anesthésique, l'hémovigilance, la sécurité périnatale, la lutte contre les infections nosocomiales, la stérilisation...), ajoutée aux exigences de plus en plus fortes formulées par les usagers supposent de lourds investissements en matériel et des besoins en personnel renforcés. Il peut donc être intéressant pour des établissements publics et privés de mutualiser ces missions. Il n'est pas certain non plus que ce soit la chasse systématique aux lits supplémentaires qui justifie les politiques de restructuration ; en effet, d'autres facteurs opèrent déjà : la réduction de la Durée Moyenne de Séjour (DMS), le développement de l'ambulatoire...

On peut donc se demander quelles sont les raisons exactes qui expliquent le développement des restructurations hospitalières ; selon Patrick BRAOUDIC, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Champagne-Ardenne en 1999, la raison principale est «la recherche de l'optimum économique, social et technique dans un secteur d'activité dont le poids économique – 300 milliards de francs (45 milliards d'euros), 700 000 salariés – est considérable, dont la composante technique est très forte et dont les évolutions sont rapides. ». Le problème qui se pose est alors de savoir qui va définir cet optimum.

---

<sup>7</sup> ENSP – Réseau d'Appui aux Restructurations (RAP) : groupe de réflexion sur la recomposition hospitalière

L'hypothèse selon laquelle le rapprochement des structures supprimerait des doublons et dégagerait des économies est contestée par le Ministère lui-même dans un bilan publié en octobre 1999.<sup>8</sup> Depuis 1997, le facteur déterminant qui est affiché est davantage la sécurité sanitaire, notamment dans le cas des fermetures de petites maternités. Ce sont donc les facteurs d'évolution technique et la raréfaction des ressources médicales qui ont remplacé les arguments économiques dans le discours politique qui justifie les restructurations hospitalières.

A l'échelon régional, les Agences Régionales d'Hospitalisation contribuent fortement à ce phénomène de développement des coopérations. Ainsi, dans le cadre des annexes opposables des SROS, de fortes incitations sont observées. Cette démarche est justifiée par des évolutions du bassin de population, une activité déclinante (une chirurgie publique qui serait moins performante que la chirurgie privée) ; elle est souvent perçue comme imposée et son acceptation par les acteurs locaux, personnel, direction, élus, est rendue plus difficile.

Mais certains établissements cherchent aussi à s'inscrire dans des démarches de rapprochement afin de mutualiser leurs moyens et ainsi trouver une solution à leurs difficultés financières. Au niveau local, la volonté d'assurer la pérennité, voire la survie dans certains cas, de structures menacées de disparition est bien souvent un argument avancé. Dans ce cas, il s'agit davantage de rapprochements de raison, correspondant à une nécessité plus qu'à un désir de travailler en collaboration. Il s'agit de maintenir une offre de soins locale de qualité.

Enfin, la difficulté rencontrée par les chefs d'établissements pour recruter du personnel médical et paramédical depuis quelques années peut aussi conduire à des rapprochements entre établissements.

Certains chercheurs à l'IRES (Institut de Recherches Économiques et Sociales)<sup>9</sup> ont tenté de rapprocher les objectifs des restructurations hospitalières de ceux poursuivis par les restructurations industrielles. La recherche d'une rentabilité financière dans le secteur privé peut être rapprochée de la volonté de rationaliser l'offre de soins sur la base de la réduction des capacités et d'une maîtrise des coûts. L'adaptation aux évolutions technologiques se traduit à l'hôpital par la création de nouveaux plateaux techniques ou la

---

<sup>8</sup> DHOS. *Bilan de la recomposition de l'offre hospitalière pour la période 1994-1999*. Octobre 1999

<sup>9</sup> VINCENT C. et VOLOVITCH P. *Les syndicats face aux restructurations hospitalières*. RFAS Juillet-septembre 2003, n°3

réduction des durées moyennes de séjour. De même, on peut rapprocher la mise en œuvre d'une stratégie concurrentielle de long terme (recherche de parts de marché) dans l'industrie et le recentrage des activités hospitalières sur les soins spécialisés, par l'externalisation de fonctions logistiques ou le recours à la sous-traitance. Il s'agit évidemment d'être prudent avec ce type de comparaison et ne pas oublier la spécificité du système hospitalier dont l'objectif premier est de concourir à la protection de la santé.

Cette politique nationale qui vise à encourager les restructurations hospitalières en général se décline au niveau de la région des Pays de la Loire par une promotion des rapprochements entre structures publiques et structures privées.

## B) L'illustration dans le SROS II 1999-2004 de la région Pays de la Loire

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la région Pays de la Loire pour la période 1999-2004 s'intitule *Organiser pour mieux soigner*. Il cherche à répondre à quatre grands principes de solidarité : la qualité, l'accessibilité, la subsidiarité et la complémentarité. Il convient de s'attarder sur le dernier de ces principes, le principe de complémentarité qui poursuit l'objectif de «contrer un défaut majeur du système de santé : la segmentation ». <sup>10</sup> Alors que le SROS considère que pour les grandes agglomérations (Nantes, Angers, Le Mans), une concurrence entre établissements publics et privés est possible, il n'en va pas de même pour les petites villes. Il est nécessaire de regrouper les compétences médicales, de répartir les activités et de conserver un seul plateau technique. La complémentarité doit se construire sur une base géographique pertinente et cohérente ; c'est pourquoi le SROS a mené une analyse des bassins de population et de leurs évolutions selon des critères géographiques et démographiques. On aboutit ainsi à quatre types d'établissements et donc à quatre types de réponse en termes de complémentarité, en fonction de la taille, de la densité démographique de ces bassins et de l'existence ou non d'un ou de plusieurs établissements de santé. Ces quatre catégories d'établissements peuvent être définis ainsi :

- les établissements d'immédiate proximité : il s'agit des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers dépourvus de services d'urgences et de chirurgie, et des centres de soins de suite

---

<sup>10</sup> SROS Pays de Loire 1999-2004, *Organiser pour mieux soigner* (page 14)

- les établissements de proximité assurant une ou des activités de court séjour et participant à la prise en charge des urgences. Ces établissements sont implantés dans des bassins d'attraction allant de 30 000 à 120 000 habitants. On en dénombre quinze dans la région, parmi lesquels Châteaubriant, Saumur, Fontenay-le-Comte et les Sables d'Olonne. Certains de ces bassins comptent à la fois un établissement de santé public et une clinique privée qui disposent chacun d'un plateau technique (bloc opératoire, stérilisation...). Pour permettre une complémentarité et un regroupement des moyens matériels, humains et budgétaires entre ces établissements, le SROS a arrêté quelques principes. La priorité doit être donnée aux activités d'urgence et de médecine ; un seul plateau technique de court-séjour doit être conservé ou construit. Dans ce cas, si une activité revient au secteur privé, une concession de service public devra être envisagée. Il faut encourager l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire. Enfin, l'activité obstétricale devra être maintenue seulement dans les plus gros bassins de population. Les objectifs sont clairement énoncés : il convient de rétablir l'attractivité de ces pôles, en collaboration avec la médecine de ville, et de rationaliser l'activité en redéployant des moyens sur des activités nouvelles, répondant aux besoins des bassins de population correspondants.
- les établissements situés dans des agglomérations moyennes (c'est le cas de Saint-Nazaire, La Roche sur Yon, Laval et Cholet). Pour ces sites, la concurrence et la complémentarité doivent permettre d'optimiser l'offre de soins.
- les établissements situés dans les trois grosses agglomérations (Nantes, Angers, Le Mans).

Par ailleurs, concernant le Pays des Olonnes, objet de la présente analyse, le SROS comporte une annexe visant la répartition des activités médico-chirurgicales :

	Nombre actuel d'unités	Regroupement d'unités	Nombre d'unités à 5 ans
Médecine cardiologique	2	1	1
Chirurgie viscérale et digestive	2	1	1
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2	1	1
Chirurgie gynécologique	2	1	1

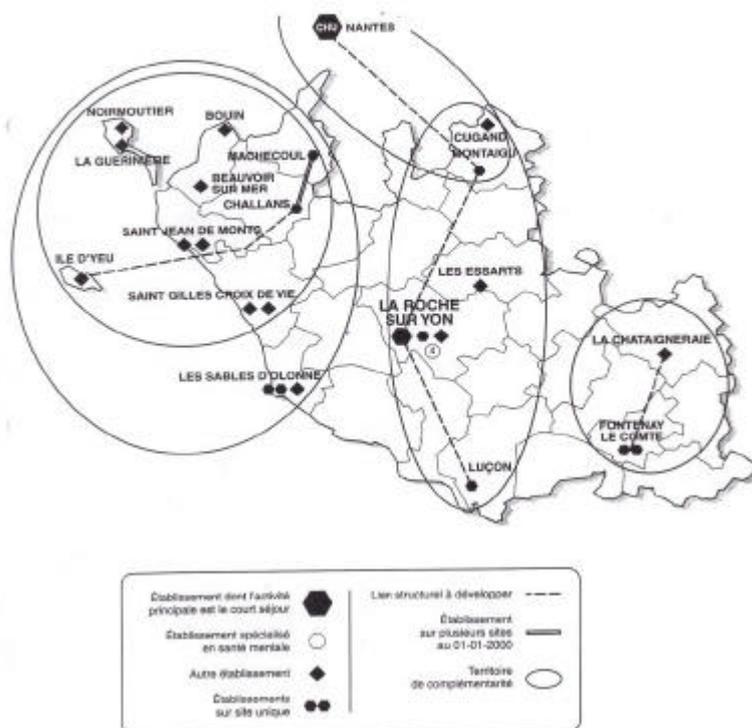
Le SROS définit une « unité » comme une « *entité organisationnelle caractérisée par la présence et l'exercice d'une spécialité médicale ou chirurgicale* ». La gestion de cette

unité peut être exercée par plusieurs établissements sur un même site géographique. Pour chaque spécialité, le SROS retient donc une entité et un site.

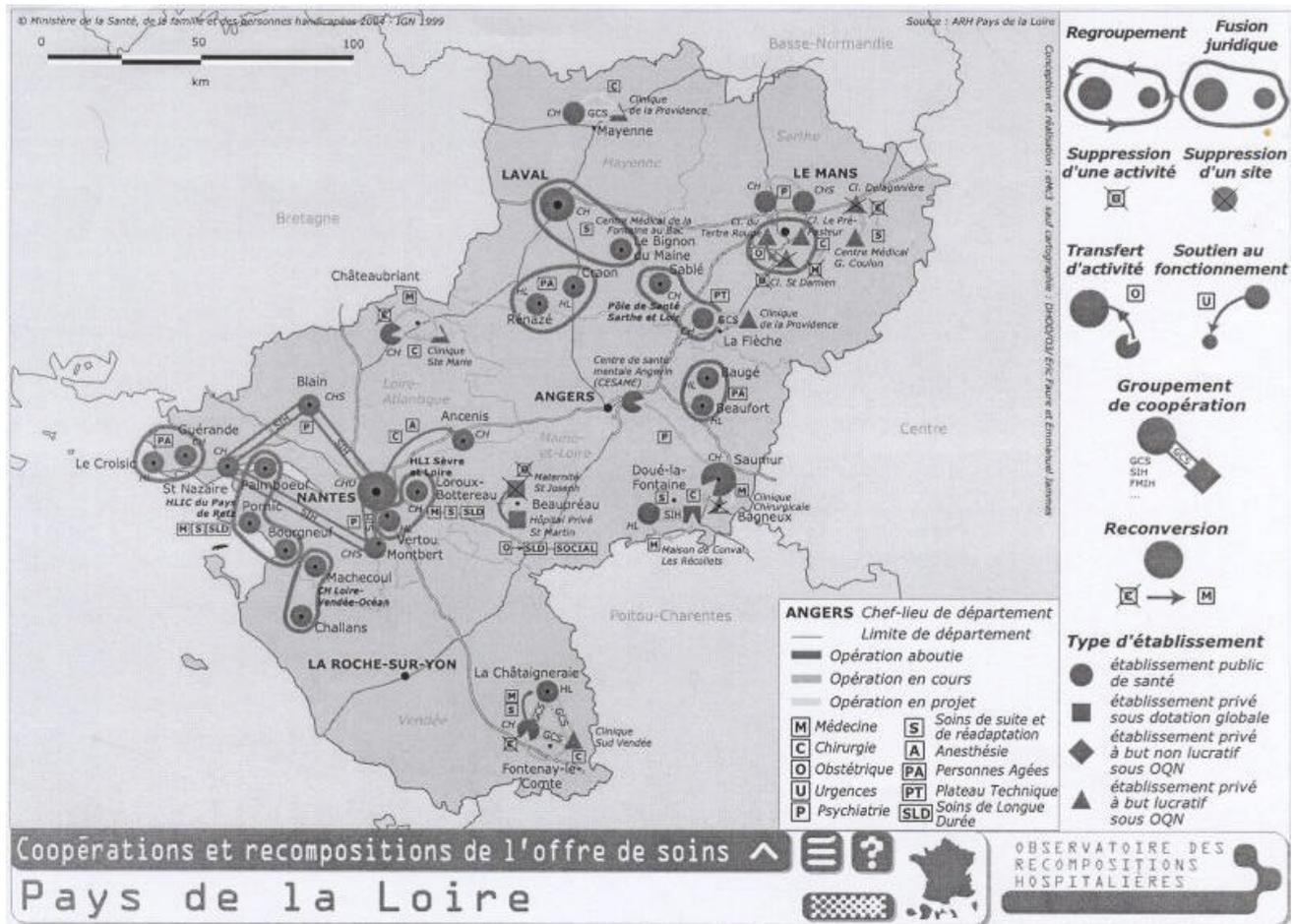
En outre, l'addendum du SROS, intitulé *Les cartes de complémentarité*, décrit le secteur sanitaire de La Roche sur Yon, qui couvre presque tout le département de la Vendée, comme le secteur présentant le plus grand nombre d'agglomérations sièges de plateaux techniques de court séjour alors qu'il ne compte pas la population la plus nombreuse. On voit donc que tout au long du SROS 1999-2004, il est clairement fait état de la volonté régionale de rationaliser l'offre de soins par des opérations de rapprochement entre le secteur public et le secteur privé. Le Pays des Olonnes est désigné dans ce document comme un des sites où il apparaît nécessaire de réfléchir à une nouvelle répartition des activités de soins entre le Centre hospitalier et la clinique et d'envisager un plateau technique commun.

Dans la région des Pays de la Loire, le cas des Sables d'Olonne n'est pas un cas isolé : il s'inscrit dans la poursuite de rapprochements déjà effectués ou en cours.

## Le secteur sanitaire de LA ROCHE-SUR-YON à l'horizon 2004



## 1.1.2 Des antécédents dans la région



Trois exemples ont été retenus pour illustrer cette politique au niveau de la région des Pays de la Loire : Fontenay-le-Comte, Châteaubriant et Saumur.

### A) Fontenay le Comte

À Fontenay-le-Comte, située en Vendée également, l'opération a été initiée à partir de 1996-1997 à partir d'une réflexion commune de l'hôpital et de la clinique. Il s'agit d'une concession de service public accordée à la clinique pour l'exercice exclusif de la chirurgie et de la construction d'un pôle de santé unique.

#### a) Contexte

Le Centre hospitalier de Fontenay-le-Comte avait une capacité de 246 lits et places et la clinique Sud-Vendée de 73 lits et places. La clinique, avec une capacité de 60 lits, n'appartient pas à un groupe, mais à des actionnaires locaux (médecins, chirurgiens,

anesthésistes). Dans les années 1990, elle a été confrontée à des difficultés pour maintenir son équilibre financier, comme nombre de petites structures privées, qui doivent faire face à des coûts de structure élevés.

Ces difficultés ont amené le Président Directeur Général de la clinique à s'interroger sur l'avenir de son établissement, et ainsi à prendre contact avec la Mairie de Fontenay-le-Comte pour tenter de trouver des solutions.

Le Centre Hospitalier, quant à lui, connaissait d'importantes difficultés financières. Cependant, le Centre hospitalier maintenait son activité à un bon niveau et la valeur du point ISA se situait dans la moyenne.

La mise en évidence de ces difficultés coïncide avec la création des ARH en 1996. Dans la région des Pays de la Loire, l'ARH voit très vite en Fontenay-le-Comte le site possible d'une expérience originale de rapprochement public/privé. Un nouveau chef d'établissement est nommé au Centre hospitalier, avec pour mission de mener à bien cette opération de restructuration.

Une des particularités des deux établissements de santé situés à Fontenay-le-Comte est la faiblesse des liens entretenus par les deux établissements avec d'autres établissements plus importants de la région. En effet, la clinique n'a pas de lien avec la clinique Saint Charles de la Roche sur Yon (puisque'elle n'appartient à aucun groupe) et le CH a finalement peu de relations avec le Centre Hospitalier Départemental (CHD) de La Roche sur Yon ou le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Le seul appui éventuel serait le CH de Niort mais il fait partie de la région Poitou-Charentes et non des Pays de la Loire. Cette faiblesse des liens avec d'autres établissements se traduit logiquement par un faible taux de fuite : en 2002, plus des 2/3 du bassin de population de Fontenay le Comte (80 000 habitants) se faisaient soigner soit au CH soit à la clinique de Fontenay. Le 1/3 restant concernait essentiellement des activités non couvertes par l'offre de soins de Fontenay (chimiothérapie, hémodialyse...).

#### *b) Vers une opération de recomposition*

Une fois les difficultés de chaque établissement connues, il s'est agi d'engager un véritable travail de conviction à l'égard de l'équipe médicale, du personnel non-médical du Centre Hospitalier et de la population.

Ainsi, un Contrat d'Objectifs et de Moyens a été signé, accompagné d'un nouveau programme lits. Suite à des discussions entre le CH et la Clinique, le projet a fait l'objet d'un passage commun en CROSS. Enfin, un accord-cadre a été signé, définissant le rôle de chacun, les objectifs généraux et la répartition des activités.

Concernant le personnel médical, le chirurgien du CH s'est opposé au projet et a donc été muté d'office par la tutelle dans un autre établissement public. Il refusait de travailler avec le secteur privé et le projet ne lui paraissait pas justifié puisque l'activité publique de chirurgie ne posait pas réellement de problème.

L'ARH a donné l'autorisation à une structure nouvelle. Suite à des discussions sur l'implantation de cette structure, c'est finalement un terrain de la clinique qui a été retenu. Le CH a été peu aidé financièrement : l'autofinancement n'était pas possible pour l'investissement, 4/5èmes ont été financés par l'emprunt et 1/5ème par subvention. Le CH a assuré la maîtrise d'ouvrage. Pour les coûts d'exploitation, la fermeture de la chirurgie devait être reportée sur l'activité des urgences, le report de charges et la structure nouvelle. Financièrement, l'opération a été difficile pour le CH de Fontenay le Comte et l'inquiétude reste grande avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité, système dans lequel ce sont les recettes, et donc l'activité, qui détermineront les dépenses.

Jusqu'en 2003, la chirurgie urgente était maintenue au CH. L'argument avancé était la « distance » séparant les deux établissements (500 mètres). Ainsi, le bloc et le personnel étaient maintenus sur le site public pour la chirurgie urgente et l'activité gynécologique. Finalement, la question de savoir pourquoi la chirurgie programmée ne resterait pas au CH a été posée. En effet, les charges de structure restaient constantes mais l'activité était en baisse (à cause de la chirurgie programmée concédée à la clinique), ce qui a entraîné une augmentation de la valeur du point ISA et donc une sous-dotation de l'établissement. Au 1<sup>er</sup> juillet 2003 le nouveau chef d'établissement du Centre hospitalier a pris la décision de supprimer toute l'activité chirurgicale publique (« *les lits étaient en fait occupés par des patients de médecine ainsi que par des patients de chirurgie privée dont la clinique ne voulait pas* »<sup>11</sup>). Le nouveau site a été construit entre le printemps 2002 et juillet 2004. Outre Fontenay-le-Comte, Châteaubriant est certainement un des cas les plus avancés.

---

<sup>11</sup> Entretien réalisé avec M.Marc HECTOR, Directeur du CH de Fontenay -le-Comte

## B) Châteaubriant

### a) *Contexte*

La ville de Châteaubriant et les communes alentour sont habitées par 100 000 habitants environ ; elle est située à plus de 60 kilomètres du pôle nantais. Deux établissements de santé sont localisés à Châteaubriant : le Centre Hospitalier et la clinique Sainte-Marie qui y est implantée depuis de nombreuses années.

Le CH est un établissement longtemps tenu en sommeil par des temps partiels soucieux de ne pas développer de concurrence ; la clinique est très active, elle a été créée à la fin des années 1960 par des chirurgiens qui ont quitté l'hôpital au moment du choix du temps plein. Les radiologues hospitaliers à temps partiels ont des intérêts économiques très liés à la SCM de radiologie ; deux d'entre eux sont en outre des actionnaires importants de la Société Civile Immobilière propriétaire de la clinique.

Ces deux établissements sont confrontés à des difficultés : le CH souffre de la faiblesse de sa chirurgie avec des taux d'occupation insuffisants, de la perte de technicité des praticiens en place et de la difficulté de recrutement renforcée par la concurrence des grands centres. Les deux établissements voient leurs patients s'orienter vers ces grands centres. Enfin, les équilibres financiers de la clinique sont fragiles, comme ceux de nombreux établissements privés de petite taille.

### b) *Le partage d'activités*

Ainsi, il apparaît évident pour les deux établissements que leur survie dépend d'un partage d'activité et d'un regroupement. En 1998, un protocole d'accord entre le CH et la clinique est signé avec un projet médical commun reposant sur un partage d'activité : la médecine, les urgences, la pédiatrie et la gynécologie - obstétrique sont prises en charge par le CH doté de moyens supplémentaires et les activités chirurgicales sont prises en charge par la clinique dans le cadre d'une concession de service public. Le partage est effectif à partir du 01.01.1999 ; contrairement au cas de Fontenay-le-Comte, peu de temps s'est écoulé entre la signature de l'accord et la concession effective de la chirurgie à la clinique privée. Il n'y a pas eu de longue période transitoire où la chirurgie urgente continuait à être réalisée au CH. Le Dr Grall, chef du département Urgences-Médecine au CH de Châteaubriant et président de la Conférence régionale des Commissions

médicales d'établissement Santé Pays de la Loire explique que "l'enjeu [était] de maintenir l'offre de soins dans la région en additionnant les forces et en dotant chaque établissement, public ou privé, d'une structure stable pour se développer<sup>12</sup>." Le SROS II de 1999 précise que : « *le rapprochement public-privé sur Châteaubriant devrait conduire au regroupement sur un seul site des plateaux techniques en 2002, avec un partage clair des activités déjà réalisé.* »

Une fois ce partage d'activités réalisé, le regroupement sur un seul site a été beaucoup plus problématique. En 1998, la clinique propose sa reconstruction sur le site de l'hôpital et demande d'importants financements ; deux ans plus tard, ses difficultés financières et de recrutement l'incitent à proposer de créer une clinique ouverte avec la constitution d'un GCS pour la gestion d'un plateau technique commun. Elle refuse aussi de payer le loyer. Mais l'ARH refuse parce que les garanties sur l'engagement des actionnaires de la clinique, sur le redressement de l'équipe médicale encore incomplète et sur l'équilibre financier lui semblent insuffisantes. Aujourd'hui, un accord cadre alternatif en cours de négociation prévoit la reconstruction de la chirurgie sur le site de l'hôpital, le recrutement de 3 chirurgiens et un tour de table pour le financement. L'équipe médicale compte désormais 21 praticiens temps plein, contre 7 en 1998. En outre, des services de proximité en pneumologie, diabétologie, endocrinologie, hématologie, hygiène et soins palliatifs ont été créés, ce qui a permis d'ouvrir de nouveaux postes de praticiens. L'heure est maintenant au rapprochement physique, la clinique étant sur le point de rejoindre l'hôpital sur son site. Enfin, l'exemple de Saumur montre la lenteur de ce type d'opération puisqu'on est encore loin du rapprochement physique des deux sites sur un seul et même pôle de santé.

C) Saumur

a) *Contexte*

La ville de Saumur compte environ 30 000 habitants mais le territoire de santé en compte 110 000 ; il s'agit d'une population relativement défavorisée au plan économique. La ville est à égale distance de 3 CHU : Angers, Tours et Poitiers. Le Centre hospitalier de Saumur a une capacité de 441 lits et places dont 235 en MCO (Médecine, Chirurgie,

---

<sup>12</sup> Revue Santé Pays de la Loire n° 49 - Janvier-Février 2003 Comment décroiser l'hôpital ? Cas concret : « Un mariage mixte » (l'exemple de Châteaubriant)

Obstétrique). C'est le 3<sup>ème</sup> CH du Maine et Loire après Angers (CHU) et Cholet. Selon le chef d'établissement du CH de Saumur<sup>13</sup>, « *Saumur est dans un désert sanitaire* », la distance est importante avec les CHU d'Angers, de Poitiers et de Cholet. Jusqu'en 1997, la ville de Saumur comptait trois plateaux de chirurgie et deux maternités répartis entre le Centre hospitalier et deux cliniques. De 1977 à 1999 s'est réalisé le regroupement des capacités d'obstétrique au bénéfice du CH et l'absorption de l'une des cliniques par l'autre.

La force du CH de Saumur est son pôle mère-enfant qui comptabilise 1440 naissances par an, ce qui représente 19 % des naissances du secteur sanitaire Angers –Saumur. C'est une maternité de niveau 1 qui va passer en niveau 2A (et donc avoir un service de néo-natologie). Quant au service d'urgences, il enregistre 18 000 passages par an, soit 22% des passages aux urgences du secteur sanitaire Angers-Saumur. La clinique de Bagneux n'appartient pas à un groupe, tout comme la clinique de Châteaubriant et de Fontenay-le-Comte. Le constat de l'activité chirurgicale déclinante et des difficultés de recrutement du Centre Hospitalier et des difficultés financières de la clinique persuade l'ARH que Saumur doit faire partie des villes moyennes où un partage d'activités entre la structure publique et la structure privée est souhaitable.

#### *b) Le partage d'activités*

Un accord-cadre est signé le 10.03.2000 et complété le 15.02.2002. Il convient d'un partage d'activités classique : la chirurgie revient à la clinique de Bagneux sous forme de concession de service public et la médecine, la gynéco-obstétrique (dont la chirurgie gynécologique), les soins de suite et la psychiatrie sont confiés au CH. Toutefois, une partie de la chirurgie reste au CH : la chirurgie gynéco-obstétrique et un peu de chirurgie viscérale parce que les obstétriciens du CH ne sont pas chirurgiens. En cas d' « hémorragie de la délivrance », des chirurgiens sont nécessaires.

