



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : *Décembre 2002*

La création d'un pôle Femme-Enfant à Vichy : un modèle de coopération « public-privé » ?

Mickaël LE BERT

Sommaire

LISTE DES SIGLES UTILISES

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

METHODOLOGIE.....	6
-------------------	---

<u>PREMIERE PARTIE : UN CONTEXTE EXTERIEUR FAVORABLE AU RAPPROCHEMENT DE L'HOPITAL ET DE LA CLINIQUE DANS LE CADRE D'UN POLE FEMME-ENFANT</u>	7
--	---

<u>SECTION 1 : DES INCITATIONS NATIONALES ET LOCALES AU REGROUPEMENT DES MATERNITÉS</u>	7
---	---

<u>A. Les facteurs nationaux :</u>	7
--	---

<u>1. Les textes réglementaires :</u>	7
---	---

<u>2. Leurs conséquences :</u>	8
--------------------------------------	---

<u>B. La situation locale :</u>	10
---------------------------------------	----

<u>1. Une réorganisation rendue nécessaire par le SROS :</u>	10
--	----

<u>2. La création d'un pôle Femme-Enfant : une réponse adaptée</u>	11
--	----

<u>3. Le financement du FIMHO : un catalyseur</u>	12
---	----

<u>SECTION 2 : LE DÉVELOPPEMENT RÉCENT DE LA COOPÉRATION "PUBLIC-PRIVÉ"</u>	14
---	----

<u>A. La volonté des pouvoirs publics d'encourager la coopération "public-privé" :</u>	14
--	----

<u>1. L'évolution législative de 1970 à 1991 :</u>	14
--	----

<u>2. La persistance de freins à la coopération ?</u>	16
---	----

<u>3. L'ordonnance du 24 Avril 1996 et ses suites :</u>	18
---	----

<u>B. La multiplication des exemples de coopérations partielles</u>	20
---	----

<u>1. Des conventions de coopération portant exclusivement sur la maternité :</u>	20
---	----

<u>2. Des coopérations portant sur plusieurs activités :</u>	22
--	----

<u>DEUXIEME PARTIE : LES CONDITIONS DE REUSSITE DU PROJET DE POLE FEMME-ENFANT, OU COMMENT SURMONTER LES DIVERGENCES CULTURELLES</u>	24
---	----

<u>SECTION 1 : LES STRATÉGIES CONVERGENTES DES PRINCIPAUX ACTEURS</u>	24
---	----

<u>A. La stratégie de coopération du centre hospitalier :</u>	24
---	----

<u>1. La théorie :</u>	24
------------------------------	----

<u>2. La pratique :</u>	25
-------------------------------	----

<u>B. La stratégie opportuniste de la clinique privée :</u>	26
<u>1. Les préalables à la négociation :</u>	26
<u>2. La position de la clinique :</u>	26
<u>C. La pression de l'ARH : Un rôle de médiation et d'incitation</u>	27
<u>1. Les objectifs de l'Agence :</u>	27
<u>2. L'implication de l'ARH tout au long des négociations :</u>	28
<u>SECTION 2 : LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES</u>	30
<u>A. Les ressources humaines, le principal défi</u>	30
<u>1. La nécessaire intégration du personnel non médical :</u>	31
<u>2. La délicate question du corps médical :</u>	33
<u>B. Surmonter les difficultés financières et techniques</u>	38
<u>1. Les questions financières :</u>	38
<u>2. Les contraintes techniques liées aux travaux :</u>	43
<u>SECTION 3 : LA CONCRÉTISATION DU PROJET : LE DÉPASSEMENT DES OBSTACLES CULTURELS</u>	47
<u>A. En interne : la mobilisation des acteurs concernés de l'hôpital</u>	47
<u>1. Les médecins :</u>	47
<u>2. Les personnels paramédicaux (sages-femmes et soignants) :</u>	48
<u>B. Avec la clinique : dépasser les réticences par le dialogue</u>	50
<u>1. L'apport de la théorie des jeux :</u>	50
<u>2. Le cas vichyssois : le choix d'une forme juridique souple comme moyen d'instaurer un climat de confiance</u>	51
<u>TROISIEME PARTIE : LE POLE FEMME-ENFANT COMME PRELUDE A UNE COOPERATION TOTALE ENTRE LA CLINIQUE ET L'HOPITAL ?</u>	53
<u>SECTION 1 : QUELQUES EXEMPLES DE COMPLÉMENTARITÉS ASSOCIÉES À UN RAPPROCHEMENT GÉOGRAPHIQUE ENTRE HÔPITAUX ET CLINIQUES</u>	53
<u>A. Le pôle de santé de la Châtre :</u>	54
<u>B. L'hôpital-clinique de Lillebonne :</u>	54
<u>1. Un regroupement imposé par les autorités de tutelle :</u>	54
<u>2. La mobilisation de tous les acteurs concernés pour assurer la réussite du projet :</u>	55
<u>C. Le pôle santé public-privé de Carpentras :</u>	56
<u>1. La genèse du projet :</u>	56
<u>2. Difficultés rencontrées et facteurs de réussite du projet :</u>	57
<u>SECTION 2 : LES PRÉMICES D'UNE COOPÉRATION TOTALE ENTRE LE SECTEUR PUBLIC ET LE SECTEUR PRIVÉ À VICHY</u>	60
<u>A. Les différents scénarios possibles :</u>	60
<u>1. Scénario tendanciel : création d'un pôle Femme-Enfant commun :</u>	60
<u>2. Scénario de rupture : refus de la clinique :</u>	60
<u>3. Scénario idéal : une coopération globale entre l'hôpital et la clinique :</u>	61

<u>B. L'importance du management dans la réussite du projet :</u>	63
<u>1. Une démarche "gagnant-gagnant" :</u>	63
<u>2. Le rôle des équipes de direction :</u>	65
<u>3. L'importance de la communication externe dans la conduite du changement :</u>	67
<u>SECTION 3 : PROPOSITION DE MÉTHODOLOGIE POUR RÉUSSIR UNE COOPÉRATION "PUBLIC-PRIVÉ":</u>	
<u>VICHY, UN MODÈLE REPRODUCTIBLE ?</u>	68
<u>A. Les conditions préalables à une conduite du changement réussie :</u>	68
<u>1. Identifier le type de coopération que l'on souhaite mener :</u>	69
<u>2. Mobiliser l'institution dans son ensemble :</u>	70
<u>3. Les logiques d'acteurs à prendre en compte :</u>	71
<u>B. La conduite du changement proprement dite : proposition de méthodologie</u>	72
<u>1. Associer les instances hospitalières :</u>	73
<u>2- Rechercher un consensus avec les partenaires :</u>	73
<u>B. Vichy, un modèle à suivre ?</u>	75
<u>1. Un exemple jusqu'à présent réussi...</u>	75
<u>2. ... mais son caractère encore inachevé ne permet pas de le qualifier de modèle :</u>	76
CONCLUSION.....	78
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	80
GRILLE D'ENTRETIEN.....	81
GLOSSAIRE.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....	85
ANNEXES.....	89

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens à remercier Monsieur Jean-Pierre ARRAMBOURG, ancien Directeur de la clinique mutualiste des Eaux Claires à Grenoble et aujourd'hui Directeur adjoint au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon. Encadrant de ce mémoire, il a, par ses conseils, fortement contribué à enrichir ma réflexion.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de direction du centre hospitalier de Vichy, qui m'a beaucoup aidé et soutenu dans toutes les phases de réalisation de ce mémoire.

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CTE	Comité Technique d'Etablissement
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
FIMHO	Fonds d'Investissement et de Modernisation des Hôpitaux
FASMO	Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des établissements de santé
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GIP	Groupement d'Intérêt Public
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
PH	Praticien Hospitalier
SIH	Syndicat Inter-Hospitalier
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Lors d'une rencontre avec l'équipe de direction du centre hospitalier de Vichy en Septembre 1999, le Président-Directeur-Général de la clinique privée à but lucratif La Pergola émet une position de principe favorable au regroupement de la maternité de l'hôpital avec celle de la clinique. L'objectif est d'offrir à la population les meilleures conditions d'accueil et de soins, conformément à l'ensemble des dispositions réglementaires relatives à la sécurité périnatale ainsi qu'aux recommandations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) d'Auvergne, adopté le 15 Septembre 1999. Le regroupement des deux maternités sur un site unique devrait en effet permettre d'exploiter en commun des installations techniques, dont le bloc d'accouchement, mais également de partager et d'organiser en concertation les compétences médicales et soignantes, selon le concept d'un véritable "pôle mère-enfant".

Le 24 Juin 2002, le Président-Directeur-Général de La Pergola transmet au directeur de l'hôpital un projet de protocole d'accord pour une coopération globale entre les deux établissements, avec la perspective de construire une clinique neuve sur le site hospitalier.

En trois ans, le projet de coopération public-privé à Vichy a ainsi pris une ampleur que les premières négociations ne laissaient pas augurer¹.

L'historique du projet :

Dès 1996, le centre hospitalier de Vichy a réfléchi à la création d'un pôle regroupant sa maternité et son service de pédiatrie.

Cette idée s'est concrétisée dans le projet d'établissement 1999-2004 de l'hôpital, dont le projet médical souligne la nécessité de "regrouper au sein d'une même unité l'ensemble des activités obstétricales et pédiatriques" et de développer un service performant de néonatalogie, capable de prendre en charge précocement l'enfant. Limiter les transferts vers la maternité de niveau III² du CHU de Clermont-Ferrand, située à une heure de route, est une condition indispensable pour éviter la séparation de la mère et de l'enfant et pour réduire la mortalité infantile³.

¹ Voir calendrier en annexe n°6.

² Voir annexe n°2.

³ Le projet prévoit de créer une unité de quatre à six lits de néonatalogie directement reliée à la maternité, une unité d'hospitalisation de jour pédiatrique de deux lits et deux chambres mère-enfant.

Par ailleurs, le projet médical évoque l'hypothèse d'une maternité commune ou d'une convention avec la clinique La Pergola. Cette idée de regrouper les activités obstétricales à Vichy, voire de rapprocher les deux établissements dans leur ensemble, remonte en fait à 1996, avec l'arrivée d'un nouveau directeur au centre hospitalier. Ce dernier a en effet bien conscience que la seule solution viable dans le contexte spécifique de Vichy consiste à réunir les deux maternités de niveau I, de taille équivalente, pour obtenir une "petite" maternité de niveau II, afin d'assurer aux patients une prise en charge globale à la fois de qualité et de proximité.

De fait, l'amélioration de la qualité des soins apparaît comme la condition primordiale du rapprochement des deux maternités. Le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites forme un tout, qui ne peut être assuré que par un travail de collaboration et de coopération entre l'ensemble des intervenants : ville et hôpital, public et privé, secteur psychosocial et secteur sanitaire, comme le souligne le rapport *L'Obstétrique en France II*⁴.

Une fois ce principe posé et accepté par les deux établissements, les autorités de tutelle se sont beaucoup investies dans ce projet. Dans un contexte marqué par le regroupement des établissements privés de Vichy autour de La Pergola⁵, plusieurs rencontres ont été organisées entre des représentants de l'hôpital et de la clinique, en présence de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) d'Auvergne et de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Allier. C'est ainsi que, dans le contrat d'objectifs et de moyens signé entre le centre hospitalier de Vichy et l'ARH en Septembre 2001, la création d'un pôle Femme-Enfant est la première priorité citée : "l'objectif principal est tout d'abord de doter le bassin de santé de l'agglomération vichyssoise d'un pôle Femme-Enfant permettant une prise en charge respectant les principes et normes édictées récemment. A terme, et compte tenu des impératifs de sécurité sanitaire opposables à tous, la réunion des deux activités de gynécologie-obstétrique (publique et privée) sur un même site doit constituer une seconde perspective". D'une manière générale, alors que les autorités de tutelle privilégient plutôt la notion de "pôle mère-enfant", l'établissement a aujourd'hui une préférence pour l'expression "pôle Femme-Enfant" car il considère que la gynécologie est indissociable de l'obstétrique et de la pédiatrie.

⁴ Source : Les maternités à faible activité : proposition de solution. *Revue Hospitalière de France*, Mai-Juin 1998. Référence bibliographique [14 bis]

⁵ Disparitions successives des cliniques La Vigie et Jeanne d'Arc.

Le projet de rapprochement de la clinique et de l'hôpital a ainsi acquis une forte crédibilité, qui s'est vue encore renforcée par le rapport d'accréditation de l'hôpital publié par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé en Avril 2002 : dans le référentiel 'Management de l'établissement et des secteurs d'activité', il est indiqué que "l'opération majeure [du projet d'établissement] est la réalisation du pôle Femme-Enfant, en collaboration avec la maternité privée".

Ce faisceau d'indices laisse à penser que la démarche est, sinon irréversible, du moins bien engagée. De fait, le chantier du pôle Femme-Enfant doit commencer à la fin de l'année 2002 pour s'achever début 2005. Par ailleurs, les discussions entamées au sujet d'un éventuel rapprochement plus vaste entre l'hôpital et la clinique s'accélèrent.

Pourtant, alors que le projet semble sur le point de se concrétiser, le changement, fin Janvier, de Président de Commission Médicale d'Etablissement à La Pergola vient tout bouleverser : l'annulation, à la demande de la clinique, de la réunion du 7 Février 2002 avec la tutelle et l'hôpital, semble marquer un coup d'arrêt au rapprochement entre les deux établissements. Le Président-Directeur-Général de la clinique souhaite obtenir un soutien suffisant de la part des praticiens libéraux avant de se lancer dans une coopération avec l'hôpital. Il est vrai qu'un PDG de clinique n'a pas la même marge de manœuvre qu'un directeur d'hôpital car il est entouré de médecins qui sont en même temps des actionnaires. Jusqu'au début du mois de Juin 2002, les négociations sont bloquées et le projet semble avoir fait un bond en arrière.

Vers la concrétisation du rapprochement : du pôle Femme-Enfant au pôle de santé public-privé

Le 24 Juin 2002, le Président-Directeur-Général de La Pergola adresse une lettre à l'hôpital confirmant son accord de principe pour la construction d'une nouvelle clinique sur le site du centre hospitalier, parallèlement à la réalisation du pôle Femme-Enfant. L'objectif est d'ouvrir ces deux structures au début de l'année 2005. Les contraintes liées à la non-conformité des locaux actuels de La Pergola et les avantages d'un rapprochement géographique avec l'hôpital semblent avoir joué un rôle prépondérant dans le déblocage de la situation, même si tous les médecins de la clinique ne sont pas encore acquis au projet.

Cet événement, certes attendu mais tout de même un peu "brutal" après un long silence, marque le début d'une coopération de grande ampleur entre les deux établissements, qui doit être officialisée à l'occasion d'une conférence de presse rassemblant l'ARH et les deux directions à l'automne 2002. Dès la dernière semaine de Juin, les instances de l'hôpital valident le projet de rapprochement avec la clinique.

La question est alors de savoir quelle méthodologie adopter pour réussir à la fois la création d'un pôle Femme-Enfant commun et la construction d'un pôle de santé public-privé qui dépasse la simple coopération dans le domaine périnatal. Quels obstacles surmonter, quelles concessions faire, comment associer tous les acteurs ?... Pour l'hôpital, l'enjeu consiste à réussir les négociations à la fois internes et externes. En interne, il s'agit de convaincre l'ensemble des acteurs du bien fondé non seulement du rapprochement avec la clinique, mais d'abord du regroupement des services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie. Par rapport à l'extérieur, il s'agit de mener à terme les négociations avec la clinique. Les difficultés pratiques, mais surtout stratégiques, sont nombreuses, tant sur le plan humain qu'en termes financiers ou juridiques.

Analyser le processus de négociation, à la fois au sein de l'hôpital et dans les relations avec la clinique, c'est répondre aux questions suivantes :

- ❑ comment la conduite du projet en interne s'articule-t-elle avec les discussions avec la clinique ?
- ❑ Quelle est la stratégie de chacun des acteurs ? En particulier, quel rôle les médecins, tant de l'hôpital que de la clinique, jouent-ils ?
- ❑ Où se situent les points de blocage ?
- ❑ Quelles « compensations » la clinique peut-elle demander et obtenir pour accepter l'abandon de l'activité d'obstétrique sur son site ?
- ❑ Quelles sont les conditions, notamment financières et juridiques, de réussite d'un tel projet ?
- ❑ Dans quelle mesure l'évolution des négociations va-t-elle modifier la forme finale du pôle ?
- ❑ Les besoins et les attentes des patients vont-ils être bien pris en compte ?
- ❑ Les solutions retenues pourraient-elles être exportées dans d'autres maternités de taille moyenne, et selon quelle méthodologie ?
- ❑ La création du pôle Femme-Enfant peut-elle être considérée comme le premier pas vers une coopération globale entre la clinique et l'hôpital ?

Le positionnement du directeur d'hôpital face à un projet d'une telle ampleur sera le fil conducteur de ce mémoire. L'analyse du processus qui a conduit à la décision de créer un pôle Femme-Enfant public-privé permettra de mettre en lumière le rôle déterminant du directeur d'hôpital et de son mode de management, sans négliger à la fois les difficultés et les conséquences pour la population du développement de la coopération sanitaire.

A partir de l'analyse de la création du pôle Femme-Enfant, trois axes d'étude seront privilégiés :

- ❑ comment le directeur d'hôpital est-il influencé voire contraint par le contexte extérieur?
- ❑ comment peut-il agir sur ce contexte pour permettre au projet d'aboutir ? En d'autres termes, quelle est sa marge d'intervention sur les facteurs de réussite du pôle Femme-Enfant ?
- ❑ enfin, comment le directeur d'hôpital s'inscrit-il dans le projet de coopération globale entre l'hôpital et la clinique ? Quels sont ses pouvoirs réels et jusqu'où peut-il aller ?

Méthodologie

La méthodologie adoptée se décline en quatre axes :

- ❑ un travail bibliographique sur le thème de la coopération "public-privé" et de la maternité
- ❑ une réflexion d'ensemble, en liaison étroite et permanente avec l'équipe de direction, sur la situation de l'hôpital dans le bassin de vie de Vichy, notamment par rapport à la clinique : cette analyse a été alimentée par la participation à toutes les réunions et discussions portant sur le pôle Femme-Enfant et, plus généralement, sur le rapprochement avec la clinique, qu'il s'agisse de rencontres informelles (par exemple avec les architectes), d'instances (CME, CTE, CA) ou de réunions avec les autorités de tutelle
- ❑ une série d'entretiens au sein de l'hôpital visant à connaître la perception des principales personnes intéressées par rapport à la coopération avec le secteur privé : il aurait été souhaitable d'effectuer également des entretiens au sein de la clinique, mais les enjeux "politiques" du thème étudié ne l'ont pas permis. Compte tenu du caractère encore "théorique" du dossier pour la population, l'horizon de la coopération concrète étant fixé à 2005, le point de vue du patient n'a pas été recherché, même si l'intérêt sanitaire pour la population a bien évidemment toujours été au cœur de la réflexion
- ❑ une analyse comparative réalisée à partir de plusieurs déplacements à l'extérieur (pôle santé public-privé de Carpentras, hôpital d'enfants du CHU de Strasbourg) et d'entretiens téléphoniques (hôpital-clinique de Lillebonne, centre hospitalier de Saint-Nazaire), dans le but de découvrir d'autres expériences, plus ou moins avancées, de pôles Femme-Enfant et de coopérations "public-privé".

Le point de vue adopté est celui d'un futur directeur d'hôpital, c'est pourquoi tous les aspects stratégiques, financiers, humains et architecturaux sont abordés. L'objectif visé n'est pas d'évaluer une coopération "public-privé", mais bien de porter un regard extérieur sur un processus en cours, dans ses diverses facettes, tant négatives que positives.

Un recul permanent a été nécessaire, afin de ne pas biaiser la réflexion par une implication trop directe dans le dossier.

PREMIERE PARTIE : UN CONTEXTE EXTERIEUR FAVORABLE AU RAPPROCHEMENT DE L'HOPITAL ET DE LA CLINIQUE DANS LE CADRE D'UN POLE FEMME-ENFANT

Le projet de pôle Femme-Enfant unique à Vichy a connu une concrétisation lente mais inéluctable. Une telle décision n'est pas le fruit du hasard. Elle s'inscrit dans un contexte à la fois national et local marqué par de fortes incitations au regroupement des "petites" maternités, mais également au rapprochement des établissements de santé d'une manière générale. En témoignent les nombreux exemples de coopérations partielles déjà réalisées en France.

Section 1 : Des incitations nationales et locales au regroupement des maternités

Si la mise en œuvre de dispositions nationales de plus en plus contraignantes dans le domaine de la périnatalité est partiellement à l'origine du projet de regroupement des maternités vichyssoises, le contexte local et l'aide du Fonds d'Investissement et de Modernisation des Hôpitaux ont également joué un rôle déterminant.

A. Les facteurs nationaux :

1. Les textes réglementaires :

Le Plan gouvernemental de Périnatalité du 12 Avril 1994 fixe cinq priorités :

- ❑ accroître la sécurité lors de l'accouchement : la présence d'un obstétricien et d'un anesthésiste réanimateur, rendue obligatoire dans les maternités de plus de 1 500 accouchements, a été étendue à toutes les maternités entre 1995 et 2000. Un pédiatre doit être présent ou d'astreinte en permanence. Un seuil minimal

d'activité des maternités est fixé (300 accouchements par an) et trois niveaux de maternité sont définis⁶

- ❑ améliorer le suivi de la grossesse : la diffusion du carnet de santé de maternité est élargie, de même que celle du guide des bonnes pratiques cliniques élaboré par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
- ❑ améliorer les soins aux nouveau-nés : les hôpitaux sont incités à créer des chambres mère-enfant (chambres kangourous) dans les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie
- ❑ humaniser les conditions de l'accouchement : la péridurale est prise en charge à 100%
- ❑ évaluer la politique de suivi : une volonté est affichée d'améliorer la connaissance des causes des décès néonataux et de mettre en place un système d'expertise des cas de mortalité maternelle.

Puis les décrets du 9 Octobre 1998 et l'arrêté du 25 Avril 2000 ont renforcé les obligations de sécurité périnatale⁷. Ils précisent et étendent les contraintes à respecter et instituent une procédure d'autorisation des activités de soins relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.

2. Leurs conséquences :

L'émergence de textes réglementaires de plus en plus contraignants pour la mise aux normes des activités rend difficile le maintien de deux maternités dans un bassin de population comme celui de Vichy, qui compte 150 000 habitants. Au plan national, le

⁶ Voir annexe n°2.

⁷ Décrets n° 98-899 relatif aux établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et n° 98-900 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Voir détail page 12.

mouvement de concentration des maternités en France est très net depuis vingt-cinq ans, comme l'indique le tableau suivant⁸ :

Année	1975	1996
Indicateur		
Nombre de maternités	1035	814 (dont 384 privées)
Nombre moyen d'accouchements par maternité	528	840
Durée moyenne de séjour	6,7	4,7
Secteur public		
Secteur privé	6,7	5,5

En 2002, on dénombre 404 maternités publiques et 37 maternités privées participant au service public hospitalier ; en 2020, il devrait en rester 347, dont 133 de niveau I contre 176 actuellement, et 199 de niveaux II et III contre 228 aujourd'hui⁹.

Outre les contraintes réglementaires, deux autres raisons peuvent expliquer ce phénomène : d'une part les anesthésistes et les gynécologues-obstétriciens ont peut-être de moins en moins envie de pratiquer des accouchements du fait de la responsabilité que cela met en jeu, et d'autre part, dans le secteur privé, l'acte médical "accouchement" est relativement peu rémunérateur.

Ce contexte difficile est en partie à l'origine de la multiplication des expériences actuellement menées partout en France pour regrouper les compétences et partager les gardes au sein de pôles Femme-Enfant ou mère-enfant.

Ainsi, la construction de l'hôpital pour enfants est l'une des opérations prioritaires du plan directeur des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, établi en 1992. L'objectif consiste à regrouper sur un seul site l'ensemble des services de pédiatrie médicale et chirurgicale et d'assurer un accueil unique des urgences pédiatriques¹⁰. Aujourd'hui, les services de pédiatrie forment avec deux services de gynécologie-obstétrique le pôle mère-enfant. Au total, c'est une équipe de cinq cents professionnels qui travaillent au service de l'enfant et

⁸ Source : DREES, *Etudes et Résultats*. Référence bibliographique [5]

⁹ Source : *Décision Santé*, Juin-Juillet 2002. Référence bibliographique [29 bis]

¹⁰ Source : entretien avec le directeur du site de Haute-pierre (CHU de Strasbourg).

l'accès à toutes les spécialités médicales est garanti : néonatalogie, oncologie, urgences, cardiologie...

De même, l'institut mère-enfant Alix-de-Champagne a ouvert ses portes au CHU de Reims le 16 Avril 2002 : la proximité des services de gynécologie-obstétrique, de médecine périnatale et de génétique devrait permettre une meilleure prise en charge des patientes et de leurs enfants¹¹.

A Vichy, l'échelle du pôle Femme-Enfant est différente de celles de Strasbourg et de Reims, mais la problématique est la même : il s'agit d'assurer la prise en charge la plus complète de la femme et de l'enfant dans des conditions de sécurité et de qualité optimales.