Une fois de plus, une fois le partage d'activités effectif, se pose la question du rapprochement physique des deux structures sur un seul et même site. En 2003, la clinique envisage de reconstruire un bâtiment accolé au CH ; mais la clinique ne transmet

---

<sup>13</sup> Entretien avec Bruno HOURMAT, chef d'établissement de Saumur et Lionel PAILHE, Directeur des Services économiques et techniques

pas son projet de construction au CH et le projet dépasse largement les capacités financières de la clinique et les subventions prévues dans le cadre du plan Hôpital 2007. Le projet est donc refusé. Le CH propose alors un projet alternatif : le CH reprend toute la chirurgie sans construction d'un autre site, avec quelques travaux pour permettre une extension des blocs opératoires existants. La tutelle reprend ce projet mais en le proposant à la clinique : elle viendra travailler dans les murs du CH, sans construction d'un nouveau site. Actuellement, la clinique réfléchit à cette proposition. Cependant, elle a de grosses difficultés financières et des incertitudes demeurent donc sur sa viabilité. Pour le chef d'établissement du CH de Saumur, si des incertitudes portent sur la viabilité financière de la clinique, il vaut mieux ne pas se lancer dans le projet.

Ainsi, la région des Pays de la Loire semble appliquer de manière très concrète les orientations nationales qui encouragent les coopérations entre structures publiques et privées dans le but d'une rationalisation et d'une optimisation de l'offre de soins. Les exemples ne manquent pas dans cette région ; Fontenay-le-Comte, Châteaubriant et Saumur ont tous les trois vu leur Centre hospitalier et leur clinique se partager les activités. Dans ces trois cas, une constante est à observer : la chirurgie revient à la structure privée sous forme de concession de service public et un rapprochement physique entre les deux établissements est toujours envisagé, même si ce n'est pas toujours suivi d'une réalisation concrète dans les faits.

Dans ce contexte, le Pays des Olonnes est amené, comme le prévoyait le SROS II de 1999-2004, à mettre en place une coopération entre le Centre hospitalier Côte de Lumière et la clinique du Val d'Olonne avec un partage d'activités « classique » pour la région des Pays de la Loire.

## **1.2 Le contexte local : le bassin sanitaire du pays des Olonnes**

Le projet de rapprochement entre l'hôpital et la clinique du Pays des Olonnes remonte au SROS II de 1999-2004 ; si ses objectifs étaient clairement énoncés par la tutelle, des divergences importantes sont apparues entre les acteurs concernant la forme de ce rapprochement.

### 1.2.1 Les objectifs d'un rapprochement public/privé

Un état des lieux sur l'offre de soins du Pays des Olonnes est nécessaire pour comprendre les objectifs poursuivis par ce rapprochement.

#### A) L'offre de soins au Pays des Olonnes : état des lieux

Le Pays des Olonnes, situé sur le littoral atlantique à l'ouest de la Vendée, se compose des communes d'Olonne sur Mer, des Sables d'Olonne et du Château d'Olonne. 38 500 habitants y vivent selon le recensement INSEE de 1999. Le bassin de recrutement du Centre hospitalier Côte de Lumière dépasse cette zone de proximité puisque pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, il comprend les cantons des Sables d'Olonne, de Saint-Gilles-Croix-de-Vie, de Talmont Saint Hilaire et de la Motte Achard, soit un bassin de population de 110 000 habitants. Le Pays des Olonnes se caractérise par une forte croissance démographique, 9% entre 1990 et 1999 (taux qui est supérieur à la moyenne nationale, 3,6%, et régionale, 5,3%).

Les Pays de la Loire sont la 5<sup>ème</sup> région au plan démographique et la 17<sup>ème</sup> au plan de la démographie médicale. Concernant le nombre de lits installés pour 1000 habitants, cette région se situe au 10<sup>ème</sup> rang pour le moyen séjour, au 18<sup>ème</sup> pour la gynéco-obstétrique, au 19<sup>ème</sup> pour la chirurgie et au 20<sup>ème</sup> pour la médecine.<sup>14</sup>

Les deux établissements qui vont partager un futur commun ont leurs caractéristiques propres. Le Centre hospitalier Côte de Lumière, situé aux Sables d'Olonne, a une activité plus diversifiée que la clinique avec 170 lits de médecine-chirurgie-obstétrique et 9 800 hospitalisations par an : l'hôpital dispose également d'un secteur gériatrique, 140 lits de soins de longue durée, 120 lits de maison de retraite et d'un service de soins de suite (25 lits), ainsi que 46 lits et places de foyer pour adultes handicapés. L'hôpital emploie 627 personnes, avec 49 médecins intervenant dans l'établissement. Le plateau technique comporte un service d'urgence de type UPATOU (Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences) un service d'imagerie médicale avec scanner, un bloc opératoire de 4 salles, un bloc obstétrical de 2 salles, une pharmacie centrale à usage interne avec salle de reconstitution de cytostatiques et dépôt de sang, un service de stérilisation et un laboratoire d'analyses médicales privé lié par convention, intégré au

---

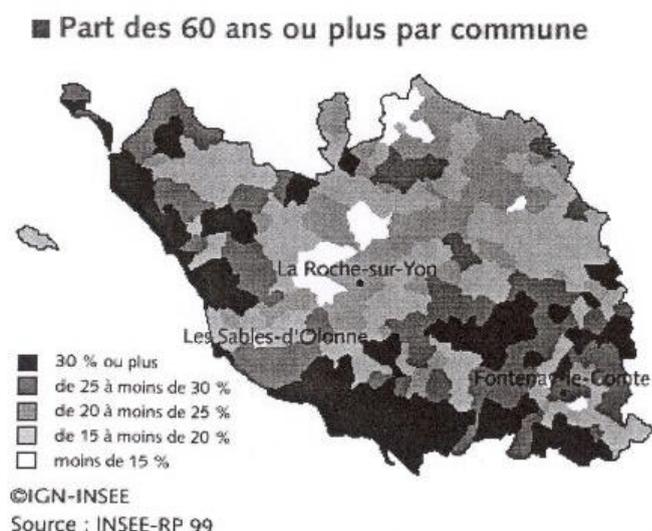
<sup>14</sup> Statistiques de l'Observatoire Régional de la Santé 2003

site géographique. Durant la période estivale, la population est multipliée par 7. Les urgences enregistrent plus de 22 000 entrées par an. Enfin, la maternité réalise environ 700 accouchements par an.

La clinique du Val d'Olonne est une société anonyme créée en 1977, dirigée par un conseil d'administration de 6 membres. Cette société est une filiale de la Société Holding 3 H, actionnaire majoritaire. La capacité de la clinique est de 53 lits répartis en 48 lits de chirurgie et 5 lits de médecine auxquels il faut ajouter 3 places de chirurgie ambulatoire. En 2002, l'établissement a comptabilisé 4615 entrées et le taux d'occupation du service de chirurgie était de 81,5 %. <sup>15</sup>

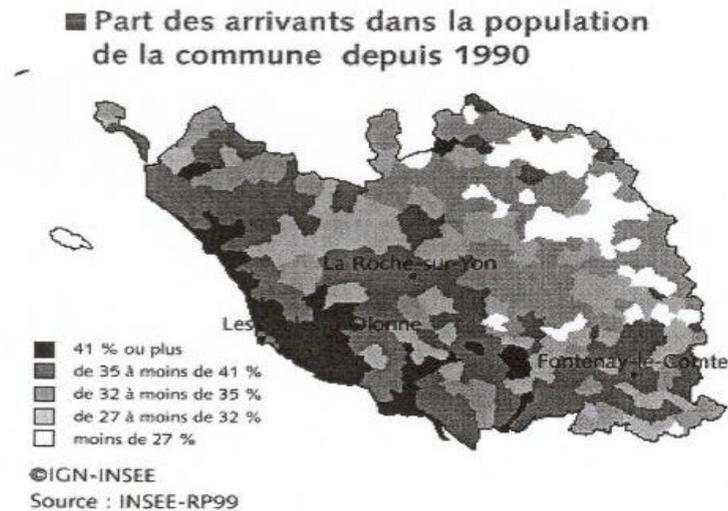
Ce territoire, qui accueille de nombreuses stations balnéaires, n'est pas confronté aux mêmes difficultés que certaines zones rurales qui ont du mal à attirer les médecins. Un autre signe particulier est la forte proportion de personnes âgées : les plus de 75 ans représentent 11,2 % de la population contre 8,9 % pour l'ensemble du département. Le littoral vendéen est très attractif pour la population retraitée, qui explique à elle seule 60 % de l'excédent migratoire. Par ailleurs, le Pays des Olonnes attire une clientèle très importante pendant l'été qui gonfle l'activité des services d'urgences, une particularité à prendre en compte dans le projet médical.

Une fois cet état des lieux posé, les objectifs poursuivis par la mise en place d'un pôle de santé unique peuvent être exposés.



---

<sup>15</sup> Source : données SAE 2002



## B) Les objectifs d'un pôle de santé unique

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire a estimé que le rapprochement des deux structures et le partage de leurs activités étaient nécessaires pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ces deux établissements implantés dans le bassin des Olonnes sont qualifiés dans le SROS II d' « établissements de proximité » assurant des activités de court-séjour et participant à la prise en charge des urgences. En effet, la population du bassin des Olonnes est estimée à 110 000 habitants, ce qui correspond à la fourchette 30000 – 120000 habitants qualifiant ces bassins de proximité selon l'ARH.

Dans le cas précis où ces bassins de population comptent à la fois un établissement public et un établissement privé, chacun étant doté d'un plateau technique, ce qui est le cas aux Sables d'Olonne, l'ARH préconise un rapprochement des deux structures afin que ces structures deviennent complémentaires et non plus concurrentes. Il s'agit d'optimiser l'offre de soins afin d'engendrer des économies et également de résoudre le problème de pénurie de personnel médical bien souvent rencontré par ces établissements. On observe souvent un faible taux d'occupation de la chirurgie publique, notamment à cause du recrutement difficile de chirurgiens et de la perte de technicité de certains d'entre eux. Au Centre hospitalier des Sables d'Olonne, le taux d'occupation du service de chirurgie était inférieur au taux cible de 85% ; selon les données SAE 2002, il était de 79,4 %. Entre 2002 et 2003, l'activité chirurgicale publique a chuté de 9 % (l'annonce du projet de restructuration a joué un rôle important dans cette baisse d'activité). C'est donc la nette prépondérance de la clinique dans l'activité chirurgicale, une durée moyenne de séjour inférieure dans le privé et la maîtrise des techniques de

coelio-chirurgie par les chirurgiens de la clinique du Val d'Olonne qui ont notamment été mis en avant par la tutelle pour justifier l'abandon de la chirurgie par l'hôpital au profit de la structure privée. Une autre conséquence en découle : le taux de fuite des patients vers les grands centres est élevé. Il faut noter que la Vendée est le département de la région des Pays de la Loire où le taux de fuite est le plus important : un patient sur trois résidant en Vendée se fait soigner dans un autre département. Ainsi, les deux partenaires du pays des Olonnes étaient conscients du risque de fuite des patients vers le Centre Hospitalier Départemental de la Roche sur Yon, voire vers Nantes, risque renforcé par la mise en place d'un nouvel axe routier en 2003, mettant les Sables d'Olonne à seulement 35 minutes du CHD. Toutefois, ce risque est moindre pour la clinique du Val d'Olonne puisque la clinique Saint Charles de la Roche sur Yon appartient au même groupe qu'elle, le groupe 3H. Enfin, l'équilibre financier de certains petits établissements privés est aussi menacé du fait de cette concurrence entre établissements publics et privés sur des bassins de population moyens. Pour permettre une complémentarité et un regroupement des moyens matériels, humains et budgétaires entre ces établissements, le SROS a arrêté quelques principes. La priorité doit être donnée aux activités d'urgence et de médecine ; un seul plateau technique de court-séjour doit être conservé ou construit. Dans ce cas, si une activité revient au secteur privé, une concession de service public devra être envisagée. Il faut encourager l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire. Enfin, l'activité obstétricale devra être maintenue seulement dans les plus gros bassins de population. Les objectifs sont clairement énoncés : il convient de rétablir l'attractivité de ces pôles, en collaboration avec la médecine de ville, et de rationaliser l'activité en redéployant des moyens sur des activités nouvelles, répondant aux besoins des bassins de population correspondants. En revanche, les acteurs ont des points de vue assez divergents sur la forme que doit prendre ce rapprochement et sur les modalités de sa mise en place.

### **1.2.2 Divergences sur la forme de ce rapprochement : historique des négociations CH / clinique**

Ces divergences se traduisent par des négociations de longue haleine entre le Centre hospitalier Côte de Lumière, la clinique du Val d'Olonne et l'ARH des Pays de la Loire.

## A) Des négociations aux multiples rebondissements

Pour comprendre les raisons de la longueur des négociations dans tout projet de coopération public / privé, il convient de comprendre quel type de stratégie les acteurs mettent en œuvre dans ce type d'opération. Selon CONTANDRIOPOULOS,<sup>16</sup> les acteurs peuvent adopter quatre types de stratégie dans la structuration du système local de soins :

- Stratégie de coopération : adhésion des acteurs à des projets consensuels
- Stratégie d'opportunisme : les acteurs utilisent de façon plus ou moins volontaire les opportunités qui se présentent à eux ; pas de projet consensuel ni de projet dominant. Le développement de l'organisation est largement dépendant des contingences extérieures.
- Stratégie d'autorité : domination d'un acteur dans la définition ou la mise en œuvre d'un projet (émergence d'un leadership)
  - ? logique technocratique ou politique (autorité politico-administrative)
  - ? expertise professionnelle (autorité médicale)
- Stratégie d'affrontement concurrentiel : concurrence entre les acteurs pour obtenir un rôle dominant dans la définition et la mise en œuvre de projets visant à acquérir ou contrôler des ressources.

Il paraît évident que dans le cas des Sables d'Olonne comme dans celui des autres cas régionaux de coopération public / privé, c'est une stratégie d'affrontement concurrentiel qui s'est mise en place de chaque côté. Le discours de la tutelle qui promet un arbitrage « gagnant / gagnant » n'est pas suffisant pour rassurer les futurs partenaires qui cherchent avant tout à assurer leur viabilité financière. Cet apport permet de mieux comprendre l'historique des négociations entre le Centre hospitalier Côte de Lumière et la clinique du Val d'Olonne.

Suite aux préconisations du SROS II, le Centre Hospitalier élabore et valide en 2002 son Projet d'Établissement 2002-2007, en concertation avec la Clinique du Val d'Olonne. L'objectif est clair : il s'agit, à terme, de créer un pôle de santé unique pour le Pays des Olonnes. Concernant les modalités pratiques du projet, les principes retenus en 2002 sont le partage des activités médicales et le développement des postes partagés, la construction d'une clinique neuve sur le site du CH et la construction d'un plateau

---

<sup>16</sup> CONTANDRIOPOULOS A.P., SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins* (1996)

technique commun, conformément à l'annexe opposable du SROS 1999-2004. Le projet est adopté par le CA du CH le 24.10.2002. Dans ce projet, le Centre hospitalier possédait des unités d'hospitalisation et consultations MCO, des unités d'hospitalisation de jour, de chirurgie ambulatoire, des services de moyen séjour et des services de long séjour et maisons de retraite. La clinique avait des unités d'hospitalisation et des consultations en anesthésie, chirurgie et médecine et unités de chirurgie ambulatoire. Quant à la structure commune envisagée, elle regroupait des unités d'hospitalisation médico-chirurgicales (gastro-entérologie, cardiologie et surveillance continue) et un plateau technique commun : bloc opératoire et salle de soins post-interventionnels, services d'anesthésie, plateau d'imagerie médicale.

Mais en 2003, ce projet d'établissement est remis en question par la Clinique et par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation : suite à un changement des actionnaires majoritaires de la clinique, le CA de la clinique rejette le projet du CH (qui avait été élaboré en concertation avec la Direction de la Clinique). En avril 2003, l'ARH informe le CH qu'elle rejette son projet d'établissement, suite au refus de la clinique d'adhérer à celui-ci, et que l'activité chirurgicale du CH doit être cédée à la Clinique.

En mai 2003, le Directeur de l'ARH explique au CA du CH que le cadrage inscrit dans son courrier du 23 avril s'impose au CH et que les deux établissements doivent adopter un projet d'établissement commun avant fin 2003 pour entrer dans le cadre du financement Hôpital 2007. Le CA accepte ce cadrage mais pose 4 conditions :

- le maintien des emplois médicaux et non médicaux du CH
- le partage des astreintes entre le CH et la Clinique pour les spécialités qui doivent être regroupées sur un plateau technique commun (orthopédie-traumatologie, chirurgie viscérale, anesthésie-réanimation et cardiologie)
- la pérennité de l'équilibre budgétaire du CH
- la reconstruction de la future structure commune public-privé sur le site du CH

Les Directions du CH et de la Clinique reprennent alors les discussions pour l'application du cadrage de l'ARH (une réunion de travail par mois). En octobre 2003, le CA du CH conforte sa position mais dresse deux constats :

- les praticiens de la Clinique ne participent pas aux astreintes, excepté en chirurgie viscérale où l'un des chirurgiens est temps partiel au CH et à la Clinique
- la Clinique refuse l'implantation sur le site du CH et opte pour un site extérieur dont elle ne souhaite pas préciser la localisation, le prix et le statut en terme d'urbanisme.

Le CA réaffirme que le respect des quatre conditions détermine son accord pour le transfert de l'activité chirurgicale de CH à la Clinique et précise qu'il lui semble nécessaire de constituer un Groupement de Coopération Sanitaire (tel que le permet l'Ordonnance de simplification sanitaire du 4 septembre 2003).

En novembre 2003, les Directions des deux établissements se réunissent et se mettent d'accord sur deux points :

- les médecins du CH rédigent un projet médical incluant toutes les disciplines de court séjour, sauf la chirurgie rédigée par la Clinique, puis le soumettront au débat lors de la prochaine réunion. Dans ce cadre, la Clinique accepte d'héberger les « séjours d'observation » (patients hospitalisés en urgence et nécessitant une surveillance chirurgicale ne débouchant pas nécessairement sur une intervention)
- les deux Directions s'accordent à créer un GCS qui contiendra : pharmacie-stérilisation, service hôtelier, restauration, maintenance des bâtiments. En revanche, pour l'anesthésie-réanimation et le bloc opératoire, un désaccord subsiste puisque seul le CH souhaite les inclure dans le GCS.

Selon le CH, le GCS est indispensable pour garantir la mise en place d'une « solution préservant le pôle mère-enfant du CH ». L'anesthésie – réanimation en constitue donc la clé de voûte. Le GCS est un cadre juridique et financier bien adapté pour organiser une prise en charge commune du patient par des Praticiens Hospitaliers (PH) et des praticiens libéraux, et pour recruter des jeunes praticiens. De plus, ce GCS devrait permettre de recruter des personnels de statut public et privé, de prendre en compte les apports des établissements de santé privé et public, et de générer en contre-partie des recettes proportionnelles à ces apports dans le cadre de la T2A.

En novembre 2003, le bureau de la Communauté de communes du Pays des Olonnes rédige un texte dans lequel sa compétence sur le pôle santé est adoptée ; par ailleurs, un site est mis à disposition par les communes selon les arbitrages à venir de l'ARH.

Une difficulté méthodologique apparaît, concernant la signature d'un accord-cadre entre les deux établissements. La Clinique demande qu'elle soit effective avant le 31 décembre, c'est à dire avant la validation du projet médical commun par les deux établissements. Quant au CH, il considère que l'accord-cadre est postérieur à la validation conjointe de ce projet médical car il en définit les modalités de mise en œuvre.

Le CH Côte de Lumière met alors en avant différents arguments pour démontrer la nécessité du maintien d'une chirurgie publique forte dans le Pays des Olonnes. Selon cet argumentaire, la zone de population du pôle de santé des Olonnes est beaucoup plus comparable à celle des villes moyennes (La Roche sur Yon, Cholet, Laval) qu'à celle des

petites villes (Château-Gontier, Mayenne, Sablé-La Flèche). Or, il n'y a pas eu de projet de rapprochement public-privé dans ces villes moyennes.

Par ailleurs, sur l'ensemble des régions Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, seule la zone de population du pôle de santé des Olonnes connaîtra une très forte augmentation des besoins en chirurgie de proximité (+ 15 à +20 %) d'ici 2010<sup>17</sup>. De plus, le pic de recours aux soins de chirurgie correspond à la tranche d'âge 80-85 ans ; or, la démographie augmente rapidement sur la côte vendéenne (+ 10 % en 10 ans) ; il s'agit surtout de retraités provenant notamment de la région parisienne. L'augmentation des besoins à l'horizon 2020 est estimée à + 35 %.

En outre, le Centre Hospitalier a aussi mis en avant que la concentration de l'offre hospitalière peut nuire à la qualité des soins, selon une évaluation du SROS 1999-2004 des Pays de la Loire, réalisée à la demande de l'ARH : ainsi, « *au-delà d'une capacité de 200 lits, la qualité des établissements tend à diminuer. Et les gros établissements de plus de 500 lits cumulent toutes les difficultés de maintien de la qualité sur les fonctions de management, les droits du patient et la prévention des risques infectieux* ». Concernant le transfert d'activité vers les établissements privés, même si la distance moyenne aux soins MCO n'a que peu augmenté entre 1999 et 2002 (passage de 19 à 20 km), les évolutions sont moins favorables pour l'accessibilité d'ordre socio-économique. « *En 1999, le secteur public hospitalier parvenait à contrebalancer les effets de la sélection socio-économique constatés dans le secteur privé. Il n'y parvient plus en 2002, année où l'on constate une augmentation des corrélations négatives entre niveau socio-économique et hospitalisation.* »

Finalement, le nouveau Directeur de l'ARH, nommé en janvier 2004, déclare en avril 2004 qu'il compte poursuivre la politique engagée par son prédécesseur concernant l'avenir du pôle de santé du bassin des Olonnes. Cependant, son arrivée permet d'impulser une nouvelle dynamique, d'autant qu'il se propose d'être un véritable interlocuteur et d'arbitrer si besoin dans les négociations. Les négociations s'accélérent et dès le 22 juillet 2004, un protocole d'accord constitutif est rédigé par l'ARH, et signé par le CH, la clinique et l'ARH (après validation interne par les instances).

---

<sup>17</sup> CNEH, Etude préparatoire au SROS de chirurgie, ARH de Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes. Séminaire du 11 juin 2003.

## B) Le protocole d'accord constitutif

Trois principes généraux sont réaffirmés par les partenaires dans ce protocole :

- le maintien d'un pôle de court-séjour sur le Pays des Olonnes avec un service d'urgences renforcé
- une activité chirurgicale entièrement réalisée par la clinique dans le cadre d'une concession de service public
- l'organisation de la prise en charge chirurgicale des actes liés à l'activité de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier et des besoins en anesthésie doit être préalablement définie pour aboutir à une solution préservant le pôle mère-enfant du Centre hospitalier.

Le protocole précise que le projet de Pôle Santé du Pays des Olonnes s'appuiera sur un projet médical commun.

Deux conditions sont posées à la constitution de ce Pôle de santé :

- l'octroi de la concession de service public à la clinique pour l'exercice exclusif de la chirurgie (90 lits et places)
- le renforcement des disciplines médicales et de soins de suite au centre hospitalier :
  - o renforcement de la filière médicale au CH par la création au début de la phase transitoire de 22 lits de médecine (dont 5 lits en transfert de la clinique) et de 15 lits de soins de suite
  - o redéploiement de 5 postes médicaux : 0,5 ETP en cardiologie, transformation d'un poste d'assistant en PH temps plein en médecine, en collaboration avec le CHD (prise en charge d'activités nouvelles : diabétologie, hématologie), 2 PH temps partiel proposés aux gastro-entérologues libéraux, 1 PH temps plein en gériatrie, 1 PH temps plein aux urgences, 1 PH temps partiel en hygiène hospitalière. Le CH demande aussi la création d'un poste de radiologue.
  - o Equipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile gériatrique et places d'hôpital de jour de gériatrie aiguë créées
  - o Extension de 15 lits du service de soins de suite (extension des capacités d'aval du CH)
  - o Extension de 22 lits de médecine dès le début de la phase transitoire

Une phase transitoire est définie ; en voici les caractéristiques :

Concernant les capacités :

- le CH met à disposition de la clinique dans ses murs 25 lits d'hospitalisation, 2 salles d'opération et une salle de réveil, ainsi que les moyens techniques afférents
- le CH voit ses capacités d'accueil augmenter sous forme de 22 lits de médecine supplémentaire dont 5 issus du transfert du service médecine à orientation cardiologique de la clinique, ainsi que de 15 lits de moyen séjour

Concernant l'emploi, les personnels exerçant leur activité dans le service de chirurgie du CH sont redéployés, selon des modalités qui restent à définir, grâce au développement des activités médicales et de soins de suite du CH et grâce à l'activité chirurgicale développée par la clinique dans les 25 lits mis à disposition par le CH.

En outre, un contrat-relais pour les urgences est en cours de conclusion entre les deux établissements. Pour l'organisation de la permanence des soins, chaque établissement est responsable de la mise en œuvre effective et sans condition de la permanence des soins dans les disciplines dont il assure la prise en charge. Il veille aussi à tout moment à mettre à disposition de l'autre établissement les médecins dont l'avis s'impose pour la prise en charge des patients.

Dès la phase transitoire, le CH sera accompagné par un Contrat d'Objectifs et de Moyens propre à assurer sa pérennité financière en matière d'exploitation ; quant à la clinique, elle sollicite, une fois la concession de service public octroyée, l'évolution des tarifs et un COM sur la phase transitoire.

La phase finale est définie comme la mise en exploitation des locaux définitifs du nouveau pôle de santé. Les parties conviennent de la nécessité de construire un Pôle de Santé conforme à la nouvelle organisation des activités médicales arrêtée par l'ARH et de chiffrer ce projet. Un fonds de concours à l'investissement pourra être constitué sous forme de société d'économie mixte ou sous toute autre forme juridique adéquate. Le Pôle Santé bénéficie d'aides dans le cadre du plan Hôpital 2007. Le Pôle Santé devra être livré le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

## Répartition des activités sur le pôle santé en phase finale

Prestataires du pôle	Clinique du Val d'Olonne	Centre Hospitalier Côte de Lumière
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratoire de biologie</li> <li>• Equipe commune d'anesthésie-réanimation basée sur l'unicité du statut de praticien hospitalier temps partiel. GCS pour le fonctionnement de l'anesthésie</li> <li>• GCS de pharmacie et stérilisation</li> <li>• Imagerie : co-utilisation des équipements lourds</li> <li>• GCS de fonctionnement de la salle de soins post-interventionnels</li> </ul>	<p>Chirurgie en hospitalisation traditionnelle et ambulatoire avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viscérale</li> <li>• Orthopédie et traumatologie</li> <li>• ORL</li> <li>• Ophtalmologie</li> <li>• Plastique et maxillo-faciale</li> <li>• Stomatologie</li> <li>• Urologie</li> </ul>	<p>Médecine en hospitalisation traditionnelle et ambulatoire avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologie : GCS de cardiologie pour accès au plateau technique</li> <li>• Pneumologie</li> <li>• Gastro-entérologie : GCS de gastro-entérologie pour accès au plateau technique</li> <li>• Endoscopie digestives</li> <li>• Diabétologie et endocrinologie</li> <li>• Hématologie</li> <li>• Rhumatologie</li> <li>• Gériatrie aiguë</li> <li>• Chirurgie gynécologique et obstétrique</li> <li>• Pédiatrie</li> <li>• Urgences-SMUR</li> <li>• Soins de suite</li> </ul>

Dans l'immédiat, la formalisation des dossiers CROSS – GCS –loyer – redevance est confiée par le CH à un cabinet de consultants. La négociation du COM 2005-2008 se fera sur les bases suivantes :

- 2005 : ouverture de 22 lits de médecine, 5 places de médecine gériatrique, une équipe mobile de soins palliatifs et d'une équipe mobile gériatrique et fermeture de 48 lits de chirurgie. Une baisse d'activité est attendue, tout comme une diminution de la productivité globale de l'établissement même si une compensation partielle est attendue par le loyer-redevance, le COM et le relèvement à moyen terme de l'activité dans les disciplines médicales.
- 2008 : ouverture de 15 lits de soins de suite pour rétablir partiellement une activité médicale

Enfin, un groupe de travail foncier et travaux est constitué à la demande de l'ARH sous l'égide de la Mission Inter-régionale à l'investissement.

Cet état des lieux national, régional et local révèle que les coopérations public / privé avec partage d'activités, plus qu'être la théorisation prospective d'un système de santé, sont une traduction concrète et effective dans la région des Pays de la Loire d'une politique nationale qui cherche à rationaliser l'offre de soins, pour répondre aux problèmes de démographie médicale, aux difficultés financières de certains établissements et aux exigences accrues des normes de sécurité et aux réglementations dans le domaine sanitaire. Les exemples observés dans la région obéissent tous à un même schéma : la chirurgie revient à l'établissement privé sous la forme d'une concession de service public ; l'établissement public conserve les urgences, les activités médicales et l'obstétrique. Dans tous les cas cités, un rapprochement physique est envisagé à terme afin de constituer un pôle de santé unique.

Toutefois, les ressemblances entre les cas de coopération s'arrêtent là ; l'analyse soulève des différences dues à l'état des lieux initial et à la conduite du changement dans ces opérations de restructuration. Ces projets de coopération sont tout d'abord des constructions techniques, qui s'appuient sur des outils juridiques encore balbutiants dans certains cas ; mais ce sont surtout des opérations nouvelles qui apparaissent toujours en premier lieu comme étant irréalisables du fait des différences « insurmontables » qui éloignent le monde hospitalier public du secteur privé. La thématique du changement au travers ces opérations de rapprochement permet d'analyser les obstacles rencontrés en amont de ces coopérations et au cours de leur mise en place ; ces difficultés doivent être levées pour que les opérations de coopération puissent constituer un véritable outil de rationalisation de l'offre de soins. Comment manager le changement pour surmonter ces obstacles et faire en sorte que ces coopérations puissent être viables ? Quel rôle peut avoir le directeur d'hôpital dans la mise en œuvre d'opérations de rapprochement, bien souvent imposées par la tutelle ? Quelles limites les restructurations montrent au pouvoir des directeurs ? Comment ces opérations de coopération devraient-elles être menées pour qu'elles permettent une optimisation de l'offre de soins qui réponde donc aux besoins de santé des bassins de population ?

## **2 LA COOPERATION PUBLIC / PRIVE AVEC PARTAGE D'ACTIVITE : UNE CONSTRUCTION TECHNIQUE À L'EPREUVE DE LA PRATIQUE**

Il convient désormais de s'attarder sur la méthode de travail employée pour réaliser cette étude. Le choix de ce thème de mémoire a été orienté par la décision du Directeur de l'ARH en avril 2003 de rejeter le projet d'établissement lui étant soumis par le Centre Hospitalier Côte de Lumière et par sa décision en mai 2003 de confier la totalité de l'activité chirurgicale à la Clinique du Val d'Olonne. Une fois cette politique pour le Pays des Olonnes fermement énoncée, il me semblait que la réflexion sur les modalités de la mise en place de ce projet de coopération pouvait être une approche intéressante. Cependant, très vite, des résistances à ce projet de partage d'activités sont apparues au sein du corps médical des deux établissements, du personnel non médical du Centre hospitalier et au sein de la population qui a créé un « comité de résistance ». Ces oppositions ont retardé la mise en place effective du projet dont le protocole d'accord n'a pu être signé que le 22 juillet 2004.

Lors de cette phase de négociation précédant la signature du protocole d'accord, il n'a pas été possible pour moi de réaliser des entretiens avec les dirigeants de l'établissement privé ni avec la tutelle car les enjeux de ces négociations étaient si importants que les discussions avaient parfois lieu dans un climat assez tendu. Dans ce contexte, il m'a été conseillé de laisser passer du temps avant de pouvoir contacter les acteurs concernés ; mais après la signature du protocole, de nouvelles négociations concernant les modalités pratiques de la coopération se sont engagées. Il semble donc qu'un travail basé sur des entretiens n'aurait été possible qu'une fois l'organisation de cette collaboration mise en place. Ceci s'explique facilement par l'importance des enjeux de ce type d'opération : enjeux politiques, financiers, psychologiques, sociaux, qui dépassent donc largement les questions de santé publique. Quant aux acteurs du Centre hospitalier, ma participation aux instances et autres réunions d'information m'a permis de connaître leur point de vue, en évitant la technique des entretiens, pour les mêmes raisons et afin de ne pas interférer dans les négociations en cours et la politique de communication de la direction de l'établissement. Il faut préciser que d'avril à août, la négociation du protocole d'accord s'est faite dans un climat relativement tendu, sur fond d'échanges de points de vue par voie de presse, de distribution de tracts, d'appels à manifester et de recueil de signatures pour une pétition demandant le rejet du projet de rapprochement entre les deux structures. Pendant cette période, la tutelle a demandé aux interlocuteurs des deux

établissements (direction et représentants du corps médical) de ne pas communiquer sur le sujet et ne rien laisser transparaître sur l'issue des négociations.

Ces difficultés dues au calendrier de ces négociations m'ont poussée à étendre mon champ d'investigation à d'autres établissements publics de la région ayant été amenés à mettre en place un projet de coopération avec un établissement privé sur le même schéma d'un partage d'activité (la chirurgie revenant au secteur privé). Mon choix s'est alors porté sur le Centre hospitalier de Fontenay-le-Comte, souvent présenté par les opposants au rapprochement public / privé sablais, comme l'exemple à ne pas suivre. Le partage d'activité y est effectif et la construction du nouveau pôle de santé commun a été achevée cet été. J'ai pu y rencontrer le chef d'établissement. Je me suis aussi rendue à Saumur où le partage d'activité est effectif mais le rapprochement physique entre les deux structures ne s'est pas encore concrétisé et suscite de nombreuses oppositions. J'y ai rencontré le chef d'établissement ainsi que le Directeur adjoint chargé des services économiques et des travaux. Quant à l'exemple de Châteaubriant, j'ai fait le choix de m'appuyer sur l'évaluation du projet de coopération réalisée par la mission chargée par l'ARH de dresser un bilan du SROS II.

Ces exemples de rapprochement public / privé m'ont permis d'établir des comparaisons entre des cas apparemment similaires dans leurs objectifs afin de mieux comprendre les tenants et aboutissants du projet du Pays des Olonnes. Cependant, plus que pour toute autre comparaison, il convient d'en mesurer les limites. Chaque rapprochement public / privé possède véritablement ses caractéristiques propres ; les formes de coopération se développent en fonction des réalités locales et de la spécificité du terrain. Pour aucun des cas étudiés, on ne peut trouver de similitudes totales. La situation géographique, les forces et faiblesses des acteurs, l'importance du contexte politique sont notamment des critères qui différencient ces situations. Dans cette étude, il ne s'agit donc pas de vouloir calquer des modèles au cas des Sables d'Olonne mais simplement d'analyser, au-delà de ces différences, le management du changement dans le cadre des coopérations public / privé.

Si le rapprochement public / privé est une construction technique qui repose sur des outils juridiques en évolution, il est avant tout une construction à l'épreuve de la pratique qui soulève de nombreuses difficultés.

## **2.1 Une construction technique qui s'appuie sur des outils juridiques en évolution**

L'historique des coopérations montre que celles-ci ne sont pas une nouveauté des années 1990, mais leur formalisation juridique, plus récente, s'est appuyée sur des outils variés.

### **2.1.1 Historique des coopérations**

La mise en place de coopérations entre des établissements de santé de statuts différents, notamment entre des établissements publics de santé et des cliniques privées, n'est pas un phénomène complètement nouveau. Les professionnels ont souvent cherché à échanger leurs connaissances et leurs compétences ; la nouveauté vient plutôt de l'effort de formalisation de ces actions de coopération. La coopération devient alors « *un instrument de planification sanitaire* » et « *acquiert alors une dimension politique forte et parfois déterminante en terme d'aménagement du territoire* ». <sup>18</sup>

Assez rapidement, les professionnels de santé ont eu besoin de s'organiser entre eux afin de permettre un fonctionnement homogène du système de santé. Ces collaborations spontanées et pragmatiques ont dû être encadrées à partir des années 1970, époque où les pouvoirs publics ont souhaité maîtriser l'offre de soins excédentaire et les dépenses de santé en hausse. Ainsi, la Loi hospitalière de 31 décembre 1970 crée la planification hospitalière et pose le principe de complémentarité des équipements hospitaliers du secteur public et du secteur privé. L'objectif poursuivi est alors la répartition optimale des plateaux techniques coûteux, dont le nombre est défini par la carte sanitaire pour chaque région sanitaire. Des conventions de coopération sont signées entre acteurs de santé pour obtenir des autorisations d'équipements lourds.

Dans les années 1990, cette politique de maîtrise de l'offre hospitalière est renforcée, essentiellement tournée vers les établissements privés : les opérations de fusion d'établissements sont soumises à un taux de gage de lits, par le biais de la seconde Loi hospitalière du 31 juillet 1991. Cette politique entraîne une forte restructuration

---

<sup>18</sup> Rapport FHF / FHP, Réflexions, orientations et propositions pour une nouvelle coopération entre les établissements de santé publics et privés (janvier 2002)

hospitalière dans le secteur privé : 4000 lits d'hospitalisation sont supprimés entre 1988 et 1998 dans les structures privées qui se voient alors contraintes de se regrouper.

C'est surtout à partir des Ordonnances du 24 avril 1996 que la politique de recomposition de l'offre de soins est véritablement amorcée ; la coopération entre établissements de santé est retenue parmi les grandes orientations de la réforme du système de santé. L'objectif poursuivi est de permettre des coopérations transversales entre acteurs de santé aux statuts différents. Pour ce faire, une structure juridique spécifique, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) est présentée comme l'outil facilitant ces coopérations. Il permet à deux établissements de santé public et privé de partager des activités de soins, un plateau technique ou un équipement lourd.

### **2.1.2 Outils juridiques**

Le droit est souvent présenté comme un obstacle aux coopérations entre acteurs public et privé : les évolutions juridiques ne seraient pas allées aussi vite que les acteurs sur le terrain le souhaiteraient. Qu'en est-il réellement ? Les outils juridiques sont-ils suffisants pour que des coopérations puissent fonctionner entre des établissements publics et privés souhaitant –ou devant– réaliser un partage de leurs activités ?

Les coopérations entre public et privé dans le domaine de la santé peuvent être mises en œuvre par de nombreux outils juridiques différents.

#### **A) La forme conventionnelle**

C'est la forme de coopération la plus souple et la plus largement utilisée (95 % des accords se font sous cette forme). Il s'agit d'une simple formule de co-utilisation, c'est à dire une utilisation partagée d'un équipement lourd qui reste la propriété d'une seule des deux parties. Cette forme de coopération, largement utilisée pour les scanners par exemple, permet une grande liberté aux deux parties mais n'entraîne pas de rapprochement réel entre les deux structures.

## B) Le Groupement d'Intérêt Public (GIP)

C'est une « société » à responsabilité limitée ; une vingtaine de GIP associent des établissements publics à des établissements privés. C'est une personne morale de droit public, qui ne peut donc faire ni bénéfice, ni perte et qui doit comprendre au moins une personne morale de droit public. Cependant, cette forme se révèle inadéquate aux rapprochements public-privé parce qu'elle confère une prédominance aux établissements publics : en effet, on applique la règle de la majorité des voix en faveur des personnes publiques, majoritaires à l'assemblée des membres du groupement et au conseil d'administration.

## C) Le Groupement d'intérêt Economique (GIE)

Le GIE est la forme la plus couramment adaptée à la coopération public-privé mais il n'est pas spécifique au secteur de la santé. Il s'agit d'une personne morale de droit privé qui a la pleine capacité juridique, contrairement à l'association. L'avantage de cette formule est la souplesse qui caractérise les conditions de sa création (rédaction d'un contrat constitutif entre les membres et immatriculation au registre du commerce et des sociétés). L'organisation, les modalités de constitution et les durée des groupements sont définies librement par les membres dans le contrat constitutif.

Cependant, GIP et GIE ne peuvent pas être créés pour gérer les missions principales des établissements de santé, à savoir les activités de soins.

## D) Le Groupement de Coopération Sanitaire

Dans le plan Hôpital 2007 de Jean-François MATTÉI, un des volets est l'allègement des contraintes extérieures aux établissements, avec notamment la facilitation des coopérations sanitaires par le biais de la simplification et de l'assouplissement du Groupement de Coopération Sanitaire. Un Groupement de Coopération Sanitaire élargi, souple et polyvalent, remplacera, à terme, les autres modalités de coopérations.

L'Ordonnance santé du 4 septembre 2003<sup>19</sup> a consacré le GCS comme structure privilégiée de coopération entre acteurs de santé. Le régime juridique de cette forme de coopération a été profondément modifié par ce texte ; les personnels médicaux et non-médicaux des établissements publics de santé peuvent assurer les activités objet du groupement mais le GCS peut aussi être employeur désormais. Il peut donc exister deux types d'intervention des personnels au sein de GCS :

- l'intervention dans le GCS de personnels qui demeureraient employés par les établissements membres du GCS
- l'intervention des personnels qui seraient directement salariés du GCS

Auparavant, le GCS ne pouvait pas être employeur, les personnels étaient mis à disposition du groupement et leur position statutaire était mal connue. La nouveauté du texte est que le GCS n'est plus seulement un dispositif juridique « *constitué par deux ou plusieurs établissements de santé publics ou privés qui réalise et gère pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun, (...), ou constitue le cadre d'une organisation commune qui permet l'intervention des professionnels médicaux et non médicaux mis à la disposition du GCS par les établissements membres* ». Outre, en effet, les établissements de santé (au moins un), le GCS peut être constitué par des établissements autres et des professionnels de santé. Ces derniers peuvent en être membres ou simplement associés. Le GCS apparaît comme une catégorie juridique souple et originale : selon sa composition, il est de droit public ou de droit privé, mais quel que soit son statut, il poursuit un but non lucratif. C'est essentiellement un outil d'organisation et de gestion au service du projet de mise en adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et d'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et d'efficacité de l'organisation sanitaire.<sup>20</sup> Le GCS, s'il peut rapprocher des établissements de santé, ne se substitue à eux en aucun cas ; cependant, sous certaines conditions, il peut être autorisé à exercer des « missions de santé ».

Concernant le personnel médical, plusieurs possibilités sont ouvertes :

- la mise à disposition <sup>21</sup>: l'établissement employeur doit être membre du GCS ; ce GCS doit être autorisé à exercer les missions d'un établissement de santé.

---

<sup>19</sup> 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

<sup>20</sup> Art. L.6121-2 et L.6121-1 Code de la Santé Publique

<sup>21</sup> Article 46 bis du statut des PH modifié par le Décret n°2004-451 du 21 mai 2004 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le Code de la Santé Publique.

- l'activité partagée <sup>22</sup>: les praticiens hospitaliers peuvent répartir leur activité entre les établissements membres du groupement.

Quant aux personnels non-médicaux, ils peuvent être mis à disposition d'un groupement de coopération sanitaire, conformément aux dispositions de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Le GCS peut bénéficier de l'activité d'un personnel continuant à être rémunéré par l'établissement public de santé qui reste l'employeur ; le groupement de coopération sanitaire procédera au remboursement de cette rémunération.

Qu'il soit vu comme un frein ou un moteur, le droit n'apparaît pas comme un facteur déterminant. Dans l'attente des décrets d'application concernant les modalités de mise en œuvre des GCS, le manque d'outils adaptés, notamment pour les rapprochements public/privé renforce l'aspect volontariste et pragmatique de ces opérations.

Selon Claudine Esper, le droit est parfois mis en avant pour ne rien faire, « il ne faut pas lui donner plus d'importance qu'il ne doit en avoir ». Le droit n'est qu'un moyen, une ressource, même si deux blocs s'opposent (statut et hors statut).

Même si de nombreuses incertitudes demeurent sur le GCS, on ne peut pas véritablement parler d'obstacles juridiques à la construction technique des partenariats entre public et privé ; c'est au cours de cette construction technique que des difficultés apparaissent mais il s'agit davantage d'obstacles culturels, voire psychologiques que de problèmes juridiques.

## **2.2 Cette construction technique soulève des difficultés**

Les expériences de Fontenay-le-Comte, de Châteaubriant et de Saumur, ainsi que l'observation sur le terrain de stage au CH des Sables d'Olonne, permettent de mettre en évidence les nombreuses difficultés qui ponctuent un projet de coopération public / privé. Ces obstacles se manifestent en amont de la coopération, c'est à dire pendant la phase des négociations, ainsi qu'au cours de la gestion quotidienne du changement.

---

<sup>22</sup> Article 4 du Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers

## 2.2.1 En amont de la coopération

Avant la signature de l'accord constitutif permettant la coopération effective entre les deux établissements, de nombreux obstacles sont relevés par les différents acteurs rencontrés.

### A) Des obstacles culturels

Les coopérations public / privé voient en général un temps assez long s'écouler entre le début des réflexions sur un partenariat possible et la mise en place effective du partage d'activités. Cette durée s'explique notamment par les différences fondamentales qui séparent le secteur hospitalier public et le secteur privé, habitués à se regarder en rivaux depuis toujours. Des acteurs que l'on a toujours présentés comme concurrents doivent désormais devenir partenaires ; il ne s'agit pas seulement de la vision de l'autre que l'on a naturellement : c'est une image qui a aussi été véhiculée par les tutelles. On demande au public de se comparer au privé, qui « fait mieux à des coûts moindres ». Le clivage public / privé est donc ancré dans les mentalités des personnels médicaux, non médicaux et administratifs des structures.

Il faut noter que cette vision manichéenne public / privé est aussi bien partagée par le public que par le privé. Au cours de négociations, les représentants de la clinique privée invoquent facilement la lourdeur administrative qui caractériserait les établissements publics, leur manque de réactivité et leurs faibles résultats de productivité. Ce clivage peut être renforcé par le contexte local. Ainsi, à Fontenay-le-Comte, ville de petite taille, les antagonismes étaient très forts entre « le public » et « le privé ». Un cadre de direction du CH de Fontenay parle même d' « obstacle sociologique ».

Patrick BROUDIC, Directeur de l'ARH Champagne-Ardenne en 1999, observe que ce sont « deux mondes qui se regardent mutuellement avec une hostilité teintée de mépris ».<sup>23</sup> Les obstacles culturels, psychologiques et humains sont liés « aux décalages existant entre les deux systèmes public et privé »<sup>24</sup>. Il s'agit de l'antagonisme de deux

---

<sup>23</sup> BROUDIC P. (DARH Champagne-Ardenne) *Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne-Ardenne*. RFAS avril-juin 2001 n°2

<sup>24</sup> Rapport FHF / FHP, *Réflexions, orientations et propositions pour une nouvelle coopération entre les établissements de santé publics et privés* (janvier 2002)

cultures (médicales, administratives...) qui fonctionnent selon des logiques différentes : travailler dans le service public hospitalier signifie participer à la prise en charge des urgences, de la population démunie, répondre aux besoins de santé d'un bassin de population, répondre aux carences de la médecine libérale, assurer la permanence des soins. Dans le secteur privé, le discours est davantage celui de la logique de productivité : pour avoir un retour sur investissement, les dirigeants de la clinique doivent sélectionner les activités les plus rémunératrices. Dans ce contexte de divergences si profondes, il n'est pas étonnant qu'il soit si difficile pour ces acteurs de trouver un accord sur les modalités de la coopération quand les intérêts de chacun divergent autant.

L'aspect sociologique lié à l'appartenance à un groupe est important dans notre culture. Il semble nécessaire de conserver cette « affiliation » à son secteur d'origine (besoin de chacun d'être reconnu comme membre d'un groupe : appartenance au secteur public...) sans que cette appartenance ne devienne source de conflits et d'antagonismes insurmontables. Le culturel est à l'origine du sentiment d'appartenance ; il est fédérateur et crée un patrimoine partagé. Mais il résiste à l'évolution, il craint le changement. Pour faire naître une culture commune, une période longue est nécessaire.

Lors des négociations, la relation de confiance entre le CH et la clinique ne suffit pas. Il faut faire passer la clinique par l'écrit ; c'est un partenaire particulier qui fonctionne sur le court terme (culture de résultat, suivi mensuel), et qui éprouve donc des difficultés à appréhender le long terme et à prendre des engagements.

## B) Des résistances diverses

Ces obstacles culturels expliquent en partie les résistances diverses qui apparaissent lors de tout projet de coopération entre un EPS et une clinique privée. Selon Contandriopoulos, restructurer revient à briser le compromis établi et à déséquilibrer l'organisation et ses membres pour recomposer un nouveau mode de coordination. Il s'agit du passage d'un modèle de référence à un autre : pourquoi les acteurs accepteraient-ils un bouleversement d'une situation stable ? Il apparaît alors évident que ce nouveau modèle de référence doit apporter des bénéfices, des avantages aux acteurs pour que la restructuration puisse être acceptée.

Lorsque le projet de rapprochement est proposé – ou imposé – par la tutelle, les premières résistances qui se font jour sont celles des équipes de direction des deux établissements. Ces résistances se manifestent en général par la proposition de projets alternatifs à celui proposé par la tutelle régionale. Ainsi, les différents projets

d'établissement proposés par le CH Côte de Lumière montrent cette résistance à abandonner l'activité chirurgicale au profit du secteur privé. Cependant, dans ce cas précis, il faut rappeler que ces contre-propositions allaient dans le sens des premières orientations de la tutelle ; ce n'est qu'après la volte-face de la clinique en avril 2003 que l'ARH a clairement pris position pour une chirurgie revenant à la clinique du Val d'Olonne sous forme de concession de service public. De même, à Saumur, le projet de rapprochement physique des deux structures n'est toujours pas arrêté et pour les directions des deux établissements, un retournement de situation, qui consisterait à maintenir les deux structures en l'état, est toujours possible.

Concernant le personnel médical, différentes situations sont possibles. Lorsque l'activité du service visé par la restructuration est plutôt bonne, les praticiens ne comprennent pas ce qui légitime l'arrêt de l'exercice de leur spécialité dans l'établissement public. Ainsi, à Fontenay-le-Comte, un des praticiens considérait cette décision comme une remise en cause de son travail. On perçoit déjà ici l'importance d'une bonne communication sur les raisons de la décision prise afin d'éviter les malentendus et les frustrations. Il arrive même qu'un établissement doive se séparer d'un praticien qui refuse de coopérer à ce projet. Cependant, dans les cas étudiés, une forte cohésion entre la direction et la communauté médicale a pu être observée ; si opposition il y avait, elle était dirigée contre l'établissement privé ou contre certaines modalités pratiques proposées par la tutelle, mais pas contre la direction.

Quant au personnel non médical, son attitude dépend fortement des forces syndicales en présence dans l'établissement. Ainsi, à Fontenay-le-Comte, le syndicat majoritaire au sein du Centre Hospitalier était la CFDT. Quelques représentants syndicaux de cette organisation se sont reconnus dans le discours des dirigeants de la CFDT d'alors. Ainsi, ils ont tenu un discours assez proche de celui tenu par les partisans des restructurations dans le domaine de la santé. Aux Sables d'Olonne, la CFDT est implantée depuis longtemps dans l'établissement ; mais depuis les dernières élections, le syndicat Force Ouvrière est majoritaire aux instances. Les oppositions syndicales au projet de coopération des deux structures ont été assez modérées ; des tracts ont été distribués mais la question primordiale qui intéressait ces organisations syndicales était le maintien de l'emploi. Une fois que cette garantie a été obtenue auprès de la tutelle qui s'y est engagée dès mai 2003, les syndicats ont beaucoup moins été dans l'opposition que dans l'observation prudente.

Cependant, on retrouve indirectement ces syndicats dans une autre forme d'opposition qui a été plus marquante : un « Comité de résistance et d'avenir pour l'hôpital public des Sables d'Olonne et la Sécurité Sociale » a été créé au cours du deuxième trimestre 2004. Ce comité de défense est composé de citoyens, de personnels de l'hôpital, agissant à titre personnel, de syndicats et de partis politiques (PCF, PS, Verts) ; il tient cependant à

s'affirmer « apolitique ». Des appels à manifester ont été lancés : près de 200 personnes avaient défilé le 25 avril 2004, environ 150 le 20 juin. Des réunions d'information se sont tenues à plusieurs reprises et des tracts ont été distribués. Une pétition recueillant près de 5000 signatures demandait « le retrait du plan Hôpital 2007, le maintien de l'hôpital sur son site actuel, avec ses lits de chirurgie, ses urgences, sa maternité et le personnel médical en nombre suffisant, la réouverture du dossier retenant le principe d'un plateau technique commun sur le site de l'hôpital ». C'est un discours assez catastrophiste qui était tenu par ce comité : « A l'hôpital cet été...plus de chirurgie, plus d'urgence, plus de maternité ! ». Le concept de concession de service public, prévu dès le début dans les négociations, n'a pas été correctement utilisé par ce comité : pour lui, il s'agit d'une privatisation de la santé en France et les usagers n'auront plus le choix entre le public et le privé dans l'accès aux soins. Toutefois, étant donné que les représentants du personnel, membres du CTE, n'ont pas été associés aux négociations entre le Centre hospitalier et la clinique du Val d'Olonne, la force de cette opposition a été limitée en pratique. Le comité de défense est un mode de contestation assez fréquemment utilisé par les acteurs syndicaux (surtout CGT et SUD, ce qui n'était pas le cas ici) et par le personnel. La presse locale, fortement sollicitée joue un rôle central ; comme on a pu le constater pour le comité des Sables d'Olonne, le leitmotiv de ces comités est « l'intérêt du malade ». La figure du malade « *est utilisée à leur profit par les catégories professionnelles soignantes afin de légitimer leur propre rôle. (...) Dans le comité de défense ce ne sont pas les problèmes du personnel qui sont mis en avant, mais les besoins de la population, les questions d'aménagement du territoire.* »<sup>25</sup> Ceci s'explique par le fait que bien souvent, les opérations de restructuration ne s'accompagnent pas dans le milieu hospitalier par des pertes d'emplois. Les agents peuvent être redéployés dans d'autres services. La demande des syndicats de participer au processus de négociation ne se pose donc pas dans les mêmes termes que dans le secteur privé où la question du maintien de l'emploi est beaucoup plus délicate. L'intervention syndicale se porte donc moins que dans le secteur privé sur la question des conditions de travail du personnel. Finalement, plusieurs éléments rendent l'action syndicale difficile dans un tel contexte. L'accès à l'information est difficile, les acteurs sont multiples (tutelle, administration, médecins, élus...) et les opérations de recomposition s'inscrivent dans une durée longue, ce qui ne correspond pas au rythme souvent plus rapide de l'action syndicale. Le syndicat a alors le choix entre une position de refus (il tente alors de créer une large mobilisation dans et en dehors de l'hôpital, comme on a pu le constater aux

---

<sup>25</sup> VINCENT C. et VOLOVITCH P. *Les syndicats face aux restructurations hospitalières*. RFAS Juillet-septembre 2003, n°3

Sables d'Olonne avec le Comité de résistance) et une position d'accompagnement avec pour objectif de modifier le contenu de l'opération (position de la CFDT aux Sables d'Olonne).