B. La situation locale :

1. Une réorganisation rendue nécessaire par le SROS :

Pour environ 1300 accouchements par an, l'agglomération de Vichy compte deux maternités, qui en réalisent chacune la moitié¹². Le SROS adopté le 15 Septembre 1999 a accordé à l'hôpital l'autorisation de fonctionner en niveau II¹³, du fait de l'installation de lits de néonatalogie, alors que la maternité de la clinique reste de niveau I. Outre les orientations récentes des autorités sanitaires, tant régionales¹⁴ que nationales, quatre facteurs expliquent l'urgence de la réorganisation de l'activité hospitalière dans ce domaine :

- ❑ L'évolution démographique défavorable en Auvergne, caractérisée par la diminution des naissances et par la baisse du nombre de médecins
- ❑ La mortalité périnatale en Auvergne est supérieure à la moyenne nationale¹⁵.
L'une des priorités à mettre en œuvre pour réduire cette mortalité est le

¹¹ Source : *Revue Hospitalière de France* n°486, Mai-Juin 2002, page 72.

¹² Depuis quelques années, l'hôpital dépasse toutefois légèrement la clinique.

¹³ Précisément, il s'agit d'une autorisation de niveau II-a (unité d'obstétrique et service de néonatalogie sans soins intensifs). Voir annexe n°2.

¹⁴ L'Auvergne est l'une des premières régions à avoir mis en œuvre un Programme Régional de Santé relatif à la périnatalité.

¹⁵ 1997 : taux de natalité de 9,7 pour mille en Auvergne pour une moyenne nationale de 12,5 pour mille. 1999 : taux de mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an pour mille enfants nés vivants) de 5,7 pour mille en Auvergne pour une moyenne nationale de 4,6 pour mille.

rapprochement du service de néonatalogie du lieu d'accouchement. Le transfert post-natal vers une unité éloignée de néonatalogie multiplie en effet par deux ou trois le risque de mortalité périnatale. Actuellement, en France, environ 9% des nouveau-nés sont transférés en service de néonatalogie ou en pédiatrie avant sept jours de vie

- Le regroupement de la maternité et de la pédiatrie en un seul pôle évite la séparation de la mère et de l'enfant : d'une part, la sécurité lors de l'accouchement est améliorée grâce à la proximité immédiate de l'unité de néonatalogie ; d'autre part, en cas de maladie de l'enfant ou du nouveau-né, l'aménagement des locaux permet d'accueillir dans une même chambre la mère et l'enfant.

2. La création d'un pôle Femme-Enfant : une réponse adaptée

Plus de 85 % des femmes habitant dans le bassin de Vichy accouchent dans l'une des maternités du bassin, contre 90% à Clermont-Ferrand¹⁶. La création d'un pôle Femme-Enfant est donc nécessaire pour éviter la fuite de ces femmes, voire pour augmenter le nombre des naissances à Vichy. Depuis quelques années, une baisse de la natalité est constatée sur le bassin de Vichy, malgré la hausse de l'an 2000 :

	1985	1990	1995	1997	2000	2001
Nombre d'accouchements	1434	1339	1344	1297	1444	1327 (dont 693 à l'hôpital et 634 à la clinique)

Il serait regrettable que Vichy perde en attractivité, faute d'avoir su favoriser la coopération entre les deux établissements de santé de la ville.

Mais la création d'un pôle « Femme-Enfant » public-privé réalisant les 1300 accouchements de l'agglomération apparaît surtout comme une réponse permettant d'assurer un meilleur accueil et une prise en charge optimale, avec notamment un plateau technique commun et des consultations regroupées.

¹⁶ Source : DRASS Auvergne, Photostat "Treize bassins de naissance en Auvergne", Septembre 1998.

Le pôle Femme-Enfant aura une capacité de trente lits d'obstétrique, dix lits de gynécologie, vingt-huit lits de pédiatrie dont quatre de néonatalogie¹⁷, et deux places d'hôpital de jour. Ce secteur disposera également de deux lits "kangourous"¹⁸. En attendant la concrétisation du rapprochement avec le secteur privé, la capacité en gynécologie-obstétrique restera de vingt-cinq lits, dont une chambre "kangourou"¹⁹. Des surfaces sont réservées pour accueillir les lits de la clinique et une salle d'intervention sera créée au sein du bloc d'accouchement.

L'obtention d'une subvention du Fonds d'Investissement et de Modernisation des Hôpitaux (FIMHO) a également joué un rôle déterminant.

3. Le financement du FIMHO : un catalyseur

L'hôpital a été informé le 26 Avril 2002 de la décision ministérielle concernant sa demande de subvention dans le cadre du Fonds d'Investissement et de Modernisation des Hôpitaux : il lui a été accordé un soutien à hauteur de 2,1 millions d'euros, soit 25% du montant subventionnable.

Si l'hôpital de Vichy a obtenu une subvention aussi conséquente, c'est en grande partie parce que l'ensemble de la structure proposée au FIMHO répond parfaitement aux dispositions réglementaires récentes, notamment les décrets du 9 Octobre 1998 et l'arrêté du 25 Avril 2000, en ce qui concerne la répartition et le fonctionnement des locaux :

En effet, architecturalement²⁰, le pôle Femme-Enfant prend la forme de trois bâtiments de trois étages, perpendiculaires au bâtiment médico-chirurgical. L'activité principale se situera sur le même plan que l'hospitalisation actuelle de la gynécologie-obstétrique, c'est-à-dire au rez-de-chaussée du bâtiment médico-chirurgical. Compte tenu de la déclivité du terrain, l'espace situé en dessous offrira des surfaces en rez-de-chaussée bas pour des locaux nécessaires au fonctionnement du pôle Femme-Enfant. Le secteur pédiatrie-

¹⁷ La capacité minimale de 6 lits de néonatalogie prévue par les textes peut en effet, selon l'article 712-91, être ramenée à 4 lits si l'unité de néonatalogie est à plus d'une heure de l'unité la plus proche.

¹⁸ Voir glossaire.

¹⁹ Voir annexe n°3 point 2.

²⁰ Voir annexe n°7.

néonatalogie sera ainsi situé au rez-de-chaussée bas et la gynécologie-obstétrique au rez-de-chaussée haut, avec une liaison directe, dédiée, entre les deux. Par ailleurs, le futur bloc d'accouchement aménagé au-dessus de la Néonatalogie se trouvera à côté du bloc opératoire, ce qui facilitera les transferts de parturientes et les déplacements des anesthésistes. Chaque circuit est clairement identifié, qu'il soit technique (bloc opératoire, plateau technique) ou qu'il corresponde à un déplacement de visiteurs. Les zones d'activité de chaque spécialité sont nettement délimitées, la jonction des deux secteurs se faisant au niveau de la néonatalogie.

Un accueil unique, relié au hall d'entrée par une galerie, permettra aux usagers d'être rapidement orientés soit vers les consultations, soit vers les secteurs d'hospitalisation de chaque spécialité, sans qu'il y ait croisement de circuits. Toutes les consultations sont situées au rez-de-chaussée.

Toutes les chambres seront individuelles et équipées pour servir indifféremment à l'une ou l'autre activité, même si les secteurs d'obstétrique et de gynécologie correspondent à des zones distinctes. Au total, les locaux sont donc très fonctionnels.

Sur le plan de l'organisation, il était important d'individualiser le service de gynécologie et le service d'obstétrique avec deux salles de soins différentes. Actuellement, en effet, les femmes hospitalisées en gynécologie ne sont pas suffisamment surveillées car une seule équipe s'occupe de l'ensemble du service. Dans la même optique, le fait que le bloc obstétrical soit situé au troisième niveau avec une équipe dédiée est une très bonne chose, car les femmes hospitalisées pourront être prises en charge à plein temps par une autre équipe.

Enfin, l'établissement ayant adhéré le 26 Juillet 2000 au réseau de soins périnataux d'Auvergne, les critères de transfert des nouveau-nés vers le CHU sont déjà appliqués.

Ce projet répond ainsi parfaitement aux critères définis par les décrets récents. De surcroît, il est en parfaite adéquation avec le deuxième SROS d'Auvergne, qui préconise une seule maternité sur Vichy. L'obtention de la subvention du FIMHO a permis de renforcer la crédibilité du projet, notamment à travers la presse locale, qui s'en est fait largement l'écho²¹, même si l'ARH avait donné son feu vert quelle que soit la réponse du Fonds. Entre le mois

²¹ Titre d'un article dans le journal *La Montagne* du 9 Mai 2002 : "Le pôle femme-enfant soutenu par l'Etat".

de Février et le mois de Juin 2002, en effet, les négociations avec la clinique s'étaient arrêtées et des rumeurs circulaient dans Vichy selon lesquelles l'hôpital serait réticent à la coopération, dans la mesure où il n'aurait pas les moyens de construire le pôle Femme-Enfant. L'octroi de cette subvention fin Avril a permis à la fois de faire cesser cette désinformation et d'accélérer la réalisation du projet, en le rendant inéluctable aux yeux de la population.

Le soutien des autorités nationales et locales crée de fait un contexte favorable à l'opération vichyssoise. Plus généralement, l'encouragement donné par les pouvoirs publics aux différentes formes de coopération "public-privé" constitue également un puissant élément en faveur de la création d'un pôle Femme-Enfant unique à Vichy.

Section 2 : Le développement récent de la coopération "public-privé"

Depuis quelques années, les pouvoirs publics prônent de façon continue le rapprochement des établissements de santé. De nombreuses opérations de coopération ont déjà été mises en oeuvre.

A. La volonté des pouvoirs publics d'encourager la coopération "public-privé" :

1. L'évolution législative de 1970 à 1991 :

Depuis la loi hospitalière du 31 Décembre 1970 instaurant le syndicat interhospitalier, les pouvoirs publics soutiennent la collaboration entre les établissements de santé.

Mais c'est seulement à partir du début des années 1980 que les autorités de tutelle de l'hôpital commencent véritablement à encourager la coopération entre les acteurs de santé, en faisant valoir un argument de masse critique : d'une part, la concentration des moyens augmente la compétence et l'expérience des équipes, et d'autre part elle concourt à l'optimisation de l'usage de ces moyens. Certes il existe des coûts de transaction, c'est-à-dire des coûts, financiers ou non, générés par la gestion de la coopération : il s'agit des coûts de recherche des partenaires potentiels et de négociation, mais aussi des coûts liés à

l'exécution de la convention (organisation de réunions et tenue d'instances, par exemple). Mais ces coûts sont, la plupart du temps, très largement compensés par la réalisation d'économies de dimension.

En outre, les stratégies de coopération peuvent générer ce que les économistes appellent des "externalités négatives" : chacun des acteurs peut chercher à maximiser son rapport performance-coût, sans que ce résultat coïncide spontanément avec l'intérêt collectif. Neutraliser ces comportements, afin que l'allocation des ressources nouvelles dédiées à l'offre de soins soit la plus efficace possible, est l'une des missions des pouvoirs publics.

La coopération "public-privé" est ainsi l'une des principales orientations de la réforme hospitalière de 1991, qui fixe plusieurs objectifs opérationnels :

- ❑ Donner aux établissements le choix entre les différentes solutions adaptées à leurs besoins. La coopération peut ainsi prendre la forme soit d'une mise à disposition partielle de moyens hospitaliers au profit de structures privées²² qui interviennent dans les murs de l'hôpital, soit de la participation de l'hôpital à la constitution de personnes morales autonomes²³, soit enfin d'une collaboration plus souple, fondée sur des conventions
- ❑ Renforcer la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé participant au service public hospitalier
- ❑ Limiter le développement des associations loi 1901, dont les abus sont régulièrement mis en exergue par les chambres régionales des comptes et l'inspection générale des affaires sociales (absence de contrôles, utilisation de fonds publics...).

Plus précisément, l'article L 713-12 du code de la santé publique dispose que, "dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats

²² sociétés à responsabilité limitée par exemple.

²³ groupement d'intérêt économique, groupement d'intérêt public...

interhospitaliers, à des groupements d'intérêt public et à des groupements d'intérêt économique". Le groupement d'intérêt public (GIP), personne morale de droit public, se caractérise par la poursuite d'une activité d'intérêt général, toujours limitée dans le temps. Mais il exclut les coopérations avec le secteur privé à but lucratif. Le groupement d'intérêt économique (GIE), qui est, lui, ouvert à toute personne morale de droit public ou de droit privé, permet le développement d'une activité économique et ses membres sont tenus solidairement des dettes, sauf convention contraire. Mais il semble peu adapté à une coopération dans le domaine de la maternité. En pratique, le GIP s'applique plutôt au domaine logistique (blanchisserie, cuisine), alors que le GIE est essentiellement dédié à la co-utilisation d'équipements lourds.

A ces différentes structures s'oppose la convention, qui présente l'avantage d'être un mode de coopération simple et souple, sans grand formalisme, permettant d'échapper à un contrôle administratif très lourd ; par contre, sa durée et son objet contractuel sont limités. Du fait qu'elle exclut la notion de copropriété, elle peut se révéler un cadre juridique insuffisant lorsqu'une coopération institutionnelle s'avère nécessaire.

Les cliniques ouvertes constituent un mode de convention particulier²⁴ : dans le respect des dispositions relatives au service public hospitalier, et dans les conditions et sous les garanties fixées par voie réglementaire, les centres hospitaliers (non régionaux) sont autorisés à créer et à faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix, autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement.

2. La persistance de freins à la coopération ?

La coopération interhospitalière ne connaît pas encore un succès franc et massif. Les raisons de cet échec relatif sont de plusieurs types, mais elles n'apparaissent pas rédhibitoires :

- ❑ Au plan juridique, les procédures sont souvent qualifiées de lourdes et "administratives". Pourtant, des efforts très nets ont été effectués ces dernières années pour assouplir le carcan juridique qui pèse sur les établissements de

²⁴ Article L 714-36 du code la santé publique.

santé. Une forme d'équilibre commence à naître entre le secteur privé, qui était peut-être trop affranchi de règles juridiques, et le secteur public, longtemps qualifié de procédurier. Aujourd'hui, de nombreuses règles s'appliquent de façon identiques aux deux secteurs, ce qui contribue à faciliter leur rapprochement "culturel". De plus, le fait que les cliniques dépendent désormais, comme les hôpitaux, de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et des Agences Régionales de l'Hospitalisation est un élément très favorable à ce rapprochement.

- ❑ Sur le plan sociologique et culturel, la gestion hospitalière, peut-être plus encore dans le secteur privé que dans le public, reste largement marquée par un souci d'autonomie, voire d'individualisme, des établissements, ce qui est difficilement conciliable avec le développement d'un travail en commun.
- ❑ Au niveau financier, en favorisant le rapprochement de secteurs aux régimes juridiques très différents, la loi expose de plus en plus l'hôpital public à un risque financier élevé, d'ordre fiscal. En effet, dans l'hypothèse où une clinique réalise une activité dans les locaux de l'hôpital, les contributions qu'elle lui verse en atténuation de ses charges immobilières sont analysées par les services fiscaux comme des revenus immobiliers, justifiant une imposition à la taxe foncière sur les propriétés bâties, même dans le cadre d'une activité de service public. De même, la réduction de charges permise par une coopération "public-privé" dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique ou d'un groupement de coopération sanitaire, est analysée comme un bénéfice et déclenche la qualification lucrative de l'activité visée, ce qui entraîne l'imposition à la taxe professionnelle.

Dans ce contexte et compte tenu du poids des différents corporatismes, le développement des actions de coopération peut paraître compromis. Toutefois, la multiplicité des possibilités de coopération aujourd'hui offertes permet aux établissements de santé de choisir celle qui convient le mieux à leur situation particulière, et ce d'autant plus que l'ordonnance du 24 Avril 1996 est venue assouplir et étoffer le régime de la coopération.

3. L'ordonnance du 24 Avril 1996 et ses suites :

L'ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 crée une nouvelle catégorie de personne morale : le **Groupement de Coopération Sanitaire** (GCS). A l'origine, le GCS est conçu pour les établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions pour créer entre eux un syndicat interhospitalier, c'est-à-dire lorsqu'un établissement public souhaite se rapprocher d'un ou plusieurs établissements privés ne participant pas au service public hospitalier. Le GCS réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux. Il présente l'avantage d'être une structure plus souple que le syndicat interhospitalier et sa durée peut être indéterminée. Contrairement à la convention, le GCS entraîne la création d'une personne juridique nouvelle et permet la copropriété, ce qui autorise une forme de coopération plus institutionnalisée. Comme l'association, le GCS est sans but lucratif, il ne réalise pas de bénéfices et sa comptabilité est de droit privé²⁵. Les organes du GCS ne sont qu'au nombre de deux : un administrateur et une assemblée générale. Par contre, dans le texte de 1996, il ne constitue pas un établissement de santé et ne peut donc pas en assurer les missions essentielles, notamment les soins. Il ne peut être employeur, ce qui ne résout pas le problème de la reprise des personnels, notamment.

Depuis la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les professionnels exerçant au sein du GCS peuvent être mis à la disposition du groupement par les établissements membres. Par ailleurs, les activités susceptibles d'être exercées par un GCS ont été élargies : il peut être autorisé par l'ARH à assurer lui-même les missions se rapportant aux activités de soins pour lesquelles il détient une autorisation. De plus, le GCS n'est plus seulement envisageable dans les cas où la constitution d'un syndicat interhospitalier n'est pas possible juridiquement ; désormais, deux ou plusieurs établissements de santé publics ou privés peuvent constituer librement un GCS.

Par ailleurs, depuis la loi du 4 Mars 2002, la participation à un syndicat interhospitalier n'est plus interdite aux établissements privés à but lucratif.

Enfin, la **clinique ouverte** a été revitalisée par l'ordonnance du 24 Avril 1996 et son décret d'application n°97-371 du 18 Avril 1997. La création d'une telle structure est soumise

²⁵ Sauf si, dans le cadre de la loi du 4 Mars 2002, le GCS n'est constitué que de personnes publiques.

à l'autorisation du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation après avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale²⁶. L'autorisation est accordée pour une durée déterminée (cinq ans renouvelables). Elle peut être suspendue ou retirée en cas de non-respect par l'établissement de la réglementation. Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement ne peut réserver à cette structure plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et places, dont il dispose pour l'activité considérée.

Soumise au droit public en ce qui concerne la situation du personnel, les immeubles, les contrats, les tarifs de prestations, le règlement des frais de séjour, la responsabilité pour les dommages causés par le fonctionnement défectueux du service public hospitalier, la clinique ouverte est régie par le droit privé en ce qui concerne les relations entre le médecin et le malade, le choix du médecin, sa responsabilité envers son patient, le versement des honoraires. Les praticiens perçoivent leurs honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Selon le nouveau dispositif, l'autorisation n'est plus subordonnée à la carence de l'initiative privée ; elle peut être délivrée en cas, d'une part, de cessation totale ou partielle de l'activité d'une clinique (accompagnée ou non d'un transfert de lits et places à l'hôpital) et, d'autre part, d'optimisation de l'utilisation des capacités en lits et places ou du plateau technique existant. Les chambres ou locaux de la clinique ouverte doivent être clairement identifiés. En outre, la création d'une clinique ouverte est soumise à des conditions restrictives, liées à la fois à l'insuffisance quantitative et qualitative de l'initiative privée et à la satisfaction prioritaire des besoins de la clientèle hospitalisée du secteur public. Enfin, le décret du 18 Avril 1997 prévoit que seuls peuvent être admis dans la structure les professionnels ayant fait l'objet d'une décision d'autorisation par le Directeur de l'ARH. Pour voir leur demande satisfaite, ils doivent disposer d'un cabinet de ville (ce qui exclut les temps pleins) et résider dans la localité ou à proximité, afin de garantir la continuité des soins et la sécurité des patients.

Ce contexte réglementaire et législatif favorable aux coopérations "public-privé" explique la forte augmentation du nombre d'opérations actuellement menées en France. Par un effet "boule de neige", cela incite de plus en plus d'établissements à tenter l'aventure.

²⁶ Article R 714-30 du code de la santé publique.

B. La multiplication des exemples de coopérations partielles

Actuellement, plus de trois cents opérations de coopération entre cliniques privées et hôpitaux publics sont recensées par le Ministère des Affaires Sociales²⁷. C'est à ces opérations que le FIMHO, doté de 500 millions de francs en 1998, a proportionnellement accordé le plus d'argent²⁸, signe de l'importance donnée à ce sujet par les pouvoirs publics.

La coopération peut impliquer une ou plusieurs activités médicales (prise en charge des urgences, de la cancérologie, bloc opératoire commun...) ; elle peut aussi ne concerner que des aspects logistiques de la vie des établissements.

1. Des conventions de coopération portant exclusivement sur la maternité :

A **Aurillac**, l'hôpital et le centre médico-chirurgical, dirigé par le même PDG que La Pergola, développent une coopération dans le domaine de la maternité, sous la forme d'une convention tripartite²⁹. Cette collaboration est soumise à cinq conditions :

- ❑ l'information et la consultation des deux communautés médicales
- ❑ l'accord des gynécologues-obstétriciens du centre médico-chirurgical
- ❑ la garantie, pour ces praticiens, que le centre hospitalier leur assurera les moyens réglementaires et techniques de nature à leur permettre de maintenir leur activité obstétricale au moins à son niveau actuel. Quant à l'activité de gynécologie et aux consultations d'obstétrique, elles sont maintenues au centre médico-chirurgical
- ❑ l'intégration dans la fonction publique hospitalière des praticiens, des personnels paramédicaux et des sages-femmes du centre médico-chirurgical
- ❑ la cohésion affichée de l'ensemble des gynécologues-obstétriciens, pédiatres et anesthésistes-réanimateurs impliqués autour du projet de pôle mère-enfant mis en œuvre par le chef de service.

²⁷ Source : *Atlas 2000 des restructurations hospitalières*, Rapport du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétariat d'Etat à la Santé.

²⁸ 112 millions de francs en 1998, pour aider huit dossiers à avancer.

²⁹ Article L 713-12 du code de la santé publique.

Un comité de suivi est également créé, pour veiller à la réalisation de la convention et au respect des droits et obligations de l'ensemble des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs du pôle mère-enfant. Un peu plus d'un an après la mise en œuvre de cette nouvelle organisation, il semble que le fonctionnement soit globalement satisfaisant.

Les patientes ont le choix du mode de suivi : les praticiens issus du centre médico-chirurgical réalisent eux-mêmes les accouchements des femmes qu'ils ont suivies pendant leur grossesse ; le fonctionnement du service public n'est pas modifié : chaque patiente est suivie par le praticien de son choix, éventuellement en association ou en alternance avec les sages-femmes. Lors de l'accouchement, c'est le praticien de garde qui est responsable et qui est contacté si nécessaire.

A **Auch**³⁰, la tentative de créer un GCS entre l'hôpital et la clinique à but lucratif a échoué à cause de difficultés juridiques et de raisons financières locales³¹. En conséquence, une formule plus traditionnelle a été choisie : la clinique ouverte. La maternité du centre hospitalier d'Auch étant désormais la seule du département, cette disposition l'a conduit à porter la capacité totale du service de gynécologie-obstétrique de vingt-deux à trente-six lits, dont douze en clinique ouverte, conformément à la règle selon laquelle l'établissement ne peut réserver à la clinique ouverte plus du tiers de sa capacité d'accueil en lits et places. Par ailleurs, l'autorisation accordée est subordonnée à ce que :

- ❑ sa création soit compatible avec le SROS et son annexe
- ❑ le centre hospitalier soit en mesure d'accueillir en priorité, dans les conditions normales d'hospitalisation, les patients dont l'état le requiert
- ❑ l'établissement s'engage à évaluer périodiquement le fonctionnement de la structure et ses résultats, tant financiers que médicaux, et à communiquer les résultats de cette évaluation à l'ARH (par exemple par le biais d'un comité de suivi).

³⁰ Source : LACORDAIS G. Référence bibliographique [24]

³¹ Problème de non reprise des locaux de la clinique et de leur non-vente à un tiers.

L'article R 714-40 dispose que les chambres et locaux exclusivement affectés à la clinique ouverte doivent être clairement identifiés au sein de l'établissement. A Auch, pourtant, le principe a été nettement affirmé que les lits de clinique ouverte seront indifférenciés, l'ensemble des chambres devant bénéficier du même équipement et d'un niveau de confort équivalent. La seule différence résidera dans le mode d'exercice médical et en aucune façon dans les prestations. Un secrétariat médical partagé est spécifiquement affecté aux intervenants de la structure.

Parmi les praticiens du centre hospitalier d'Auch, l'accueil a été contrasté : les gynécologues-obstétriciens se sont réjouis d'un projet constituant une formidable rampe de lancement pour leur activité. Les anesthésistes y ont vu l'éventualité d'une augmentation de leur charge de travail et ont immédiatement demandé des moyens supplémentaires. Quant aux médecins et aux chirurgiens, leur enthousiasme était très modéré et ils percevaient l'opération comme pouvant retarder des projets initialement plus prioritaires pour l'établissement (chirurgie ambulatoire, gériatrie...).

Au total, l'intervention de concours financiers (FIMHO et FASMO) a largement contribué à la réussite du projet.