Cependant, lorsqu'on évoque les résistances qui apparaissent lors d'un projet de coopération public / privé, il est aisé de parler de "résistance au changement" ; on interprète souvent la difficile mise en application d'une décision comme un problème de résistance au changement. Pour vaincre la résistance naturelle d'hommes dérangés dans leurs habitudes ou leurs intérêts, on pense alors qu'il faut persuader, former, éduquer et montrer l'anachronisme et l'égoïsme des dernières résistances. Or selon Michel CROZIER, ce modèle est inadéquat car il ne tient aucun compte du fonctionnement réel des organisations ou des systèmes d'action. *« Les membres d'une organisation ou ses clients ne sont pas en effet attachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait capables de changer très rapidement s'ils y trouvent leur intérêt, et les habitudes ont pour eux beaucoup moins d'importance qu'on ne croit. Ils ont en revanche une appréciation très raisonnable et presque instinctive des risques que peut représenter pour eux le changement... Or tout changement met en cause les conditions du jeu et les sources de pouvoir des participants. Ceux-ci ne résistent pas à la réforme pour des raisons affectives ou par manque d'information. Ils peuvent même accepter sincèrement ses objectifs mais c'est trop leur demander que d'exiger qu'ils renoncent à ce qui leur permet de s'affirmer, de rester maître de leur comportement et éventuellement de mieux accomplir leur tâche. »*. L'élément décisif du comportement c'est toujours le jeu de pouvoir et d'influence auquel l'individu participe et à travers lequel il affirme son existence sociale malgré les contraintes. C'est ainsi que tout changement est dangereux parce qu'il met en questions les conditions de son jeu, ses sources de pouvoir et sa liberté d'action. C'est donc inconsciemment mais légitimement que les acteurs vont faire obstacle à tout ce qui menacerait leur autonomie. Il faut donc se garder d'une approche du problème fondée sur le raisonnement habituel selon lequel l'échec d'une réforme est dû au manque d'informations, à l'inertie, à la routine, aux intérêts particuliers (donc à l' « irrationalité des acteurs »). Cette approche de Crozier est importante dans le cas des coopérations public / privé parce qu'elle permet alors d'affronter les résistances différemment.

### C) Le manque d'accompagnement de la part de la tutelle

Une autre difficulté se pose souvent pour les établissements mettant en place des projets de coopération public / privé ; il s'agit du manque d'accompagnement proposé par la tutelle. Dans tous les cas étudiés, tous les acteurs rencontrés s'accordent pour dire qu'ils ont eu le sentiment que l'ARH imposait une décision aux deux structures puis les laissait face à face pour les négociations sans jouer un véritable rôle d'arbitre. A Fontenay-le-Comte, où l'initiative du projet revient davantage au Centre hospitalier et à la clinique, aucune proposition technique n'a été faite par l'ARH. La tutelle attendait des solutions de la part du CH et de la clinique. Quant à l'Assurance-Maladie, elle était consciente des difficultés mais n'avait pas la connaissance suffisante du dossier. De même aux Sables d'Olonne, jusqu'à l'arrivée du nouveau Directeur d'ARH, les négociations piétinaient parce que la tutelle se refusait d'arbitrer et d'être présente physiquement lors des rencontres entre CH et clinique. Le renouvellement du DARH a permis aux représentants du CH de lui demander une véritable implication dans les négociations. Ainsi, il a accepté d'être présent aux réunions de travail rassemblant le CH et la clinique et de jouer son rôle d'arbitre.

En général, on a pu observer un manque de transmission d'information, de transparence et de communication de la part de la tutelle, malgré la «brutalité» de l'annonce de certaines décisions (comme l'annonce de la suppression de la chirurgie publique de l'hôpital des Sables d'Olonne lors du CA de mai 2003). Ce manque de communication entraîne très souvent des rumeurs, des inquiétudes et des malentendus (comme la peur exprimée par le comité de résistance des Sables d'Olonne de voir la maternité disparaître). Cependant, il faut reconnaître que lors des phases de négociation du protocole d'accord (du 14 juin au 20 juillet 2004 pour les Sables d'Olonne), les informations doivent être préservées tant qu'aucune signature n'officialise l'accord. Ainsi, avant la signature du protocole d'accord, le DARH avait demandé aux partenaires de ne pas s'exprimer sur le sujet, ni en interne, ni en externe.

L'absence de soutien ou d'accompagnement des opérations de coopération (avec la participation parfois limitée des tutelles régionales) laisse trop de place aux détracteurs et opposants et laisse les dirigeants des structures parfois désemparés devant un projet qui leur a été imposé mais qu'ils doivent mettre en œuvre après en avoir défini les modalités d'application. Les directeurs d'hôpitaux sont donc amenés à devoir justifier des projets dont ils ne sont pas eux-mêmes convaincus ; on retrouve ici la dichotomie entre l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité de Max Weber.

- D) Des incertitudes financières renforcées avec la mise en place de la tarification à l'activité

Enfin, la dimension financière ne doit pas être oubliée dans l'analyse. En effet, c'est un argument qui revient régulièrement dans les négociations entre un établissement public et une structure privée. Une des exigences des établissements engagés dans ce type d'opération concerne le maintien de leur viabilité financière. Or la mise en place progressive de la tarification à l'activité ajoute un enjeu supplémentaire. En effet, ce nouveau mode de financement des hôpitaux se base sur l'activité pour déterminer les recettes qui elles-mêmes détermineront les dépenses de l'établissement. Dans ce contexte, la perte d'une activité doit être immédiatement compensée par une hausse de l'activité d'autres services et / ou par la création de nouvelles activités au sein de l'établissement de santé. C'est ainsi que la direction du Centre hospitalier Côte de Lumière a estimé le nombre nécessaire de lits ou places à ouvrir afin de compenser la perte de ressources attendue du fait de la suppression de l'activité chirurgicale. Le constat dressé à Fontenay-le-Comte est le même : à système de financement inchangé (avant la mise en place de la T2A), la hausse du point ISA n'aurait pas été dramatique : il aurait suffi que l'ARH ne fasse pas de correction parce qu'elle savait qu'il s'agissait d'une opération de restructuration. Mais avec la T2A, la situation financière du CH est très délicate.

Par ailleurs, il convient de ne pas sous-estimer l'impact de négociations sur l'activité globale d'un établissement. En effet, alors que le projet de coopération concernait l'activité chirurgicale, le CH des Sables d'Olonne a vu son activité diminuer au cours du premier trimestre 2004 pour les activités de médecine également. Il a été expliqué qu'un « effet domino » était constaté. Les incertitudes sur l'avenir de la chirurgie, relayées par voie de presse et par le comité de résistance, se sont portées tout naturellement sur les autres activités de l'établissement. La population sablaise s'est sentie dans l'incertitude et ses inquiétudes se sont manifestées par une diminution des entrées en médecine.

En outre, les impacts financiers sont parfois mal appréhendés par les cliniques privées (investissements supplémentaires liés au « coût du service public » et à la continuité des soins), comme le montrent les difficultés de la clinique de Saumur à la viabilité financière incertaine.

À toutes ces difficultés soulignées en amont de la coopération s'ajoutent les problèmes qui surgissent au cours de la gestion quotidienne du changement.

## 2.2.2 La gestion quotidienne du changement

La gestion quotidienne du changement est ponctuée par la difficulté de maintenir la mobilisation ; en outre, la jeunesse de ces opérations ne facilite pas la prise de recul nécessaire pour la mise en place de ces rapprochements.

### A) Maintenir la mobilisation

Une fois que les deux établissements se sont mis d'accord sur les modalités du partage d'activités, d'autres difficultés apparaissent. La première est peut-être la plus importante : pour les équipes de direction, il faut continuer à porter le projet, à avoir un discours positif sur ce partenariat alors que la mise en place concrète de cette coopération fait nécessairement apparaître des difficultés. Des personnels qui ont toujours travaillé dans une logique de concurrence public / privé doivent travailler ensemble, ce qui engendre des frictions sur le terrain. Ces frictions sont relayées par les représentants du personnel ou par le personnel lui-même auprès de la direction. Or c'est le rôle du directeur d'hôpital de maintenir l'établissement et son personnel dans la dynamique engagée. A Fontenay-le-Comte, c'est la principale difficulté qui a été relevée par le chef d'établissement ; la mobilisation des équipes suppose de les amener sur une dimension prospective d'avenir (les équipes ont besoin de « rêve » selon lui). Il faut donc que le chef d'établissement s'inscrive dans une démarche participative, dynamique et positive. Il ne doit y avoir aucun grain de sable : ni en interne (changement de position de la clinique), ni en externe.

*« Dans la mesure où elle implique une intervention sur la restructuration d'un système empirique d'acteurs dont elle cherche à modifier les comportements et les modes d'ajustement, l'action de changement ne peut se concevoir en dehors des intéressés eux-mêmes. La façon dont le problème est posé appelle donc le recours à la participation des intéressés, tant dans l'élaboration que dans la mise en œuvre d'un projet de changement. Mais ce projet et cette participation ne s'ordonnent pas et ils ne surgissent pas non plus spontanément ni automatiquement. Ils doivent être construits et organisés, ils sont le produit d'un processus de mobilisation du système d'acteurs qui doit être, sinon toujours initié entièrement, du moins géré et structuré par une prise d'initiative des entrepreneurs*

*sociaux. Tel est en définitive le paradoxe du changement dirigé, surtout lorsqu'il est de type participatif ».*<sup>26</sup>

B) La jeunesse de ces opérations transforme les établissements en expérimentateurs

Si le principe de coopération entre public et privé n'est pas nouveau, la formalisation de ces opérations est récente, si bien que les établissements engagés dans ce type d'opération sont nécessairement amenés à expérimenter ces nouvelles formules de partenariat. Cet aspect a l'avantage de laisser plus de marge de manœuvre aux acteurs sur le terrain : aucun modèle ne les contraint à suivre un schéma donné. En revanche, cette jeunesse des opérations limite aussi la possibilité de recourir à des aides méthodologiques auprès d'établissements qui auraient connu ce type de rapprochement plusieurs années auparavant. En outre, peu d'évaluations sont réalisées sur ces opérations de restructuration : il serait bénéfique pour les établissements en cours de rapprochement de pouvoir s'appuyer sur des bilans d'opérations de recomposition quelques années après leur mise en place. Ainsi, des questions portant sur la rémunération des personnels, les statuts des agents, l'accompagnement financier de l'opération pourraient être clarifiées plus rapidement si les établissements pouvaient tirer profit de l'expérience de leurs « aînés ». On voit donc que le peu de recul que l'on peut prendre sur ces opérations de restructuration apporte une difficulté supplémentaire aux établissements engagés dans des opérations de coopération. Cette méconnaissance est aussi partagée par les tutelles qui ne peuvent donc pas toujours apporter une expertise ou des conseils méthodologiques aux établissements qui en font la demande.

Ainsi, toutes ces difficultés participent à la résistance qui s'organise autour de ces opérations de recomposition ; si ces rapprochements peuvent permettre de rationaliser et d'optimiser l'offre de soins, cela ne peut se faire que sous certaines conditions qui ne sont pas toujours remplies.

---

<sup>26</sup> Erhard FRIEDBERG, « L'analyse sociologique des organisations ». Revue Pour N°28

### **3 LA COOPERATION PUBLIC / PRIVE : UN OUTIL DE RATIONALISATION DE L'OFFRE DE SOINS SOUS CERTAINES CONDITIONS**

Si les objectifs des rapprochements public / privé ont été éclaircis, leur mise en œuvre nécessite une bonne préparation en amont de la coopération, un bon management en interne ainsi que des garanties sur la viabilité et la pérennité de ces opérations.

#### **3.1 En amont de la coopération, les conditions de sa réussite**

Une bonne opération de coopération doit faire l'objet d'un état des lieux préalable complet, d'un accompagnement fort de la tutelle et de la bonne gestion des fenêtres d'opportunité.

##### **3.1.1 Un état des lieux complet**

Une bonne préparation d'une opération de coopération public / privé passe tout d'abord par une très bonne connaissance de l'état des lieux. Cet état des lieux doit être complet, il doit notamment porter sur l'équilibre ou les difficultés au plan financier des établissements concernés. Cet état des lieux doit être réalisé par la tutelle mais il est indispensable que le futur partenaire ait connaissance de la situation de l'autre établissement. En effet, c'est une condition indispensable à l'instauration d'un climat de confiance entre les deux établissements amenés à devenir des partenaires. Or bien souvent, il semble que la situation financière des établissements privés ne soit pas transparente pour le centre hospitalier. Ce fut le cas aux Sables d'Olonne et à Saumur notamment. L'état des lieux doit aussi intégrer un diagnostic sur l'environnement concurrentiel de chaque établissement ; est-il à proximité d'un établissement de taille importante, quelles sont les voies de communication qui séparent les établissements...

Enfin, pour dresser un état des lieux complet, il convient de se pencher sur les besoins de santé du bassin de population. Il semble que cet aspect de l'état des lieux soit souvent sous-estimé par les établissements et par la tutelle. L'hôpital stratège n'a pas intégré dans ses décisions de façon explicite et déterminée les besoins en services de la population. Il

a su accroître, seul ou en coordination avec d'autres structures de soins, sa capacité d'offre de services mais sans prendre en compte les besoins de manière centrale. « *Le renforcement de sa position dans le contrôle des filières de production de soins a été une préoccupation plus forte que l'efficacité dans l'utilisation des ressources dans le but d'offrir des services de qualité, pertinents et accessibles.* » Il en va de même pour la tutelle semble-t-il. Ainsi, selon l'étude CNEH sur la chirurgie, sur l'ensemble des régions Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, la zone de population du pôle de santé des Olonnes connaîtra la plus forte augmentation des besoins en chirurgie de proximité (+ 15 à +20 %) d'ici 2010<sup>27</sup>. De plus, le pic de recours aux soins de chirurgie correspond à la tranche d'âge 80-85 ans ; or, la population âgée augmente rapidement sur la côte vendéenne (+ 10 % en 10 ans) ; il s'agit surtout de retraités provenant notamment de la région parisienne. L'augmentation des besoins à l'horizon 2020 est estimée à + 35 %. On peut donc s'interroger sur la sous-évaluation du diagnostic.

### **3.1.2 Un accompagnement fort de la tutelle**

Tous les cas étudiés le prouvent : un projet de coopération entre public et privé ne peut aboutir qu'avec un accompagnement fort de la tutelle. L'ARH ne doit pas se positionner comme un simple décideur qui laisse ensuite les partenaires définir les modalités de coopération. Elle a un rôle indispensable parce que les logiques et les intérêts sont très différents entre le secteur public et le secteur privé. De plus, quand il s'agit d'une décision imposée par la tutelle, il est logique qu'elle accompagne les partenaires, qu'elle les aide à communiquer ensemble, à se mettre d'accord. Il faut en effet distinguer entre les changements réactifs (dictés par des contraintes, subis) et les changements pro-actifs (résultats d'une démarche délibérée) selon CONTANDRIOPOULOS. Or quel que soit le type d'opération de coopération, que le rapprochement ait été souhaité par les partenaires ou imposé par la tutelle, un soutien actif de l'ARH est indispensable.

Dans le cas où le rapprochement est né de l'initiative des deux établissements, la tutelle doit les accompagner en leur apportant une aide technique, méthodologique. Ainsi à Fontenay-le-Comte, le terrain étant préparé, l'ARH a pu avoir un simple rôle d'impulsion, d'accompagnateur du projet. En revanche, on n'a pas pu observer de réel enthousiasme pour ce projet au sein de l'ARH, de l'Assurance maladie ou de la DDASS. Aux Sables d'Olonne ou à Saumur, où le projet est dû à l'initiative de la tutelle, le problème a été

---

<sup>27</sup> CNEH, Etude préparatoire au SROS de chirurgie, ARH de Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes. Séminaire du 11 juin 2003.

souligné : la tutelle laisse les partenaires public / privé dans un jeu frontal sans leur apporter de solution ni les aider au plan technique.

Selon Vincent Lajarige, les repères institutionnels, les instances et les règles sont perturbés dans un tel contexte. Les rapprochements sont jeunes, immatures, il faut une espèce de tutorat, il faut que l'institutionnel (l'ARH) porte cela pour ne pas le laisser à la merci des changements d'homme ou à la merci du pouvoir des actionnaires. Ainsi, le changement de majorité des actionnaires de la clinique du Val d'Olonne a définitivement écarté le projet initial de partage de l'activité chirurgicale entre le CH et la clinique. L'ARH doit aussi s'assurer du respect des engagements pris par l'ensemble des parties.

Concernant les Pays de la Loire, l'attitude de la tutelle qui se refusait à jouer un véritable rôle d'arbitre ou de médiateur en se cantonnant à un rôle purement décisionnel a évolué depuis peu. La politique de l'ARH des Pays de la Loire a longtemps été marquée par l'empreinte de son Directeur qui a tenu un discours très clair sur les intentions de sa politique régionale en matière de répartition de l'offre de soins : le SROS en vigueur a traité 7 villes moyennes de la région de manière identique en leur imposant un seul plateau technique public-privé : Fontenay-le-Comte, Saumur, Châteaubriant, Mayenne, Sablé-La Flèche, Château-Gontier et les Sables d'Olonne. Il considérait qu'il n'y a aucun avenir pour une chirurgie publique de proximité. Concernant la localisation du futur pôle de santé du Pays des Olonnes, elle relève d'un débat politique entre élus locaux ; l'ARH se charge du partage d'activités médicales, la localisation concerne l'agence mais le débat doit être tranché par les élus. Cette logique ne pouvait que pousser les deux établissements à s'affronter dans un jeu dual où personne ne jouait le rôle de médiateur. Ce n'est que lors du changement de DARH qu'une présence effective de la tutelle lors des réunions de négociations a été demandée et obtenue. Il semble que ce soit cette implication de la tutelle sur le terrain qui a permis la signature du protocole d'accord. Les acteurs se sont sentis soutenus, épaulés dans cette démarche et non plus désemparés. D'ailleurs, le Rapport FHF / FHP retient aussi le soutien actif de l'ARH comme élément déterminant pour un développement favorable du processus. Ces nouvelles structures sont jeunes : l'accompagnement vigilant de la tutelle est nécessaire ; le rôle d'arbitre doit s'exercer si besoin.

Dans le processus décisionnel des restructurations hospitalières, plusieurs mécanismes existent :

- La logique de planification administrative : la tutelle définit les objectifs, les orientations d'activité et les regroupements nécessaires d'un point de vue économique pour chaque établissement. Cette logique présente l'avantage de l'efficacité de la

procédure vis-à-vis de ses objectifs mais comporte les effets pervers de la centralisation de l'allocation des ressources.

- La sélection naturelle organisée dans un environnement concurrentiel sur la base des compétences spécifiques à chaque établissement.
- La définition centralisée des objectifs mais la définition des modalités de mise en œuvre par les unités décentralisées (mécanisme qui se situe à mi-chemin entre les deux logiques).

La première solution, la logique de planification administrative, ne paraît pas acceptable pour les hôpitaux. La sélection naturelle n'est pas une solution envisageable pour la tutelle. C'est pourquoi il ne reste que la dernière possibilité ; mais cette solution suppose que les hôpitaux disposent de capacités stratégiques et que les relations hôpital - tutelle soient clairement définies. Or la structure organisationnelle de l'hôpital (cf. MINTZBERG) n'est peut-être pas prête aujourd'hui à répondre immédiatement aux évolutions d'un environnement que la tutelle perturbe par sa volonté de rationalisation : l'autorité duale (administrative et médicale) et les relations informelles créent des espaces de liberté parfois difficiles à contrôler. Deux conceptions différentes cohabitent :

- Une conception directive, administrée, planifiée, technocratique avec une programmation du calendrier, des projets, des résultats, des valeurs d'égalité
- Une conception participative, qui laisse place aux jeux d'acteurs, à la recherche d'arrangements, de compromis singuliers au niveau local, avec des marges de manœuvre, des objectifs évolutifs

Parce qu'ils s'appuient sur des conceptions de la rationalité qui sont incompatibles, les référentiels participatif et directif produisent des effets contradictoires, aucune vérité ne pouvant être défendue contre les autres, le champ des possibles se redéfinissant constamment avec chaque décision. Ainsi, la recomposition apparaît soit comme un « bateau ivre et sans boussole parce que sans guide », soit comme un lieu de compromis, qui permet aux acteurs de se coordonner (P.Mossé). C'est donc aussi un rôle de coordonnateur que doit remplir l'ARH.

En outre, le rôle de la tutelle consiste aussi à permettre aux deux structures de trouver une opportunité bénéfique dans ce rapprochement ; c'est la logique « gagnant-gagnant » prônée par les tutelles. Chaque partenaire doit avoir un avantage au-delà de la notion de survie. Lorsque la décision de coopérer a été prise par les deux partenaires, cette logique est plus facile à faire partager : les deux structures sont déjà convaincues du bien-fondé du rapprochement ; reste ensuite à convaincre en interne. A Fontenay-le-Comte, un « déclic involontaire » a été le déclin de la maternité et de la chirurgie du CH de Luçon. (en Vendée également). Cet exemple a été agité comme « un chiffon rouge » devant les

acteurs opposés au projet (ou du moins assez récalcitrants). Mais le déclic le plus important a été constitué par les problèmes économiques de la clinique d'une part et du CH d'autre part, placé dans une position difficile vis à vis de l'ARH. Cela facilite les opérations quand des difficultés financières sont observées de part et d'autre : l'opération de rapprochement est considérée comme une solution pour la survie de chaque établissement. Pour la direction du CH de Fontenay, c'était la seule solution pour une cohérence de prise en charge sur le bassin de population. Si la coopération n'est pas de cœur, elle est de raison.

En revanche, lors d'un rapprochement imposé par la tutelle, il est primordial de redoubler d'efforts pour convaincre de la logique « gagnant-gagnant » afin de ne pas engendrer de frustrations. Le développement de l'activité médicale peut être une réponse à cette nécessité (éventuellement accompagné par le recrutement de nouveaux praticiens, comme ce fut le cas à Châteaubriant). Le nouvel équilibre prôné ne peut remporter l'adhésion des composantes internes et externes que si les perspectives qu'il offre paraissent au moins aussi favorables que celles que chacun doit abandonner pour le réaliser. Il n'y a qu'un fragile équilibre entre deux intérêts ; c'est pourquoi il faut partir d'un point de vue gagnant/gagnant : il y a un équilibre à garder pour qu'aucun ne perde, et qu'aucun ne prenne le pas ; les expériences les plus avancées, les plus abouties sont celles-là. Claudine Esper établit un parallèle entre les rapprochements public / privé et le PACS (pacte civil de solidarité) : le mariage évolue vers des formes plus souples de vie commune.

Enfin, l'accompagnement de la tutelle doit aussi être financier : le secteur public a en général des capacités d'investissement plus importantes, donc si le projet peut être plus facilement financé par le CH, il convient que la tutelle s'engage fortement sur cet accompagnement financier, en particulier dans le cas des concessions de service public.

### **3.1.3 Le facteur temps et les fenêtres d'opportunité**

Il faut aussi que les ARH conjuguent ténacité et une certaine habileté pour saisir les moments d'opportunité où les changements peuvent s'opérer. Comme on l'a vu, pour le cas de Fontenay-le-Comte, le déclin de la maternité et de la chirurgie du Centre hospitalier de Luçon (qui a été fusionné dans le Centre hospitalier départemental multi-site de la Roche sur Yon) a permis d'accélérer le rapprochement entre le CH et la clinique. En effet, la disparition pure et simple de la carte sanitaire était une crainte forte

partagée par les deux établissements. De même à Châteaubriant, le directeur de l'époque, un peu en retrait, s'est arrêté pour des raisons de santé ; durant 6 mois, l'intérim est assuré par le directeur du CHS voisin, ancien directeur de l'établissement. Le fait d'être « extérieur » lui donne les coudées franches pour mettre en œuvre le projet de rapprochement.

Le temps est un facteur important à considérer. Chaque rapprochement doit se faire à son propre rythme en fonction des réalités locales, du dynamisme des promoteurs et de l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Les changements d'interlocuteur peuvent aussi être bénéfiques à l'opération qui doit se mettre en place. Ainsi, le changement d'interlocuteur au sein de l'ARH a permis de donner une nouvelle impulsion au projet des Sables d'Olonne ; il a surtout permis aux deux établissements d'avoir un nouveau médiateur qui leur a permis de reprendre les négociations dans un climat plus serein.

Le facteur temps peut aussi constituer une aide une fois l'opération lancée ; ainsi, à Fontenay le Comte, concernant le redéploiement des personnels qui travaillaient dans les services dont l'activité a été supprimée, parmi les 40 personnes, certaines ont permis de remplacer des départs à la retraite. Une bonne gestion prévisionnelle des emplois et des compétences a permis de réduire les difficultés sociales induites par l'opération.

Toutefois, le temps peut aussi constituer un handicap dans la mesure où les opérations de recomposition s'inscrivent en général dans une durée assez longue ; or dans l'espace de temps très long qui s'écoule entre l'analyse de départ et la prise de décision, le contexte peut avoir changé, le projet peut perdre de son intérêt ou de son caractère prioritaire. De même, il peut être difficile pour les directeurs d'hôpitaux de gérer le court terme (et la nécessaire réactivité) et le moyen / long terme (avec le suivi et l'anticipation des évolutions). Selon Didier Haas, le temps social est très long et la succession des dirigeants (ou des DARH) fait courir des risques de démotivation, démobilitation, et de rumeurs.

Il s'agit en fait de mettre à profit le facteur temporel pour élaborer une méthode de travail : à Châteaubriant, toutes les modalités pratiques de l'organisation étaient réglées avant la mise en œuvre effective du projet et le fonctionnement en a été facilité. De même, aux Sables d'Olonne, si les négociations ont été longues, elles ont cependant permis d'aboutir à un protocole d'accord détaillé ainsi qu'à des documents de travail rédigés en commun par les anesthésistes des deux établissements par exemple. A Fontenay-le-Comte en revanche, le chef d'établissement regrette que ces longues périodes de réflexion et de négociations n'aient pas été utilisées pour mettre par écrit les modalités de mise en

œuvre sur lesquelles les partenaires auraient dû se mettre d'accord avant la signature d'un simple accord-cadre très général. Il semble qu'il convient donc de se mettre d'accord par écrit sur le principe de la coopération, de travailler sur la forme juridique la plus appropriée à l'opération et de constituer des groupes de travail sur l'organisation concrète.

Une fois cette préparation effectuée, la coopération doit être appréhendée comme tout phénomène de changement et doit donc être managée comme tel.

## **3.2 Le management interne du changement**

Trois éléments doivent être réunis pour que le changement soit bien managé en interne ; il s'agit de prendre en compte les phénomènes d'apprentissage, d'avoir une politique de communication performante et de mettre en œuvre une forte cohésion interne entre les acteurs.

### **3.2.1 La gestion du processus de changement et le phénomène d'apprentissage**

Comme il a été vu précédemment, on ne peut pas parler d'une résistance au changement qui serait insurmontable parce qu'inhérente aux acteurs d'un système (M.Crozier). Une action de changement dirigé, comme les opérations de coopération public / privé peuvent être définies, ne consiste pas à décider une nouvelle structure, une nouvelle technique, une nouvelle méthode mais à lancer un processus de changement qui implique actions et réactions, négociations et coopération. C'est une opération qui met en jeu non pas la volonté d'un seul mais la capacité de groupes différents engagés dans un système complexe à coopérer autrement dans la même action.

Il est le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisées les ressources et capacités des participants nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux dont la mise en œuvre libre permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain et non comme une machine. Le changement réussi n'est donc pas la conséquence du remplacement d'un modèle ancien par un modèle nouveau qui aurait été conçu d'avance par des sages quelconques. Le changement dirigé comporte toujours deux faces :

- le changement d'une activité, d'une fonction, d'un mode opératoire, d'une technique dans un but économique, social ou financier

- en même temps, il est transformation des caractéristiques et modes de régulation d'un système, voire transformation des mécanismes de changement eux-mêmes.

Le modèle du changement rationnel suppose que c'est l'inadéquation de l'organisation existante qui impose un nouveau mode d'organisation. Le postulat que cette théorie sous-tend est que l'organisation peut être définie comme un acteur rationnel unique incarné par la direction qui a la responsabilité d'identifier les besoins de changement, la légitimité pour en choisir les modalités et l'autorité pour en obtenir la mise en œuvre. Dans ce système, les acteurs n'ont aucun rôle actif : « *la très grande majorité des membres de l'organisation sinon la presque totalité, se trouvent privés de possibilité raisonnable de participation* ». <sup>28</sup>

Or l'organisation de l'hôpital est inadaptée au modèle de changement rationnel : la direction n'est pas la seule à détenir la légitimité pour définir les orientations de l'institution. Elle doit partager cette légitimité avec le corps médical, les instances représentatives (la CME, le CTE, le CA), la tutelle...Ce qui convient à l'hôpital, c'est le modèle de processus de changement qui privilégie les phénomènes d'apprentissage, accorde du temps pour changer, permet de s'engager progressivement. C'est la théorie du développement organisationnel (développée aux Etats-Unis dans les années 1970 sous le nom de « OD » pour « organizational development ») qui consiste à appliquer des théories du comportement humain aux organisations. En effet, le changement n'est pas centré sur le modèle mais sur le processus. Cette vision dynamique explique alors que le changement ce n'est pas la gestion du passage d'un état d'équilibre à un autre mais c'est la gestion du déséquilibre. Dans ce contexte, le management stratégique consiste à réconcilier la rationalité et le besoin d'autonomie des individus au sein d'une organisation. Il faut arriver à fonder la satisfaction du besoin de sécurité sur la maîtrise du changement.

Par conséquent, une dimension fondamentale dans tout processus de changement est l'apprentissage par les acteurs concernés de nouveaux modes relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, donc de nouvelles capacités collectives. Ici, l'apprentissage collectif doit être entendu comme un processus à travers lequel un ensemble d'acteurs, partie prenante d'un système d'action, apprennent et fixent de nouveaux modèles de jeu, avec leurs composantes affectives, cognitives et relationnelles. La difficulté est que c'est l'apprentissage de tous les acteurs ensemble qui est la condition du succès du jeu nouveau.

Dans le cas des opérations de coopération entre un établissement public et un établissement privé, des actions de formation au moment du lancement d'une opération peuvent être une bonne idée parce que cela permet d'associer le changement à une démarche d'apprentissage, d'ouverture, et de coopération, qui constituent des symboles rassurants. Au Centre hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne, un des axes retenus pour le plan de formation 2005 est l'« accompagnement au changement ». Étant donné que le changement passe par des apprentissages collectifs, il est indispensable de passer par des actions de formation afin de rassurer le personnel et de montrer qu'il est normal que ce changement suscite des inquiétudes, que le changement ne va pas de soi et que l'établissement accompagne donc son personnel dans cette démarche.

Comprendre le sens de ce qui est vécu est essentiel pour préserver l'autonomie des acteurs et leur capacité d'adaptation. Le rôle du « manager » est de redonner du sens aux choses, de poser un cadre, une règle dans laquelle on se retrouve, quitte à s'y opposer. Cela permet à chacun de se situer. On a abandonné l'idée d'obtenir un consensus ; l'idéologie du consensus est perverse, contraire à la culture démocratique. Il faut accepter le débat et décider. Les interlocuteurs ont le droit de ne pas être d'accord. (Bernard Daumur). L'enjeu de la légitimation est de définir l'objectif commun acceptable pour tous. Le management est la compréhension des dynamiques sociales à partir de la compréhension des différences et des coopérations. (Sainsaulieu)

Dans la pratique, l'importance de l'apprentissage collectif se vérifie, et pas seulement en direction du personnel de l'établissement. Ainsi, à Fontenay-le-Comte, la population a réagi très vivement à l'annonce de la fermeture de la chirurgie de l'hôpital au profit d'une concession de service public accordée à la clinique. Des manifestations et des oppositions très fortes ont pu être observées. Mais la venue du DARH sur site a été déterminante : à l'occasion de plusieurs soirées, des questions ont pu lui être posées par des membres du personnel et par des habitants de la ville. Ce travail pédagogique a permis de rassurer sur les suites de l'opération et sur ses conséquences pour le personnel et pour les usagers.

---

<sup>28</sup> CROZIER M., *Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques*, 18 juin 1973 in CREMADEZ M. en collaboration avec François GRATEAU. *Le management stratégique hospitalier*. 2<sup>ème</sup> édition, édition Masson, 1997

### 3.2.2 L'importance de la communication et de l'information

Il semble évident qu'un discours sur le changement est difficile à pratiquer dans un milieu hostile. Après de sceptiques, ce qui est probant, ce sont les faits et non les paroles (particulièrement dans le milieu professionnel où la culture du concret est prégnante). Sans faits probants, même la dialectique la mieux argumentée court à l'échec. Lors du lancement d'une opération, on ne peut que s'appuyer sur des faits extérieurs, comme des exemples de réussite d'une opération similaire. Mais dans de nombreux cas, la confiance attendue ne se manifeste pas. On reproche souvent aux dirigeants de ne pas savoir « vendre le changement » alors que c'est parfois dû à la difficulté de trouver ces faits probants qui justifieraient le changement. En effet, deux problèmes se posent dans le cas des opérations de coopération entre public et privé. Tout d'abord, la jeunesse de ces opérations rend difficile leur évaluation ; il est donc difficile d'en tirer des enseignements. Ensuite, la spécificité de chaque organisation rend les comparaisons difficiles et donc ces exemples facilement contestables. Ainsi, l'appartenance de la clinique privée à un groupe ou à des actionnaires locaux peut changer la donne : aux Sables d'Olonne, la clinique du Val d'Olonne appartient au groupe 3H qui est notamment implanté à La Roche sur Yon (clinique Saint Charles), ce qui suscitait l'inquiétude chez les opposants au projet et au sein du CH. En effet, on peut légitimement se demander s'il est certain qu'un site privé ait intérêt à se maintenir dans le Pays des Olonnes ou à rapatrier ses capacités sur La Roche sur Yon. En revanche, à Saumur et à Fontenay-le-Comte, ce sont des actionnaires locaux qui possèdent la clinique privée et qui sont donc attachés au maintien de leur implantation géographique.

Malgré ces difficultés pour communiquer en période de changement, il est nécessaire de réaliser un important travail de communication. Il faut « changer les convictions »<sup>29</sup>, même si ce travail peut comporter un effet pervers : pendant le temps passé à cet effort de conviction, la direction se détache de l'opérationnel. L'évaluation du SROS II par l'ARH a souligné la très forte implication nécessaire du directeur d'hôpital et du directeur de la clinique. La continuité est nécessaire, ce qui passe par un affichage des volontés (« tout se passe là »<sup>30</sup>). Il faut toujours un discours positif, à tous les niveaux (comité de direction, syndicats...). Il n'y a pas de côté gratifiant en contrepartie, il y a toujours des oppositions,

---

<sup>29</sup> M.Hector, Directeur du CH de Fontenay-le-Comte - entretien

<sup>30</sup> M.Hector, Directeur du CH de Fontenay-le-Comte - entretien

des incompréhensions, « on prend des coups »<sup>31</sup>. Il n'y a pas de satisfaction en échange d'un travail fourni. Il est beaucoup plus facile de dire que le rapprochement est impossible. La difficulté soulignée par le directeur du CH de Fontenay est de tenir ce discours, soutenir le projet alors qu'il est confronté à la remontée de difficultés concrètes. Il n'a pas le choix, il doit soutenir la coopération. Philippe MOSSÉ souligne le « travail exceptionnel des dirigeants » : il faut y croire, et mener un travail de coordination pour « exploser les différences ». Les coopérations public / privé nous mettent face à un paradoxe : il s'agit de marier deux mondes que tout oppose. Cela passe nécessairement par la reconnaissance des différences pour en intégrer les dimensions positives. Le recours à la métaphore des liens conjugaux, des formes familiales, indique que cet apprentissage renvoie d'abord à une aventure humaine. La curiosité, l'intelligence de l'autre, le pragmatisme, la détermination y sont des qualités essentielles. Les collaborations public / privé sont largement tributaires des hommes et de leur aptitude au dialogue.

À Saumur aussi, on souligne l'importance de la communication. Ainsi, le chef d'établissement a tenu à faire un discours de bonne année très positif sur le travail fourni par le personnel de l'hôpital. Il en a profité pour communiquer les résultats d'une enquête de satisfaction menée auprès d'usagers. On peut aussi penser à l'organisation de journées portes ouvertes une fois le partage d'activités effectif pour informer la population des modalités de fonctionnement de ce nouveau type de structure.

La communication doit aussi être très importante de la part de la tutelle. Or bien souvent, trop peu d'informations sont diffusées par la tutelle, ce qui traduit peut-être l'insuffisante connaissance du dossier ou du moins les lacunes dans l'état des lieux qui est établi. L'absence de recours à l'information est symptomatique de cette incapacité à gérer le changement ; tout se passe comme si la valeur de l'information au niveau de la prise de décision était ignorée, ce qui suppose un système de pilotage très « expérimental et opportuniste ». Les acteurs se prononceront alors non par rapport à un projet collectif mais par rapport à la déstabilisation des acquis que le projet introduit. Par exemple, à Fontenay-le-Comte, l'insuffisante communication de l'ARH a créé des malentendus. Ainsi, pour le personnel non médical qui travaillait dans le service de chirurgie (une quarantaine de personnes), l'ARH a eu un discours assez rassurant : la tutelle allait les aider dans leur projet professionnel. Ce qui a été compris par les membres du personnel, c'est que tout le personnel serait redéployé sur les activités nouvelles (qui devraient être dans le prochain Contrat d'Objectifs et de Moyens), alors que la tutelle sous-entendait que cette aide

---

<sup>31</sup> M.Hector, Directeur du CH de Fontenay-le-Comte - entretien

pouvait aussi signifier de leur trouver un poste dans un autre établissement. Il est donc dans l'intérêt de toutes les parties, y compris de la tutelle, de communiquer de manière claire dans ce type d'opération.

### **3.2.3 Une cohésion interne indispensable**

Concernant le bon management du changement, la dernière condition de réussite est une cohésion interne forte entre les principaux acteurs. La question de la conduite de changement et de sa réussite demande que l'équipe de direction, autour du chef d'établissement, en fasse une priorité et s'organise en conséquence. Mais ce travail ne doit pas être mené seulement par l'équipe de direction. Cela passe aussi par une cohésion entre les personnels administratifs et médicaux ; c'est une condition qui semble indispensable à la maîtrise du processus. Deux critères de succès de l'hôpital peuvent être relevés pour son évolution :

- la cohérence interne c'est à dire la capacité des acteurs à l'intérieur de l'hôpital à faire émerger des objectifs et une stratégie commune
- la maîtrise de l'environnement, soit l'aptitude de l'hôpital à mettre en œuvre une stratégie active renforçant sa place dans le système local de soins par un élargissement de sa capacité d'offre

Au Centre hospitalier des Sables d'Olonne, un véritable travail en binôme a pu être observé entre le chef d'établissement et le Président de CME. A Châteaubriant, le Président de la Commission médicale d'établissement de l'hôpital reconnaît que « le rôle de président de CME est ingrat et difficile. Il faut essayer d'être consensuel tout en étant capable de trancher le moment venu. Et garder à l'esprit que nous ne sommes pas des syndicalistes mais les représentants institutionnels de tous les médecins de l'établissement. »<sup>32</sup> La dévolution de la chirurgie au privé trouve très vite l'appui de ce président de la CME de l'hôpital, un cardiologue d'abord installé en ville, temps partiel, puis temps plein, qui cherche à développer les spécialités médicales à l'hôpital.

En général, le CTE est un peu écarté des négociations parce que les syndicats se montrent souvent opposés au projet ; ce ne fut pas le cas à Fontenay le Comte où la CFDT a soutenu le projet. De même à Châteaubriant, la CFDT, syndicat majoritaire à 80%, a joué en appui (ni banderoles, ni manifestations, ni articles de presse).

---

<sup>32</sup> WEILL A. *Décloisonner l'hôpital*, Revue Santé Pays de la Loire n°49 Janvier-février 2003

Un encadrement de très grande qualité inscrit dans une dynamique positive est aussi un atout pour un établissement en cours de restructuration ; c'est le cas à Fontenay-le-Comte où les cadres sont très impliqués dans des projets professionnels, personnels, et des projets de service.

Le président du CA peut aussi jouer un rôle important ; il est nécessaire que la cohésion s'étende aussi au CA. A Fontenay, le Président du Conseil d'Administration du CH est passé d'une réserve attentiste à la conviction que le maintien du dynamisme de la ville passait par l'existence d'un pôle de santé, afin de fixer, voire attirer une population nouvelle. Il s'agit d'une ville plus petite que celle des Sables d'Olonne et qui ne bénéficie pas d'un afflux touristique l'été.

Enfin, pour que ces opérations de rapprochement soient viables et pérennes, il importe que des garanties soient apportées.

### **3.3 La garantie de la viabilité de l'opération**

Deux conditions sont nécessaires à la pérennité de ces opérations : il convient de créer un espace commun de coopération et d'évaluer régulièrement ces rapprochements.

#### **3.3.1 La création d'un espace commun**

Les cas étudiés soulignent la persistance des différences culturelles entre ces deux mondes que sont le secteur public et le secteur privé ; afin de surmonter ces difficultés, il semble impératif que les établissements contribuent à la constitution d'un « espace commun » afin que leurs liens soient renforcés. Il s'agit de développer la coopération entre les deux établissements à travers des domaines transversaux. Il est important de préciser que cet espace commun ne doit en rien remettre en cause les deux entités juridiques ; il a déjà été vu que l'identité de chaque professionnel est très liée au sentiment d'appartenance à une structure spécifique, d'où l'importance du maintien des deux structures.

Cet espace commun peut être le réceptacle d'activités transversales communes ; ainsi, dans le domaine du soin, les moyens à mettre en œuvre pour respecter les contraintes réglementaires concernant la qualité et la sécurité des soins ou l'organisation et la continuité des soins peuvent être mutualisés. Ainsi, on pourrait envisager une coopération pour le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la matériovigilance, etc...De même, une approche commune est

souhaitable pour la démarche qualité ou la prise en charge de la douleur. Les démarches qualité sont de bons vecteurs, la vertu de la règle oblige à négocier son application (Didier Haas). Selon le chef d'établissement de l'hôpital de Fontenay-le-Comte, l'expérience de travail en commun constitue un autre intérêt de la coopération ; au sein de cet hôpital public, l'ancien chef d'établissement était partisan d'activités transversales sur les activités paramédicales (douleur, hygiène, référent qualité...). Aujourd'hui, des discussions communes ont lieu sur toutes les actions de coopération, de communication et notamment dans ces domaines.

Dans le secteur administratif, la mise en place d'un système d'information hospitalier commun pourrait être bénéfique dans le cas où les deux structures ont déjà mis en place une coopération sereine et efficace sur le terrain. Enfin, dans le domaine logistique, des activités peuvent aussi être regroupées ; on peut notamment penser à la blanchisserie, à la cuisine, à l'entretien...

Concernant l'organisation de cet espace commun, il semble important que plusieurs principes soient posés et respectés. La liberté doit être laissée aux professionnels d'intégrer ou non cet espace commun ; les initiatives doivent être soutenues, notamment au plan financier. Afin d'encourager ces initiatives, il est préférable que les engagements sur ces aspects de coopération au sein d'un espace commun soient réversibles. La formule pourrait donc être celle d'une possibilité de retour à la situation antérieure. Enfin, il convient d'insister sur la souplesse d'utilisation ; il ne s'agit pas d'ajouter une strate supplémentaire qui serait synonyme de lourdeur. Le contenu doit être variable et adaptable en fonction des souhaits des différents acteurs. Il est important de travailler ensemble sur des domaines d'intérêts communs (Vincent Lajarige).

Par ailleurs, la création d'un espace commun doit aussi être l'occasion d'une ouverture sur l'extérieur ; ainsi, d'autres liens de coopération doivent être recherchés, notamment avec la médecine de ville ou avec des hôpitaux locaux. L'hôpital et la clinique de Fontenay-le-Comte ont par exemple renforcé leur collaboration avec l'hôpital local de la Châtaigneraie. Il est nécessaire de garder une cohérence et de la crédibilité vis-à-vis de l'extérieur. Ainsi, en cas de problème dans la mise en œuvre concrète du projet, la tutelle ne pourra que soutenir les partenaires de la coopération parce qu'il n'y a pas eu de rupture dans le maillage territorial, qui est resté cohérent.

Le développement de ces comportements coopératifs est aussi susceptible de créer des relations de confiance durables. Il faut apprendre à se connaître avant de travailler

ensemble, avec une progression du rapprochement à la coopération, jusqu'à ne plus pouvoir se passer de l'autre.

### **3.3.2 La nécessité d'évaluer ces opérations**

Une évaluation interne et régulière menée par les acteurs de la coopération doit être réalisée en fonction des objectifs négociés ; les partenaires vont devoir intégrer dans leur démarche la notion d'évaluation. À chaque échéance définie dans le contrat, ils devront établir un bilan de réalisation, procéder le cas échéant à l'analyse des écarts ; cette analyse conditionnera alors le passage ou non à l'étape suivante, ainsi que la conservation des conditions négociées de financement.

Afin de garantir la viabilité de ces opérations de rapprochement public / privé, il semble nécessaire de mener des évaluations sur les projets déjà réalisés. On est souvent face à un paradoxe : on restructure pour rationaliser mais on ne se donne pas les moyens d'évaluer ce qu'on fait. Dans ce cas, il faut alors se demander de quels indicateurs il convient de se doter pour évaluer les recompositions. Il faudrait observer le différentiel de performance avant-après sur les items suivants :

- les indicateurs de réduction de lits
- les résultats de santé obtenus, notamment par le biais des notions de mortalité évitable/évitée
- la distribution de la santé (est-on allé vers une réduction des inégalités)
- le degré de réactivité aux attentes
- l'évolution des coûts par séjour
- la baisse des transports sanitaires
- l'évolution du taux de fuite

L'évaluation de ces coopérations entreprises apparaît fondamentale afin de déterminer avec précision si ces rapprochements public / privé constituent bien un outil de rationalisation de l'offre de soins pertinent. Mais la difficulté analysée précédemment de cerner les différents objectifs poursuivis par ces opérations de recomposition rend compliquée leur évaluation : il faut analyser les résultats par rapports à des objectifs, mais lorsque ceux-ci restent flous, l'évaluation est plus difficile à mener. Sans évaluation précise, le développement de ces opérations de rapprochement public / privé risque de se faire de manière non cohérente et non coordonnée, ce qui s'avèrerait contre-productif. Les critères retenus pour apprécier le bénéfice de ces opérations doivent intégrer les notions d'attractivité, de cohésion, de qualité et de sécurité.

Toutefois, il convient de reconnaître que l'ARH des Pays de la Loire a fait figure d'exception puisqu'elle a mis en place une évaluation de son SROS II. L'enjeu était double :

- Il s'agissait de mesurer, comme il était prévu dès 1999, l'impact du SROS II sur l'évolution du système de soins régional, sur son adaptation aux besoins des usagers et sur la traduction concrète des quatre principes directeurs du SROS : qualité, accessibilité, subsidiarité et complémentarité.
- En outre, il était question d'identifier les conditions de réussite des actions engagées, notamment les actions de coopération public / privé.

Ainsi, l'ARH a commandé un rapport d'évaluation à un cabinet indépendant afin de :

- diagnostiquer les évolutions marquantes du système de soins hospitaliers de la région
- mesurer la progression des pratiques des acteurs et leur mobilisation accrue dans la mise en œuvre d'une planification concertée de l'organisation des soins
- tirer des enseignements des années 1997-2003 pour améliorer l'efficacité du SROS de troisième génération.

On peut cependant observer que ce rapport d'évaluation du SROS II ne s'appuie pas sur des indicateurs financiers ou d'évolution du taux de fuite.

## CONCLUSION

En conclusion, il apparaît que le rapprochement entre le Centre hospitalier Côte de Lumière et la clinique du Val d'Olonne est assez représentatif des opérations de coopération public / privé qui se développent un peu partout en France, avec une fréquence particulièrement marquée dans la région des Pays de la Loire. En effet, nombre d'opérations, qui se traduisent par un partage d'activité avec la chirurgie confiée au secteur privé, sont caractérisées par des difficultés majeures de mise en œuvre, à commencer par des freins culturels. Il ne s'agit pas seulement des résistances traditionnelles au changement mais de réticences propres au clivage public / privé qui sépare ces deux types d'établissements qui ont toujours fonctionné différemment et travaillé séparément. Il n'est jamais simple de faire cohabiter et collaborer des acteurs qui se considéraient jusqu'alors concurrents. Si les avancées juridiques autour du GCS permettent d'espérer une construction technique plus simple à l'avenir, beaucoup d'incertitudes demeurent et de nombreux acteurs profitent de ce flou juridique pour justifier l'impossible coopération entre public et privé. Quant à la tarification à l'activité, il semble qu'elle vient ajouter des inquiétudes supplémentaires pour les acteurs impliqués dans un projet de recomposition. Certains directeurs d'hôpitaux plaident en faveur d'un calendrier T2A adapté à ces recompositions. On voit donc que les éléments juridiques, financiers et culturels restent des freins à ce type d'opération. Cependant, un accompagnement fort de la tutelle permettrait aux structures concernées d'être épaulées dans ce changement et il semble encore que les agences aient des difficultés à se positionner comme arbitre dans ces rapprochements. Recomposition imposée plus que souhaitée dans bien des cas : le management du changement ne peut pas se faire de la même manière, les directeurs d'hôpitaux doivent se persuader du bien-fondé de ces opérations avant de tenter de mobiliser leur équipe de direction, le personnel médical et non médical. Or on perçoit ici une des limites des pouvoirs des directeurs qui doivent parfois appliquer des projets qui leur sont imposés par la tutelle ; un changement ne peut se faire contre les acteurs, il doit se faire avec eux, c'est pourquoi il est indispensable que les tutelles communiquent sur ces projets pour réussir à « vendre le changement ». Ce n'est qu'à cette condition que les directeurs d'hôpitaux pourront à leur tour porter le projet dans leur établissement et au sein de la population inquiète de ces évolutions. Le déficit de pilotage complique la tâche des managers : comment restituer un sens, une lisibilité pour les acteurs de terrain ? Vers quel objectif tend-on, quels sont les enjeux, à quoi consacre-t-on les moyens ? Cette approche est préférable aux impasses déterministes sur le changement qui le présentent comme un changement imposé à l'homme par

l'extérieur, il convient au contraire d'affirmer la responsabilité de l'homme dans le changement. Les écarts entre la volonté de départ des autorités de tutelle et la situation observée sur le terrain une fois le rapprochement effectif souligne que le changement est avant tout le produit des interactions des hommes (Michel CROZIER).

Si beaucoup de rapprochements font grincer des dents, certains font l'objet de satisfaction par les acteurs de terrain ; ainsi, à Châteaubriant, le Président de la CME, qui a toujours porté ce projet, témoigne de son enthousiasme pour ce pari audacieux qu'il juge aujourd'hui réussi : « Ce rapprochement était avant tout une affaire d'hommes et de courage, celui d'affronter les conservatismes de tous bords. L'ARH nous a fait confiance et elle a eu raison de nous. A quatre ans, le bilan de cette coopération est excellent. L'hôpital est redynamisé, son activité globale a augmenté de 25 %, la qualité des soins s'est beaucoup améliorée. Comme quoi, il fallait effectivement couper la branche malade de l'hôpital qu'était la chirurgie. »

Cet enthousiasme suscite cependant des interrogations sur l'avenir de la chirurgie publique en France. Certains acteurs rencontrés ont fait part de leur inquiétude face à une « politique nationale qui veut confier toute la chirurgie au privé », même si quelques exemples d'autres régions les contredisent puisque la chirurgie est parfois complètement confiée à la structure publique : c'est le cas de Fougères (en Ille et Vilaine) ou encore de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). Dominique BENETEAU<sup>33</sup> s'interroge également : un des implicites de la recomposition est l'équivalence des services rendus par le public et par le privé, avec la dévolution de plus en plus fréquente de la chirurgie au privé. Le secteur privé réagit mieux à la contrainte, il rend compte à ses actionnaires de ses performances économiques. Son problème est la limitation des lits, les actionnaires peuvent décider de se désengager du jour au lendemain d'un secteur déficitaire (d'où l'« abandon » de l'obstétrique, devenue non lucrative pour des raisons de qualité de prise en charge et de coût des normes). Les contraintes imposées de l'extérieur au secteur public sont à intégrer dans sa composante stratégique : quand il y a des carences dans le dispositif (urgences, maternité), c'est toujours l'établissement public qui est le recours. Le public reste régi par les principes de continuité, d'égalité, de mutabilité. Le partage est-il profitable ?, s'interroge-t-il. La revalorisation du statut des chirurgiens publics, en cours de négociation avec le Ministère de la Santé, peut être une solution pour rétablir l'attractivité de cette profession auprès des étudiants en médecine et ainsi résoudre les difficultés de

---

<sup>33</sup> ENSP – Réseau d'Appui aux Restructurations (RAP) : groupe de réflexion sur la recomposition hospitalière

recrutement des établissements publics, qui sont une des raisons avancées par les autorités de tutelle pour justifier du rapprochement nécessaire entre les structures publiques et privées. Toutefois, cet aspect ne peut résoudre toutes les difficultés de ces établissements à qui on impose un rapprochement avec la clinique voisine. Chaque cas de recomposition est spécifique puisqu'il est notamment fortement dépendant de la situation géographique de l'établissement. « On a la politique de sa géographie », rappelait un des acteurs rencontrés ; il est certain que l'analyse des forces et faiblesses de chacun et de sa localisation géographique est un élément central à prendre en compte pour comprendre le bien-fondé d'un projet de rapprochement. Aucun modèle ne peut être transposé à une autre situation, c'est bien ce qui fait la difficulté et la richesse de ces situations qui sont toutes des cas spécifiques.