2. Des coopérations portant sur plusieurs activités :

Les exemples sont nombreux.

A **Aubenas**, l'hôpital et la clinique ont procédé à un échange entre activité d'obstétrique d'une part, oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie d'autre part, la maternité demeurant publique.

De même, à **Tournon sur Rhône**, le centre hospitalier et la clinique Ambroise-Paré ont mis en place un groupement de coopération sanitaire³². L'objectif est d'assurer une redistribution des activités pour garantir une meilleure qualité des soins et, surtout, pour sauver les deux établissements. Ainsi, la maternité et le centre de consultations non programmées ont été délocalisés sur le site de la clinique : si le centre est commun aux deux établissements, la maternité, elle, demeure complètement publique, la clinique se contentant de louer ses locaux à l'hôpital. Par ailleurs, l'hôpital et la clinique vont développer un pôle

³² Source : Revue *Horizon*, avril 2002, n°137, page 8.

logistique commun. C'est par exemple l'hôpital qui se chargera des fonctions linge et restauration.

Le Groupement de coopération sanitaire de **Sud-Vendée**, constitué entre le centre hospitalier de Fontenay-le-Comte, la clinique Sud-Vendée et l'hôpital local de La Châtaigneraie, a pour objectif d'améliorer et d'optimiser la réponse aux besoins sanitaires d'un bassin de 90 000 habitants par le rapprochement, essentiellement médical, entre les trois structures : des gardes de spécialités en chirurgie, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL assurées par la clinique et un projet de soins palliatifs inter-établissements sont notamment prévus.

Au centre hospitalier de **Saint-Nazaire**³³, un projet de pôle mère-enfant public-privé a été envisagé en 1998 avec la Mutualité de Loire-Atlantique, clinique participant au service public hospitalier. Après dix-huit mois de réflexion, le médecin propriétaire de la clinique a finalement abandonné cette idée. Un nouveau projet est né, reposant sur une coopération globale entre le secteur public et le secteur privé : l'objectif est la construction d'un site unique, appelé "cité sanitaire", à horizon 2008. Le pôle mère-enfant se ferait alors dans le cadre de ce projet global.

Ainsi, le rapprochement de la clinique et de l'hôpital de Vichy autour de la création d'un pôle Femme-Enfant est fortement influencé par le contexte national et local. Mais un environnement favorable ne constitue pas un gage absolu de succès. Pour permettre la réussite de la coopération entre le secteur public et le secteur privé à Vichy, un certain nombre de difficultés doivent être surmontées, au premier rang desquelles les différences d'ordre culturel.

³³ Source : H. DE BEAUCHAMP. Référence bibliographique [6] + entretien avec Monsieur Bourget.

DEUXIEME PARTIE : LES CONDITIONS DE REUSSITE DU PROJET DE POLE FEMME-ENFANT, OU COMMENT SURMONTER LES DIVERGENCES CULTURELLES

L'impératif de qualité étant posé comme un préalable indispensable, les négociations entre l'hôpital et la clinique se sont heurtées à une difficulté majeure : les obstacles culturels entre le public et le privé. Les deux secteurs s'étant ignorés pendant longtemps, la simple idée de travailler ensemble apparaît comme une révolution. Pourtant, les acteurs concernés ont mené, chacun d'une manière différente, des stratégies convergentes. Les difficultés rencontrées n'en ont pas pour autant été moins nombreuses. Mais le projet a pu se concrétiser grâce au dépassement de ces barrières culturelles, tant à l'intérieur de l'hôpital qu'entre celui-ci et la clinique.

Section 1 : Les stratégies convergentes des principaux acteurs

Le centre hospitalier et la clinique ont des logiques qui peuvent apparaître contradictoires à première vue. Mais, au final, leur intérêt stratégique passe bien par un développement de leur coopération.

A. La stratégie de coopération du centre hospitalier :

1. La théorie :

Au sein de l'hôpital, le pôle Femme-Enfant s'inscrit dans une stratégie d'ensemble à la fois cohérente et efficace, qui passe par une coopération avec la clinique.

De fait, selon la terminologie de A.-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand³⁴, la structuration du système local de soins dépend de la stratégie des différents acteurs, qui

³⁴ Source : CONTANDRIOPOULOS et SOUTEYRAND. Référence bibliographique [9]

peut être de quatre ordres : coopération, opportunisme, autorité et affrontement concurrentiel.

La stratégie de coopération se définit comme l'adhésion des différents acteurs à des projets consensuels. Dans la stratégie d'opportunisme, il n'y a pas de projets consensuels ou dominants ; le développement de l'organisation est largement dépendant des contingences extérieures. La stratégie d'autorité se traduit par la domination d'un acteur dans la définition et la mise en œuvre d'un projet. Enfin, dans la stratégie d'affrontement concurrentiel, les acteurs s'affrontent pour obtenir un rôle dominant dans la définition et la mise en œuvre de projets, afin d'acquérir ou de contrôler les ressources.

Deux autres facteurs, transversaux, interviennent également dans ces stratégies : la cohérence interne et la maîtrise de l'environnement, qui sont dépendants l'un de l'autre. La cohérence interne représente la capacité des acteurs, à l'intérieur de l'hôpital, à définir une stratégie et des objectifs communs. La maîtrise de l'environnement renvoie à la nécessaire ouverture de l'hôpital sur l'extérieur ; il s'agit de mesurer son aptitude à mettre en œuvre une stratégie active pour renforcer sa place dans le système local de soins, notamment par un élargissement de son offre.

2. La pratique :

Dans le cas du pôle Femme-Enfant de Vichy, c'est d'abord une stratégie d'autorité qui a été menée, puisque c'est l'hôpital qui a proposé et conduit le projet, profitant du soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Depuis le début de l'an 2000, en effet, l'hôpital a bénéficié de nombreuses avancées, contrairement à la clinique : son projet d'établissement est approuvé depuis Avril 2000, le CROSS a donné en Juin 2002 un avis favorable à l'unanimité sur l'obtention d'une IRM ainsi que sur l'autorisation de renouveler son scanner (multi-barrettes) ; par ailleurs, l'hôpital de Vichy est accrédité depuis Juin 2001, et il a signé en Septembre 2001 un contrat d'objectifs et de moyens (COM) avec l'ARH.

Puis l'hôpital a adopté une stratégie de coopération, une fois le principe de la collaboration avec la clinique acquis. La cohérence interne a été forte sur le thème du rapprochement de la pédiatrie et de la gynécologie-obstétrique, beaucoup plus difficile à obtenir en ce qui concerne la coopération avec la clinique, comme en témoigne cette anecdote : en Janvier 2002, la direction du centre hospitalier a présenté au personnel, lors

d'une soirée d'information, les différents projets de l'établissement ; or le projet de rapprochement avec la clinique privée a laissé les personnes présentes incrédules. Il est vrai qu'il est difficile de convaincre le personnel tant que les choses ne prennent pas une dimension concrète.

B. La stratégie opportuniste de la clinique privée :

Une clinique privée ne forme pas un tout uniforme : c'est un ensemble d'actionnaires qui doivent trouver un accord entre eux avant toute décision engageant l'avenir de leur établissement.

1. Les préalables à la négociation :

Pour la clinique, la question centrale consiste à mesurer l'intérêt qu'elle peut avoir à abandonner son activité d'obstétrique, qui est souvent considérée comme un fort "produit d'appel".

Pour le Président-Directeur-Général, le rapprochement avec l'hôpital doit se faire dans le strict respect des intérêts, notamment financiers, des deux établissements et des gynécologues-obstétriciens concernés. Il convient de l'intérêt de regrouper les deux maternités sur un site unique, localisé au sein d'un pôle Femme-Enfant en cours de création au centre hospitalier, afin de bénéficier de la proximité immédiate de la pédiatrie, de la réanimation, du plateau technique complet ainsi que du service d'accueil des urgences. Il reconnaît par ailleurs que le projet architectural déposé par le centre hospitalier de Vichy dans le cadre de la concrétisation de son projet d'établissement répond à l'ensemble de ces attentes et aux contraintes réglementaires opposables.

2. La position de la clinique :

La position de la clinique privée s'articule autour de cinq points :

- ❑ le fonctionnement actuel en niveau I de la Pergola est satisfaisant et se coordonne bien avec le niveau III du CHU ;

- ❑ elle est consciente de la nécessité d'un plateau technique unique d'obstétrique sur Vichy,
- ❑ elle refuse que l'activité obstétricale et l'activité gynécologique se réalisent sur deux sites distincts éloignés. Contrairement à l'accord qui s'applique à Aurillac³⁵, à Vichy l'objectif est de maintenir un seul site de gynécologie-obstétrique, même pour les consultations ;
- ❑ toutefois, la clinique est très attachée au principe du libre choix des patientes ;
- ❑ enfin, l'activité de fécondation in vitro et de procréation médicalement assistée, qui a échappé au secteur vichyssois³⁶, doit être reconsidérée suite à un éventuel rapprochement des établissements.

En somme, la clinique a d'abord mené une stratégie d'opportunisme, puis d'affrontement concurrentiel et enfin de coopération. En effet, ce n'est qu'au deuxième semestre 2002 que le projet de protocole d'accord entre les deux établissements, après avoir été mis en sommeil pendant quatre mois, a connu un début de concrétisation.

Mais force est de reconnaître que cette décision n'a pas été seulement le résultat de négociations entre le centre hospitalier de Vichy et la clinique La Pergola. En particulier le soutien apporté par la tutelle a très largement facilité la concrétisation du projet de coopération.

C. La pression de l'ARH : Un rôle de médiation et d'incitation

1. Les objectifs de l'Agence :

Les objectifs de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation sont au nombre de trois : il s'agit de maintenir l'offre de proximité partout où cela est possible, tout en garantissant la qualité et

³⁵ Voir pages 19 et 20.

³⁶ Le dossier, déposé par la clinique sans concertation avec l'hôpital, a été rejeté par les autorités de tutelle.

un égal niveau de risque dans toutes les maternités et en optimisant l'utilisation des ressources, compte tenu notamment de la raréfaction des effectifs médicaux.

Depuis Juillet 2001, quatre réunions ont eu lieu à l'ARH d'Auvergne concernant la coopération sanitaire à Vichy. L'Agence a toujours adopté une position à la fois de médiateur, en participant à toutes les réunions de travail entre les deux établissements, et d'incitateur pour faire progresser rapidement le dossier, à travers le contrat d'objectifs et de moyens (COM). Même si aucune situation n'est comparable, l'expérience d'Aurillac a été utile à l'Agence. Dans un contexte politique et médical moins délicat à Vichy que dans la préfecture du Cantal, l'ARH s'est montrée présente dès l'adoption du projet d'établissement de l'hôpital de Vichy. Chaque fois qu'une étape positive dans le sens de la coopération a été franchie, l'Agence a tenu à lui conférer, par sa présence active, un caractère définitif, afin d'aider les négociations à progresser. L'ARH a toujours manifesté sa volonté de respecter les deux acteurs en présence et de ne jamais privilégier l'un par rapport à l'autre.

2. L'implication de l'ARH tout au long des négociations :

Lors de la réunion du 23 Juillet 2001, Monsieur Contis, Directeur de l'ARH, a rappelé le contexte favorable pour le rapprochement public-privé :

- ❑ des textes réglementaires de plus en plus contraignants pour la mise aux normes des activités, ce qui ne permet plus des doublons sur des sites comme Vichy
- ❑ l'évolution du secteur privé à Vichy, avec la disparition de la clinique La Vigie et le regroupement des cliniques Jeanne d'Arc et La Pergola
- ❑ l'évolution, désormais habituelle en France pour une ville de la taille de Vichy, vers un établissement public unique et un établissement privé unique qui soient complémentaires.

Lors de la réunion du 16 Octobre 2001, la réflexion a porté notamment sur l'organisation du service d'hébergement. Deux hypothèses ont été étudiées : soit une conception géographique du partage public-privé, soit une conception centrée sur le partage des lits. La clinique est plutôt favorable à la première solution. Une solution intermédiaire est évoquée par l'ARH : l'orientation préférentielle des femmes vers l'un ou l'autre des secteurs dans le

cadre du libre choix, avec une certaine souplesse pour adapter les capacités en cas de besoin.

Lors de la réunion du 13 Novembre 2001, le constat est fait qu'aucune des deux structures n'est, isolément, parfaitement viable à moyen terme. Aujourd'hui, l'absence de lisibilité de l'offre de soins et des compétences présentes entraîne un taux de fuite certain vers Clermont-Ferrand, dont l'attractivité va croître encore avec l'ouverture prochaine d'un pôle mère-enfant privé en périphérie de la capitale régionale. D'où le projet de rapprochement envisagé par les deux parties en collaboration avec l'ARH et la DDASS :

Les objectifs sont de trois ordres :

- ❑ Conforter l'activité de gynécologie-obstétrique sur le bassin de Vichy
- ❑ Améliorer la performance et la sécurité du plateau technique
- ❑ Permettre le développement du savoir-faire existant de chacune des deux équipes médicales et paramédicales.

Le regroupement des deux maternités se ferait alors dans le strict respect des intérêts des deux établissements et des gynécologues-obstétriciens concernés. En particulier, il garantirait, pour les parturientes, la liberté de choix entre les différents praticiens du privé ou du public et une étroite proximité géographique entre l'activité d'obstétrique et celle de gynécologie.

Le contexte de l'exercice de chaque activité sera formalisé dans des documents contractuels.

L'ARH insiste sur la nécessité d'utiliser le temps qu'il reste avant l'ouverture du pôle Femme-Enfant (début 2005) pour régler l'ensemble des questions en suspens comme le statut des personnels, l'organisation médicale et paramédicale et les rémunérations.

Lors de la réunion du 13 Décembre 2001, les parties constatent qu'il existe désormais un consensus sur l'intérêt d'un site obstétrical unique répondant aux normes des décrets d'Octobre 1998, mais des divergences demeurent concernant le calendrier et les modalités de mise en œuvre de ce regroupement. Certains obstétriciens libéraux seraient encore réticents pour intégrer un lieu commun sur le site hospitalier. L'ARH souligne qu'il existe actuellement une réflexion ministérielle sur l'évolution des statuts de la fonction publique

hospitalière visant à faciliter une intégration des praticiens privés vers le secteur public prenant en compte l'ensemble de l'exercice professionnel de ces médecins.

Lors des discussions, l'ARH a laissé entendre que si la clinique refusait la coopération, le plateau technique de l'hôpital serait nettement renforcé à ses dépens. Elle a déjà commencé à le faire à travers le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'hôpital, qui prévoit 110 créations de postes sur cinq ans.

Au total, l'ARH apparaît bien comme l'un des moteurs essentiels du rapprochement de l'hôpital et de la clinique, à la fois grâce à son rôle d'arbitre entre les deux parties et par sa position privilégiée de financeur. La conférence de presse prévue à l'automne 2002, suite à l'accord de principe préparé en Juin 2002 par les deux établissements, marquera officiellement l'engagement de l'ARH en faveur de la coopération entre la clinique et l'hôpital et lui conférera un caractère quasi définitif.

Mais les difficultés à surmonter demeurent nombreuses.

Section 2 : les difficultés rencontrées

A. Les ressources humaines, le principal défi

La principale difficulté consiste à convaincre les personnels et à susciter leur adhésion au projet.

La réorganisation hospitalière ne peut être effective sans une rationalisation des moyens humains. Le redéploiement des agents, nécessaire à la réussite de toute action de coopération impliquant des transferts de personnel, ne doit pas prendre la forme d'une mesure autoritaire, mais un véritable partenariat doit s'engager. En effet, quels que soient l'objectif poursuivi et la forme juridique retenue, le succès de la coopération passe d'abord par l'adhésion du personnel hospitalier dans son ensemble au projet. Cependant, la volonté des acteurs ne suffit pas. La mobilité des personnes est souvent rendue particulièrement difficile en raison des règles statutaires et de celles gouvernant le fonctionnement des établissements.

1. La nécessaire intégration du personnel non médical :

L'objectif est de faire en sorte que les équipes paramédicales de la clinique et de l'hôpital travaillent ensemble, voire fusionnent, et non que deux équipes cloisonnées se contentent de coexister dans les mêmes locaux. Un pool unique de personnel paramédical devra être constitué, avec pour mission de mettre en œuvre les protocoles et les procédures de soins définis dans un projet commun.

Le régime juridique du personnel des établissements publics et privés offre des possibilités d'intervention dans un établissement autre que celui d'origine. S'agissant du personnel de droit privé, il convient de se référer aux dispositions du Code du Travail³⁷ : le salarié conduit à intervenir dans un établissement autre que celui d'origine doit être en position de détachement. Concernant la fonction publique hospitalière, il existe plusieurs instruments juridiques permettant la mobilité des fonctionnaires³⁸ : la mutation, le détachement, la mise à disposition et la disponibilité. Les agents contractuels, quant à eux, ne disposent, contrairement aux titulaires de droit public, d'aucune position statutaire leur permettant d'être détachés ou mis à disposition : le changement d'employeur peut se traduire par une rupture de contrat.

A Aurillac, le centre médico-chirurgical employait sept sages-femmes, dont une à mi-temps, et cinq auxiliaires puéricultrices. Le centre hospitalier s'est engagé à intégrer dans la fonction publique hospitalière les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture le souhaitant. Celles qui ne le voulaient pas ou qui ne remplissaient pas les conditions ont été recrutées en qualité de contractuelles, au même niveau de rémunération. Quant aux sages-femmes exerçant au centre hospitalier en tant que contractuelles, elles ont été également titularisées, pour ne pas créer d'inégalités.

A Carpentras, où deux cliniques et le centre hospitalier ont construit un pôle santé public-privé avec échange d'activités³⁹, le choix a été fait de limiter au maximum les reprises de personnel par l'un ou l'autre des établissements. En radiologie toutefois, quelques manipulateurs n'ont pas souhaiter muter dans d'autres établissements lorsque l'hôpital a fermé son service au profit de celui de la clinique. La solution retenue pour ces agents est celle d'une mise à disposition fonctionnelle : dans le cadre d'une convention, l'hôpital

³⁷ Article L 125-3.

³⁸ Article L 714-27 du Code de la Santé Publique déterminant les catégories de personnel pouvant exercer au sein d'un établissement public de santé (fonctionnaires ou contractuels).

³⁹ Voir troisième partie section 1 paragraphe C.

continue à les rémunérer, avec tous les avantages de la fonction publique hospitalière, et le secteur privé rembourse ensuite les sommes versées.

Dans le cas de Vichy, c'est l'hôpital qui reprendra le personnel de la clinique, puisque le pôle Femme-Enfant est créé sur son site. Plutôt que d'envisager des détachements, l'intégration dans la fonction publique hospitalière, selon le modèle aurillacois, apparaît comme la meilleure solution.

Mais la complexité des règles statutaires, voire leur rigidité et leur multiplicité, peut parfois hypothéquer la complémentarité et la coopération entre établissements. L'article 102 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit qu' "en cas de transformation d'un établissement sanitaire ou social en établissement public ou en cas de transfert total ou partiel de l'activité d'un tel établissement à l'un des établissements mentionnés à l'article 2, les personnels concernés peuvent, si nécessaire, être recrutés en qualité de fonctionnaires soumis au présent titre, selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat". La procédure est contraignante : il faut définir les corps d'accueil, les modalités de reprise de l'ancienneté, le versement éventuel d'une indemnité compensatrice. Par ailleurs, les agents en question doivent impérativement disposer des diplômes nécessaires. Pendant la période de titularisation, ces personnes pourront être recrutées comme agents contractuels.

Le décret n°99-643 du 21 Juillet 1999, qui fixe les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social⁴⁰, précise, en les assouplissant, les grandes lignes de la procédure d'intégration dans la fonction publique hospitalière :

- ❑ dispense de concours (sous réserve de posséder les titres, diplômes et qualifications requis)
- ❑ dispense de stage
- ❑ suppression de toute limite d'âge
- ❑ reconstitution de carrière
- ❑ garantie de rémunération avec attribution le cas échéant d'une indemnité compensatrice

⁴⁰ cf annexe n°1.

- formalisme réduit à un arrêté pris conjointement par les deux ministres concernés après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, l'obligation de décret en Conseil d'Etat ayant été supprimée.

Le statut des personnels n'apparaît ainsi plus comme un frein insurmontable à la coopération entre hôpitaux et cliniques.

Pourtant, l'imbrication croissante du service public et du secteur privé autour de missions d'intérêt général avec des personnels non titulaires, n'appartenant pas à la fonction publique hospitalière, conduit certains à se poser la question de l'opportunité du maintien de personnels sous statut à côté de personnels sous contrat. Le développement du "non-titulariat" a d'ores et déjà été prôné par certains⁴¹.

Si, à Vichy, tous les personnels paramédicaux et les sages-femmes du secteur privé seront vraisemblablement intégrés dans la fonction publique hospitalière, la question des médecins sera, quant à elle, beaucoup plus difficile à régler.

2. La délicate question du corps médical :

La problématique générale :

En 2002, on dénombre en France 1735 gynécologues-obstétriciens hospitaliers⁴² sur un total d'environ 4500. Entre 75 et 85 gynécologues-obstétriciens seulement sont actuellement formés chaque année en France. Or les planificateurs Philippe Renault et Roland Cash ont calculé que les maternités de niveau II devraient disposer aujourd'hui au minimum de 5,5 équivalents temps plein médicaux en gynécologie-obstétrique. De même, la néonatalogie implique la présence de trois équivalents temps plein de pédiatrie ; or en 2020, on devrait

⁴¹ Expression de Carole MANIOLLE dans "le non-titulariat dans la fonction publique de l'Etat : un phénomène inéluctable", *AFJP*, Mars-Avril 1998, p.45 ; "le non-titulariat dans la fonction publique de l'Etat : un phénomène contrôlé ?", *AFJP*, Mai-Juin 1998, p.49.

⁴² 1766 prévus en 2020.

recenser 2426 hospitaliers sur un total de 5100 pédiatres aujourd'hui contre 2532 hospitaliers sur un total de 6263 pédiatres aujourd'hui⁴³.

La création d'un pôle Femme-Enfant public-privé peut permettre de répondre à la pénurie, ou du moins d'éviter le départ de médecins, mais elle se heurte aux interrogations des gynécologues-obstétriciens, surtout ceux issus du secteur privé. C'est la crainte de l'inconnu qui domine chez eux : quel statut auront-ils dans le pôle Femme-Enfant ? Pourront-ils être intégrés dans la fonction publique hospitalière ? Certains éprouvent un fort attachement à l'exercice privé de l'obstétrique, même si la notion de proximité de l'exercice de la gynécologie, de l'obstétrique et de la consultation prime avant tout.

Il existe par ailleurs un aspect non résolu, mais majeur, qui est celui de l'anesthésie, étant entendu que les praticiens anesthésistes ne pourront partager leurs exercices sur deux sites distants et que les anesthésistes de l'hôpital ne sont pas assez nombreux pour prendre en charge l'augmentation d'activité. L'ARH s'est toutefois engagée, dans le contrat d'objectifs et de moyens qu'elle a signé avec le centre hospitalier de Vichy, à renforcer les effectifs d'anesthésistes.

Les difficultés pratiques :

La première difficulté concerne la mobilité inter-établissements des médecins⁴⁴. Pour les praticiens de droit privé, deux solutions sont envisageables : l'exercice de l'activité médicale à titre libéral au sein des établissements publics ou l'intégration dans l'un des statuts hospitaliers. Celle-ci n'est possible, outre la voie du concours, que par la voie du recrutement en qualité de contractuel, d'attaché ou d'assistant, ou encore par l'intégration dans le statut des praticiens hospitaliers à titre provisoire. Ainsi, des choix sont ouverts, mais ils réservent à ces praticiens un statut souvent précaire et peu avantageux en ce qui concerne la rémunération.

Les praticiens hospitaliers à temps plein :

Le statut du praticien hospitalier temps plein, noyau dur du statut des hospitaliers offre un outil intéressant, l'activité partagée. L'article 4 du décret du 24 Février 1984 modifié autorise,

⁴³ Source : *Décision Santé*, Juin-Juillet 2002, page 31. Référence bibliographique [29 bis]

⁴⁴ Source : HOUDART L. *Traité de la coopération hospitalière*. Référence bibliographique [21].

sous réserve de leur accord, les praticiens hospitaliers à répartir leur activité entre un établissement public ou un établissement privé à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier. Le décret du 6 Juillet 1999 réaffirme qu' "ils peuvent exercer leur activité dans plusieurs établissements pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements visés à l'article 2 de la loi hospitalière et les actions de coopération mentionnées à l'article L 713-2 du code de la santé publique". Le versement d'une indemnité pour activité dans plusieurs établissements est prévue pour favoriser ces actions. Les deux établissements doivent en outre conclure, après avis des CME intéressées, une convention qui précise la répartition de l'activité hospitalière du praticien et prévoit la fraction des émoluments, des indemnités et des charges sociales afférentes à l'activité du praticien due par chacun des établissements. Aucune limite dans le temps n'est prévue, ce qui représente un avantage non négligeable. Il s'agit d'un mode exclusivement contractuel, ne nécessitant pas l'autorisation de la tutelle. L'activité partagée permet une véritable souplesse et l'adaptation de l'activité médicale aux besoins.