---

# Bibliographie

---

## MEMOIRES

- BARGIER JM., *Du partenariat au partage d'activités entre l'hospitalisation publique et privée : une stratégie de recomposition de l'offre de soins au CH de Grasse*. Mémoire EDH ENSP 1994
- DE L'EPINEGUEN J., *Stratégie de complémentarité entre l'hôpital public et clinique mutualiste : l'expérience lorientaise*. Mémoire EDH ENSP 1990.
- GABRY P., *Modalités et conditions de mise en œuvre d'une coopération efficace entre établissements de santé publics et privés pour la prise en charge des urgences (illustration sur 2 sites bourguignons)*. Mémoire IASS ENSP 1996
- HENNION C., *Coopération secteur public/secteur privé : la signature d'une convention du partage des activités*. Mémoire EDH ENSP 1991
- HORN N., *Le développement d'une coopération entre un hôpital public et le secteur privé (GCS entre CH Marc-Jacquet, clinique Saint Jean de Melun et le Groupe Generedis)*. Mémoire EDH ENSP 2001
- LAGIER P., *Hôpital public et stratégies externes : les projets de coopération public/privé du CH de Rambouillet*. Mémoire EDH ENSP 2003
- LE BERT M., *La création d'un pôle femme-enfant à Vichy : un modèle de coopération « public-privé » ?* Mémoire EDH ENSP 2002
- VASSEUR P., *La coopération public-privé dans l'amélioration de l'offre de soins : l'exemple de la cardiologie dans le 3<sup>ème</sup> secteur sanitaire d'Alsace*. Mémoire EDH ENSP 1999

## OUVRAGES

- CONTANDRIOPOULOS A.P., SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins* (1996). Ed. John Libbey Eurotext et Ministère du Travail et des Affaires Sociales. 307 p.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Edition Seuil (Sociopolitique), Paris 1977

## RAPPORTS

- CNEH. *Etude préparatoire au SROS de chirurgie, ARH de Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes*. Séminaire du 11 juin 2003.
- FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE ET FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE, *Réflexions, orientations et propositions pour une nouvelle coopération entre les établissements de santé publics et privés*. Janvier 2002. 36 p. Disponibilité : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)
- FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE. *Groupe d'Étude et de Recherche sur les Regroupements et Fusions d'EPS*. Mars 2002. 27 p. Disponibilité : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)
- LA NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, *Évaluation du SROS II des Pays de la Loire*. Rapport final commandé par l'ARH. Décembre 2003.

## REVUES

- BARBOT JM. et MOREAU Y. La coopération hospitalière : où en est-on ? *Techniques hospitalières*, Mars 1995, n°344, pp.55-58
- BARRE S. Le personnel des établissements de soins : acteur ou frein à la coopération hospitalière ? *Actualités Jurisanté*, Avril 1997, n°17.
- BERGEROT P. Réflexions sur la collaboration public-privé. *Techniques hospitalières*. Janvier-Février 1999, n°633
- BONHOMME C. Les nouvelles complémentarités. *Revue hospitalière de France*, Novembre-Décembre 1997, n°6, pp.792-815
- BROUDIC P. Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne-Ardenne. *Revue française des affaires sociales*, Avril-Juin 2001, n°2
- CALMES G. et LEFRANC L. Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000. *Gestions hospitalières*, Octobre 2000, pp. 584-589.
- CLAVERANNE J.P, PASCAL C. et PIOVESAN D. Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation. *Revue française des affaires sociales*, Juillet-Septembre 2003, n°3, pp.55-77
- DEGOS C.F. Coopération public/privé : une complémentarité ? *Hospitalisation privée*, Novembre 1996.
- DERROUCH P. Public-privé : concurrence ou synergie ? *Décision Santé*, Mars 1993, n°193, pp.8-12
- ESPER C. Le GCS, outil privilégié de coopération de santé, aspects novateurs. *JuriSanté*, Juin-Juillet 2004, n°46, pp.3-31

- ESPER C. Le GCS, nouvelle forme juridique de collaboration entre établissements de santé. *Techniques hospitalières*, Mars 1998, n°624
- KERLEAU M. L'ARH : un espace de négociation pour les restructurations hospitalières ? *Revue française des affaires sociales*, Juillet-Septembre 2003, n°3, pp.29-53
- MOSSE P. Les restructurations : modèle ou succédané de politique hospitalière ? *Revue française des affaires sociales*, Avril-Juin 2001, n°2
- MOSSE P. et PARADEISE C. Restructurations de l'hôpital ; recompositions des hôpitaux. *Revue française des affaires sociales*, Juillet-Septembre 2003, n°3, pp.143-155
- RAVEYRE M. et UGHETTO P. Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, Juillet-Septembre 2003, n°3, pp.97-119
- RENARD J. Coopération secteur public-secteur privé : un défi relevé, une synergie dynamisante. *Techniques hospitalières*. Décembre 1998, n°632
- RENOU G. Le déclin de la chirurgie publique est-il irréversible ? *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2000, n°3, pp.6-9
- SOUTOUL E. Coopération et fusion dans le service public hospitalier. *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, n°124
- TANGUY H. Evolution du droit de la coopération hospitalière : la refondation du GCS est-elle suffisante ? *Actualités Jurisanté*, Décembre 2001-Janvier 2002, n°34-36.
- VINCENT C. et VOLOVITCH P. Les syndicats face aux restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, Juillet-Septembre 2003, n°3, pp.121-149
- WEILL A. *Décloisonner l'hôpital*, Revue Santé Pays de la Loire n°49 Janvier-février 2003

### **SITES INTERNET**

- Observatoire des recompositions hospitalières : [www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr](http://www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr)
- ARH Pays de Loire : [www.sante-pays-de-la-loire.com](http://www.sante-pays-de-la-loire.com)

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE 1 Grille d'entretien
- ANNEXE 2 Projet de contrat relais urgences
- ANNEXE 3 Dossier de presse

---

## **ANNEXE 1**

---

## **GRILLE D'ENTRETIEN**

- 1) Pouvez-vous me raconter comment s'est passée l'opération de rapprochement entre votre CH et la clinique, au plan technique et psychologique ?
- 2) Qui est à l'origine du projet ? Projet imposé par la tutelle ou volonté de rapprochement de la part des intéressés ?
- 3) Quelles ont été les principales difficultés rencontrées ?
  - Dépasser l'image que l'on a de l'autre
  - Engager la concertation : sur quels thèmes, entre qui
  - Conduire la négociation (qui, comment, durée)
- 4) Diriez-vous que ces difficultés étaient propres à l'environnement / aux acteurs locaux ou qu'elles sont communes à tout rapprochement public/privé avec partage d'activité ?
- 5) Quelles ont été les solutions apportées pour résoudre ces problèmes ?
  - Techniques
  - Psychologiques ou relationnelles
  - Juridiques
- 6) Ces solutions vous semblent-elles transposables à d'autres établissements confrontés aux mêmes difficultés ?
- 7) L'établissement a-t-il préparé en interne ces négociations ?
- 8) L'ARH vous a-t-elle accompagné tout au long du processus ? A-t-elle dû trancher, arbitrer à un moment ?
- 9) L'accompagnement financier a-t-il été suffisant ?
- 10) Le maintien de l'emploi a-t-il été garanti ? Des mesures de reclassement ont-elles été nécessaires ? Mise à disposition de personnels ?

11) Rôle du binôme DH/ président de CME ?

12) Quel a été le rôle des élus locaux ? Aide (implication ou conseil) ou résistance

13) Rôle des représentants syndicaux ? Aide (implication ou conseil) ou résistance

14) Rôle des usagers / de la population locale ? Soutien ou opposition au projet ?

15) Est-ce que l'établissement a mis en place une politique de communication à destination de la population ? (ou les seules informations : presse, rumeurs...)

16) Comment définiriez-vous le rôle du DH dans le cadre d'un rapprochement public/privé ?

- DH en tant que chef d'établissement (rôle de décideur)
- DH en tant que chef d'une équipe, d'une institution : concertation, rôle du DRH, du DS, du DAF... ?

---

## **ANNEXE 2**

---



**CONTRAT DE RELAIS**  
**(non encore conclu par les deux parties)**  
**entre :**

La Clinique du Val d'Olonne représentée par :  
Monsieur Jean-Yves BURNAUD, Directeur  
Avenue de Talmont  
85180 - LE CHATEAU D'OLONNE

et Le Centre Hospitalier Côte de Lumière représenté par :  
Madame ORIO, Directrice  
75, avenue d'Aquitaine  
B.P. 393  
85119 - LES SABLES D'OLONNE Cedex

## PREAMBULE

### Références :

- Article L. 6112-4 du Code de la Santé Publique
- Article n° 47 du Code de déontologie
- Protocole d'accord constitutif entre le C.H. Côte de Lumière, la Clinique du Val d'Olonne et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire en date du 22 juillet 2004

Le Centre Hospitalier Côte de Lumière a été autorisé en date du 28 juin 2000 à poursuivre son activité d'UPATOU (unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences). Dans ce cadre :

- le Centre Hospitalier Côte de Lumière a élaboré des contrats de relais avec le C.H.U. de Nantes (signé en septembre 2001) et avec le C.H.D. de La Roche sur Yon (signé en mars 2004)
- les praticiens du Centre Hospitalier Côte de Lumière doivent assurer des gardes et des astreintes conformément à leur statut

Conformément à la concession de service public prononcée le.....:

- le Centre Hospitalier Côte de Lumière et la Clinique du Val d'Olonne doivent élaborer un contrat de relais qui définit de façon claire et précise les responsabilités et les missions de chaque établissement à chaque étape de la prise en charge du patient et en fonction de son état ou de sa pathologie
- les praticiens libéraux de la Clinique du Val d'Olonne doivent assurer des gardes et astreintes conformément à la charte sur le permanence des soins signée le.....

Dans le cadre de la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, et plus particulièrement de son article L. 6112-4 relatif à la coopération entre établissements de santé publics et privés,

- vu l'avis de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (C.O.P.S.) du Centre Hospitalier en date du.....

- vu l'avis de la C.M.E. du Centre Hospitalier en date du.....
- vu l'avis de la C.M.E. de la Clinique en date du.....
- vu l'avis du C.A. du Centre Hospitalier en date du.....
- vu l'avis du C.A. de la Clinique en date du.....

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIV

## **ARTICLE 1 : répartition des activités C.H. / Clinique**

Le Centre Hospitalier Côte de Lumière et la Clinique du Val d'Olonne organisent la prise en charge des urgences dans le cadre d'un pôle santé au sein duquel l'activité entre les deux établissements est répartie comme suit :

1. le Centre Hospitalier est responsable :
  - du service des urgences (U.P.A.T.O.U. et S.M.U.R.)
  - des urgences médicales (y compris anesthésie réanimation)
  - des urgences gynéco-obstétricales
2. la Clinique est responsable des urgences chirurgicales

A cette fin, le Centre Hospitalier Côte de Lumière et la Clinique du Val d'Olonne mettent en œuvre l'ensemble des moyens humains et technologiques nécessaires à l'exercice de cette activité.

## **ARTICLE 2 : organisation de la permanence médicale des soins**

Le Centre Hospitalier Côte de Lumière et la Clinique du Val d'Olonne assurent, pour les disciplines dont ils ont la responsabilité, une permanence médicale des soins.

Cette permanence doit être organisée par l'établissement siège de l'UPATOU et la Clinique du Val d'Olonne (*cf. annexe n° 1*) pour toutes les spécialités relevant de la mission de service public dans un établissement de proximité de niveau 1, dans le cadre :

- de la réglementation en vigueur
- du S.R.O.S. en cours de validité
- des missions dévolues aux établissements dans le cadre des réseaux de soins (ONCO Pays de la Loire, Réseau Sécurité Naissance, ...)
- du tableau de permanence des soins médicaux établi par les deux établissements après avis de la C.O.P.S. mixte

La liste de ces gardes et astreintes, établie à la date de la signature de cette convention, doit être réévaluée en fonction de l'évolution du cadre défini ci avant, à la demande de l'un ou de l'autre établissement.

Dans ce cadre, les praticiens libéraux de la Clinique du Val d'Olonne participent obligatoirement aux astreintes suivant des modalités définies en annexe n° 2.

Les documents internes à la Clinique relatifs à la participation aux astreintes des praticiens libéraux (*cf. annexe n° 3*) doivent être :

- compatibles avec le principe de maintien de la mission de service public 24 h / 24 toute l'année,
- et cohérents avec le présent contrat de relais et son annexe n° 2

En cas de difficultés d'interprétation, le présent contrat prime sur ses annexes.

### **ARTICLE 3 : prise en charge initiale du patient**

Tous les patients se présentant au pôle santé dans le cadre de l'urgence sont pris en charge dans le service des urgences du Centre Hospitalier par un médecin urgentiste exerçant dans le cadre de ce service des urgences.

Les urgences obstétricales peuvent être prises en charge directement par le service de la maternité.

L'ensemble de cette prestation est effectué par le Centre Hospitalier. Les dépenses et le financement y afférant relèvent donc de la responsabilité du Centre Hospitalier.

### **ARTICLE 4 : recours à un avis spécialisé (le cas échéant)**

Lors de la prise en charge du patient au service des urgences, le médecin des urgences peut faire appel le cas échéant à un spécialiste :

- du Centre Hospitalier, pour les spécialités médicales et gynéco-obstétricales
- de la Clinique, pour les spécialités chirurgicales

Le spécialiste est tenu de se déplacer au service des urgences pour examiner le patient, émettre un avis et, le cas échéant le prendre en charge :

- aux heures ouvrables, s'il n'existe pas de garde ou d'astreinte pour cette spécialité
- 24 h sur 24 et 365 jours par an lorsqu'il existe une garde ou une astreinte pour cette spécialité

Lorsque le spécialiste intervient aux urgences :

1. en qualité de praticien hospitalier, pour les spécialités médicales et gynéco-obstétricales, l'ensemble de cette prestation est effectué par le Centre Hospitalier. Les dépenses et le financement y afférant relèvent donc de la responsabilité du Centre Hospitalier
2. en qualité de praticien libéral, pour les spécialités chirurgicales :
  - pendant les heures ouvrables (samedi matin compris) : il perçoit des honoraires au titre de son activité libérale (facturation selon la nomenclature en vigueur)
  - pendant les heures d'astreinte :
    - s'il s'agit d'une astreinte partagée avec des praticiens hospitaliers : il perçoit des indemnités dans le cadre de la réglementation en vigueur en matière de permanence des soins hospitalière
    - s'il s'agit d'une astreinte exclusivement effectuée par des praticiens libéraux : il perçoit des honoraires au titre de son

activité libérale (facturation selon la nomenclature en vigueur)

## **ARTICLE 5 : hospitalisation du patient (le cas échéant)**

Lorsqu'un patient pris en charge aux urgences nécessite une hospitalisation dans le pôle santé, celle-ci peut avoir lieu :

1. à l'U.H.U. (Unité d'Hospitalisation des Urgences), dans le cadre des règles de fonctionnement de cette unité (*cf. annexe n° 4*). Seul le médecin des urgences est habilité à admettre le patient dans cette unité.
2. au Centre Hospitalier, pour les disciplines médicales et gynéco-obstétricales. Seul le médecin des urgences ou de la discipline concernée est habilité à admettre le patient. Dans ce cadre, le Centre Hospitalier s'engage :
  - à réserver en nombre suffisant des lits d'hospitalisation complète pour accueillir les urgences médicales et gynéco-obstétricales
  - à recevoir les patients provenant de l'U.H.U. en respectant les horaires de fermeture de cette unité,
  - à défaut, à organiser le transfert du patient dans un autre établissement et à prendre en charge les coûts de ce transfert
3. à la Clinique, pour les disciplines chirurgicales. Seul un chirurgien de la Clinique est habilité à admettre le patient. Dans ce cadre, la Clinique s'engage :
  - à réserver en nombre suffisant des lits d'hospitalisation complète pour accueillir les urgences chirurgicales, y compris les patients nécessitant une surveillance chirurgicale ne débouchant pas nécessairement sur une intervention chirurgicale (exemple : traumatisme crânien, brûlure, douleur abdominale,...)
  - à recevoir les patients provenant de l'U.H.U. en respectant les horaires de fermeture de cette unité,
  - à défaut, à organiser le transfert du patient dans un autre établissement et à prendre en charge les coûts de ce transfert. Dans cette hypothèse, la clinique facture le passage du patient en son sein, lorsqu'il reste moins de 6 heures, par le biais du forfait d'activités non-programmées.

Lorsqu'un patient relève d'une prise en charge médico-chirurgicale, le choix

de l'orientation du patient doit être effectué conjointement par les praticiens concernés dans l'intérêt du patient et de sa famille, et selon son libre choix notifié par écrit. En cas de litige, les directions des deux établissements doivent être informées par le responsable des urgences :

- immédiatement par téléphone, si l'urgence de la situation l'exige
- sinon a posteriori, dès le lendemain (ou le 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant), par rapport écrit.

## **ARTICLE 6 : transfert du patient dans un autre établissement (le cas échéant)**

### **6-1. Principe**

Il est ici pris en considération le transfert d'un patient (transport médicalisé ou non) dans un contexte d'urgence à partir du Centre Hospitalier Côte de Lumière vers tout autre établissement autorisé à exercer une activité d'urgence dans le cadre de la mission de service public.

Par conséquent, les modalités de transfert du patient, et notamment le modèle de fiche médicale de transfert sont ceux définis dans la convention-relais<sup>34</sup> réseau des urgences que le Centre Hospitalier Côte de Lumière a signée avec le C.H.U. de Nantes et le C.H.D. de La Roche sur Yon (*cf. annexe n° 5*).

La décision de réorientation du patient est prise, après diagnostic, par le médecin urgentiste de l'unité de proximité dans le respect du libre choix du patient et avec son accord notifié par écrit. La volonté du patient doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible.

Si le patient sollicite un transfert hors prescription médicale du médecin urgentiste, il notifie sa décision par écrit (*cf. annexe n° 6*) et il est réputé avoir été informé que le transfert est à sa charge.

Par principe, aucun aller retour entre l'UPATOU et la Clinique n'est envisageable. Ainsi, il est exclu qu'un patient puisse être transféré à la Clinique pour une consultation ou un geste et qu'il soit réadressé sur l'UPATOU pour gérer son devenir ultérieur.

### **6-2. Application**

Lorsqu'un patient pris en charge aux urgences nécessite un transfert dans un autre établissement :

1. si le patient est encore au service des urgences :

- seul le médecin responsable des urgences est habilité à prononcer le transfert du patient. L'ensemble de cette prestation est organisé par le Centre Hospitalier.
- si le transfert d'un patient nécessitant une prise en charge chirurgicale résulte d'un manque de place en hospitalisation à la

---

<sup>34</sup> élaborée sur la base d'un modèle régional dans le cadre du réseau des urgences défini dans le S.R.O.S.

Clinique, ou d'une décision du chirurgien de la Clinique, le transfert du patient est à la charge de la Clinique qui facture le passage du patient par le biais du forfait d'activités non-programmées.

Dans ce cas, le chirurgien est tenu de participer à l'organisation du transfert du patient en trouvant un établissement qui accepte de recevoir le patient et en transmettant nécessaire au praticien de cet établissement l'information nécessaire à la continuité des soins

*(cf. annexe n° 7 : article 47 du Code de déontologie et commentaires du Conseil National de l'Ordre des Médecins).*

2. à partir des unités d'hospitalisation du Centre Hospitalier, pour les disciplines médicales et gynéco-obstétriques. Seul le médecin des urgences ou de la discipline concernée est habilité à prononcer le transfert du patient. Les dépenses et le financement y afférant relèvent donc de la responsabilité du Centre Hospitalier.
3. à partir des unités d'hospitalisation de la Clinique, pour les disciplines chirurgicales. Seul un chirurgien de la Clinique est habilité à prononcer le transfert du patient. L'ensemble de cette prestation est organisé par le chirurgien. Les dépenses et le financement y afférant relèvent donc de la responsabilité de la Clinique, même si, pour des raisons techniques, le patient transite par le service des urgences du Centre Hospitalier avant d'être transféré (exemple : attente de l'ambulance, conditionnement pour un S.M.U.R. secondaire, ...).

Lorsqu'un patient relève d'une prise en charge médico-chirurgicale, le choix

du transfert du patient doit être effectué conjointement par les praticiens concernés dans l'intérêt du patient et de sa famille, et selon son libre choix notifié par écrit. En cas de litige, les directions des deux établissements doivent être informées par le responsable des urgences :

- immédiatement par téléphone, si l'urgence de la situation l'exige
- sinon a posteriori, dès le lendemain (ou le 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant), par rapport écrit

#### **ARTICLE 7 : cas d'une urgence survenant sur des patients déjà hospitalisés**

Lorsqu'une urgence survient pour un patient déjà hospitalisé au Centre Hospitalier ou à la Clinique :

##### 1. Urgence vitale :

- l'équipe du S.M.U.R. des urgences intervient si elle est disponible (déclenchement du S.M.U.R. interne). L'ensemble de cette prestation est organisé par le Centre Hospitalier. Les dépenses et le financement y afférant relèvent donc de la responsabilité du Centre Hospitalier.
- lorsque cette intervention concerne un patient hospitalisé à la Clinique, elle est à la charge de la Clinique.

## 2. Autres urgences :

- lorsque le patient est hospitalisé au Centre Hospitalier, il est pris en charge en 1<sup>re</sup> intention par le médecin du service (ou le médecin d'astreinte, ou le médecin des urgences, selon les modalités du protocole d'organisation des gardes et astreintes du Centre Hospitalier – cf. *annexe n° 1*). Ce dernier peut faire appel le cas échéant à un spécialiste du Centre Hospitalier ou de la Clinique, suivant les règles définies à l'article n° 4. Ce dernier s'engage à se déplacer au lit du patient si le médecin qui l'a appelé l'estime nécessaire.
- lorsque le patient est hospitalisé à la Clinique, il est pris en charge en 1<sup>re</sup> intention par le praticien de la Clinique. Ce dernier peut faire appel le cas échéant à un spécialiste du Centre Hospitalier, qui s'engage à se déplacer au lit du patient si le médecin qui l'a appelé l'estime nécessaire. Les modalités de financement de cette prestation dépendent du statut du spécialiste :
  - s'il s'agit d'un P.H. temps partiel exerçant son activité en libéral, il est rémunéré au titre de son activité libérale
  - s'il s'agit d'un P.H. temps plein ou d'un P.H. temps partiel dans le cadre de son activité hospitalière, le Centre Hospitalier facturera à la Clinique cette prestation selon la nomenclature en vigueur

## **ARTICLE 8 : assurance professionnelle dans le cadre du Centre Hospitalier**

Outre les assurances personnelles des praticiens hospitaliers et libéraux exerçant dans le cadre du Centre Hospitalier, leur activité professionnelle à ce titre sera couverte en responsabilité civile par les contrats d'assurance contractés en ce domaine par le Centre Hospitalier Côte de Lumière.

## **ARTICLE 9 : évaluation**

Le Centre Hospitalier Côte de Lumière et la Clinique du Val d'Olonne mettent en place une évaluation annuelle de l'organisation et du fonctionnement de la permanence médicale des soins, qui sera transmise pour information et discussion à l'ensemble des acteurs concernés (praticiens et directeurs), à la C.O.P.S. et aux C.M.E.

Les modalités précises de cette procédure d'évaluation sont évolutives et seront définies en fonction du besoin des deux établissements. Dans tous les cas, les indicateurs doivent prendre en compte et évaluer le respect des règles définies dans la présente convention. Une liste des indicateurs de base sera établie (*cf. annexe n° 8*) en fonction du protocole de prise en charge médicale du patient aux urgences (*cf. annexe n° 9*).

Pour des raisons médico-légales, les conversations téléphoniques entre médecin des urgences et spécialiste (quel que soit son statut) dans le cadre de la prise en charge des urgences sont enregistrées pendant une durée indéfinie sur un support informatique installé aux urgences. Cet enregistrement, qui a valeur de pièce du dossier patient, ne peut être consulté que par les praticiens ayant pris en charge les patients, en présence du Chef de service des urgences ou de son remplaçant.

N.B : les conversations téléphoniques entre les urgences du Centre Hospitalier Côte de Lumière et le S.A.M.U. de La Roche sur Yon sont enregistrées au S.A.M.U.

## **ARTICLE 10 : litiges**

En cas de litige entre les parties signataires dans l'application de la présente convention et de ses annexes, le Centre Hospitalier Côte de Lumière, la Clinique du Val d'Olonne et les praticiens concernés s'engagent :

1. pour les problèmes d'organisation et de fonctionnement de la permanence médicale des soins, à se soumettre à l'arbitrage :
  - de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins mixte,

- à défaut, des deux présidents de C.M.E., si besoin, en présence d'un représentant du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
  - à défaut, des deux directions
2. pour les problèmes de prise en charge financière des prestations effectuées dans le cadre de la permanence médicale des soins, à se soumettre à l'arbitrage des deux directions ou, à défaut, des deux Caisses Pivot des deux établissements.

### **ARTICLE 11 : durée de la convention**

La présente convention est soumise pour approbation, préalablement à sa signature, à la Commission Exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (article R.712-69 du Code de la santé publique).

Elle est conclue pour une durée d'un an à dater de sa signature.

Elle est reconductible par tacite reconduction et par périodes équivalentes d'un an.

En cas de difficultés soulevées, soit par l'exécution, soit par l'interprétation du présent contrat, les parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leurs différends à un médiateur qu'elles auront choisi d'un commun accord.