Il pourrait être envisagé d'ouvrir le recours à l'activité partagée au profit d'établissements privés à but lucratif dans le cadre d'une action de coopération conforme à l'intérêt de la santé publique. A Vichy, en effet, La Pergola ne participant pas au service public hospitalier, le recours à l'activité partagée n'est pas possible.

Les attachés⁴⁵:

Ces praticiens interviennent dans les hôpitaux pour effectuer des vacations, au maximum huit hebdomadaires, touchant à l'ensemble de l'activité du service hospitalier. Les attachés sont nommés par le directeur sur proposition du chef de service intéressé. Ils sont nommés initialement pour une période maximum d'un an renouvelable. Le taux de rémunération est établi sur la base de la demi-journée de trois heures trente. La rémunération n'est pas attractive mais ce statut permet de cumuler une activité libérale tout en exerçant au sein d'un centre hospitalier. C'est le choix qui a été fait au pôle santé public-privé de Carpentras : suite à des transferts d'activité entre l'hôpital et le secteur privé, le centre hospitalier a repris des médecins privés en tant qu'attachés, notamment en cardiologie.

⁴⁵ Statut régi par le décret du 30 Mars 1981 modifié.

Les praticiens contractuels⁴⁶:

Un établissement ne peut avoir recours à un praticien contractuel à temps plein ou à temps partiel que pour exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel d'activité. Ce statut peut être utilisé dans le cas d'une coopération public-privé, de façon temporaire, en attendant que les médecins libéraux concernés réussissent le concours de praticien hospitalier.

Les praticiens hospitaliers à titre provisoire :

Les postes de praticiens hospitaliers demeurés vacants peuvent être pourvus à titre provisoire par un praticien de la spécialité désigné par le Préfet sur proposition du médecin régional de la Santé après avis de la CME et du directeur de l'établissement⁴⁷. Ce statut précaire ne présente guère d'intérêt dans le cadre d'une action de coopération.

Les praticiens hospitaliers associés :

A titre dérogatoire⁴⁸, des personnalités médicales, françaises ou étrangères, qui ont manifesté une aptitude particulière au titre des soins, de la recherche ou de la prévention dans des organismes publics ou privés français ou dans des hôpitaux étrangers et qui ne remplissent pas les conditions d'inscription au concours, peuvent soumettre leur candidature au jury des concours pour une spécialité. Ce statut est inopérant dans le cadre du pôle Femme-Enfant de Vichy.

Les praticiens hospitaliers à temps partiel :

Dans les structures moyennes, les praticiens à temps partiel exercent souvent, par ailleurs, en libéral dans la clinique privée voisine. Le décret du 6 Juillet 1999⁴⁹ prévoit, concernant l'intégration des praticiens hospitaliers temps partiel dans le statut temps plein, que "les praticiens des hôpitaux à temps partiel comptant au moins trois années de fonctions effectives dans un même service" peuvent faire acte de candidature aux postes vacants de praticiens hospitaliers ; "ce temps de fonction n'est pas opposable aux praticiens en fonction

⁴⁶ Statut régi par le décret du 27 Mars 1993 modifié.

⁴⁷ Article 20 décret n°84-131 du 24 Février 1984.

⁴⁸ Article 16 du décret n°84-131.

⁴⁹ Décret n°99-565 du 6 Juillet 1999 portant diverses mesures statutaires en faveur des praticiens à temps plein des établissements d'hospitalisation publics

dans l'établissement où survient la vacance ni aux praticiens dont l'emploi est transformé ou transféré dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération mentionnée au II de l'article L 712-20 du code de la santé publique". Cette opportunité peut être très utile dans le cadre d'une fermeture de clinique privée ou de son rachat par le centre hospitalier. Mais à Vichy, aucun des gynécologues-obstétriciens privés n'exerce à l'hôpital à temps partiel. Cette hypothèse ne peut donc pas être retenue.

Ainsi, si des possibilités sont offertes, elles sont largement limitées par la rigueur, voire la rigidité des statuts, et la faiblesse de la rémunération. Le statut des attachés apparaît aujourd'hui comme l'outil le plus intéressant et le plus souple pour favoriser les complémentarités "public-privé", à condition de le rendre financièrement plus attractif, en rapprochant leur rémunération de celle des praticiens hospitaliers à temps partiel par exemple. Une autre solution consisterait à créer un statut sui generis qui serait offert aux praticiens du privé dans le cadre d'actions de coopération, afin de permettre leur intervention dans le secteur public.

A Aurillac, la convention entre le centre hospitalier et le centre médico-chirurgical (CMC) prévoit que :

- ❑ la gynécologue médicale du CMC continue à y exercer à temps plein et effectue des consultations obstétricales à l'hôpital, en tant qu'attachée (deux vacations par semaine)
- ❑ les gynécologues-obstétriciens du CMC sont recrutés provisoirement par le centre hospitalier en tant que praticiens contractuels à temps partiel six demi-journées par semaine⁵⁰. Ils seront ensuite titularisés comme praticiens hospitaliers temps partiel, après réussite au concours. Leur statut comporte une particularité : leurs astreintes sont comprises dans leur salaire, puisqu'ils ne participent pas au tableau de garde du service. Par ailleurs, ils continuent à exercer à titre libéral, à temps partiel, au CMC, puisque l'établissement privé conserve une partie de ses activités de gynécologie-obstétrique : les consultations pré- et post-natales, les échographies et la gynécologie médicale et chirurgicale.

⁵⁰ La solution retenue est celle d'une intégration au quatrième échelon majoré de 10%, quelle que soit l'ancienneté.

Cette solution paraît intéressante pour Vichy, moyennant quelques aménagements : les médecins libéraux pourraient être recrutés en tant que praticiens contractuels à temps partiel, en attendant leur réussite au concours de praticien hospitalier. Ils pourraient conserver leur activité libérale de consultation, mais, contrairement à la situation aurillacoise, cette activité se ferait dans les locaux de l'hôpital. Quand ils auront réussi leur concours, ils pourront soit devenir praticiens hospitaliers à temps plein avec éventuellement une activité libérale, soit rester à temps partiel et conserver leur activité libérale au titre de la clinique.

Si le statut est souvent mis en avant comme obstacle à la coopération "public-privé", les clauses des contrats d'exercice des médecins libéraux ainsi que les dispositions du code de déontologie médicale⁵¹ peuvent également freiner cette coopération. En effet, les médecins et chirurgiens libéraux exerçant dans une clinique privée sont liés par contrat d'exercice à cet établissement de soins ; or ces contrats contiennent parfois des clauses d'exclusivité, qui doivent être revues préalablement à toute opération de coopération, certains contrats interdisant aux praticiens d'exercer dans tout établissement proche. Dans la plupart des cas, toutefois, les contrats d'exercice libéral ne s'opposent pas à un statut salarié à l'hôpital. Par contre, ils pourraient s'opposer à la création d'une clinique ouverte.

Une fois résolues les questions statutaires, il convient d'examiner les problèmes d'ordre financier.

B. Surmonter les difficultés financières et techniques

La construction d'un pôle Femme-Enfant public-privé est une opération de longue haleine, qui se heurte à des contraintes à la fois financières et techniques non négligeables.

1. Les questions financières :

La création d'un pôle Femme-Enfant représente indéniablement un surcoût pour l'établissement. La réalisation de ce pôle est prévue pour une activité maximale de 1400

⁵¹ Interdiction d'aliéner son indépendance, respect du libre choix, interdiction de pratiquer la médecine comme un commerce, obligation personnelle des soins...

accouchements, ce qui représente un doublement par rapport à la situation actuelle. Des frais supplémentaires de personnel médical et non médical, de fournitures médicales, de fournitures hôtelières vont ainsi être générés, ainsi que des frais financiers et des amortissements. En effet, outre les surcoûts liés à la construction du pôle Femme-Enfant, il convient de prendre en compte le renforcement inéluctable des effectifs, eu égard notamment à la mise en œuvre des contraintes réglementaires régissant l'activité de périnatalité.

Ainsi, dans le contrat d'objectifs et de moyens signé entre le centre hospitalier de Vichy et l'ARH, le coût total des investissements est estimé à 9,54 millions d'euros⁵², répartis sur la période 2002-2004. Les surcoûts d'exploitation sont de 2,74 millions d'euros, répartis sur les années 2002 à 2006. La subvention du FIMHO représente environ 2,1 millions d'euros.

Les surcoûts liés au personnel :

Aujourd'hui, le personnel du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Vichy se décompose de la manière suivante :

- ❑ un chef de service, deux praticiens hospitaliers temps plein, un praticien adjoint contractuel, et un attaché de pédiatrie effectuant quatre vacations hebdomadaires
- ❑ une sage femme surveillante-chef, neuf sages-femmes temps plein, deux sages-femmes à mi-temps et une à quatre-vingt pour cent
- ❑ dix aides-soignantes temps plein, quatre auxiliaires de puériculture temps plein
- ❑ trois agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ)
- ❑ une secrétaire médicale et un agent administratif.

L'augmentation d'activité devrait entraîner la création complémentaire de quatre postes de PH temps partiel ou équivalent, et de deux postes de PH temps plein d'anesthésie. Le coût supplémentaire annuel est de 335 000 euros.

Le surcoût relatif au personnel non médical est, quant à lui, de plus d'un million d'euros, comme l'indique le tableau de la page suivante. Une auxiliaire de puériculture en salle

⁵² Soit 62,555 millions de francs.

d'accouchement, une auxiliaire de puériculture en suites de couches, deux sages-femmes en salle d'accouchement, une sage-femme en suites de couches devront en effet être présentes vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Ce renforcement de crédits demandé à l'ARH devrait être compensé par ceux actuellement utilisés par la clinique et par le recours aux services de néonatalogie périphériques. Par ailleurs, ces moyens nouveaux seraient inférieurs à la production de points ISA attendue, valorisée au coût moyen de la région Auvergne. A terme, il n'y aura donc vraisemblablement pas de surcoût pour la Sécurité sociale.

Sur l'ensemble des postes à créer, certains l'ont déjà été au budget 2002 au titre du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH. Pour les médecins, un poste d'interne en gynécologie-obstétrique (32 480 euros) a été créé, le poste de praticien adjoint contractuel en gynécologie-obstétrique a été transformé en praticien hospitalier (47 570 euros) et le poste d'assistant en pédiatrie a été transformé en praticien hospitalier (57 780 euros). Par ailleurs, un poste de sage-femme a été créé (41 200 euros). S'agissant des soignants, un poste d'aide-puéricultrice a été créé (29 700 euros), ainsi qu'un poste d'agent des services hospitaliers (25 100 euros). Le total pour 2002 s'élève à 233 830 euros.

Le Rapport d'Orientation Budgétaire 2003 reprend comme priorité n°1 le pôle Femme-Enfant : le centre hospitalier de Vichy demande pour 2003 la création de trois postes d'auxiliaires de puériculture, deux postes de sages-femmes et un poste de puéricultrice, ce qui représente un montant d'environ 210 000 euros.

LES EFFECTIFS SUPPLEMENTAIRES					
Qualification	Effectif théorique 31/12/00	Effectif nécessaire	Effectif supplémentaire	Coût total (M€)	Observations
GYNECOLOGIE	30	43	13	0,436	
Sage-femme	10	14	4	0,183	Présence bloc accouchement
Auxiliaire de Puériculture (AP)	15	20	5	0,145	Présence bloc accouchement
Agent des Services Hospitaliers Qualifié (ASHQ)	2	5	3	0,078	Extension des surfaces
Secrétaire	3	4	1	0,030	Accueil commun
PEDIATRIE	29	49,6	20,6	0,706	
<i>Puéricultrices et IDE :</i>	12	22,5	10,5	0,400	
Néonatalogie			6		= 1 IDE en permanence
Hôpital de Jour + urgences			1,5		
Consultations			1,5		
Hospitalisation renfort nuit			1,5		
<i>Aux. Puéricult. :</i>	12	20	8	0,232	
Néonatalogie			6		= 1 AP en permanence
Hôp Jour + urgences			1,5		
Hospitalisation renfort			0,5		
ASHQ	4	5	1	0,026	Extension des surfaces
<i>Educ. Jeunes</i>	1	1,6	0,6	0,024	
<i>Psychologue</i>		0,5	0,5	0,024	
Total	59	92,6	33,6	1,142	

Les autres surcoûts d'exploitation :

Il s'agit d'une part des dépenses médicales et hôtelières et, d'autre part, des dépenses d'amortissement et des frais financiers.

Concernant les dépenses médicales et hôtelières, les dépenses directes constatées en 1999 s'élèvent à 225 000 euros. Les prévisions pour le nouveau pôle, réalisé sur une surface double et trois niveaux, conforme aux nouveaux textes, se portent à 500 000 euros. Le surcoût annuel peut être arrondi à 280 000 euros.

S'agissant des dépenses d'amortissement et des frais financiers, avec un coût prévisionnel de construction d'environ 9 millions d'euros et un financement s'effectuant pour 60% par l'autofinancement, y compris la subvention FIMHO, et pour 40% par l'emprunt, les frais financiers supplémentaires seront de 95 000 euros et les amortissements supplémentaires de 450 000 euros.

Les investissements :

Les investissements à réaliser s'élèvent à 9,536 millions d'euros.

INVESTISSEMENTS (en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004	Total
Travaux	0,363	3,269	4,358	1,090	9,0795
Equipements mobiliers			0,457		0,457
Total annuel	0,363	3,269	4,815	1,090	9,536

Les surcoûts liés aux investissements sont résumés dans le tableau suivant :

EXPLOITATION - Frais financiers (en ME)

	2001	2002	2003	2004	Total
Avant FIMHO	0,013	0,138	0,333	0,396	0,881
Après FIMHO	0,010	0,106	0,256	0,304	0,677
Ecart	-0,003	-0,032	-0,077	-0,092	-0,204

Les surcoûts restants seront pris en charge au titre du financement du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH en Septembre 2001, l'Agence ayant déjà abondé depuis trois ans les comptes de provisions du centre hospitalier de Vichy à cette fin :

- ❑ en 1999 : 210 000 euros
- ❑ en 2000 : 610 000 euros
- ❑ en 2001 : 762 000 euros.

La question de la participation financière de la clinique à ces investissements a été posée. Mais comme les discussions s'orientent vers une intégration des praticiens libéraux dans un pôle public, seul le centre hospitalier de Vichy prendra en charge les surcoûts, avec le soutien de l'ARH.

2. Les contraintes techniques liées aux travaux :

Le service de gynécologie-obstétrique compte actuellement dix-sept lits d'obstétrique et huit lits de gynécologie. Il bénéficie de trois salles d'accouchement avec une salle de réanimation des nouveau-nés, et d'une salle d'opération avec salle de réveil attenante, qui a été mise aux normes réglementaires. En outre, on trouve trois unités de consultation médecin comportant chacune un bureau et une salle technique d'examen, une salle d'échographie, une unité de consultation sage-femme⁵³, et un secrétariat. Il existe enfin un centre de planification familiale.

L'un des principaux souhaits du service était de regrouper les consultations gynéco-obstétricales et pédiatriques en un même lieu et sur un même étage, suffisamment éloigné du secteur hospitalisation pour préserver calme et discrétion. Chaque bureau devait bénéficier de sa propre salle d'attente insonorisée. Le service souhaitait également la création de deux à trois lits mère-enfant situés dans le secteur actuel de gynécologie, près du bloc obstétrical et de la salle de réveil, jouxtant le futur service de pédiatrie ; cette réorganisation des locaux supposait une diminution du nombre des lits en secteur gynécologique et la prise en charge des patientes de chirurgie gynécologique lourde par le département de chirurgie, le secteur gynécologique réduit pouvant accueillir la petite chirurgie gynécologique, les interruptions volontaires de grossesse et les grossesses pathologiques.

⁵³ Consultations périnatales et examens d'entrée gynécologiques et obstétricaux.

En termes de locaux, toutes les attentes du personnel ont été satisfaites par la maîtrise d'oeuvre et acceptées par le maître d'ouvrage :

- ❑ La capacité d'accueil en lits a été respectée
- ❑ Le nombre et la surface des locaux sont suffisants
- ❑ L'éclairage naturel est assuré
- ❑ Un accueil commun dessert des accès et des zones d'attente distinctes pour la maternité et la pédiatrie
- ❑ Une séparation des circuits visiteurs, consultants, patients, parturientes est prévue
- ❑ Les contraintes réglementaires sont respectées : le secteur de naissance est proche de la néonatalogie et du bloc opératoire, il y a trois salles de travail et deux salles de pré-travail, la possibilité d'avoir une échographie en urgence à proximité du secteur de naissance est assurée
- ❑ Des surfaces sont réservées pour le rapprochement des structures publique et privée.

Une inquiétude est toutefois exprimée par la sage-femme surveillante chef, concernant le manque de salles de rangement, alors que le développement de l'usage unique et l'augmentation des stocks de pharmacie dans le service imposent des espaces de rangement de plus en plus grands.

Si cet aménagement convient parfaitement au service de gynécologie-obstétrique, le placement de l'hospitalisation de pédiatrie au rez-de-jardin était plus contesté par le service concerné, actuellement situé au troisième étage du bâtiment médico-chirurgical. Mais les avantages du rez-de-jardin sont indéniables. C'est pourquoi, si ce choix architectural n'était pas souhaité au départ par le service, il a finalement été accepté par tous. Cette disposition permettra en effet au service d'avoir un accès direct à l'extérieur pour les enfants et pour les familles. Un accès véhicules au niveau de la rue couverte sera par ailleurs créé pour les transferts en urgence.

Concernant l'accès au plateau technique, la nouvelle situation sera bien meilleure que l'actuelle : d'une part, le nombre important de recours au plateau technique d'Imagerie Médicale et d'Electro-encéphalogramme (EEG) sera facilité par les moyens de

communication spécifiques prévus entre les deux niveaux⁵⁴, qui permettront de gérer plus facilement les flux. D'autre part, la notion de prise en charge globale implique un déplacement plus fréquent des acteurs de soins et non des patients. Aussi des matériels pour assurer diverses consultations (oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, radio mobile) équiperont-ils le service de pédiatrie.

Enfin, le projet retenu comporte l'ensemble des locaux réglementaires : accueil des parents, accueil direct des transferts pédiatriques, secteur de surveillance et de soins, zone de préparation médicale avant transfert, secteur alimentation des nouveau-nés, en commun avec l'unité d'obstétrique.

Dans l'ensemble, le service de pédiatrie est globalement satisfait des nouveaux locaux prévus : l'existence d'une zone de jeux à l'extérieur est bien perçue, la néonatalogie devient un secteur à part entière, les possibilités d'hébergement sont nettement plus importantes⁵⁵. A titre de comparaison, dans le service actuel, il n'y a pas de cabinet de toilette dans les chambres.

Concernant le déroulement proprement dit des travaux, l'exemple de l'hôpital pour enfants du CHU de Strasbourg est révélateur des difficultés des opérations de restructuration d'anciens locaux⁵⁶. L'approbation par le Conseil d'Administration date de Janvier 1994 et la validation du programme technique détaillé de Mars 1994 ; l'opération, qui se compose à l'époque de treize phases, devait se réaliser sur une période de six ans. Le montant prévisionnel des travaux était de 52 millions de francs hors taxes. Du fait d'une évolution très rapide des besoins depuis l'approbation du programme technique détaillé, et principalement la parution des nouveaux textes réglementaires sur la périnatalité, l'avant projet sommaire a fait l'objet de nombreuses adaptations. Par exemple, la phase "prématurés – soins intensifs" a été complètement réétudiée, le programme technique détaillé initial prévoyant une simple remise en état des peintures, alors qu'une restructuration complète du service a été réalisée.

Au total, le calendrier des travaux aboutissant à la création d'un pôle mère-enfant complet à Strasbourg est le suivant :

⁵⁴ Ascenseurs et escaliers dédiés.

⁵⁵ Il y aura trois fois plus d'espace que dans le service actuel.

⁵⁶ Source : entretien avec le directeur du site de Haute-pierre (CHU de Strasbourg).

- ❑ 1998-2000 : regroupement des réanimations médicales pédiatrique, chirurgicale infantile, ambulatoire infantile
- ❑ 2000-2001 : soins intensifs
- ❑ 2002 : nourrissons – moyens enfants, hôpital de jour pédiatrique
- ❑ 2002-2003 : chirurgie viscérale + soins continus
- ❑ 2003 : médecine néonatale
- ❑ 2004 : grands enfants + soins continus
- ❑ 2004-2005 : onco-hématologie pédiatrique.

Cet exemple montre bien les aléas liés à toute opération importante de travaux. Néanmoins, la principale difficulté qu'a dû affronter le CHU de Strasbourg, à savoir la survenue de nouveaux textes réglementaires après le lancement de l'opération, était particulièrement importante. Vichy n'a guère à craindre de nouveaux décrets "périnatalité" d'ici à 2005, qui l'obligeraient à revoir tout son plan de travaux...

Au total, le bâtiment du pôle Femme-Enfant représentera une surface de 12 000 m², dont 9 500 m² de surfaces nouvelles, sur quatre niveaux. L'avant-projet définitif et le permis de construire ont été déposés en Juin 2002. L'achèvement de la consultation des entreprises est prévu pour Novembre, les travaux de démolition devant démarrer début Décembre 2002, pour une inauguration de la totalité du bâtiment trente mois plus tard.

Plus précisément, les travaux comprennent les étapes suivantes :

- ❑ dévoiement des conduites eau froide, eau chaude, fibres optiques et câblages situés sous l'ancien laboratoire
- ❑ démolition de l'ancien laboratoire et de l'internat
- ❑ construction de la partie neuve (9500 m²)
- ❑ transfert de la pédiatrie, de l'hospitalisation de gynécologie-obstétrique et des blocs d'accouchement dans les nouveaux locaux
- ❑ transfert des consultations dans les locaux communs du premier étage
- ❑ rénovation de la partie existante (rez-de-chaussée – aile nord : 2500 m²)
- ❑ installation des consultations dans les locaux définitifs (rez-de-chaussée).

Il s'agit donc de réussir une "opération tiroir" qui ait le moins de répercussions négatives sur le patient. Réaliser des travaux dans des bâtiments encore opérationnels est extrêmement délicat mais aucune autre solution n'était envisageable à Vichy compte tenu du

manque de locaux. Un retard de quelques mois pour la livraison des bâtiments sera probablement inévitable.

Si les problèmes d'ordre statutaire, financier ou technique sont souvent délicats, ils n'en restent pas moins superficiels par rapport aux questions de fond qui sont posées par la coopération entre un hôpital et une clinique. Les principales difficultés à surmonter sont bien d'ordre culturel.

Section 3 : la concrétisation du projet : le dépassement des obstacles culturels

Susciter le changement⁵⁷ nécessite avant tout de rapprocher des cultures différentes, sans oublier de mettre le malade au centre des préoccupations. La réussite du projet à Vichy s'explique ainsi en grande partie par le dépassement de ces contraintes, grâce à la fois à la mobilisation du personnel de l'hôpital et au maintien, tout au long du processus, d'un dialogue constructif avec le partenaire privé.

A. En interne : la mobilisation des acteurs concernés de l'hôpital

Quels que soit l'objectif poursuivi et la forme juridique retenue, la réussite d'une action de coopération passe d'abord par l'implication de l'ensemble du personnel hospitalier dans le projet.

1. Les médecins :

A l'hôpital de Vichy, les médecins ont d'abord été très partagés : les gynécologues-obstétriciens, qui ont très vite compris l'intérêt du regroupement des deux maternités de la

⁵⁷ Source : SEGADÉ et al *Coopération hospitalière. L'épreuve de vérité*. Référence bibliographique [8]

ville, se sont fortement impliqués dans le pôle Femme-Enfant. Les pédiatres, quant à eux, se sont ralliés tardivement à l'idée d'un pôle Femme-Enfant. Il est vrai que la coopération avec le secteur privé concerne personnellement les gynécologues-obstétriciens, alors que les pédiatres ne sont intéressés que par le pôle Femme-Enfant en interne, puisque la clinique ne dispose pas de service de pédiatrie et envoie d'ores et déjà les enfants à l'hôpital en cas de problème.

Mais la réticence des pédiatres s'explique aussi beaucoup par les lits kangourous : une partie des pédiatres ne souhaitaient pas que l'enfant et la mère se trouvent dans la même chambre. Fondamentalement, ils ne voulaient pas que les lits soient communs entre la maternité et la pédiatrie, contrairement à ce qu'une vision en termes de pôle implique. Ils ont finalement accepté ce système, mais il conviendra de s'assurer, en pratique, du bon fonctionnement de ces lits.

Ainsi, les relations entre les équipes médicales publiques et privées et à l'intérieur de l'équipe publique seront probablement difficiles à harmoniser au sein du pôle. Une phase d'adaptation relativement longue s'avèrera certainement indispensable.

2. Les personnels paramédicaux (sages-femmes et soignants) :

Contrairement au personnel médical, les sages-femmes et les soignants se sont fortement impliqués dans le projet dès le début.

Néanmoins, la cadre supérieure de santé responsable de la pédiatrie et de la maternité regrette qu'il n'y ait pas eu de réflexion sur la philosophie du pôle Femme-Enfant avant toute discussion sur l'organisation architecturale. Or les moyens demandés dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens signé avec l'ARH l'ont été uniquement en fonction des locaux prévus, et non d'un projet global de soins.

Toutefois, la cadre supérieure note qu'il existe aujourd'hui une bonne collaboration entre les deux services : depuis 2001, des remplacements ponctuels d'auxiliaires de puériculture commencent à être organisés entre la pédiatrie et la maternité, ce qui était impensable auparavant. Par ailleurs, un groupe de travail commun entre la maternité et la pédiatrie s'est créé sur le thème de la douleur du nouveau-né. Le plus difficile est d'y associer les médecins, notamment les pédiatres. L'idée de liaisons inter-services s'installe ainsi peu à peu dans les esprits. Une fois créé, le pôle Femme-Enfant permettra une mobilité très facile

du personnel entre la pédiatrie, la gynécologie et l'obstétrique, surtout si le rôle de responsable du pôle est confié à quelqu'un de fortement impliqué, comme la sage-femme surveillante chef.

D'une manière générale, les inquiétudes demeurent importantes concernant la nécessaire collaboration entre les deux services. Selon la surveillante chef du service de gynécologie-obstétrique, l'une des difficultés du projet est sa longueur. Au début, l'enthousiasme des agents était très fort, puis il est retombé. Les principales craintes portent sur le fonctionnement d'une structure effectuant 1300 accouchements au lieu de 750 actuellement. Beaucoup d'agents redoutent une perte de convivialité et de souplesse dans le travail, car une grande structure nécessite des règles strictes de fonctionnement. Par exemple, les sages-femmes ne pourront plus prendre de repos au dernier moment dans les périodes creuses. Mais, surtout, elles craignent de devoir se spécialiser, alors qu'actuellement elles assurent aussi bien les consultations, les accouchements et les suites de couches. Cette polyvalence est d'ailleurs appréciée par les femmes, qui connaissent ainsi forcément la sage-femme qui procédera à leur accouchement, l'ayant déjà rencontrée en consultation ou en préparation à la naissance. Mais selon la cadre supérieure du secteur, le doublement de l'activité ne devrait pas trop avoir de répercussions sur l'ambiance du service. Gageons que les sages-femmes sauront faire preuve d'une grande capacité d'adaptation afin d'empêcher toute perte de convivialité.

La question de l'intégration du personnel de La Pergola est également une source importante d'inquiétude. Elle sera certainement difficile, dans la mesure où les agents, notamment les sages-femmes, ne travaillent pas de la même manière dans le secteur public et dans le privé. A la clinique, beaucoup de césariennes sont programmées, et il n'y a pas de péridurales la nuit. A l'hôpital, la population prise en charge est différente : elle a besoin de beaucoup d'assistance ; cela pourrait surprendre les personnels de la clinique, qui ont l'habitude d'avoir une clientèle plus aisée. Il faudra pourtant veiller à mixer les équipes afin que tout le monde travaille ensemble. Pour ce faire, la cadre supérieure estime qu'il faudra amorcer une grande réflexion avec les deux équipes, publique et privée, afin d'harmoniser les pratiques. S'agissant des autres personnels paramédicaux, l'intégration du privé devrait se faire sans trop de difficulté car les conditions de travail à l'hôpital sont meilleures qu'à la clinique. Enfin, la question de la reprise du personnel hôtelier de la clinique ne se pose pas, dans la mesure où La Pergola recourt à une société extérieure pour assurer ces prestations.

Globalement, les agents sont très favorables à ce rapprochement, qui va permettre une prise en charge optimale de la mère et de l'enfant. Mais il manque un chef de projet qui

coordonne l'ensemble et qui synthétise toutes les réflexions, qu'elles émanent d'administratifs, de soignants, de sages-femmes ou de médecins. La preuve en est que le premier document du pôle Femme-Enfant concerne les besoins en kinésithérapeutes, ce qui est certes important mais pas central.

B. Avec la clinique : dépasser les réticences par le dialogue

Le rapprochement de deux établissements peut apparaître comme une course d'obstacles. Il faut rapprocher non seulement des cultures, mais aussi parfois des mondes antagonistes. Ensuite, il faut s'attendre à affronter l'hostilité de certaines fractions médicales, soignantes, administratives ou techniques. Le tempérament des directeurs des entités concernées, leur capacité à convaincre de la nécessité de la collaboration ainsi que leur histoire professionnelle, constituent des vecteurs de réussite ou d'échec déterminants.

1. L'apport de la théorie des jeux :

Selon la théorie des jeux, et notamment la théorie du dilemme du prisonnier, les parties en présence dans un projet de coopération sont confrontées à une alternative stratégique : soit elles respectent leurs engagements et se partagent équitablement le surplus ; soit elles ne les respectent pas et tentent d'une façon ou d'une autre de s'approprier une part du surplus plus importante que ce qui a été préalablement négocié. Pour atteindre l'équilibre coopératif, préférable pour les deux joueurs, il est nécessaire de concevoir un mode de coordination qui permette d'influencer le comportement du partenaire, avec par exemple la possibilité de mettre à exécution des menaces crédibles. Le choix de coopérer peut être interprété comme résultant de la volonté de se bâtir une "bonne réputation" aux yeux de l'environnement ou comme la crainte des représailles de l'autre partie. Le coût des différentes décisions possibles (attendre, coopérer...) doit être apprécié en fonction de la pression de l'environnement et de la dynamique locale de concurrence.

2. Le cas vichyssois : le choix d'une forme juridique souple comme moyen d'instaurer un climat de confiance

A Vichy, le choix d'une forme juridique souple de coopération, dans un premier temps tout au moins, a permis de rassurer le partenaire privé. En tout état de cause, il était indispensable d'éviter l'écueil consistant à choisir la forme juridique de la coopération avant de définir précisément le projet médical : c'est le droit qui doit s'adapter au projet et non l'inverse. Le projet de maternité commune s'est ainsi développé avant toute réflexion sur la question de la forme juridique. Suite à l'accord de principe écrit de la clinique en Juin 2002, les discussions se sont portées sur ce thème, donnant lieu à l'étude de plusieurs hypothèses. Trois solutions sont théoriquement envisageables : soit une personne morale nouvelle gère un plateau technique commun, soit un montage conventionnel régit simplement l'intervention des personnels, soit enfin des contrats particuliers définissent le travail des professionnels libéraux.

La question se pose toutefois de savoir si une convention peut à elle seule permettre d'englober la totalité du projet, au delà du pôle Femme-Enfant. Aujourd'hui, les obstacles juridiques à la création d'un groupement de type GCS sont quasiment tous levés et le secteur privé n'est pas forcément hostile à une institutionnalisation de ses rapports avec le public. Si la convention convient pour la création d'une maternité commune, elle ne sera en revanche probablement pas suffisante si la clinique vient s'installer sur un terrain jouxtant l'hôpital. En effet, des questions aussi importantes que la mise à disposition des blocs par exemple seront alors à résoudre, et l'outil d'avenir que constitue le GCS sera certainement la réponse à retenir à ce moment là. En tout état de cause, la clinique ouverte présentait un fort risque d'échec, dans la mesure où elle implique la coexistence de différents statuts au sein de l'équipe médicale et paramédicale ainsi que l'identification de deux secteurs bien distincts, ce qui ne joue pas en faveur d'une bonne entente.

Dans un premier temps, la convention sera donc privilégiée. Ce contrat précisera le statut que les gynécologues-obstétriciens du secteur privé auront choisi, il indiquera que les personnels paramédicaux seront intégrés dans la fonction publique hospitalière s'ils le souhaitent. Enfin, la convention soulignera que l'ensemble des gynécologues-obstétriciens, pédiatres et anesthésistes-réanimateurs seront impliqués autour du projet de pôle Femme-Enfant mis en œuvre par le chef de service.

Les principales difficultés auxquelles est confronté le projet de pôle Femme-Enfant à Vichy ne sont donc pas relatives au droit.

Par contre, il faudra peut-être faire preuve de beaucoup plus d'imagination juridique si la clinique vient s'installer sur un terrain jouxtant l'hôpital. C'est en ce sens que le projet de coopération vichyssois peut apparaître comme un modèle de coopération public-privé : non seulement il synthétise à lui seul les nombreuses difficultés à surmonter dans ce type d'opération, mais encore il met en lumière des enjeux fondamentaux de santé publique, puisque le pôle Femme-Enfant n'est que le prélude à une coopération beaucoup plus vaste entre le secteur public et le secteur privé.

TROISIEME PARTIE : LE POLE FEMME-ENFANT COMME PRELUDE A UNE COOPERATION TOTALE ENTRE LA CLINIQUE ET L'HOPITAL ?

Pour qualifier le rapprochement entre l'hôpital et la clinique de Vichy de modèle reproductible ou non et, si oui, à quelles conditions, il convient d'abord de le mettre en regard avec d'autres exemples de coopérations "public-privé" globales. Puis l'analyse de la conduite du changement à Vichy nous permettra de proposer une méthodologie pour réussir une action de coopération.

Section 1 : Quelques exemples de complémentarités associées à un rapprochement géographique entre hôpitaux et cliniques
--

L'article L 712-11 du code de la santé publique définit comme un regroupement le fait pour une personne morale de "transférer ses capacités hospitalières en un lieu où se trouve déjà, ou va être implanté, sur un terrain contigu ou directement relié, un établissement de santé dépendant d'une autre personne morale, en vue d'accroître les capacités hospitalières installées en ce lieu, et ce alors même que ne serait pas organisée la gestion commune de certains services des établissements ainsi rapprochés". Il en va ainsi lorsqu'une clinique privée décide de s'installer sur le site d'un établissement public, que ce soit dans les locaux existants de l'établissement ou des locaux à construire, ou lorsqu'un établissement public et une clinique privée envisagent de regrouper certains de leurs services sur un troisième site.

Trois exemples particulièrement éclairants sont présentés ici.

A. Le pôle de santé de la Châtre :

Le pôle de santé de La Châtre⁵⁸ a ouvert ses portes à la fin de l'année 1998, avec l'installation d'une clinique chirurgicale neuve au milieu de l'hôpital. Reliés par une liaison couverte, les deux établissements coopèrent pour les activités de restauration, de stérilisation et pour une partie des tâches administratives. Pour louer un terrain aux chirurgiens, il a fallu mobiliser la loi de 1988 sur l'amélioration de la décentralisation. Pour développer une logistique commune, un syndicat interhospitalier a été créé. Un groupement d'intérêt économique va permettre en outre d'installer un service unique de radiologie.

B. L'hôpital-clinique de Lillebonne⁵⁹ :

1. Un regroupement imposé par les autorités de tutelle :

Le centre hospitalier de Lillebonne et la clinique Tous-Vents forment l'hôpital-clinique du Val-de-Seine depuis 1995. Le projet découle du constat fait par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute-Normandie de la possible complémentarité entre l'hôpital et la clinique sur les pôles d'excellence des deux institutions. Le Centre Hospitalier connaissait une diminution forte de son activité de chirurgie et une augmentation nette de la gynécologie-obstétrique, aux dépens de la clinique. Partant de ce constat, la nécessité de partager les activités a été très vite reconnue. Dès lors, le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale a posé le principe de la coopération mais aussi celui, stratégique, de la restructuration du plateau technique. Il a aussitôt défini, à travers le Schéma Régional

⁵⁸ Source : La Châtre : comment l'hôpital et la clinique se sauvent ensemble du naufrage. *Le Quotidien du Médecin*, Octobre 1998. Référence bibliographique [29]

⁵⁹ Source : *Revue Hospitalière de France*, Novembre-Décembre 1997. Référence bibliographique [7] + entretien avec l'ancien directeur du centre hospitalier de Lillebonne.

d'Organisation Sanitaire, la mise en œuvre des éléments pratiques de cette coopération à travers quatre principes :

- ❑ le principe du regroupement des deux établissements sur le site de l'hôpital de Lillebonne, celui-ci mettant des locaux à disposition de la clinique
- ❑ le principe d'une entité juridique distincte pour les deux établissements
- ❑ le principe d'une mission de service public, la clinique devant dès lors bénéficier d'une concession de service public
- ❑ le partage clair des activités : médecine, gynécologie-obstétrique et urgences pour l'hôpital, chirurgie pour la clinique. Cette définition préalable de la répartition des activités a permis de faire valoir rapidement le projet auprès des personnels et des partenaires institutionnels.

2. La mobilisation de tous les acteurs concernés pour assurer la réussite du projet :

La méthode retenue pour accompagner le changement a été déterminante. Une progression équilibrée et participative avec la clinique a été adoptée tout au long du processus. En interne, le corps médical et les autres agents ont été intégrés à la démarche et associés à la décision. En externe, la collaboration avec la tutelle et avec les organismes d'assurance-maladie a été totale.

Le rapprochement n'aurait pu avoir lieu sans que l'emploi soit garanti. Les autorités de tutelle se sont engagées à maintenir les conditions de travail et les rémunérations, et à assurer un redéploiement acceptable des personnels. Si les transferts de l'hôpital vers la clinique n'ont pas posé de problème (recrutement sans concours, rebasages de carrière), par contre les réticences ont été plus fortes de l'hôpital vers la clinique. Un compromis a été trouvé : les agents publics ont conservé leur statut et ont été mis à disposition de la clinique, celle-ci remboursant ensuite les salaires à l'hôpital. Tous les investissements ont été faits par l'hôpital, la clinique étant seulement locataire.

Il a fallu surmonter de nombreuses contraintes, notamment les *a priori* négatifs de part et d'autre. Mais le projet a bénéficié de plusieurs atouts : tout d'abord, le SROS rendait l'opération obligatoire ; ensuite, une convergence des points de vue a rapidement été trouvée entre médecins, politiques, tutelle et syndicats. Concrètement, la réflexion sur le projet stratégique a duré un an et la réalisation deux ans. Les deux établissements ont connu une réduction du nombre de lits mais une augmentation du nombre d'entrées. L'hôpital a vu son point ISA diminuer de 13,5 à 11 francs. Ce projet constitue donc une réussite à la fois en termes de santé publique et en termes économiques, même si la clinique rencontre aujourd'hui des difficultés à rétablir son équilibre financier.

Selon l'ancien directeur du centre hospitalier de Lillebonne, "les éléments-clé d'un rapprochement réussi" sont les suivants : "disposer d'un soutien politique fort ; savoir donner du temps au projet ; ne pas arriver avec un schéma, des solutions clés en mains". Enfin, ce type de coopération ne peut selon lui réussir qu'avec des gestionnaires qui arrivent sur le poste pour la conduire jusqu'à sa mise en œuvre et qui partent une fois l'opération achevée. En tout état de cause, la fusion ne doit pas être une réponse exclusive pour maintenir une structure de soins. Les certitudes d'il y a cinq ans ne doivent pas être considérées comme un absolu ; tout projet a besoin de vivre et d'évoluer.

C. Le pôle santé public-privé de Carpentras⁶⁰ :

1. La genèse du projet :

Le pôle santé de Carpentras apparaît comme un exemple particulièrement réussi de collaboration "public-privé". L'originalité et l'aspect précurseur de ce pôle tiennent au projet de concentration des activités médicales, administratives et logistiques d'un hôpital et de deux cliniques sur un même site.

Au début des années 1990, un hôpital et deux cliniques privées à but lucratif se partagent l'activité sur un secteur sanitaire comptant environ 100 000 habitants. La maternité du centre hospitalier réalise plus de 850 accouchements. En 1994, l'idée d'une

⁶⁰ Source : *Décision Santé*, Juin-Juillet 2000. Référence bibliographique [17] + entretien avec le directeur du centre hospitalier de Carpentras.

complémentarité entre public et privé où chacun ferait ce qu'il sait le mieux faire se précise. Le projet de réunir les trois établissements sur un même site s'amorce. L'ARH considère comme excessive l'existence de trois plateaux techniques sur le bassin de population. Après de longues négociations, la première pierre du pôle santé est posée le 30 Mars 1999. L'hôpital public achète le terrain à la ville et revend une part au privé. L'implantation est choisie en fonction de sa facilité d'accès et de l'existence de la piste d'hélicoptère. La maîtrise d'ouvrage s'est organisée de la façon suivante : chacun des deux acteurs a pris en charge sa partie propre du bâtiment et la partie commune "public-privé" a été réalisée par le centre hospitalier, avec ensuite une location au privé selon une clé de répartition préalablement fixée (40% pour le privé). Un opérateur unique a été désigné, afin de coordonner les deux projets. Par ailleurs, un comité de pilotage restreint a été mis en place avec les décideurs : la DDASS, les maîtres d'ouvrage et le mandataire. Les autres acteurs concernés ont participé en tant que de besoin à ce comité : Caisse Régionale d'Assurance Maladie, médecins conseils, intervenants extérieurs. Ces derniers ont été désignés en commun partout où cela a été possible : la maîtrise d'œuvre, les bureaux de contrôle, les assurances, les coordonnateurs de sécurité, certaines entreprises (gros œuvre, électricité...). La prise en charge des parties communes en maîtrise d'ouvrage unique a évité la création d'une structure juridique spécifique de type groupement de coopération sanitaire.

Les deux cliniques fusionnent alors et recentrent leur activité sur la chirurgie, la polyclinique abandonnant l'activité médicale. En 1998, une concession de service public leur est accordée par l'ARH et l'hôpital abandonne son activité chirurgicale. Il lui reste l'accueil et le traitement des urgences, la médecine, la gynécologie-obstétrique, le long séjour et les soins de suite. Les plus grosses difficultés restantes résident dans la différence des budgets, caractérisés par des modes de financement différents.

2. Difficultés rencontrées et facteurs de réussite du projet :

Le pôle santé public-privé est ouvert depuis Janvier 2002. Il regroupe géographiquement le centre hospitalier, la polyclinique Saint-André et le centre chirurgical Saint Gérard dans un projet médical commun, sur un même site avec un plateau technique commun. Les compétences de chacun sont ainsi associées dans une approche médicale innovante. Un tel regroupement de moyens permet à Carpentras, ville de taille moyenne, de proposer une offre de santé de proximité performante, y compris dans des secteurs spécialisés de pointe. Le pôle santé constitue une réponse adaptée aux besoins sanitaires en proposant une

qualité de service accrue : les urgences ont été maintenues, l'accueil et la prise en charge globale du patient renforcés, les services décloisonnés, et l'hôpital s'est ouvert aux autres partenaires de santé. En outre, l'économique et le sanitaire ont été réconciliés, puisque le tout est moins coûteux que précédemment.

De nombreuses difficultés ont toutefois émaillé ce projet. Il a d'abord été long à mettre en place (le premier protocole tripartite datant de 1994), avec près de deux cents réunions entre tous les partenaires jusqu'au démarrage des travaux. Cette durée est principalement due à la lente adhésion de l'un des deux partenaires privés au processus commun. Le projet a en fait pris sa vraie dimension lorsque la décision a été prise de fusionner les deux cliniques privées. Les autres causes tiennent à la difficulté de rapprocher deux mondes différents dont la logique économique n'est pas forcément identique. Par ailleurs, il y avait des a priori à faire évoluer, par exemple l'idée selon laquelle 'le privé est moins cher', ou encore 'le public n'a pas assez de rigueur'. Enfin, certains obstacles étaient liés à la recherche d'intervenants communs :

- ❑ les partenaires privés avaient préalablement désigné un bureau d'étude sans consulter l'hôpital
- ❑ il est difficile de mettre en œuvre un appel d'offres commun public-privé avec un Code des marchés publics hermétique aux privés, pour qui la négociation est la règle de base. Le processus mis en place a finalement bien fonctionné, puisque toutes les entreprises ont été communes, à l'exception du lot chauffage-ventilation-climatisation. L'autre écueil est le temps des procédures d'appel d'offres communautaires, puisque près de quatre mois se sont écoulés entre l'ouverture des offres de prix et le choix de toutes les entreprises. Par contre, la méthodologie adoptée, qui a consisté à lancer un appel d'offres par lots séparés puis de regrouper les lots dans deux marchés en groupement d'entreprises a été une réussite sur le plan du choix de la qualité des intervenants et de la performance en termes de prix.

Si le projet a finalement pu aboutir, c'est parce que six facteurs de réussite étaient réunis :

- ❑ la présence d'un porteur de la philosophie du projet : le Maire de la commune
- ❑ l'implication et la patience des dirigeants de l'hôpital et des cliniques
- ❑ la volonté forte de la tutelle et son appui inconditionnel à la réussite du projet

- ❑ des acteurs communs afin de fédérer et optimiser les coûts
- ❑ un équilibre des forces entre le public et le privé. Ainsi, les activités autres que les services de soins ont été bien réparties entre les deux : la cuisine centrale, le self, l'association de traitement des insuffisants rénaux et l'internat pour l'hôpital ; le service de radiologie, la stérilisation et le bloc opératoire pour la clinique. Seule la pharmacie ne fait pas l'objet d'une coopération
- ❑ une réelle complémentarité dans les actes de soins pratiqués chaque jour, depuis l'entrée dans les murs communs : par exemple, les chirurgiens privés descendent régulièrement voir des patients aux urgences, et inversement, les médecins publics vont souvent faire des consultations en chirurgie.

Il reste encore un travail important à réaliser : il s'agit d'abord de finaliser l'aspect conventionnel des relations entre les partenaires. Peut-être la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire pour la gestion aurait-elle été une solution plus souple, mais telle n'a pas été la volonté des acteurs en présence. Il convient ensuite de faire vivre au quotidien des aspects nouveaux comme la mise en place par anticipation du service d'urgence unique et la concession de service public accordée aux privés pour la chirurgie dès lors que celle-ci n'existe plus au sein du centre hospitalier.

A Vichy, l'exemple de Carpentras a particulièrement intéressé les différents protagonistes du projet de rapprochement public-privé. Toutefois, le choix a été fait de privilégier la coopération à la complémentarité, en partie parce que, dans le contexte local, il n'était pas envisageable pour l'un ou l'autre des établissements d'abandonner son activité de chirurgie.

D'une manière générale, la plupart des coopérations actuelles sont de type vertical, c'est-à-dire qu'elles portent sur une répartition entre deux établissements de leurs différentes activités. Une coopération horizontale consiste en la mise en commun de leurs moyens par deux établissements développant les mêmes pôles d'activité. A Vichy, c'est une coopération à la fois horizontale et verticale qui est envisagée.

Section 2 : Les prémices d'une coopération totale entre le secteur public et le secteur privé à Vichy

Une évolution est constatée partout en France : les agglomérations de taille moyenne comme celle de Vichy ne comptent le plus souvent qu'un établissement public et un établissement privé : structurés de manière complémentaire, ils offrent aux praticiens les mêmes conditions de travail et aux patients un service de qualité dans le respect du libre choix. A Vichy, trois scénarii étaient possibles, compte tenu du contexte local.

A. Les différents scénarios possibles :

1. Scénario tendanciel : création d'un pôle Femme-Enfant commun :

Scénario de coopération minimale, il paraissait le plus probable de par son caractère progressif : à l'origine, en effet, le pôle Femme-Enfant devait être le premier pas vers la création potentielle, plusieurs années après, d'un pôle de santé commun entre le secteur public et le secteur privé. Ce scénario présentait l'avantage de permettre aux deux institutions de commencer à coopérer sans se lier complètement.

Mais finalement, grâce à la volonté des deux Directions, le pôle de santé se fera vraisemblablement en même temps que le pôle Femme-Enfant, avec la construction d'une nouvelle clinique sur le site de l'hôpital, à horizon 2005. Le pôle Femme-Enfant peut quand même être considéré comme la première pierre du rapprochement entre l'hôpital et la clinique, puisque toutes les discussions depuis 1999 ont d'abord concerné ce domaine. L'hypothèse d'une coopération plus vaste avait été évoquée dès le début, mais elle n'a vraiment commencé à se concrétiser qu'au deuxième semestre 2002, alors que la création du pôle Femme-Enfant était presque acquise depuis deux ans.

2. Scénario de rupture : refus de la clinique :

C'est le scénario le plus pessimiste. Si la clinique refusait la construction d'un nouvel établissement sur le site de l'hôpital, le pôle Femme-Enfant public-privé serait, selon toute

vraisemblance, également abandonné. Mais les arguments des différents acteurs et notamment de la tutelle ont porté leurs fruits : la clinique s'est rendue compte que le maintien de sa situation isolée n'était plus viable, à l'heure de l'accréditation et du partage de plus en plus fréquent des plateaux techniques dans les agglomérations de cette taille. C'est pourquoi, malgré les réticences des médecins de la clinique et de certains praticiens hospitaliers, ce scénario n'a pas abouti et c'est finalement le scénario idéal qui semble avoir pris le dessus.

3. Scénario idéal : une coopération globale entre l'hôpital et la clinique :

Le pôle Femme-Enfant apparaît comme la pierre angulaire d'une coopération beaucoup plus intense entre les deux établissements, coopération destinée à se développer parallèlement et non suite à la construction du pôle Femme-Enfant⁶¹. Le protocole d'accord préparé conjointement par la clinique et l'hôpital en Juin 2002 s'inscrit complètement dans cette perspective. Il devrait être validé à l'automne 2002, au cours d'une conférence de presse commune entre l'ARH, la clinique et l'hôpital. Au 30 Septembre 2002, ce scénario reste encore une hypothèse de travail.