Le médiateur s'efforcera de trouver une solution amiable dans un délai de deux mois à compter de sa désignation. Faute de parvenir à une solution amiable dans le délai imparti, la juridiction normalement compétente pourra être saisie.

La convention pourra à tout moment être dénoncée pour un juste motif par l'une ou l'autre partie, en particulier si l'une d'elles constate une mauvaise exécution ou une absence d'exécution des clauses qui précèdent.

La dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La durée de préavis de dénonciation est de trois mois à compter de la date de l'accusé de réception.

La convention est suspendue de droit :

- si la Clinique du Val d'Olonne se voyait retirer son autorisation d'exercice,
- si le Centre Hospitalier se voyait retirer son autorisation d'UPATOU.

En cas de mise en œuvre des clauses de suspension ou de dénonciation, la Commission Exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation est informée.

Fait aux Sables d'Olonne, le .....

**Pour le C.H. Côte de Lumière**  
**La Directrice**

**Pour la Clinique du Val d'Olonne**  
**Le Directeur**

**M. ORIO**

**J.Y. BURNAUD**

## **Annexes :**

Annexe 1- Protocole de gardes et astreintes du pôle de santé.

Annexe 2- Modalités d'organisation de la permanence médicale des soins Centre Hospitalier / Clinique

Annexe 3- Charte de la permanence des soins

Annexe 4- Règles de fonctionnement de l'unité d'U.H.U.

Annexe 5- Convention de relais de l'activité d'accueil et de traitement des urgences entre le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes et le Centre Hospitalier « Côte de Lumière » aux Sables d'Olonne

Annexe 6- Demande de transfert dans un autre établissement.

Annexe 7- Article n° 47 du Code de déontologie et commentaires du Conseil National de L'Ordre des Médecins

Annexe 8 - Liste des indicateurs dévaluation des principes et des règles définis dans la présente convention.

Annexe 9 – Protocole de prise en charge médicale du patient aux urgences du Centre Hospitalier Côte de Lumière (hors cas de force majeure)

**Annexe n° 2 : Modalités d'organisation de la permanence  
médicale des soins Centre Hospitalier / Clinique**

**Date d'application** : à définir

Astreinte	P.H. du Centre Hospitalier		Praticiens Libéraux de la Clinique		Remarques
	semaine	week-end	semaine	week-end	
Chirurgie viscérale	33 % (1 PH temps plein)		66 % (2 praticiens libéraux)		Répartition en fonction des effectifs
Ortho-traumato	40 % (2 PH temps plein)		60 % (3 praticiens libéraux)		Répartition en fonction des effectifs
Anesthésie-réa	50 %		50 %		Cette astreinte couvre les besoins du CH (médecine, chirurgie gynéco et obstétrique)
	A terme : équipe commune sur statuts partagés				
Cardiologie	50 %		50 %		
	A terme : équipe hospitalière				
Imagerie médicale	60 %		40 %		
	A terme : 50 %		A terme : 50 %		

**Date de révision de cette organisation** : à préciser

La modification de cette organisation peut être demandée par le Centre Hospitalier ou la Clinique dès lors que surviennent des éléments nouveaux, par exemple en matière d'évolution des statuts ou des effectifs médicaux.

**Annexe n° 6 : demande de transfert dans un autre  
établissement**

Je soussigné,.....

souhaite être transféré à ma demande à (nom de l'établissement)

.....

Je déclare avoir été informé que, conformément à la réglementation en vigueur,  
les frais de transport sont à ma charge.

Les Sables d'Olonne, le.....

## **Annexe n° 7 : article n° 47 du Code de déontologie et commentaires du Conseil National de l'Ordre des Médecins**

Source : [www.conseil-national.medecin.fr/index.php?url=deonto/article.php&offset=15](http://www.conseil-national.medecin.fr/index.php?url=deonto/article.php&offset=15)

### Article 47

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

### Commentaire

Par définition, la fonction du médecin est de porter assistance au malade, avec une double mission : "au service de l'individu et de la santé publique"( art. 2 )

De caractère individuel, l'acte médical relève aussi de la notion de service public d'ordre collectif. Toutefois, entre ces deux éléments constitutifs de la fonction médicale, il existe une hiérarchie de valeurs :

- du côté du malade, ses intérêts personnels passent en règle générale, on l'a vu, avant ceux de la collectivité ;
- du côté du médecin, l'intérêt de la santé publique passe avant le sien propre ; il ne peut y avoir résurgence du droit personnel du médecin qu'après avoir répondu aux exigences de l'ordre public.

**Dans le cadre de la médecine considérée ainsi comme un service public, le médecin a pour premier devoir de porter secours aux patients et il ne saurait s'y dérober. Ce n'est qu'une fois remplie cette obligation que le médecin peut reprendre sa liberté d'action individuelle.**

L'échange de consentements entre le médecin et son patient constitue juridiquement le contrat de soins. Il suppose une double liberté : pour le malade le libre choix de son médecin, pour ce dernier la possibilité de se dégager de ce contrat.

Le patient peut à tout moment rompre cet échange de consentements sans préavis ni explications. **Au contraire, le dégage­ment du médecin nécessite une triple condition préalable :**

- il ne doit pas ou plus y avoir d'urgence ;
- il doit informer sans délai le patient de son refus ou de son impossibilité à continuer à le prendre en charge ;
- **il doit prendre toutes dispositions pour que soit assurée la continuité des soins, avec notamment transmission de toutes les informations nécessaires à un autre médecin désigné par le patient.**

Lorsque le médecin estime devoir rompre unilatéralement le contrat médical, il peut fournir au patient les raisons de sa rupture mais n'est pas obligé de le faire. Celles-ci lui étant strictement personnelles, et pouvant relever d'une clause de conscience, il n'a pas à les justifier.

À la liberté de choix du malade correspond cette liberté du médecin, bien que conditionnelle.

## **Annexe n° 8 : listes des indicateurs d'évaluation des principes et des règles définis dans la présente convention**

- 1) Nombre de cas et motifs pour lesquels le praticien spécialiste appelé par le praticien des urgences est injoignable.
- 2) Nombre de cas et motifs pour lesquels le praticien spécialiste appelé par le praticien des urgences arrive dans un délai inapproprié ou ne vient pas.
- 3) Contenu des échanges téléphoniques relatifs à la prise en charge d'une urgence entre le praticien des urgences et le praticien spécialiste
- 4) Nombre de cas et motifs pour lesquels le praticien spécialiste appelé par le praticien des urgences ne participe pas au transfert du patient qu'il a pris en charge :
  - recherche d'un établissement qui accepte de recevoir le patient
  - transmission au praticien de cet établissement l'information nécessaire à la continuité des soins
- 5) Nombre de dossiers médicaux (dossier patient des urgences) non remplis par le praticien spécialiste et motif :
  - rédaction d'une observation et d'une conduite à tenir
  - rédaction d'un compte-rendu opératoire
  - rédaction d'une lettre de sortie,
  - rédaction d'une ordonnance,
  - rédaction d'un certificat médical,...
- 6) Nombre de dossiers pour lesquels le codage (NGAP, CCAM) n'a pas été effectué par le praticien spécialiste selon la réglementation en vigueur
- 7) Nombre de dossiers pour lesquels par le praticien spécialiste n'a pas effectué les formalités nécessaires à l'indemnisation de son déplacement, dans le cadre de la réglementation concernant son statut.  
Rappel : s'il s'agit d'une astreinte ou d'une garde relevant du Centre

Hospitalier, le praticien spécialiste se conforme à l'organisation mise en place par le Centre Hospitalier

# **Annexe n° 9 : Protocole de prise en charge médicale du patient aux urgences du Centre Hospitalier Côte de Lumière (hors cas de force majeure)**

- 1) le patient est pris en charge par le praticien des urgences
- 2) le cas échéant, le praticien des urgences fait appel à un praticien spécialiste. Hors heures ouvrables, seuls peuvent être appelés les praticiens relevant du régime de la garde, de l'astreinte ou de l'appel exceptionnel. Cet appel téléphonique doit se faire sur un poste téléphonique relié à un système d'enregistrement sur support informatique.
- 3) quel que soit son statut (PH temps plein, PH temps partiel, attaché, libéral), le praticien spécialiste appelé par le médecin des urgences est tenu de se déplacer dans les plus brefs délais si le médecin urgentiste l'estime nécessaire, d'examiner le patient et d'organiser une prise en charge
- 4) quel que soit le statut du praticien spécialiste :
  - a) si le patient peut regagner son domicile, le praticien spécialiste rédige le cas échéant une lettre de sortie, une ordonnance, un certificat médical, une conduite à tenir,...
  - b) si le patient est hospitalisé au Centre Hospitalier, le praticien spécialiste rédige dans le dossier patient des urgences une observation et une conduite à tenir, et le cas échéant, un compte-rendu opératoire, une lettre de sortie, une ordonnance, un certificat médical, une conduite à tenir,...
  - c) si le patient est transféré à la Clinique, le praticien spécialiste rédige dans le dossier patient des urgences une observation
  - d) si le patient est transféré dans un autre établissement, le praticien spécialiste :
    - rédige dans le dossier patient des urgences une observation et une conduite à tenir, et le cas échéant, un compte-rendu opératoire, une lettre de sortie, une ordonnance, un certificat médical, ...

- est chargé de trouver un établissement qui accepte de recevoir le patient
  - transmet au praticien de cet établissement l'information nécessaire à la continuité des soins
- 5) quel que soit son statut, le praticien spécialiste appelé par le médecin des urgences :
- effectue les formalités nécessaires à l'indemnisation de son déplacement, dans le cadre de la réglementation concernant son statut. S'il s'agit d'une astreinte ou d'une garde relevant du Centre Hospitalier, il se conforme à l'organisation mise en place par le Centre Hospitalier
  - code son activité en fonction de la réglementation en vigueur (NGAP, CCAM)

---

## **ANNEXE 3**

---

Les manifestants ont défilé hier après-midi sur le remblai

## 200 personnes pour soutenir l'hôpital



200 personnes ont défilé, hier après-midi, sur le remblai pour défendre l'avenir de l'hôpital. En tête de cortège, des élus locaux de gauche, rejoints par deux conseillers régionaux Verts, Yann Héлары et Claudine Goichon.

**Une manif sur le remblai, un dimanche après-midi, qui plus est ensoleillé. Du jamais vu ! C'est l'action choisie par le comité de résistance pour l'hôpital des Sables-d'Olonne. Son objectif : mobiliser la population et les élus pour défendre l'avenir de l'établissement public.**

« L'hôpital, c'est vital », « Sauvons la chirurgie ». Slogans et banderoles étaient de sortie, hier après-midi, sur le remblai des Sables. Une manifestation incite localement qui

a vu défilé près de 200 personnes, des Atlantes jusqu'à la place de Strasbourg. Toutes répondaient ainsi à l'appel lancé la veille par le comité de résistance et d'avenir pour l'hôpital public des Sables-d'Olonne et la Sécurité sociale (1). Le comité a été créé le 22 avril pour dire « non » au rapprochement entre l'établissement de santé public et la clinique du Val d'Olonne.

Ce projet, engagé il y a deux ans par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), prévoit de transférer tous les lits de chirurgie du pu-

blic vers le privé. « Des lits de maternité risquent aussi d'être supprimés, affirme Bertrand Lavigne, l'un des porte-parole du comité. C'est vider l'hôpital de tout son contenu. Nous ne pouvons pas l'accepter. »

La chasse aux doublons souhaitée par l'Etat, via l'action de l'ARH, vise à rationaliser les dépenses de santé. Pour le comité, cela revient à créer une offre de soins à deux vitesses : une santé pour les riches et une autre pour les pauvres. « Nous voulons une santé de proximité, sans autre critère que les besoins des gens », résume Bertrand Lavigne.

Le comité est très satisfait d'avoir rassemblé autant de personnes. Désormais, il invite les élus à se prononcer rapidement sur le dossier. « Nous attendons que le maire Louis Guédon et son 1<sup>er</sup> adjoint, Bernard Bonnet, qui est le président du conseil d'administration de l'hôpital, sortent de leur silence, interpelle Françoise Gilbert, conseillère municipale d'opposition. Avec Gérard Faugeron, conseiller général, ils ont le devoir d'informer

la population et de défendre leur hôpital. »

Il est vrai que les élus n'ont guère été bavards sur le sujet. Sollicités par notre journal, ils se sont quand même exprimés. Louis Guédon, par exemple, a déclaré en décembre dernier n'avoir qu'un objectif : « La pérennité du pôle santé au pays des Olonnes. » C'est pourquoi, avec ses collègues de la communauté de communes, il s'est engagé à trouver les quelque 10 hectares nécessaires à l'implantation du bloc commun public-privé.

Reste que le nouveau directeur de l'ARH a promis de boucler le dossier avant le 14 juillet, sur les mêmes bases que son prédécesseur. Le comité, lui, entend intensifier son action pour tenter de renverser la vapeur.

Charles JOSSE.



Des manifestants bien mobilisés sur un remblai très fréquenté.

(1) Le comité accueille des citoyens, des personnels de l'hôpital, des associations, des syndicats et des partis politiques (PCF, PS, Verts). Pour autant, il tient à s'affirmer « apolitique ». Son adresse : Espace citoyen, 17, rue des Halles, 85100 Les Sables-d'Olonne.

## Précisions du directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation "Un pôle de santé solide et pérenne"

Suite à l'article du 10 juin concernant l'avenir de l'hôpital, Jean-Christophe Paille, directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a tenu à utiliser son droit de réponse afin de "d'apporter un certain nombre de précisions et d'éviter que ne se développent les malentendus" :

"Tout d'abord, je tiens à rappeler les éléments essentiels de l'orientation retenue par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire (ARH) pour l'organisation des soins hospitaliers dans le Pays des Olonnes :

- Le maintien d'un pôle de court séjour complet sur le Pays des Olonnes ;
- L'activité chirurgicale réalisée par la Clinique du Val d'Olonne dans le cadre d'une concession de service public ;
- Les activités de médecine, obstétrique et urgences confiées au centre hospitalier ;
- La reconstruction du pôle de court séjour sur un site unique.

L'articulation entre le public et le privé a paru à l'ARH la mieux à même de répondre aux besoins de santé des patients du Pays des Olonnes dans des conditions satisfaisantes de technicité, de qualité et de sécurité.

L'objectif est donc bien de

constituer un pôle de santé solide et pérenne au Pays des Olonnes. A l'inverse, si les deux établissements en présence n'urissent pas leurs forces en jouant sur leur complémentarité comme l'ARH l'a proposé, le risque d'une dégradation de l'accessibilité des soins au Pays des Olonnes est bien réel, compte tenu des tendances lourdes qui ont cours dans le secteur médical, que ce soit pour la démographie médicale (pénurie de médecins dans certaines spécialités), pour la sécurité des soins et la prévention des risques (normes techniques de fonctionnement de plus en plus strictes, exigence croissante de qualité et de sécurité des soins de la part des usagers).

Ces questions ont été soulevées sur les obligations que la clinique du Val d'Olonne serait tenue de respecter dans le cadre du nouveau pôle. Ces obligations seront inscrites dans un contrat de concession de service public hospitalier que conclura l'établissement privé avec l'Etat, représenté par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Les établissements privés, assurant le service public hospitalier, doivent respecter les mêmes principes fondamentaux que les hôpitaux publics :

- Le principe de continuité : ils doivent être en mesure d'accueillir toutes les personnes dont l'état requiert



Selon M. Paille la clinique du Val d'Olonne respectera les mêmes principes que l'hôpital

leurs services de jour et de nuit, ils veillent à la continuité de ces soins à l'issue de l'admission ou de l'hébergement de ces personnes :

- Le principe d'égalité : les établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins. A ce titre, tous les patients qui le souhaitent peuvent accéder aux soins en secteur 1. De plus, toutes les urgences sont assurées en secteur 1.
- Le principe de neutralité : les établissements ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins ;

- Le principe d'adaptation : les établissements doivent s'adapter constamment aux besoins et aux circonstances en procédant aux réorganisations ou aux mutations qui s'imposent pour satisfaire en permanence les demandes des usagers et l'intérêt général.

Il résulte de ces obligations que le service de chirurgie de la clinique du Val d'Olonne devra fonctionner de manière ininterrompue et que l'établissement devra organiser 365 jours par an la permanence de chirurgie, permettant notamment de répondre aux urgences et aux besoins liés à la maternité.

Enfin, si elle en avait

ultérieurement l'intention, la clinique du Val d'Olonne ne pourrait décider unilatéralement de modifier l'implantation de ses capacités de chirurgie ; elle devrait en faire la demande, qui serait soumise à la décision préalable de la commission exécutive de l'ARH, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS). L'incompatibilité avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire pourrait être mise en avant pour refuser ce déplacement.

Au total, le dispositif du contrat de concession de service public hospitalier ancrerait bien la clinique du Val d'Olonne dans le service public. Le pôle ainsi constitué garantirait pour l'avenir aux usagers du Pays des Olonnes une bonne accessibilité à des soins de qualité.

En vous remerciant de bien vouloir porter cette lettre à la connaissance de vos lecteurs, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de toute ma considération".

**Jean-Christophe Paille**  
Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire

### Conseil d'administration de l'hôpital Les négociations avancent...

Le centre hospitalier Côte de Lumière, après son conseil d'administration du 24 juin, nous a fait parvenir un communiqué de presse dans lequel on constate que tout est déjà bien cadré pour déboucher sur le rapprochement entre l'hôpital et la clinique. Sans tenir compte des demandes des citoyens et surtout du Comité de Résistance pour l'avenir de l'hôpital public.

Voici le communiqué très technique de la direction hospitalière :

"Les négociations, sous l'égide de l'Agence régionale de l'hospitalisation, avancent entre les représentants de la clinique du Val d'Olonne et du centre hospitalier Côte de Lumière. Les grandes lignes du protocole d'accord prévisible à la mise en place d'un pôle sanitaire unique s'esquissent désormais et feront l'objet, comme prévu, à la mi-juillet, d'une première étape de finalisation, après que l'aval de toutes les parties intéressées aura été recueilli. Dès lors, le projet d'établissement établi par le centre hospitalier le 18 décembre 2003 devient caduc et le Conseil d'administration ne se voit pas fondé, en ce 24 juin, à le maintenir, compte tenu des avancées et des perspectives élaborées à ce jour entre les deux établissements, et des avis émanant de la Commission médicale d'établissement et du Comité technique d'établissement du centre hospitalier".

**Manifestation dimanche sur le remblai**  
**200 personnes**  
**pour défendre l'avenir de l'hôpital**

Trois jours après sa création, le Comité de résistance pour l'avenir de l'hôpital public est passé à l'action en organisant une manifestation dimanche après-midi sur le remblai. Une première qui a réuni pas moins de 200 personnes, toutes opposées au rapprochement entre le centre hospitalier et la clinique du Val d'Olonne.

Le Comité de résistance et d'avenir pour l'hôpital public des Sables-d'Olonne et la Sécurité sociale, créé le 22 avril par 60 personnes, n'a pas perdu de temps pour affirmer son attachement à cet équipement de santé. Trois jours après sa création, le Comité a réussi à mobiliser 200 personnes pour une manifestation dimanche après-midi sur le remblai.

Un seul objectif à cet événement coup de poing, la défense de l'avenir de l'hôpital public. Sur le tract distribué pendant la manifestation et repris au micro, on pouvait y lire : "l'avenir de l'hôpital public des



Sables-d'Olonne est mis en question (...) Nous refusons par avance toutes remises en cause de son existence ; le

plan hôpital 2007, fondé sur des critères de gestion privée conduira à la privatisation de pans entiers de l'hôpital public".

Le projet, initié par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) prévoit que tous les lits de chirurgie de l'hôpital soient transférés dans le secteur privé. L'ARH, qui veut boucler le dossier avant le 14 juillet de cette année, préconise, afin de réduire les dépenses, de créer un pôle de santé sur le pays des Olonnes où service public et secteur privé cohabiteraient. Le Comité de résistance ne

l'entend pas de cette manière. Il espère faire pression sur les élus locaux et aussi sur la population pour modifier la donne. Dimanche, en manifestant, le Comité a montré qu'il pouvait se faire entendre et répéter, ô combien, il était contre le rapprochement du centre hospitalier et la clinique du Val d'Olonne.

• **Comité de résistance et d'avenir pour l'hôpital public des Sables-d'Olonne et la Sécurité Sociale, Espace citoyen, 17 rue des Halles, 85100 Les Sables-d'Olonne.**

**A votre service**

**Sortie de l'U.N.C. le 23 juin**  
**Croisière déjeuner sur la Sarthe**

La Section Sablaise de l'U.N.C., U.N.C.A.F.N. et Soldats de France organise le mercredi 23 juin sa sortie annuelle. Voici le détail de cette journée :

- 5 h 45 Rassemblement parking du Centre de Marée
- 6 h 00 Départ du car
- 10 h 00 Visite de la Falencerie d'Art de Malicorne sur la Sarthe
- 11 h 30 Embarquement pour le déjeuner croisière
- 15 h 30 Fin de la croisière
- 16 h 15 Arrivée à Solesmes, Visite de l'Abbaye.

Puis visite d'une ferme de Loué et goûter maison (rillettes - dessert - cidre ou jus de pommes).

Retour aux Sables-d'Olonne en fin de journée.

Prix par personne : 70 euros pour 40 à 44 participants.

Les inscriptions seront prises à notre siège 15, Quai Franqueville aux Sables d'Olonne avant le dimanche 30 mai.

Paiement à l'inscription.

**Des Sables-d'Olonne vers le secteur de Brem et Brétignolles**  
**Essai de transfert d'eau**

D'importants mouvements d'eau et des variations de pression importantes sont attendues le mardi 4 mai 2004 à partir de 6 h 00 et jusqu'à 12 h 00 aux Sables-d'Olonne et à Olonne-sur-Mer.

La pression sera moindre pendant cette période. Le changement du sens d'écoulement de l'eau pourrait provoquer la remise en suspension de particules de fer et par endroit des phénomènes ponctuels d'eau colorée.

Le Service Clientèle SAUR France reste à votre écoute au 02 51 21 74 99.

SAUR France va en effet tester le mardi 4 mai 2004 à partir de 6 h 00 l'alimentation de secours du secteur du Pays de Brem à partir de la région des Sables.

L'usine du Jaunay alimente en effet d'ordinaire l'été le nord d'Olonne-sur-Mer et des Sables jusqu'au quartier de la Chaume par une conduite de 350 mm et un pompage spécifique de 10 000 m<sup>3</sup>/jour.

Même au plus fort de la sécheresse de 2003, le Syndicat d'Alimentation en Eau Potable de la Vendée n'a pas eu à lancer cette alimentation de secours. Cette capacité de transfert à l'envers reste toutefois nécessaire en cas de manque d'eau à l'usine du Jaunay voire de pollution.

Le maintien et la mise à niveau des capacités de transfert d'eau entre les usines constituent un axe prioritaire de gestion des ressources et des ouvrages de Vendée. Elles permettent les arrêts d'usine l'hiver pour les travaux incontournables de vidange décennale ou de maintenance et facilitent l'été la bonne alimentation de toutes les zones de forte consommation.

**Lettre aux élus sablais**  
**et réunion publique le 6 mai**

Après leur manifestation, les membres du Comité de résistance ont écrit une lettre ouverte aux élus sablais et plus particulièrement au maire Louis Guédon qui défend "le pôle santé" : "Auriez-vous le courage d'expliquer ce à quoi il correspond ?", s'interroge le Comité de résistance.

En attendant une réponse de la municipalité sablaise - qui n'est pas la seule concernée - le Comité organise une réunion d'information le 6 mai à 19h30 à la salle des fêtes de la Chaume.

Jean-Christophe Paille : « Le rapprochement est un chantier délicat »

## Santé : « L'avenir c'est le pôle commun »

**Jean-Christophe Paille, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, assure que les dossiers des hôpitaux yonnais et sables ne sont pas dépendants. Il réaffirme la nécessité du rapprochement privé et public aux pays des Olonnes.**

**Il n'y aura pas, à court terme, de nouveau centre hospitalier départemental à La Roche-sur-Yon. Cela lève-t-il d'éventuelles menaces sur l'hôpital des Sables ?**

Il n'y a aucune relation, aucun rapport entre ces deux dossiers.

**Beaucoup se disent que si l'on construisait un établissement neuf à La Lande, on ne ferait pas d'effort pour maintenir celui des Sables ?**

Écoutez, nous sommes en train de travailler au rapprochement de l'hôpital et de la clinique dans le cadre d'un pôle de santé durable et sur un nouveau site. Ça, c'est une réalité.

Nous travaillons dans ce sens parce que c'est utile et que nous y croyons.

**On parle de la suppression de trois lits de maternité à l'hôpital des Sables ?**

On n'en est pas à ce degré de précision. Il y a un travail en cours sur le partage des activités. On envisage toutes les configurations. Le travail doit être mené à son terme. J'espère que ça permettra d'arriver à une solution qui soit convenable pour tous, équilibrée pour les deux partenaires. Pour le moment ce n'est pas le cas.

**Ça continue toujours à bloquer ?**

Il y a deux particularités qui se rendent compte qu'ils ont des intérêts communs. Leurs destins sont liés. Maintenant, ils sont sous deux statuts différents, ce sont deux communautés humaines différentes avec leurs intérêts propres. C'est normal que le tâche soit ardue.



Jean-Christophe Paille, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

**L'objectif d'aboutir à un accord avant le 14 juillet est toujours d'actualité ?**

Oui. Si on peut aboutir avant, tant

mieux. Quand on veut atteindre un objectif, mieux vaut ne pas musarder.

**Vous iriez au bout de votre démarche de rapprochement ?**

Que le sache, l'Hôpital 2007, c'est la volonté politique du gouvernement. Jusqu'à pour mettre en œuvre cette politique au niveau des Pays-de-la-Loire. L'analyse de l'ARH n'a pas changé. L'avenir de l'offre de soins dans le pays des Olonnes passe par un pôle de soins associant privé et public. S'il n'y a pas de pôle, l'avenir de l'offre sera incertain et compromis.

**Ce n'est pas la position de comité de résistance.**

Ceux qui croient défendre l'Hôpital en demandant l'abandon du travail qui est en cours prennent un mauvais chemin. Ils font, au contraire, courir un grand risque à la qualité de l'offre de soins.

Résumé par Jacques GUYADER.

## Le comité de résistance sur une ligne dure



Près de 80 personnes ont participé au débat organisé par le comité de résistance pour l'avenir de l'hôpital public.