La coopération envisagée se décline de la façon suivante :

- ❑ l'intégration des gynécologues-obstétriciens libéraux dans le pôle Femme-Enfant de l'hôpital
- ❑ l'installation, sur un terrain jouxtant l'hôpital, d'une clinique de cent lits et vingt places, essentiellement de chirurgie réglée et ambulatoire, au lieu des deux cent vingt lits actuels de La Pergola. L'hôpital se concentrerait, lui, sur la chirurgie d'urgence et la chirurgie plus spécifique aux personnes âgées. Un partage des locaux de chirurgie est envisagé pour permettre aux praticiens hospitaliers de continuer à réaliser leur activité réglée, en étroite collaboration avec les chirurgiens libéraux. Dans toutes les activités partagées, des gardes communes seront organisées.
- ❑ le développement des activités réalisées par l'hôpital pour la clinique, dans le cadre de conventions (stérilisation, restauration, blanchisserie, sécurité incendie)

⁶¹ Voir annexe n°4.

- ❑ le rachat éventuel par l'hôpital des locaux actuels de La Pergola pour y installer ses cent soixante lits de long séjour. Cela permettrait de libérer de la place dans deux des bâtiments du site principal de l'hôpital, afin de développer, dans l'un, un véritable plateau technique de rééducation fonctionnelle et de réadaptation cardiaque et, dans l'autre, un service de gériatrie-psychiatrie
- ❑ la reconversion de dix-huit lits de médecine de la clinique, actuellement inutilisés, en lits de soins de suite et de réadaptation, qui seraient exploités en commun avec l'hôpital dans le cadre de ce nouveau pôle de rééducation fonctionnelle.

Ce scénario met en lumière la dimension fortement stratégique du regroupement : les deux établissements cherchent à développer des complémentarités dans des domaines clés de la vie hospitalière, dans le souci d'optimiser leurs compétences, afin d'offrir à la population la meilleure qualité de prise en charge. Il s'agit d'un projet novateur, qui ne repose pas uniquement sur un partage d'activités dans le cadre d'une coopération verticale, mais aussi sur une collaboration horizontale en chirurgie. Les intérêts pratiques des deux établissements rejoignent ici leurs intérêts stratégiques : en effet, l'hôpital, qui manque de locaux, voit un très net avantage à récupérer les locaux actuels de la clinique, et celle-ci a intérêt à construire un bâtiment neuf car la mise aux normes -pour de la chirurgie- de ses installations actuelles serait trop coûteuse.

La coopération entre les deux établissements porterait alors sur de nombreux domaines d'activité : blanchisserie, restauration, stérilisation et sécurité incendie notamment, sans oublier bien sûr la construction puis l'exploitation en commun d'un plateau technique renouvelé, avec une passerelle le reliant à la fois à la clinique et à l'hôpital⁶².

Des groupes de travail commun entre les deux établissements seront mis en place après la conférence de presse, en liaison avec les autorités de tutelle, afin d'apporter des réponses à ces questions et de proposer, le cas échéant, des formules expérimentales.

⁶² Voir annexe n°8.

B. L'importance du management dans la réussite du projet :

Avant d'essayer de définir une méthodologie pour réussir une coopération "public-privé", il convient d'abord d'analyser le changement tel qu'il a été conduit à Vichy et les facteurs explicatifs de la réussite du projet.

1. Une démarche "gagnant-gagnant" :

La démarche s'est voulue progressive et équilibrée. Le choix a été fait de privilégier l'objectif médical avant toute réflexion sur les modalités pratiques de la coopération, le but étant d'obtenir un compromis acceptable et positif pour les deux parties. Pour l'hôpital, il s'agit d'abord de créer un pôle Femme-Enfant optimal en termes de sécurité et de qualité de prise en charge, et ensuite de conforter son plateau technique, de développer un pôle de long séjour dans un site agréable, et de réfléchir à un pôle de rééducation fonctionnelle moderne, en lien avec la clinique. Quant à celle-ci, elle a pour objectif de se recentrer sur la chirurgie, de bénéficier de la proximité du plateau technique de l'hôpital et de s'installer dans des locaux neufs afin de se mettre aux normes et de préparer l'accréditation dans de bonnes conditions. C'est donc une stratégie "gagnant-gagnant" qui a été poursuivie par les deux parties et c'est ce qui conditionnera la réussite du projet.

Lors de la présentation du protocole d'accord au Comité Technique d'Etablissement de Juin 2002, deux syndicats sur trois se sont prononcés en faveur du projet, le troisième s'abstenant. Ils ont bien saisi l'intérêt pour le secteur public d'un tel rapprochement : si l'hôpital réalise pour la clinique la stérilisation, la blanchisserie et la cuisine, s'il récupère en outre les personnels paramédicaux de la maternité privée et, à terme, une partie de ceux de la rééducation fonctionnelle, il confortera sa position et pourra recruter des agents supplémentaires, et ce d'autant plus que le soutien des autorités de tutelle est total quand il s'agit d'optimiser les compétences privées et publiques au bénéfice de l'ensemble de la population.

Quant aux médecins de l'hôpital, ils ont bien compris également que leur intérêt passait par une coopération étroite avec la clinique. Lors de la Commission Médicale d'Etablissement de Juin 2002, une majorité s'est constituée autour du rapprochement avec le secteur privé. Ce consensus n'aurait probablement pas pu être obtenu en 1999. Depuis, la réflexion a en effet beaucoup mûri dans l'établissement. Globalement, il existe un décalage entre le degré d'avancement de la réflexion des praticiens hospitaliers et celui des médecins

du secteur privé. Ce n'est pas un hasard si, le 27 Juin 2002, la CME de l'hôpital a voté à la majorité absolue de ses membres en faveur du projet de rapprochement. Une nouvelle CME doit se réunir rapidement pour définir les grands principes à partir desquels les groupes de travail "public-privé" fonderont leurs discussions, à l'automne 2002, pour définir les contours plus précis de la coopération.

Les médecins de l'hôpital ont bien conscience qu'avec la réduction du temps de travail et la baisse de la démographie médicale, seuls des projets innovants permettant des synergies de compétences et des partages de gardes, peuvent attirer de nouvelles candidatures en nombre suffisant. Les chirurgiens craignaient surtout d'être condamnés à faire de la chirurgie d'urgence et de la chirurgie lourde, ceux du privé se concentrant sur la chirurgie réglée et ambulatoire. Ils ont désormais compris que la philosophie du projet n'est pas celle-là, le Directeur du Centre Hospitalier de Vichy ayant bien souligné que l'objectif n'était ni de rapprocher géographiquement les deux établissements en continuant comme avant à fonctionner chacun de son côté, ni de répartir la chirurgie selon le critère de l'urgence. Il s'agit certes de développer les complémentarités, mais également de partager des activités, notamment chirurgicales.

Les médecins hospitaliers craignaient que la création d'un pôle Femme-Enfant commun et, parallèlement, la construction d'un établissement privé neuf à côté de l'hôpital aient pour effet de redorer le blason de la structure libérale et de dévaloriser l'hôpital dans l'esprit de la population. Par ailleurs, certains praticiens hospitaliers avaient le souci de protéger leur statut et ne souhaitaient pas que des médecins privés puissent choisir de devenir praticiens hospitaliers.

Pourtant, le rapprochement des équipes présente un intérêt majeur pour la pratique médicale : les praticiens, qu'ils soient hospitaliers ou privés, auront la possibilité de traiter une plus grande variété de pathologies et de s'envoyer mutuellement des patients au lieu de les adresser à Clermont-Ferrand ; la prise en charge des pathologies lourdes comme les cancers en sera améliorée ; une extension des activités ambulatoires pourra être envisagée... Au total, c'est une véritable alternative à la référence clermontoise qui peut ainsi se développer à Vichy.

Enfin, le Conseil d'Administration de l'hôpital est complètement acquis au projet, synonyme pour lui d'un plateau technique conforté, alors que le regroupement de cliniques à Clermont-Ferrand et l'amélioration des voies routières entre Vichy et la capitale régionale laissaient craindre un dépérissement des activités de pointe à Vichy et une réorientation vers le long séjour. En cas de réussite, non seulement l'hôpital sera assuré pour plusieurs années de maintenir des disciplines multiples et pointues en ayant la possibilité d'attirer de nouveaux

praticiens, mais aussi, et surtout, la population bénéficiera d'une offre de soins de proximité très développée, évitant ainsi la concentration des moyens et des activités sur la métropole régionale. Pour le Conseil d'Administration, la guerre entre le secteur public et le privé est aujourd'hui dépassée. Seules des équipes communes peuvent garantir la continuité médicale et le respect de normes de plus en plus drastiques.

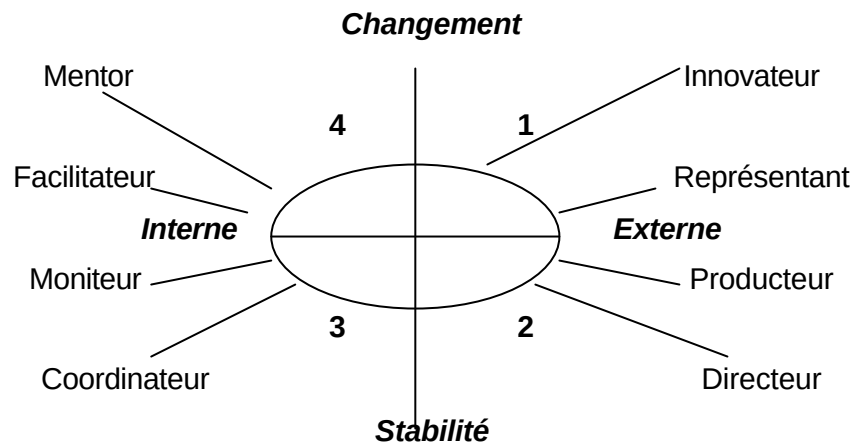
2. Le rôle des équipes de direction :

A Vichy, le rôle des managers a été déterminant : les deux directions ont trouvé très tôt (dès 1999) un compromis sur la nécessité du rapprochement de l'hôpital et de la clinique et ont ensuite, pendant trois ans, mis tout en œuvre pour convaincre les acteurs de leurs établissements respectifs du bien fondé de ce rapprochement. Sans cet accord et cette confiance, le projet aurait probablement échoué. La conduite du changement n'a été possible que parce que l'objectif était fixé et pleinement accepté par les deux parties.

La méthode utilisée a été déterminante dans l'obtention d'un consensus. Le projet n'a pas été précipité. En 1999, un accord pouvait être envisagé, mais il n'a pas été conclu car les mentalités, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, n'étaient pas tout à fait prêtes. Il a fallu attendre trois ans et deux changements à la tête de la clinique pour que les personnes intéressées se rendent compte du caractère non seulement inéluctable mais surtout bénéfique du rapprochement des deux entités. Si les managers avaient voulu faire passer leur projet en force, ils auraient probablement échoué. Cela est surtout vrai à l'hôpital. A la clinique, le Président-Directeur-Général a imposé ses vues aux médecins, qui étaient beaucoup moins favorables que lui à la coopération avec le secteur public. Au centre hospitalier de Vichy au contraire, le bureau de CME a été fortement associé tout au long du processus.

Autre élément favorable, la discussion a surtout porté sur le principe du rapprochement public-privé, et non d'emblée sur les statuts des personnels, notamment médicaux, ou sur des questions techniques. Les deux Directions ont réussi à convaincre les acteurs de s'entendre d'abord sur la philosophie de la coopération, avant de se préoccuper des problèmes pratiques.

Le schéma suivant, qui expose les différents rôles du leadership selon Quinn (1984)⁶³, paraît bien adapté à la situation vichyssoise :



Quadrant 1 :

Le couple "changement-externe" représente les liens que l'entreprise entretient avec son environnement extérieur, et souligne la nécessité pour l'organisation de s'adapter à lui. Dans ce cadre, le rôle d'innovateur se caractérise par les qualités créatives et visionnaires du leader. C'est lui qui anticipe, encourage et facilite le changement.

A Vichy, le contexte est très favorable, du fait des bonnes relations de l'hôpital tant avec la clinique qu'avec les autorités de tutelle. Le rôle d'innovateur a incontestablement été rempli par le directeur de l'hôpital.

Quadrant 2 :

Le couple "externe-stabilité" renvoie à la capacité du leader à définir et à fixer rationnellement les buts de l'organisation et à créer la motivation pour les atteindre par la clarification des rôles, la définition des objectifs et des résultats à réaliser.

A Vichy, le contexte est également favorable du fait de la motivation et de l'implication de l'équipe de direction de l'hôpital.

⁶³ Source : PERRET V. La gestion ambivalente du changement. *Revue française de gestion*. Référence bibliographique [31]

Quadrant 3 :

Le couple "stabilité-interne" met essentiellement l'accent sur le contrôle interne et le maintien de la stabilité de l'organisation : le coordinateur fait vivre la structure au travers des opérations de planification et de coordination ; le moniteur, lui, collecte et distribue l'information, il fournit un sens à l'entreprise par le maintien de sa stabilité.

Dans ce domaine, les difficultés sont plus nombreuses : le rôle de coordinateur a été joué par l'équipe de direction élargie au bureau de CME. Celui de moniteur est plus difficile à identifier car, à l'hôpital, l'information transite par une série de canaux non officiels, ce qui donne lieu à de nombreuses rumeurs et autre désinformation⁶⁴.

Quadrant 4 :

Le couple "interne-changement" constitue le quadrant des relations humaines et insiste sur l'importance des processus sociaux et des interactions humaines dans l'organisation. Le facilitateur encourage l'expression des opinions, cherche le consensus et négocie les compromis. Le mentor connaît quant à lui les besoins humains du système et joue un rôle d'écoute.

Là aussi, le contexte hospitalier, marqué par une multiplicité d'acteurs, rend délicate l'identification de ces intervenants et de leur action. Les facilitateurs et les mentors sont multiples et transmettent des messages parfois contradictoires. Mais cela ne présente pas que des inconvénients car parfois la multiplicité des messages oblige les acteurs à se rencontrer pour préciser les choses.

Cette représentation circulaire montre que l'efficacité du leader tient à sa capacité à réconcilier les bornes extrêmes de chaque quadrant. A Vichy, ces quatre sphères forment un contexte plutôt favorable, malgré les spécificités liées à l'organisation hospitalière, qui rendent parfois la communication interne difficile.

3. L'importance de la communication externe dans la conduite du changement :

A Vichy, si le processus de changement a pu avoir des conséquences aussi radicales et novatrices, c'est parce que les deux directions ont toujours communiqué de manière concertée. Elles ont maintenu le contact en permanence, préparant ensemble le protocole d'accord notamment.

⁶⁴ comme la rumeur selon laquelle l'hôpital n'aurait pas les moyens de réaliser le pôle femme-enfant.

La communication avec les médias a été particulièrement bien gérée, surtout à partir du moment où l'accord devenait imminent. Chacune des deux parties a alors refusé de donner des interviews pour ne pas placer l'autre en difficulté. Entre les mois de Février et Juin 2002, la communication externe a été réduite au minimum car il fallait laisser le temps au Président-Directeur-Général de la clinique de convaincre le maximum de ses médecins. L'hôpital a alors choisi de ne plus parler du projet publiquement, afin de ne pas exercer une pression sur la clinique. En contrepartie, de nombreuses rumeurs ont circulé, selon lesquelles le rapprochement ne se ferait jamais, du fait d'un soi-disant refus de l'hôpital. Le report de la conférence de presse du 10 septembre 2002 a encore alimenté ces bruits. Mais il valait certainement mieux décaler cet événement plutôt que précipiter la conclusion d'un accord, ce qui n'aurait contribué qu'à le fragiliser.

Section 3 : Proposition de méthodologie pour réussir une coopération "public-privé": Vichy, un modèle reproductible ?

Simon et Mintzberg ont montré que la rationalité des acteurs est limitée et que toutes sortes d'influences non rationnelles peuvent prévaloir dans la prise de décision, notamment l'idée que le changement débouche toujours sur une situation meilleure.

Malgré cette hypothèse, il est possible, à partir de l'exemple de Vichy, de dégager des grandes tendances qui semblent applicables à tous les types de coopération "public-privé".

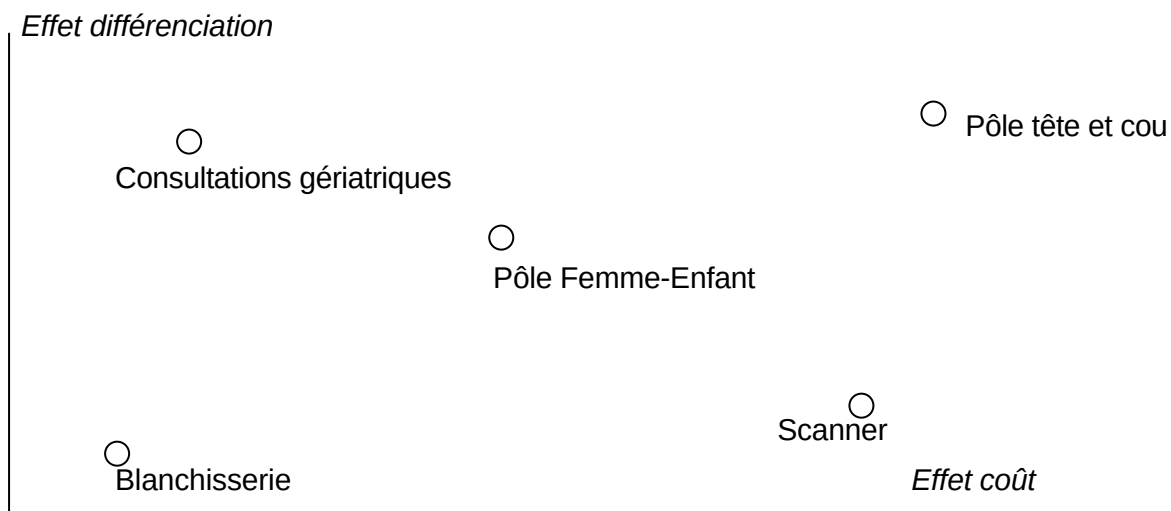
A. Les conditions préalables à une conduite du changement réussie :

Une fois défini le type de coopération que l'on souhaite développer, il est essentiel de mobiliser l'ensemble de l'établissement sur ce projet, sans négliger certains jeux d'acteurs.

1. Identifier le type de coopération que l'on souhaite mener :

Selon L. Dartiguenave, toutes les coopérations n'ont pas le même poids stratégique⁶⁵. Elles doivent être analysées en fonction de deux critères discriminants, comme l'indique le schéma ci-après :

- ❑ l'effet sur les coûts d'exploitation (en personnel, matériel et locaux)
- ❑ l'effet sur la différenciation, qui renvoie à la spécificité ou l'originalité de l'offre de soins proposée



Par exemple, le pôle Femme-Enfant permet à l'établissement de se différencier assez nettement et a un impact financier relativement important.

A partir de là, différents types de coopération public-privé sont possibles :

- ❑ la coopération fusion ou la coopération absorption
- ❑ la coopération sauvetage
- ❑ la coopération partage, qui permettra à l'une des structures d'abandonner une activité afin de former, avec son partenaire, un secteur de soins plus important, plus performant et mieux équipé, éventuellement en échange d'une opération en sens inverse selon les possibilités

⁶⁵ Source : *Gestions Hospitalières*, Avril 1992. Référence bibliographique [12]

- ❑ la coopération-développement, qui permet à des établissements de réaliser un projet que ni l'un ni l'autre n'aurait pu envisager seul⁶⁶.

En fonction du type de coopération que l'on souhaite mener, la stratégie de conduite du changement ne sera pas la même. Les deux premières sont en général imposées, alors que les deux autres laissent un champ d'action très large aux acteurs. Ainsi, la collaboration "public-privé" à Vichy s'inscrit plutôt dans l'hypothèse d'une coopération-développement si le scénario idéal se réalise. En effet, la chirurgie, qui était probablement condamnée à terme si aucune collaboration n'avait été mise en place, va se voir ouvrir de nouvelles perspectives d'expansion par la mise en commun des compétences publiques et privées⁶⁷.

2. Mobiliser l'institution dans son ensemble :

Deux moyens principaux doivent être mis en œuvre en amont du projet de coopération.

Il s'agit d'abord de donner du sens. Pour cela, le projet doit se fonder sur une vision commune des métiers, des missions et des valeurs éthiques et comportementales propres à l'organisation. Le changement ne se décrète pas. Le fait que les managers soient convaincus de la nécessité rationnelle d'une restructuration ne suffit pas. Tout changement doit répondre à un "pourquoi", puis à un "comment". Négliger de travailler sur le "pourquoi" ne peut que générer des résistances. Dès lors, en cas d'échec, une communication insuffisante ou imparfaite ne saurait être la seule cause. En réalité, la restructuration aura échoué parce qu'elle se sera fondée sur la seule rationalité technique et économique, légitimée par des contraintes étrangères à l'organisation, dénuées de sens. Réussir un changement, c'est d'abord donner à l'organisation une vision globale ayant du sens, portée par une équipe soudée et cohérente. Pour neutraliser les craintes et les revendications des salariés, il convient de leur montrer la nécessité de la politique menée par la direction, et de les rassurer. La direction doit avoir la maîtrise du temps, s'appuyer sur les cadres, se situer dans la continuité plutôt que dans la rupture, programmer le rythme d'information, et surtout ne pas laisser penser que le bouleversement est porteur de danger.

⁶⁶ Source : *Hospitalisation privée*, Novembre 1996. Référence bibliographique [13]

⁶⁷ Voir annexe n°8.

De façon corollaire, il faut ensuite écouter l'ensemble des personnes intéressées. Pour être responsabilisé, chaque agent doit avoir la possibilité de s'exprimer ouvertement et d'être écouté. C'est à partir de cette écoute que démarre la nécessaire appropriation du projet de changement. Sinon, le changement risque d'être ressenti par les agents comme une tentative de relégitimation d'une direction qui jusqu'à présent avait refusé des évolutions qui auraient pu être moins douloureuses et moins coûteuses.

Ce travail est extrêmement difficile car, comme l'explique A. Strauss⁶⁸, "le personnel de l'hôpital n'a en commun qu'un seul objectif vaguement ambigu, celui de rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme". Les moyens d'atteindre ce but sont aussi nombreux que le personnel de l'établissement.

De fait, la communication ne peut pas tout résoudre. Elle suppose une raison partagée entre celui qui décide le changement et celui qui le subit. Or certains jeux d'acteurs excluent cette possibilité.

3. Les logiques d'acteurs à prendre en compte :

Selon David Courpasson⁶⁹, le changement est une stratégie de gouvernement et un outil politique. En d'autres termes, il existerait une puissance managériale et gestionnaire, qui chercherait à imposer ses lois et à déterminer les actions des membres des organisations. Le changement serait alors une manifestation de la domination des dirigeants sur les autres acteurs de l'organisation. Dans ce cadre, le management par projets apparaît moins comme un instrument de gestion de l'innovation que comme un instrument de gestion de la légitimité de choix managériaux centralisés.

A. Bartoli et M. Anaut⁷⁰ ont une vision moins pessimiste du changement. Selon eux, la complexité des processus de décision s'explique par la coexistence d'influences et d'enjeux variés :

⁶⁸ Source : STRAUSS A. Référence bibliographique [34].

⁶⁹ Source : COURPASSON D. Le changement est un outil politique. *Revue française de gestion*. Référence bibliographique [31]

⁷⁰ Source : Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics : facteurs de pérennité ou de fragilité ? in CONTANDRIOPOULOS et al. Référence bibliographique [9]

- ❑ les logiques internes : l'hôpital français s'appuie sur un fonctionnement interne de type "multi-managérial". Le chef d'établissement n'a en effet pas d'influence formelle sur le corps médical, lequel exerce un pouvoir hiérarchique partiel sur les acteurs des services de soins, en relation avec les cadres soignants. Ce partage des missions managériales constitue une réelle spécificité de l'hôpital, et se traduit par une imbrication de différentes logiques internes : la logique administrative et gestionnaire, la logique médicale et la logique des agents centrée sur les conditions de travail et la relation aux malades. Si l'hôpital est "multi-managérial", la clinique n'est pas forcément plus simple à gérer car chaque médecin y est en quelque sorte sa propre entreprise et le directeur a peut-être moins de marge de manœuvre que son homologue du secteur public
- ❑ les logiques externes : l'influence des élus locaux se révèle extrêmement variable d'un établissement à l'autre. La logique des pouvoirs publics en général alimente les jeux de pouvoir internes à l'hôpital. Les décisions de transformation hospitalière dépendent en majeure partie de l'approbation des organismes de tutelle. Ces derniers sont d'ailleurs souvent des incitateurs de changement
- ❑ les représentations des dirigeants : des informations peuvent être négligées ou déformées quand elles ne correspondent pas aux mécanismes et représentations mentales des managers.

Enfin, le renouvellement fréquent des acteurs, notamment des décideurs, joue un rôle déterminant à l'hôpital et peut même remettre en cause l'équilibre organisationnel des mutations en cours.

Dans ces conditions, quelle méthodologie peut-on proposer pour réussir une coopération "public-privé" ?

B. La conduite du changement proprement dite : proposition de méthodologie

Ce n'est qu'après avoir identifié

- ❑ la problématique : pourquoi et pour quoi veut-on collaborer ?
- ❑ les protagonistes potentiels, et non les seuls protagonistes évidents ou préalablement choisis

- ❑ et les contraintes (culturelles, matérielles...), qu'une démarche de projet peut véritablement commencer.

Il convient alors de distinguer trois étapes indispensables.

1. Associer les instances hospitalières :

En premier lieu, il s'agit d'obtenir, par la concertation, la mobilisation des instances hospitalières : le projet de coopération doit s'inscrire dans la stratégie de l'établissement. Il est donc nécessaire de mettre en place rapidement un comité de coordination ou comité de pilotage, en lui confiant une double mission :

- ❑ Déterminer le plus clairement possible les objectifs à atteindre, en rechercher les moyens, les modalités, préparer le projet, centraliser l'ensemble des informations et mener des échanges et réflexions avec les intervenants extérieurs
- ❑ Informer régulièrement le personnel hospitalier et le corps médical de l'avancement du projet. Pour cela, l'adhésion de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité Technique d'Etablissement est essentielle. Solliciter la participation de ces organes au comité de pilotage est donc indispensable.
- ❑ Procéder le plus rapidement possible à une évaluation, destinée à étudier les aspects médicaux, financiers, l'environnement extérieur et les aspects juridiques. Cette évaluation servira de fondement à l'établissement du projet.

2- Rechercher un consensus avec les partenaires :

La recherche du consensus est une phase essentielle :

Pour l'équilibre de l'accord, il est indispensable de s'assurer que l'objectif est bien commun et que les parties en ont une compréhension et une perception identiques. L'objet de la coopération doit être clairement défini. Il peut s'agir d'un partage de plateau technique, de la mise en commun de moyens, de la gestion d'activités de soins, d'un redéploiement d'activités... C'est seulement à ce moment-là que les choix juridiques peuvent intervenir, par la réponse à la question suivante : les coopérants veulent-ils privilégier la mise en place

d'une structure ou préfèrent-ils s'en préserver et privilégier le recours au mode conventionnel? Celui-ci est-il suffisant ?

Une divergence sur les objectifs entraînerait à plus ou moins long terme l'échec de l'action de coopération. Cela suppose également que l'accord soit équilibré, c'est-à-dire que les intérêts de chacun soient préservés. Il ne s'agit pas d'établir un projet plus avantageux pour l'un ou pour l'autre.

Ainsi, la convergence des logiques publiques et privées est indispensable. Or une clinique, a fortiori lorsqu'elle est à but lucratif, doit rendre des comptes à ses actionnaires et dégager une rentabilité. Aussi raisonne-t-elle souvent en termes de concurrence. Tel n'est pas nécessairement le cas de l'hôpital, qui doit avant tout faire face à ses contraintes budgétaires et aux directives de ses tutelles. Ces deux systèmes se sont d'ailleurs ignorés pendant de très nombreuses années, l'hôpital étant soumis à la dotation globale et les établissements privés au libre jeu de la concurrence. Désormais, les deux secteurs doivent instaurer un nouveau type de relations complémentaires afin de créer de véritables réseaux de soins. C'est donc sur cette convergence d'intérêts que doivent se réaliser les projets de coopération dans le respect de l'indépendance de chacun. Les exemples de Carpentras et de Lillebonne montrent qu'un consensus est possible sur une convergence d'intérêts dont le patient sera le bénéficiaire. La difficulté de cette opération explique qu'il puisse être souvent nécessaire de débiter une action de coopération par une action légère, sous forme de convention, qui permettra une meilleure connaissance par l'échange d'informations entre les directions, le corps médical et le personnel. Cette première étape présente l'avantage de rassurer sur les intentions des partenaires et de faire émerger de nombreuses synergies.

Une fois cette convergence atteinte, il convient de replacer le projet de coopération dans son environnement extérieur, car la mise en place d'une action de coopération participe directement à la politique d'aménagement du territoire. Pour cela, le projet doit prendre en compte le contrôle étatique, qui est double :

- un contrôle a priori de la pertinence globale du projet et de son adéquation au SROS. Deux attitudes sont possibles de la part de l'ARH dans le montage des opérations de coopération : soit, comme à Vichy, l'Agence intervient au moment de l'élaboration du projet en soutien aux établissements, soit elle initie, conduit et impose le projet de coopération aux acteurs, comme à Lillebonne ; le Directeur de l'ARH se substitue alors en quelque sorte au Directeur de l'établissement. Le profond bouleversement engendré par la mise en place des agences va ainsi conduire soit à une redéfinition positive du rôle du chef d'établissement en

véritable stratégie, soit à lui conférer un rôle de gestionnaire, relais de l'agence dans l'établissement. L'idéal est évidemment que les deux travaillent de concert. Le Directeur de l'ARH doit véritablement s'approprier les projets de l'établissement et, inversement, les hôpitaux ne peuvent pas faire avancer leurs idées sans le soutien de l'Agence. Pour les opérations de coopération, le fait que le public et le privé aient désormais le même interlocuteur est une excellente chose ; la situation devait être vraiment étonnante et surtout peu propice aux rapprochements d'établissements lorsque les hôpitaux avaient pour interlocuteur la DDASS et les cliniques la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

- ❑ un contrôle a posteriori : ce contrôle aura lieu tout au long de l'existence de la structure ou de la convention de coopération. A ce contrôle s'ajoute celui de la Chambre Régionale des Comptes. Le rôle de l'Etat, primordial, est souvent mal perçu par les établissements privés qui n'en ont ni la pratique ni la connaissance. Le rôle désormais dévolu à l'ARH devrait à terme modifier cet état de fait.

B. Vichy, un modèle à suivre ?

1. Un exemple jusqu'à présent réussi...

Le cas de Vichy, où le projet de coopération s'est d'abord construit autour du regroupement des maternités avant d'envisager de s'étendre à l'ensemble des activités autour du rapprochement géographique des deux établissements, apparaît comme un exemple particulièrement intéressant en termes de méthode. Toutefois, chaque opération de coopération est unique et fortement contrainte par le contexte local. Dès lors, il est illusoire de vouloir appliquer un modèle sans l'adapter aux circonstances précises étudiées. Sinon, l'échec est garanti.

Le centre hospitalier de Vichy et la clinique La Pergola ont bien intégré l'intérêt d'une stratégie active de maîtrise de l'environnement. Loin de les affaiblir, cette stratégie renforce leur position dans le système local de soins. L'une des clés du succès de la coopération "public-privé" à Vichy tient au fait que le processus n'a jamais revêtu un caractère d'urgence. Au contraire, l'adhésion de tous ne peut être obtenue que grâce à une bonne maîtrise du temps et à une méthode par paliers : la construction d'une clinique neuve sur le site de

l'hôpital n'était pas l'objectif initial ; trop ambitieux, ce projet aurait certainement échoué. Le rapprochement géographique ne peut être décidé qu'une fois que les établissements ont appris à se connaître.

2. ... mais son caractère encore inachevé ne permet pas de le qualifier de modèle :

Il est encore trop tôt pour considérer que l'exemple vichyssois est un modèle qui tendra à devenir la règle dans les prochaines années. Il reste encore un long chemin à parcourir pour concrétiser la collaboration entre les deux établissements. Un retour en arrière, plus précisément un retrait du partenaire privé, n'est pas à exclure. Les praticiens libéraux restent en effet réticents à la coopération avec l'hôpital. Le point de blocage semble principalement lié à des questions financières, plusieurs médecins de La Pergola étant membres de la Société Civile Immobilière qui possède les locaux de la clinique. Cet obstacle devrait être surmonté avant la fin de l'année 2002. Un des facteurs de déblocage de la situation tient au fait que les jeunes praticiens libéraux sont dans leur majorité favorables à la coopération avec l'hôpital, ce qui devrait permettre d'emporter l'adhésion de leurs aînés. Il est compréhensible que les médecins proches de la retraite n'aient pas forcément été très favorables au projet dès le début. En tout état de cause, le contretemps du report de la conférence de presse montre bien qu'une clinique privée, peut-être plus qu'un hôpital, ce n'est pas seulement un PDG ; c'est avant tout une association d'intérêts individuels qu'il faut convaincre avant de précipiter les choses.

De plus, de nombreux points d'interrogation pratiques subsistent : comment les groupes de travail "public-privé" vont-ils fonctionner ? Combien de temps faudra-t-il pour parvenir à un accord finalisé ? Des questions pratiques se posent également : pour permettre à la clinique de s'installer sur des terrains de l'hôpital, celui-ci doit d'abord déplacer sa blanchisserie. Or ce transfert nécessite une vaste réflexion préalable, puisqu'il est question de créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public dans ce domaine, ce qui implique de travailler en commun au projet avec plusieurs partenaires ; cela prend beaucoup de temps. Or la clinique pourrait être construite très rapidement à compter de la date de l'accord final, c'est-à-dire probablement à partir de la fin de l'année 2002. Cela suppose que la blanchisserie ait déménagé fin 2003.

Quoi qu'il en soit, Vichy apparaît comme un exemple de coopération à la fois horizontale et verticale particulièrement bien mené jusque là, sans préjuger de l'évolution du projet jusqu'à sa concrétisation finale.

CONCLUSION

Comme le note le Professeur Claude-François Degos à propos des secteurs public et privé, "on ne saurait plus dire aujourd'hui comme certains l'affirmaient encore naguère, que deux mondes médicaux coexistent, distincts et sans rapport l'un avec l'autre, qu'au mieux ils s'ignorent et qu'au pire ils s'épient ou se jalourent en s'adressant des apostrophes à l'emporte-pièce et souvent peu flatteuses"⁷¹.

De fait, depuis quelques années, les opérations innovantes de coopération se multiplient sur le terrain. Des acteurs de santé qui, jusqu'alors, ne se rencontraient guère et menaient leurs activités de manière indépendante, se rapprochent. Désormais, un hôpital et une clinique à but lucratif, situés à peu de distance et dans un même bassin de population, peuvent élaborer un projet commun dans le domaine médical, répartissant leurs activités avec un seul bloc opératoire, par exemple. L'établissement privé peut même s'implanter sur le sol public. Selon N. Tanti-Hardouin, "les cliniques doivent changer leur image de marque et leurs créneaux d'activité face au véritable concurrent qu'est devenu l'hôpital. Mais cette métamorphose a un coût. On assiste donc localement à de nombreuses stratégies de rapprochement avec le secteur public. Certains parlent à cet égard de 'mariage de raison'"⁷².

Jusqu'en 1996, les hôpitaux n'avaient pas de mode spécifique de complémentarité avec les établissements privés ne poursuivant pas de mission de service public. L'ordonnance du 24 Avril 1996 a institué le groupement de coopération sanitaire pour combler cette lacune. Mais surtout, l'incitation à la coopération est devenue obligation. Aujourd'hui, le pouvoir de contrainte des Agences Régionales de l'Hospitalisation s'exerce notamment au travers des Contrats d'Objectifs et de Moyens. Comme l'écrit C. Esper, "l'exercice des spécialités médicales doit [...] être rationalisé par le financement plus accentué de l'excellence en certains lieux, au prix de l'abandon de ce qui est moins performant en d'autres sites"⁷³.

L'exemple de Vichy est à cet égard extrêmement révélateur. Il met en lumière les difficultés et les enjeux de la coopération entre les deux secteurs. L'aboutissement probable du projet, avec l'ouverture en 2005 du pôle de santé public-privé, prouve que le directeur

⁷¹ Source : *Hospitalisation privée*, Novembre 1996. Référence bibliographique [13]

⁷² Source : TANTI-HARDOUIN N. *L'Hospitalisation privée. Crise identitaire et mutation sectorielle*. Référence bibliographique [36]

⁷³ Source : *Rapport du Conseil d'Etat* 1998. Référence bibliographique [16]

d'hôpital a un rôle de plus en plus important à jouer, à condition qu'il accepte ce nouveau mode de pensée dans le domaine de la santé : l'avenir est à la coopération globale, et non seulement à la complémentarité stricte entre le public et le privé. Le transfert systématique de l'activité chirurgicale aux cliniques privées, pendant que les établissements publics de santé se "recentrent" sur la médecine et l'accueil des plus démunis, n'est pas nécessairement la solution idéale.

Seule une clarification des objectifs de la coopération peut permettre d'améliorer les outils existants. Dans l'intérêt de tous, la mise en commun de personnels de statuts différents, l'exercice de médecins libéraux à l'hôpital public et de médecins hospitaliers dans les cliniques privées lucratives, la construction commune de bâtiments d'hospitalisation pour le public et le privé... doivent s'effectuer dans un cadre juridique clair et selon des règles simples, autant pour les gestionnaires que pour les usagers. A terme, peut-être un statut unique des établissements de santé s'imposera-t-il comme une évidence.

Liste des personnes rencontrées

Centre hospitalier de Vichy :

- Mademoiselle GRIMAUD, Sage-femme surveillante chef du service de gynécologie-obstétrique : rendez-vous le 19 Juin 2002
- Madame BUSSEROLLE, Cadre infirmier de Pédiatrie : rendez-vous le 25 Juin 2002
- Madame GARRAUD, Cadre infirmier supérieur du secteur pédiatrie-maternité : rendez-vous le 1^{er} Juillet 2002
- Monsieur FAVARD, Chef du service de gynécologie-obstétrique : rendez-vous le 4 Septembre 2002.

Extérieurs :

- Monsieur GUERZA, ancien Directeur de l'hôpital-clinique de Lillebonne : entretien téléphonique le 13 Mai 2002
- Monsieur BOURGET, Elève Directeur d'Hôpital au centre hospitalier de Saint-Nazaire : entretien téléphonique le 28 Mai 2002
- Monsieur COLOTTE, Directeur du site de Haute-pierre (CHU Strasbourg), responsable du pôle mère-enfant : rendez-vous le 31 Mai 2002
- Monsieur DUSSART, Directeur du centre hospitalier de Carpentras (pôle de santé public-privé) : rendez-vous le 6 Juin 2002
- Monsieur MERESSE, Conseiller Médical à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Auvergne : entretien téléphonique le 11 Septembre 2002.

Grille d'entretien

1- *Présentation de la démarche et du projet de mémoire*

2- *Positionnement de l'interlocuteur par rapport à la question du pôle Femme-Enfant*

3- *L'organisation du pôle Femme-Enfant :*

- Quand et comment s'est passée la création d'un pôle mère-enfant ou Femme-Enfant ? Qu'est-ce qui l'a motivée ?
- Quels sont les avantages de la constitution d'un pôle Femme-Enfant par rapport à la situation antérieure ?
- Cela présente-t-il des inconvénients ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées et rencontrez-vous encore ?
- Comment le rapprochement entre les services de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique s'est-il passé ?
- Des travaux ont-ils été nécessaires ? Comment le pôle est-il organisé au plan architectural ?
- Comment se déroule la constitution d'un pôle Femme-Enfant en termes financiers (subventions) ? Et sur le plan de la gestion des ressources humaines (personnel médical et non médical) ?
- Comment les autres services perçoivent-ils ce pôle ? Et la population ?

4- *La coopération avec le secteur privé :*

- Existe-t-il une coopération avec le secteur privé ? Sous quelle forme ? Dans quel(s) domaine(s) ?
- Comment s'est-elle mise en place ?
- Y a-t-il eu des résistances ? Pour quelles raisons ?
- Connaît-elle des difficultés (juridiques, financières, humaines) ?
- Comment le personnel des deux secteurs a-t-il été géré ?
- S'agit-il d'une coopération fondée sur des partages d'activités ou sur l'exercice partagé d'activités communes ?

Glossaire

- ❑ *Composantes de la mortalité foeto-infantile :*

Grossesse	Naissance	6 jours	28 jours	365 jours
Mortinatalité	Mortalité	néonatale précoce	Mortalité néonatale tardive	Mortalité post-néonatale
	Mortalité	périnatale		
	Mortalité	néonatale		
		Mortalité	infantile	
		Mortalité	foeto-infantile	

- ❑ *Indice de besoins en gynécologie-obstétrique :* nombre de lits et places pour 1000 habitants
- ❑ *Mortinatalité :* le taux de mortinatalité est le rapport du nombre de mort-nés sur le nombre de naissances totales. La définition des mort-nés repose sur le loi du 8 Janvier 1993 : lorsque l'enfant est né vivant et viable, et s'il vit ultérieurement, la déclaration de naissance se fait normalement. Si l'enfant décède avant la déclaration à la mairie, le médecin ou la sage-femme établit un certificat d'enfant né vivant et viable, et l'officier d'état-civil délivre un acte de naissance et un acte de décès. La circulaire du 22 Juillet 1993 précise que la limite de déclaration, dans ce cas d'enfant né vivant, est fixée à un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou à un poids de 500 grammes. Lorsque l'enfant est mort in utero, la limite de 180 jours (texte de 1801) est maintenue, et l'officier d'état civil dresse, sur la déclaration de la sage-femme, et en l'absence de certificat contraire, un acte d'enfant sans vie. Ce sont les mort-nés. Avant 180 jours, il s'agit d'une fausse couche tardive. Cet acte est aussi dressé si l'enfant est vivant, mais non viable, ou en l'absence de certificat établissant que l'enfant est vivant et viable
- ❑ *Périnatalité :* la période périnatale commence à la 22^{ème} semaine d'aménorrhée (limite de viabilité du fœtus) et s'achève à la fin de la première semaine après la naissance

- ❑ *Pôle Femme-Enfant* : exercice des activités gynécologiques, obstétricales et pédiatriques dans une unité de lieu, de moyens matériels et humains
- ❑ *Prématuré* : enfant né à moins de 37 semaines d'aménorrhée
- ❑ *Taux de mortalité infantile* : décès d'enfants de moins d'un an pour mille enfants nés vivants

En 1998 (source : INSEE, *Données sociales de la société française*, édition 1999) :

Franche-Comté : 3,9	Rhône-Alpes : 4,0
Bretagne : 4,1	Champagne-Ardenne : 4,1
Pays-de-la-Loire : 4,1	Basse-Normandie : 4,2
Provence : 4,2	Lorraine : 4,3
Alsace : 4,4	Centre : 4,4
Midi-Pyrénées : 4,4	Poitou-Charentes : 4,4
Languedoc-Roussillon : 4,5	Limousin : 4,6
Aquitaine : 4,7	Corse : 4,7
Picardie : 4,7	Bourgogne : 4,8
Ile-de-France : 4,9	Nord-Pas-de-Calais : 4,9
Auvergne : 5,7	Haute-Normandie : 6,4

Moyenne France : 4,6

Par ailleurs, le taux de césariennes était en 1998 de 17,5% (10% en 1981). Quant au taux de transfert des nouveau-nés (déplacement d'un nouveau-né en dehors de la chambre de sa mère de manière prolongée), il était en 1998 de 9,3%

- ❑ *Taux de mortalité néonatale* : nombre de décès néonataux (donc d'enfants nés vivants) par rapport au nombre de naissances vivantes
- ❑ *Taux de mortalité périnatale* : nombre d'enfants morts-nés et décédés à moins de sept jours par rapport à l'ensemble des enfants nés vivants et morts-nés
- ❑ *Taux de natalité* : c'est le rapport du nombre de naissances sur une population pendant une période donnée, généralement l'année

- ❑ *Transfert extra-muros* : transfert postnatal d'un enfant, de son lieu de naissance vers un service de néonatalogie d'un autre établissement dans les 48 premières heures de vie (= transfert outborn)
- ❑ *Transfert in utero* : lorsque l'hospitalisation de l'enfant est prévisible avant la naissance, et que la maternité ne dispose pas sur place d'une structure d'hospitalisation néonatale adaptée, il est recommandé de transférer la mère avant la naissance dans une autre maternité qui pourra prendre en charge l'enfant sur place et éviter ainsi un transfert extra-muros
- ❑ *Transfert intra-muros* sans transfert in utero préalable, entre service d'obstétrique et de néonatalogie d'un établissement de niveau 2 ou de niveau 3 = transfert inborn
- ❑ *Unité kangourou* : provient de l'expérience de Bogota où l'on maintenait un contact physique permanent entre la mère et son enfant pour pallier des moyens techniques très insuffisants. Aujourd'hui, ces unités permettent de maintenir le nouveau-né auprès de sa mère sans altérer la qualité des soins prodigués tant à l'enfant qu'à sa mère
- ❑ *Unité mère-enfant* : regroupe entre la maternité et la pédiatrie un certain nombre de chambres (proportionnel au nombre d'accouchements) dans lesquelles sont hospitalisés d'une part des nouveau-nés nécessitant des soins pédiatriques réalisés par l'équipe de pédiatrie, et d'autre part leurs mères bénéficiant des soins post-partum par l'équipe de maternité

Bibliographie

[1] BANTERLA I. *Analyse d'une tentative originale de coopération entre un centre hospitalier et des gynécologues libéraux*. Mémoire d'élève directeur d'hôpital. Rennes : ENSP, 1994. 96 pages.

[2] BARATTA N. La fusion entre établissements, un événement culturel. *Décision Santé*, 15-30 Avril 1996, cahier spécial Restructuration, n°95. pp.21-24

[3] BARGIER J.-M. *Du partenariat au partage d'activités entre l'hospitalisation publique et privée : une stratégie de recomposition de l'offre de soins au Centre hospitalier de Grasse*. Mémoire d'élève directeur d'hôpital. Rennes : ENSP, 1994. 103 pages.

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

[5] BAUBEAU D., MORAIS S. et RUFFIE A. Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période. *Etudes et résultats*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, Juillet 1999, n°21. p.1-7.

[6] BEAUCHAMP (DE) H. *Le projet de pôle mère-enfant de Saint-Nazaire : vers un renouveau des coopérations public-privé?* Mémoire d'élève directeur d'hôpital. Rennes : ENSP, 1999. 100 pages.

[7] BONHOMME C. Coopérations hospitalières : les nouvelles complémentarités. Exemples de coopération. *Revue Hospitalière de France*, Novembre-Décembre 1997, n°6. pp.792-831.

[8] CALMES G., SEGADÉ J.-P., LEFRANC L. *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*. Paris : Masson, 1998. 170 pages.

[9] CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. La construction locale de l'offre de soins, in *L'Hôpital Stratège. Dynamiques locales et offre de soins*. Ouvrage collectif. Paris : John Libbey Eurotext, 1996. 317 pages.

[10] CREMADEZ M., en collaboration avec GRATEAU F. *Le Management stratégique hospitalier*. Paris : Masson, 1997. 448 pages.

[11] DANZON A. *De l'Etat planificateur aux réseaux d'acteurs*. Mémoire de DEA "Action publique et Territoires en Europe". Rennes : Institut d'Etudes Politiques, 2000. 148 pages.

[12] DARTIGUENAVE L. Stratégies d'alliance. L'hôpital à l'heure des choix. *Gestions Hospitalières*, Avril 1992, n°315. pp.276-281.

[13] DEGOS C.-F. Coopération public-privé : une complémentarité ? *Hospitalisation Privée*, Novembre 1996. pp.10-13.

[14] DIEBOLT V. *Analyse stratégique du projet de construction d'un pavillon "mères-enfants-urgences générales" à l'Hôpital Nord de Marseille*. Mémoire d'élève directeur d'hôpital. Rennes : ENSP, 1992. 106 pages.

[14bis] ECHELON NATIONAL DU SERVICE MEDICAL - CNAMTS. Les maternités à faible activité : proposition de solution. *Revue Hospitalière de France*, Mai-Juin 1998, n°3, pp.306-311.

[15] ESPER C., Le Groupement de coopération sanitaire, nouvelle forme juridique de collaboration entre établissements de santé. *Techniques Hospitalières*, Mars 1998, n°624. pp.35-45.

[16] ESPER C. La coopération entre acteurs de santé : le droit est-il à la hauteur de la pratique ? in *Rapport du Conseil d'Etat : Réflexions sur le droit de la santé*. Paris : La Documentation française, 1998. pp. 441-457.

[17] ETOURNEAU C. Le pôle santé public-privé de Carpentras : un pari presque gagné. *Décision Santé*, n°163, 15 Juin au 15 Juillet 2000. pp.15-18.

[18] ETOURNEAU C. Public ou privé, les frontières s'estompent. *Décision Santé*, Novembre 2001, n°179. pp.18-21.

[19] HAUT CILLY (DU) H.-B. L'intégration des personnels du privé. *Information sur les ressources humaines à l'hôpital*, Septembre-Novembre 1996, n°10. pp.55-57.

[20] HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Rennes : éditions ENSP, 1994. 140 pages.

[21] HOUDART L. et al. *Traité de la coopération hospitalière, Volume 2* Paris : éditions Houdart, 2000. 117 pages.

[22] JAY L. *La mise en place de l'Institut de Cancérologie de la Haute-Loire. Un défi pour la gestion des ressources humaines*. Mémoire d'élève directeur d'hôpital. Rennes : ENSP, 1998. 104 pages.

[23] KERLEAU M., FARGEON V. et LE VAILLANT M. Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins, in CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. *L'Hôpital Stratège. Dynamiques locales et offre de soins*. Ouvrage collectif. Paris : John Libbey Eurotext, 1996. 317 pages.