Jedi soir, un peu plus de 80 personnes ont participé à la réunion publique sur « l'avenir de l'hôpital public », organisée par le comité de résistance fondé le mois dernier. Ce comité regroupé pour l'essentiel des membres et des sympathisants du PS, des Verts, du Parti communiste et des syndicats. « S'il n'y avait pas eu la presse pour nous informer depuis deux ans, on aurait pu se réveiller un jour sans avoir rien su et l'hôpital aurait disparu », analyse Bénédicte, la porte-parole du mouvement. Force est de constater que la mobilisation communale s'opère,

puisque 200 personnes ont défilé dimanche 25 avril sur le remblai pour « défendre le secteur public ». Un slogan qui annonce le signe sur la quinzième position le combat, opposé « à tout rapprochement entre public et privé ». Une ligne dure, en quelque sorte, qui « exige que l'hôpital garde tous ses lits de chirurgie et de maternité ». Une ligne qui « refuse le plan Hôpital 2007 fondé sur des critères de gestion privée ». Une position que ne rejoint pas le CRDT, qui a décidé de signer l'accord Hôpital 2007 et chose de s'y impliquer.



Jedi, le comité avait invité le docteur Frédéric Pain, secrétaire général de l'association des médecins généralistes hospitaliers de France. Son propos volontairement alarmiste, voire démagogique, par moment, a trouvé un écho dans le public. Manifestement, ils étaient nombreux à avoir le sentiment que se trame actuellement la mise au placard d'une « médecine à deux vitesses ». Pourtant, ce n'est pas en agitant des chiffons rouges et en relayant, ici et là, des rumeurs infondues, qu'on aidera la population à mieux appréhender un dossier très

complexe. « D'un autre côté, est-ce une Sables, le silence de nos élus est assourdissant. » On ne peut pas lui donner tort.

J.C.

◆ Le comité de résistance fait circuler une pétition exigeant le retrait du plan Hôpital 2007 et le maintien de la chirurgie à l'hôpital. La remise de ces pétitions au député-maire sort l'objet d'un rassemblement samedi 15 mai, à 10 h, devant la mairie des Sables-d'Olonne.

## Une délégation du comité de résistance a rencontré les élus, samedi matin **Plus de 2 000 signatures pour l'hôpital**

Environ 150 personnes sont venues, samedi, sur le parvis de la mairie, soutenir le comité de résistance pour l'hôpital public et de défense de la Sécurité sociale. L'appel à pétition a été entendu. **Plus de 2 000 signatures d'habitants des Olonnes et des communes environnantes ont été collectées en quelques jours. Une délégation a été reçue par les élus.**

Parce qu'il demande « le retrait du plan Hôpital 2007, le maintien de l'hôpital sur son site actuel, avec ses lits de chirurgie, ses urgences, sa maternité et le personnel médical en nombre suffisant, la réouverture du dossier retenant le principe d'un plateau technique commun sur le site de l'hôpital », le comité de résistance avait donné rendez-vous à la population des Olonnes et des communes environnantes, sur le parvis de la mairie, samedi matin. « Nous nous retrouvons pour affirmer haut et fort de notre attachement au service public de la santé. Pour tous les usagers ou futurs usagers de l'hôpital des Sables-d'Olonne, cela passe par sa défense, son maintien, son développement », a clamé Bertrand Lavigne, l'un des porte-parole du comité. Face au sentiment d'assister à une privatisation de la santé, « où chacun devra trouver des solutions en fonction de ses revenus et non pas en fonction de ses besoins », le comité avait lancé une pétition. Il a déjà recueilli plus de 2 000 signatures.

### « Pas de maternité sans chirurgie »

Ces exigences ont pu être, samedi matin, mises à plat devant les élus locaux. « On est pour un pôle santé. Mais on voudrait bien savoir ce qu'on va y mettre », a lancé le docteur Jean-Claude Lared, chef de service à l'hôpital. Et de poser les questions de fond. « L'ARH a décidé de transférer les lits à la clinique. Pourquoi ? Nous avions demandé le maintien du personnel médical et paramédical. Aujourd'hui, les chi-



Le comité de résistance pour l'hôpital public avait donné rendez-vous aux habitants des Olonnes et des communes environnantes, samedi matin.

rurgiens et anesthésistes ne savent pas ce qu'on va faire d'eux. Concernant le budget, la dotation globale était basée sur l'année précédente. Maintenant, avec la tarification à l'acte, la suppression de 40 lits amputera l'hôpital de son fonctionnement. On nous dit que la maternité sera maintenue. Comment est-ce possible si la chirurgie et l'anesthésie s'en vont ? »

Pour Jean-Yves Grelaud, conseiller régional et maire d'Olonne-sur-Mer, il s'agit de « trouver une solution pour un pôle dans lequel les gens ont envie d'aller et qu'ils soient bien soignés, quel que soit l'argent qu'ils ont à mettre sur la table. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Actuellement, les deux pôles vivent mal. Ce n'est pas de sauver la place de monsieur Untel qui est important. Une délégation de service public, si elle est bien faite, peut être importante. Il y a une crise de confiance sur laquelle il faut intervenir. Il faut en-

lever l'idée que Jean-Christophe Paille fait tout, seul. Derrière lui, il y a 90 personnes à l'ARH qui décident de ce qui va se faire. »

### « Rien n'est acquis »

Joël Mercier, adjoint à la mairie du Château-d'Olonne, a souligné le manque « de moyens pour faire vivre deux structures qui ne fonctionnent pas à leur capacité optimum. » Louis Guédon s'est déclaré « pour un pôle santé d'excellence sur le pays des Olonnes, alors que l'on a risqué de le perdre. Nous sommes tous d'accord. Il faut un service public pour tous. La médecine à deux vitesses est intolérable. Nous avons la chance d'avoir un hôpital bien géré mais les difficultés financières existent. Si les lits de chirurgie doivent rester à l'hôpital, vous ne trouverez pas d'opposition ici. Je demande une entente entre privé et public pour nous présenter un schéma sur

lequel ils soient d'accord. On se battra pour que le gagnant soit le malade. »

Le comité, satisfait d'avoir « trouvé des points d'accord », notamment sur le maintien du pôle santé, n'en continue pas moins sa mobilisation car « rien n'est acquis. » Il rencontrera, le 24 mai, à l'hôtel de région, à Nantes, Loïc Bedouet, conseiller régional, chargé de la politique santé qui sera accompagné de Jean-Yves Grelaud et de Sylvie Bulteau, vice-présidente du conseil régional, chargée des services publics. Jean-Christophe Paille, directeur de l'ARH, devrait également recevoir prochainement une délégation. Par ailleurs, le collectif propose une réunion à la Bourse du travail, le 18 mai, à 18 h 30. Une soirée d'information sur la Sécurité sociale et l'hôpital, organisée par la CGT, se déroulera, sur le même site, le 27 mai, à 20 h 30.

L.M.

... la fête du maritime a connu un franc succès

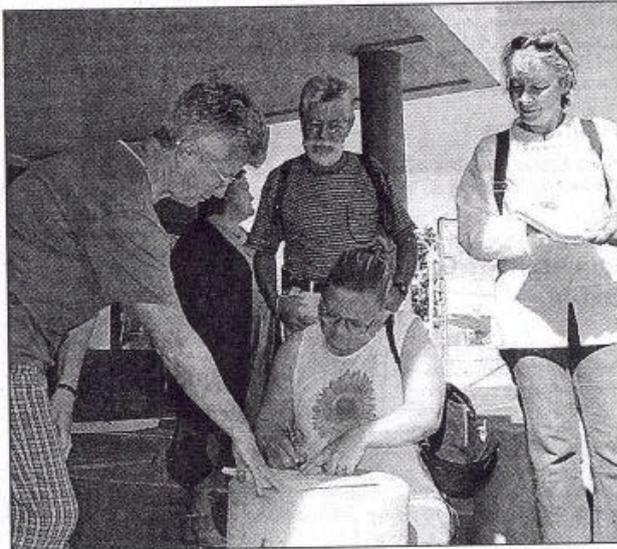
A Nantes lundi, distribution de tracts hier, rendez-vous avec l'ARH le 3 juin

## Hôpital : le comité sur tous les fronts

Lundi dernier à l'hôtel de la Région, à Nantes, hier devant l'hôpital, et le 3 juin retour à Nantes pour rencontrer l'agence de l'hospitalisation. Le comité de résistance ne chôme pas pour dire « non à la privatisation » de l'établissement public.

Les membres du comité de résistance pour l'avenir de l'hôpital des Sables intensifient leurs actions. Hier, une poignée d'entre eux a passé une partie de la matinée devant l'entrée de l'établissement à distribuer des tracts revendiquant principalement que la chirurgie ne soit pas confiée à la clinique privée du Val d'Olonne. Et nombre de visiteurs ont accepté de signer la pétition lancée depuis quelques semaines. Le comité assure avoir recueilli 3 000 signatures à ce jour.

Lundi dernier, à Nantes, une délégation du comité a été reçue au conseil régional par Loïc Bédouet, élu socialiste chargé des questions de santé. Ce dernier était accompagné par trois conseillers régionaux : Jean-Yves Grelaud, maire d'Olonne (PS), Sylviane Bulteau (PS), chargée des services publics, et Claudine Goichon (les Verts), membre de la commission santé de



Hier matin, le comité de résistance proposait aux visiteurs de l'hôpital de signer la pétition pour défendre l'établissement public.

la Région. « La rencontre a duré une bonne heure et demie, commente Louis Avril, du comité de résistance. C'était avant tout un

échange pour expliquer nos positions, car la Région n'a pas de prise directe sur un dossier qui relève avant tout de l'État. »

Reste que le comité a pu se rendre compte, une nouvelle fois, que les élus socialistes n'étaient pas opposés, comme lui, à « la privatisation » de l'offre de soin. Pour Loïc Bédouet, l'essentiel est de « maintenir un plateau technique sur le pays des Olonnes ». « On ne peut pas se cantonner à un débat opposant le public et le privé. L'important, c'est de pouvoir toujours répondre aux besoins en soin de la population », estime l'élu régional. Loïc Bédouet promet que le dossier sablais sera évoqué officiellement en commission sous quinze jours.

Après la Région, le comité va demander à être reçu par la directrice de l'hôpital et par la sous-préfète, avant de reprendre la route de Nantes où une délégation sera reçue, le jeudi 3 juin, par Jean-Christophe Paille, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), qui pilote le projet de rapprochement entre l'hôpital et la clinique.

C.J.

◆ **Soirée-débat avec la CGT.** L'Union locale de la CGT organise un débat public sur l'avenir de l'hôpital, jeudi 27 mai à 20 h 30, à la bourse du travail.

Après des mois de discussions et de tensions, un protocole a été signé

## L'hôpital et la clinique soignent leur union

L'hôpital et la clinique sont désormais appelés à construire un avenir commun. Hier, ils ont signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) un protocole d'accord définissant les missions de chacun dans l'avenir. Comme prévu, la chirurgie est confiée à la clinique, tandis que la médecine, l'obstétrique et les urgences restent du domaine de l'hôpital. Le nouveau pôle santé pourrait ouvrir ses portes en juillet 2008.

• **À l'unanimité.** En début d'après-midi, les conseils d'administration de l'hôpital et de la clinique ont été appelés à voter sur la ratification du protocole. Cela a été fait à l'unanimité pour chacun, ouvrant une voie royale à la signature du protocole entre la clinique, l'hôpital et l'ARH quelques minutes plus tard. Au départ du comité de résistance de l'hôpital, qui avait appelé les administrateurs à démissionner.

• **Un vent de nouveauté.** Le protocole n'a pas réservé de surprises quant à ce qui avait jusqu'ici filtré des discussions. Comme prévu, la clinique sera spécialisée dans les disciplines chirurgicales, récupérant les lits de l'hôpital. Ceci se fera dans le cadre d'une concession de service public, garantissant la permanence



Le protocole d'accord a été signé hier après-midi en présence de (assis, de gauche à droite) Jean-Christophe Failla, directeur de l'ARH ; Martine Coko, la directrice de l'hôpital ; Joël de Souza, le président du conseil d'administration de la clinique du Val-d'Oronne ; et des (debouts, de gauche à droite) Bernard Bonnet, président du conseil d'administration du centre hospitalier et Jean-Yves Buisson, le directeur de la clinique du Val d'Oronne. Absent sur la photo : Alain Foltzer, directeur général du groupe S H dont dépend la clinique.

des soins et une tarification sans déassement d'honoraires. L'hôpital, quant à lui, assurera la prise en charge des urgences, des différentes spécialités médicales, des soins de suite et accueille le secteur métri-

enfant. Pour les deux établissements, la nouveauté viendra de la mise en place de groupements de coopération pour l'anesthésie, le gastro-entérologie et la cardiologie.

• **Des lits, des postes et des spé-**

cialités. Afin de permettre le développement de l'activité de l'hôpital, 22 lits de médecine vont être créés dans un premier temps, avec l'équivalent de quatre temps plein de praticien hospitalier. Au niveau de la clinique et de la chirurgie, 25 lits supplémentaires seront tout d'abord exploités. À l'horizon 2008, la capacité sanitaire de l'hôpital sera ainsi portée à 186 lits et celle de la clinique à 90 lits, soit au total 35 lits de plus qu'actuellement. À noter également que ce rapprochement devrait permettre de développer de nouvelles spécialités, à commencer par le diabétologie et l'endocrinologie.

• **Un pôle santé en 2008.** Le futur pôle santé pourrait ouvrir le 1<sup>er</sup> juillet 2008, sans que le lieu pressenti, le rond-point de la Vannerie à Clonnes, ne soit confirmé pour l'instant par les signataires du protocole. Mais la route est encore longue... Après un mois de vacances, le travail reprendra par l'intermédiaire notamment d'un groupe de travail chargé de réaliser une approche architecturale et financière du projet. Ses conclusions sont attendues pour la fin de l'année. Les premiers effets du protocole, dans l'organisation des deux structures notamment, se feront sentir à partir du premier trimestre 2006.

Marylise KERJOUAN.

## Les réactions, entre maux et remèdes

Bernard Bonnet, 1<sup>er</sup> adjoint au maire des Sables et président du conseil d'administration de l'hôpital. « L'hôpital vient de prendre une décision difficile (abandon de la chirurgie), courageuse et qui n'était pas de soi mais qui est porteuse d'avenir, notamment pour un personnel sans boussole depuis quatre ans. Il reste encore des difficultés à vaincre mais si tout le monde travaille dans le même sens, on arrivera à sortir un pôle de santé plus fort. »

Jean-Yves Grélaud, maire d'Oronne. « C'est l'aboutissement de quelques mois de silence et la fin d'années de rivalité entre l'hôpital et la clinique, au profit de la santé au pays des Clonnes. On a réussi à défendre un pôle de santé important. »

Philippe Marais, CFDT. « On a enfin un document sur lequel travailler et on a obtenu des garanties pour le maintien de l'emploi, pour l'équilibre budgétaire de l'hôpital et la création de postes de médecine. C'est vrai que ce protocole suscite des inquiétudes mais les gens sont d'accord pour dire qu'on ne pouvait pas continuer comme cela, sans projet. On reste vigilant. »

Gilles Marcellaud, administrateur de la clinique. « Je regrette un certain manque d'enthousiasme car c'est un projet magnifique. Une



Une trentaine de personnes ont répondu à l'appel du comité de résistance de l'hôpital, quelques minutes avant que débute la réunion du conseil d'administration de l'hôpital.

équipe chirurgicale forte a besoin d'une équipe médicale forte, et inversement. C'est attirant pour de jeunes médecins. On vient de proposer un poste de chirurgien orthopédique et on a eu 15 réponses ! »

Comité de résistance de l'hôpital public. Il avait appelé à un rassemblement devant l'hôpital à 14 h 30 et a attendu le résultat final.

À la sortie des signataires de la clinique, quelques manifestants leur ont demandé, désabusés, s'ils étaient contents de cette issue. Quelques minutes plus tard, ils n'ont pas souhaité réagir hier soir au protocole signé.

Louis Guédon, maire des Sables-d'Oronne. « C'est à la fois un soulagement et une grande satisfaction

car la volonté de la ville et de la communauté de communes était de maintenir un pôle de santé d'excellence sur le pays des Clonnes, associer le service public, la permanence des soins, la garantie de l'emploi et l'assurance d'un équilibre financier pour les établissements. Dans cet accord, je veux voir un seul gagnant : le malade. »

SANTÉ

## Rapprochement hôpital - clinique : le protocole d'accord est signé

Sur fond de manifestation, le centre hospitalier et la clinique ont adopté hier, le texte qui définit les principales modalités de leur fonctionnement, en attendant la réalisation du futur pôle de santé unique.

La tension est encore montée d'un cran hier après-midi, avec un nouveau rassemblement des adhérents au collectif du comité de résistance de l'hôpital des Sables. Quelque trente manifestants étaient rassemblés à 15 heures devant l'entrée de l'établissement, au moment même où débutait le conseil d'administration de l'établissement. De son côté, la clinique tenait le sien.

Alors que se tenaient ces réunions,

**Ouverture d'un pôle unique de santé aux Olonnes en juillet 2008**

les porte-parole du collectif ont tenu à rappeler plusieurs points de leur combat, avec notamment la lettre ouverte envoyée aux administrateurs de l'hôpital au sujet de cette réunion du 22 juillet. « En tant qu'administrateurs de l'hôpital public, vous allez être amenés à vous prononcer sur le protocole imposé par l'ARH, et qui, bien

que n'ayant pas fait l'objet de négociations suffisantes au sein des deux établissements, engage l'avenir du service et des finances publiques ». Le collectif estime que le conseil d'administration a ici le pouvoir et le devoir de s'exprimer en faveur des services et des lits de chirurgie à l'hôpital. Et de demander : « Si vous n'étiez pas écoutez au sein des propositions actuelles de M. Paille, nous pensons que vous pourriez marquer votre réprobation en démissionnant de votre mandat ». Un geste qui serait « fort apprécié de la population du pays des Olonnes et bien au-delà, car il permettrait de remettre à plat le dossier et de repartir sur un projet d'établissement public, avec de nouveaux moyens, lui permettant de remplir pleinement sa mission », estime le collectif.

**Chaque établissement va bénéficier de lits supplémentaires**

C'est cependant à l'unanimité des membres des deux conseils d'admini-



Les différentes parties ont signé le protocole d'accord en fin de journée.

stration qu'a été signé, en fin d'après-midi, le protocole d'accord de rapprochement des deux établissements et de l'ARH, permettant de l'avis de tous, la garantie aux patients du bassin olonnais, l'accès à un plateau technique de qualité.

Seront communs au pôle de santé, un laboratoire de biologie, une pharmacie, une équipe commune d'anesthésie - réanimation, le secteur imagerie,

un groupement de coopération sanitaire de fonctionnement de la salle des soins post-interventionnelle. Le centre hospitalier se voit confier la médecine en hospitalisation traditionnelle et ambulatoire, les urgences avec son SMUR. Il conserve également la chirurgie gynécologique et obstétrique.

Vingt-deux lits en médecine seront créés.

La clinique assurera la chirurgie en hospitalisation. Vingt-cinq lits supplémentaires pourront être exploités. De plus, comme c'est déjà le cas, les chirurgiens de la clinique continueront à assurer des gardes à l'hôpital. (1)

Autre fait essentiel : les études vont commencer dès l'automne, afin de finaliser un projet de réalisation de pôle de santé unique sur le Pays des Olonnes, dont le lieu, s'il n'est pas dévolu, devrait se situer sur un site extérieur aux Sables, au carrefour de grands axes routiers.

Tout le monde y voit ici le secteur de la Vannerie. Mais d'ores et déjà, le regroupement de tous les services sera effectué pour le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

Yvan Baudoin

(1) Dans une prochaine édition, nous reviendrons en détail sur les attributions des deux établissements et sur les aspects techniques du protocole, ainsi que les commentaires du collectif sur cette signature et sur la réalisation d'un pôle.



Les membres du collectif du comité de soutien ont passé l'après-midi devant l'hôpital, avant d'être reçu par le directeur de l'ARH en fin de journée.

## Le pôle de santé ouvrira en 2008

### Union d'avenir entre l'hôpital et la clinique

L'hôpital et la clinique sont désormais partenaires pour l'avenir de l'offre de soins sur le pays des Olonnes. Jeudi dernier, ils ont signé, en présence du directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) le protocole d'accord pour la répartition des activités de chacun. Et au final, la construction d'un pôle de santé qui ouvrira ses portes en 2008.

Union signée entre l'hôpital des Sables et la clinique du Val d'Olonne. Après des mois de négociations et de tensions, ces deux établissements ont signé, jeudi dernier avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), un protocole d'accord définissant les activités de chacun pour l'avenir. Cette signature est intervenue après la tenue des conseils d'administration des deux établissements. Chacun de leur côté, ils ont voté à l'unanimité les conditions de ce protocole, document essentiel pour la bonne marche du pôle de santé du pays des Olonnes. Par contre, ce n'était pas le scénario envisagé par les membres du comité de résistance pour l'avenir de l'hôpital, qui avaient demandé aux administrateurs de démissionner.

**"C'est une étape importante pour le pays des Olonnes et pour la constitution d'un pôle de santé privé et public"**, lance Martine Orio, directrice de l'hôpital.

Ce protocole détaille la répartition des activités des deux prestataires de ce futur pôle. Comme prévu, la clinique s'occupera de toutes les disciplines chirurgicales, avec une capacité de 90 lits. Cela se fera dans le cadre d'une concession de service public garantissant la permanence des soins et une tarification sans dépassement d'honoraires. **"Depuis septembre 2003, les praticiens de la clinique se sont engagés à respecter les obligations de service public"**, affirme Jean-Yves Burnaud, directeur de la clinique.

L'hôpital se chargera de



Le protocole d'accord a été signé jeudi en fin d'après-midi en présence de Jean-Christophe Paille, directeur de l'ARH, Martine Orio, directrice de l'hôpital, Joël Soussana, président du conseil d'administration de la clinique

toute la médecine avec la prise en charge des urgences, de la chirurgie gynécologique et obstétrique, des soins de suite. Sans oublier d'autres spécialités comme la pneumologie, la rhumatologie, la pédiatrie et la gériatrie.

#### De nouvelles spécialités

Côté nouveauté, ce protocole permettra pour l'hôpital de mettre en place de nouveaux services comme la diabétologie et l'endocrinologie. Il prévoit également un groupement de coopération pour la cardiologie et la gastro-entérologie. **"Ce qui est innovant dans cet accord, c'est la mise en place d'une équipe commune d'anesthésie-réanimation avec des praticiens qui auront un statut partagé"**, confirme Alain Foltzer, directeur du groupe 3H, propriétaire de la clinique.

Afin de permettre le développement de l'activité médicale du centre hospitalier, il est prévu la création dans un premier temps de 22 lits de médecine et l'embauche de quatre temps plein de praticiens hospitaliers. Pour la clinique, elle

pourra exploiter, dans une phase transitoire, 25 lits de chirurgie supplémentaires. À l'horizon 2008, la capacité sanitaire de l'hôpital sera de 166 lits et 90 lits pour la clinique, soit 35 lits de plus qu'actuellement.

#### Un projet innovant et performant

Même si le lieu n'est pas encore défini, le pôle de santé devrait ouvrir ses portes au 1er juillet 2008. **"Je tiens à souligner l'importance du lieu unique. Dès septembre, un groupe de travail se réunira pour discuter de l'approche architecturale et financière. Il faut déterminer le coût de ce pôle et voir ce que les différentes parties peuvent apporter"**, précise Jean-Christophe Paille, directeur de l'ARH. La destination des bâtiments de l'hôpital et de la clinique sera l'un des sujets abordés. Les conclusions de ce groupe de travail devraient être rendues à la fin de cette année.

Après cette signature, les réactions des administrateurs allaient toutes dans le même sens. **"C'est un projet innovant et performant pour le patient. Il est aussi attractif**

**pour les praticiens. On vient de recruter un chirurgien orthopédique et un anesthésiste va arriver. Ce pôle de santé, qui sera la cité hospitalière du pays des Olonnes, c'est essentiellement l'amélioration de l'offre de soins. Le patient n'a pas à s'inquiéter"**, souligne le Dr Joël Soussana, président du conseil d'administration de la clinique. Bernard Bonnet, président du conseil de l'hôpital, argue dans le même sens. **"Cette décision a été difficile, avec le transfert de la chirurgie, mais courageuse pour un projet d'établissement dynamique et porteur d'avenir. On aura une offre de soins plus forte et plus variée. Tout a été fait dans l'intérêt du patient. Désormais nous sommes unis pour réussir. Le défi sera de franchir toutes les étapes pour que ce pôle de santé voit le jour"**.

Même si les premiers effets de ce rapprochement se feront sentir à partir du premier trimestre 2005, la route est encore longue avant 2008.

Karyn Grzywaczyk

# tenay-le-Comte

SIGNATURE

## Groupement de coopération sanitaire au sein du Pôle Santé Sud Vendée

Un Groupement de coopération sanitaire est mis en place pour gérer le rapprochement entre la clinique et le centre hospitalier au sein du Pôle Santé Sud-Vendée.

J eudi matin, une réunion a regroupé les différents acteurs du futur Pôle santé Sud Vendée, le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire,

**Quelque soit le lieu, on doit répondre à tous les besoins de la population**

Jean-Christophe Paillé et le Sous-Préfet Alain Coulas. Elle finalise la mise en place d'une structure juridique destinée à gérer la coopération entre la clinique Sud-Vendée et le centre hospitalier, le Groupement

de coopération sanitaire (GCS) au sein du Pôle Santé Sud Vendée.

**Une gestion au quotidien de la coopération**

Sa création est officialisée par la signature de la convention entre les deux partenaires, Christian Houllé, Président directeur général de la clinique et Jean-Claude Remaud, Président du Conseil d'administration du centre hospitalier. « C'est la prolongation d'un travail mené à long terme pour une fonctionnalité entre le public et le privé, la mise en place d'équipes transversales, la concentration plurirégionale en cancéro-



Les représentants des deux structures désormais regroupées en une seule ont remis la convention signée au Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire, Jean-Christophe Paillé.



Les signataires de la convention du GCS sont la Clinique Sud Vendéen, Jean-François Babin, directeur et Christian Houllé, PDG; Centre hospitalier: Jean-Claude Remaud, président du conseil d'administration et Marc Hector, directeur.

logie notamment », souligne Christian Houllé. « Il s'agit donc de créer des conditions nouvelles à un système de santé en pleine évolution, précise Jean-Claude Remaud. La solution est dans le partage des efforts pour une cohérence de soins globale. Quelque soit le lieu, on doit répondre à tous les besoins de la population », ajoute-t-il. « L'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire est partenaire de votre entreprise pour préparer le futur, lance son directeur Jean-Christophe Paillé. C'est une approche gagnant-gagnant que cette démarche de construction d'un projet commun ».

Au niveau du personnel, le rapprochement entre les deux structures,

la clinique Sud-Vendée et le Centre hospitalier n'est pas sans poser quelques problèmes. Aussi, les différents partenaires ont à cette occasion rencontré les organisations syndicales. Il s'en est ensuite suivi une visite du lieu pour le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

C'est donc une étape supplémentaire pour le Pôle santé Sud Vendée dont les travaux sont en voie d'achèvement et les premiers patients seront accueillis à partir du 15 septembre. « Des portes ouvertes seront organisées durant la première quinzaine de septembre » annonce le Président directeur général de la clinique, Christian Houllé.

M.M.