[24] LACORDAIS G. *Le Centre hospitalier d'Auch vecteur de nouvelles complémentarités. La création d'une "maternité ouverte"*. Mémoire de DESS en Droit de la Santé. Toulouse : UT1 Sciences Sociales, Septembre 2000. 113 pages.

[25] LANCHAIS R. *Les zones de risque dans la gestion des processus de fusion entre hôpitaux*. Mémoire d'élève directeur d'hôpital. Rennes : ENSP, 1997. 115 pages.

[26] LOUFRANY J. Aspects structurels et juridiques de la complémentarité hospitalière. *Journal d'Economie Médicale*, 1994, T.12 n°5. pp.281-290.

[27] MAQUART B. La coopération entre les établissements publics et privés. *Hospitalisation Privée*, Novembre 1996, n°334. pp.14-15.

[27 bis] MATHIS D. *Les structures de coopération intehospitalière et autres formes de complémentarité sanitaire*. Paris : Les Etudes Hospitalières, Janvier 2002. 276 pages.

[28] NICOLAS G. et DURET M. *Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie*. Paris : Secrétariat d'Etat à la Santé, Février 1998. 51 pages.

[29] QUOTIDIEN DU MEDECIN. La Châtre : comment l'hôpital et la clinique se sauvent ensemble du naufrage, 27 Octobre 1998, n°6366, p.6.

[29 bis] RAIKOVIC M. Du pôle hospitalier au bassin hospitalier. *Décision Santé*, Juin-Juillet 2002, n°186. pp.29-31.

[30] RENARD J. Coopération secteur public, secteur privé : un défi relevé, une synergie dynamisante. *Techniques Hospitalières*, Décembre 1998, n°632. pp.41-43.

[31] REVUE FRANÇAISE DE GESTION. Numéro spécial *les organisations face au changement*. Publication de la Fondation nationale pour l'Enseignement de la Gestion des Entreprises, n°120, Septembre-Octobre 1998. 170 pages.

[32] RICHARD M.-L., CELDRAN Ch. et LOUFRANY J. Les modalités juridiques des actions de coopération des établissements publics de santé. *Informations Hospitalières*, Janvier 1992, n°35. pp.33-37.

[33] SEGADE J.-P. Le Groupement de coopération sanitaire : premières réalisations et questions de droit. *Actualités Jurisanté*, Avril 1997, n°17. pp.16-17.

[34] STRAUSS A. *La Trame de la négociation : sociologie qualitative et interventionnisme*. L'Harmattan, Logiques sociales, 1992. 319 pages.

[35] TANGUY H. Evolution du droit de la coopération hospitalière : la refondation du Groupement de Coopération Sanitaire est-elle suffisante ? *Actualités Jurisanté*, Décembre 2001 – Janvier 2002, n°34-36, p. 43.

[36] TANTI-HARDOUIN N. *L'Hospitalisation privée : crise identitaire et mutation sectorielle*. Paris: La Documentation française, 1996. 206 pages.

Liste des annexes

- 1- Décret n°99-643 du 21 Juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social
- 2- Extrait du rapport du Haut Comité de la Santé Publique, présenté au Gouvernement en Avril 1994
- 3- Données sur le pôle Femme-Enfant
- 4- Projet d'accord de principe sur la coopération entre le Centre Hospitalier de Vichy et la clinique La Pergola
- 5- Quelques données sur le Centre Hospitalier de Vichy
- 6- Calendrier de réalisation du pôle Femme-Enfant et de la coopération avec la clinique La Pergola
- 7- Plans du pôle Femme-Enfant
- 8- Scénario idéal : la coopération-développement entre le Centre Hospitalier de Vichy et la clinique La Pergola.

ANNEXE N°1

Décret n°99-643 du 21 Juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social

Article 1^{er}

Les personnels d'établissements privés à caractère sanitaire et social, concernés par une des opérations mentionnées à l'article 102 de la loi du 9 Janvier 1986 et en fonction dans un des établissements à la date de réalisation de cette opération peuvent, sous réserve de justifier de services effectifs dans ledit établissement d'une durée équivalente à deux ans au moins de service à temps complet et de remplir les conditions énoncées aux articles 5 et 5 bis de la loi du 13 Juillet 1983 susvisée, demander leur intégration dans l'un des corps de la fonction publique hospitalière régis par la loi du 9 Janvier 1986 susvisée et leur nomination dans un emploi de l'établissement public auquel l'opération a donné naissance ou auquel a été transférée tout ou partie de l'activité de l'établissement privé les employant antérieurement.

La demande d'intégration doit être présentée avant l'expiration d'un délai de six mois courant à compter de la date de publication de l'arrêté mentionné à l'article 6. Elle est accompagnée des pièces justificatives, notamment de la durée des services effectifs mentionnés ci-dessus et adressée au directeur de l'établissement public visé au premier alinéa ci-dessus.

L'intégration ne peut avoir lieu que s'il existe dans la fonction publique hospitalière des corps et emplois correspondant aux fonctions exercées par les agents intéressés.

Article 2

La détermination du corps d'intégration et le classement dans ce corps doivent permettre à chacun des agents concernés d'occuper un emploi équivalent à celui qu'il occupait précédemment. Les agents devront à cet effet, d'une part, justifier de la possession des titres, diplômes ou qualifications exigés, le cas échéant, pour l'exercice de la profession et, d'autre part, justifier de la possession des titres, diplômes ou qualifications exigés par les dispositions statutaires en vigueur ou, dans le cas contraire, avoir satisfait aux épreuves d'un examen professionnel.

Article 3

Le directeur de l'établissement public, mentionné à l'article 1^{er} du présent décret, auquel les agents ont adressé leur demande d'intégration soumet à chacun d'entre eux, dans les trois mois suivant la demande, un projet d'intégration précisant le classement de l'intéressé. Celui-ci dispose, à compter de la notification du projet, d'un délai de trois mois pour faire connaître au directeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ses observations éventuelles sur le projet. Compte tenu des observations formulées et, au plus tard avant l'expiration de ce délai de trois mois, le directeur prononce l'intégration.

L'agent reclassé est dispensé de stage.

Article 4

Lors de leur classement dans les corps d'intégration, les personnels mentionnés à l'article 1^{er} bénéficient d'une reconstitution de carrière prenant en compte la moitié des services accomplis dans l'établissement où ils étaient précédemment employés, sauf dispositions plus favorables résultant de l'application des statuts particuliers des corps d'intégration.

La prise en compte des services antérieurs ne peut avoir pour effet de permettre le classement des intéressés dans les corps d'accueil à un grade d'avancement –à l'exception des personnels exerçant des fonctions de moniteur dans les écoles paramédicales- ou à un échelon supérieur à celui qui confère un traitement égal ou à défaut immédiatement à la rémunération qu'ils percevaient dans leur ancienne situation à la date de leur intégration.

Article 5

Les personnels intéressés perçoivent, le cas échéant, une indemnité compensatrice visant à leur maintenir une rémunération égale à celle qu'ils percevaient antérieurement lorsqu'ils sont intégrés dans un corps de catégorie C ou D, à 95% au moins de cette rémunération lorsqu'ils sont intégrés dans un corps de catégorie B et à 90% au moins de cette rémunération lorsqu'ils sont intégrés dans un corps de catégorie A. Cette indemnité est résorbée au fur et à mesure des augmentations de rémunération consécutives aux avancements dont les intéressés bénéficient dans leur corps d'intégration.

Pour le calcul de l'indemnité prévue au premier alinéa, sont prises en compte, d'une part, la rémunération globale antérieure, comprenant le salaire brut principal augmenté

du montant brut des primes et indemnités qui en constituent éventuellement l'accessoire et, d'autre part, la rémunération résultant de l'intégration, comprenant le traitement indiciaire augmenté de la totalité des primes ou indemnités afférentes au nouvel emploi.

Le montant cumulé de l'indemnité compensatrice et de la rémunération ne peut être supérieur à la rémunération afférente au dernier échelon du grade le plus élevé du corps auquel l'intéressé accède.

Article 6

Le nom des établissements, la date de réalisation de l'opération ainsi que le nombre d'agents concernés susceptibles de bénéficier d'une intégration par corps d'accueil sont fixés par arrêté pris après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, conjointement par le ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, au vu des délibérations concordantes des organes compétents des organismes de gestion des établissements concernés.

ANNEXE N°2

Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, présenté au Gouvernement en Avril 1994 :

"La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité" (d'après l'annexe VII, pp.164-167).

Les niveaux de soins en néonatalogie :

- ❑ Niveau I :
 - a- assurer la surveillance des nouveau-nés bien portants durant les premiers jours de vie
 - b- promouvoir l'allaitement maternel et pratiquer les dépistages obligatoires.
- ❑ Niveau II :
 - c- réchauffer les nouveau-nés
 - d- alimenter les enfants de petit poids
 - e- poser un gavage ou une perfusion pour une courte période
 - f- traiter par photothérapie
 - g- administrer des médicaments par voie orale ou parentérale
 - h- obtenir en urgence 24 heures sur 24 des examens simples (exemple : radio de thorax)
 - i- obtenir un bilan étiologique dans la journée
 - j- faire face à une éventuelle aggravation.
- ❑ Niveau III :
 - k- assurer pour une longue durée une perfusion intraveineuse, un gavage, une oxygénothérapie
 - l- surveiller un état clinique non stabilisé
 - m- faire face à une aggravation

- ❑ Niveaux IV et V :

Il s'agit de soins intensifs et de réanimation néonatale.

Les différents types de maternités (Plan Périnatalité du 12 Avril 1994) :

- Niveau I : unité d'obstétrique
 - capacité à prendre en charge les grossesses sans facteur de risque périnatal
 - soins pédiatriques de niveaux I et II.

- Niveau II : unité d'obstétrique et unité de néonatalogie
 - capacité à prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de niveau III, donc associée à un service de pédiatrie néonatale.
 - Niveau II a : unité d'obstétrique et service de néonatalogie sans soins intensifs (cas de Vichy)
 - Niveau II b : unité d'obstétrique et service de néonatalogie avec soins intensifs

- Niveau III : unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale
 - capacité à prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins pédiatriques de niveau IV et V, donc associée à une unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale.

ANNEXE N°3

Données sur le pôle Femme-Enfant

1- Quelques données sur les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie de l'hôpital de Vichy :

Gynécologie-obstétrique :

Unité d'hospitalisation :

	SERVICE (25 lits)			OBSTETRIQUE (17 lits)			GYNECOLOGIE (8 lits)		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Entrées	1497	1705	1689	705	841	767	792	864	922
Journées	5877	6365	6123	3902	4140	3897	1975	2225	2226
DMS	3,89	3,73	3,60	5,44	4,92	5,02	2,49	2,58	2,40
Coefficient d'occupation des lits	64,41	69,56	68,98	62,88	66,54	62,80	67,64	75,99	83,31

Unité de consultations externes :

	Consultations publiques (médecins et sages-femmes)	Consultations libérales (médecins et sages-femmes)	Total
1999	5317	3727	9044
2000	7156	2498	9654
2001	7090	2318	9408

Unité d'exploration et de traitement technique :

Diagnostic anténatal : organisation en réseau avec le service de Clermont-Ferrand et le centre génétique. Amniocentèses (effectuées en maternité et analysées à Clermont) ; prélèvements de dépistage du risque de trisomie 21 adressés dans un laboratoire spécialisé pour analyse des marqueurs sériques.

Pédiatrie (28 lits) :

	1999	2000	2001
Entrées	1777	1900	1834
Journées	6627	6650	7431
DMS	3,69	3,47	4,00
Coefficient d'occupation des lits	64,84	64,89	72,71

2- Tableau récapitulatif des capacités en lits du pôle Femme-Enfant :

	OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE	PEDIATRIE	TOTAL
Situation actuelle	17	8	28	53 lits
Pôle Femme-Enfant (Hôpital + Clinique)	30	10	28	68 lits

ANNEXE N°4

CENTRE HOSPITALIER DE VICHY

PROJET D'ACCORD DE PRINCIPE CONCERNANT LA COOPERATION ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER DE VICHY ET LA CLINIQUE LA PERGOLA-JEANNE D'ARC

Conseil d'Administration du 28 Juin 2002

Préambule

Afin de mieux répondre aux besoins sanitaires de la population avec une qualité de service accrue, le Centre Hospitalier de Vichy et la Clinique La Pergola - Jeanne d'Arc se sont engagés dans un processus de rapprochement.

Cette coopération a pour objectif de permettre le développement du savoir faire existant de chacune des équipes médicales et para médicales et d'améliorer la performance et la sécurité du plateau technique.

Afin de favoriser la réalisation de ces objectifs, les deux établissements ont décidé, en collaboration avec le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Auvergne, de signer un protocole d'accord.

Article 1

Considérant :

- les besoins de santé des patients du bassin vichyssois et du secteur sanitaire des deux établissements public et privé de la ville de Vichy,
- l'offre globale de soins des deux établissements,
- l'émergence des nouveaux textes réglementaires, en particulier sur l'organisation des soins de périnatalité et d'obstétrique,
- les dispositions du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire arrêté le 15 septembre 1999, prévoyant, pour Vichy, une maternité de niveau 2 située au Centre Hospitalier,
- le résultat des diverses réunions tenues entre la direction et les représentants du corps médical des deux établissements,

les deux parties conviennent de l'intérêt, eu égard aux objectifs énoncés en préambule, d'une part du regroupement de leur activité d'obstétrique et d'autre part de l'installation d'un établissement hospitalier privé neuf, sur un terrain jouxtant le Centre Hospitalier de Vichy.

Cet établissement sera essentiellement orienté vers la chirurgie.

Des gardes communes devront être organisées dans toutes les activités partagées afin de résoudre les problèmes attendus, relatifs au respect des normes ainsi qu'à la réduction du temps de travail.

L'ensemble sera organisé de façon à préserver les intérêts financiers de chacun.

Article 2

Les deux parties conviennent de l'intérêt de regrouper dans un premier temps leur activité d'obstétrique sur un site unique, sans préjuger des autres activités.

Ce regroupement se fera au sein du pôle « femme et enfant » en cours de conception et de réalisation au centre hospitalier, afin de bénéficier de la proximité immédiate de la pédiatrie, de la réanimation et du service d'accueil des urgences, comme le prévoient les textes relatifs à la sécurité périnatale.

Il se fera dans le strict respect des intérêts des deux établissements et des gynécologues obstétriciens concernés.

En particulier, il garantira :

- le maintien de la liberté de choix pour les parturientes entre le secteur privé ou public et de leur praticien,
- une étroite proximité géographique entre l'activité d'obstétrique et celle de gynécologie, qui sera particulièrement favorisée par le transfert de la clinique La Pergola-Jeanne d'Arc dans de nouveaux locaux implantés sur le site hospitalier,
- la possibilité, pour les praticiens, de choisir le statut dans lequel ils exerceront leur activité, celui-ci pouvant varier, selon qu'il s'agisse de l'activité obstétrique, gynécologique ou de consultations.

Le regroupement des deux maternités sur un site unique devrait permettre de favoriser l'exploitation en commun des lits d'hospitalisation, des installations techniques, dont le bloc d'accouchement, de partager et d'organiser en concertation les compétences médicales et soignantes, selon le concept d'un véritable « pôle femme et enfant ».

Article 3

La Clinique La Pergola-Jeanne d'Arc souhaite éventuellement demander la transformation d'une partie de ses lits en lits de Soins de Suite et de Rééducation Fonctionnelle.

Leur fonctionnement et leur positionnement seront déterminés en bonne entente avec le Centre Hospitalier de Vichy.

Article 4

Les deux parties conviennent également de la nécessité d'étudier tout regroupement en vue d'optimiser les autres activités.

Conclusion

Les deux parties étant d'accord sur ces dispositions générales, elles décident de mettre en place des groupes de travail chargés d'en étudier la faisabilité technique et de proposer des solutions concrètes garantissant les intérêts de chacun, pour l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales.

ANNEXE N°5

Quelques données sur le Centre Hospitalier de Vichy :

- ❑ Etablissement de 726 lits et 52 places :
 - Médecine : 200 lits et 17 places
 - Chirurgie : 104 lits
 - Gynécologie-Obstétrique : 25 lits
 - Psychiatrie infanto-juvénile et générale : 95 lits et 35 places
 - Soins de suite et de réadaptation : 120 lits
 - Long séjour : 160 lits
 - Lits de porte : 10 lits
 - Hospitalisation à domicile : 12 lits
- ❑ 1310 personnels dont 107 médecins et 870 soignants
- ❑ Le centre hospitalier de Vichy a réalisé, en 2000, 24 000 entrées, 215 000 journées, soit un taux d'occupation de 82% et une durée moyenne de séjour de 8,84 jours. Il bénéficie d'une autorisation de traitement des urgences de type Service d'Accueil des Urgences, avec la présence sur place d'un SAMU. En 2000, il y a eu 36 000 passages
- ❑ Budget : exploitation – 70 millions d'Euros ; investissement – 10 millions d'Euros
- ❑ Equipe de direction composée d'un Directeur et de six Directeurs adjoints : Finances, Ressources Humaines, Affaires Générales et Système d'Information, Services Economiques et Qualité, Services Economiques et Techniques, Direction des Soins.

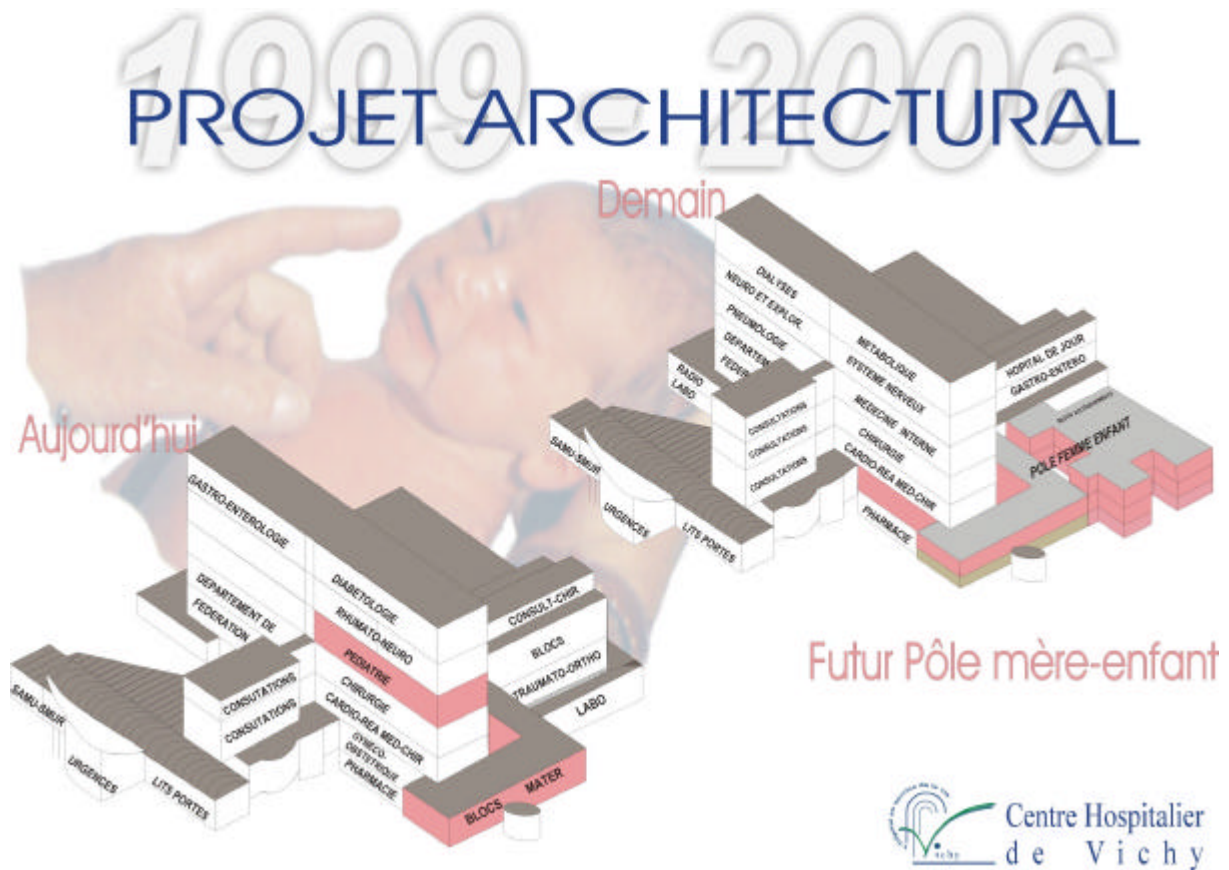
ANNEXE N°6

Calendrier de réalisation du pôle Femme-Enfant et de la coopération avec la clinique La Pergola :

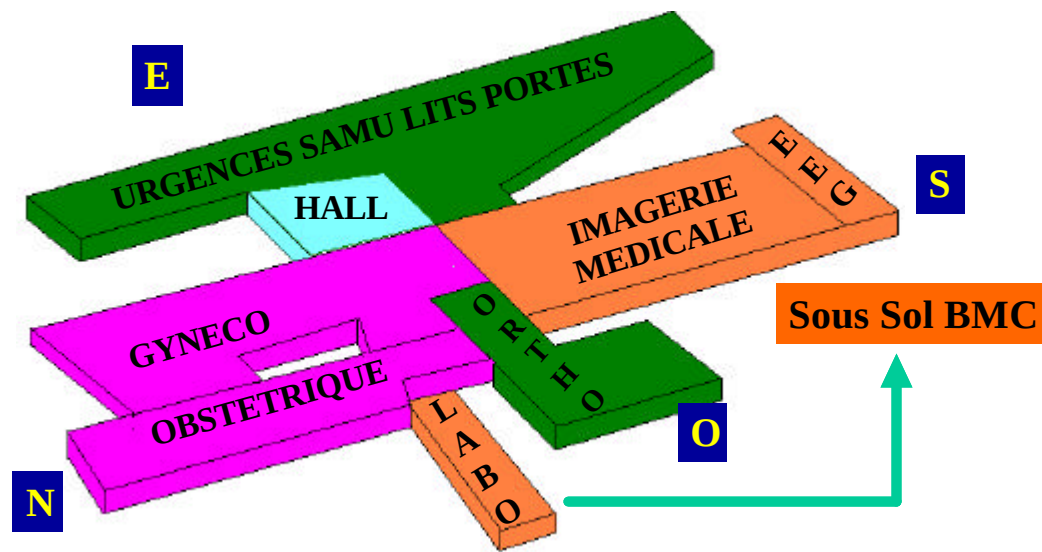
1999	Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier de Vichy pour la période 1999-2004
Avril 2000	Projet d'Etablissement approuvé par la tutelle
Juin 2001	Visite d'accréditation du Centre Hospitalier de Vichy
Juillet-Décembre 2001	4 réunions ARH-Hôpital-Clinique
Septembre 2001	Contrat d'Objectifs et de Moyens signé entre l'ARH et le Centre Hospitalier de Vichy
Février-Juin 2002	Arrêt des négociations entre l'hôpital et la clinique
24 Juin 2002	Lettre du PDG de la clinique au Directeur de l'hôpital
27 Juin 2002	La CME de l'hôpital vote favorablement au projet
Septembre 2002	Report de la conférence de presse ARH-Hôpital-Clinique du 10 Septembre 2002
Décembre 2002	Date prévisionnelle de début des travaux du pôle Femme-Enfant
1 ^{er} semestre 2005	Ouverture du pôle Femme-Enfant

ANNEXE N°7

Plans du pôle Femme-Enfant



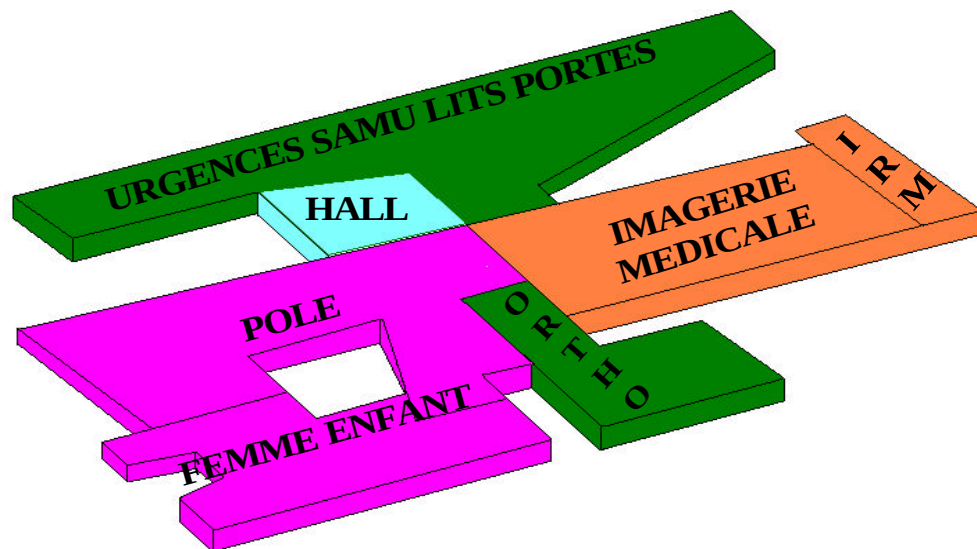
Bâtiment Médico Chirurgical



1999

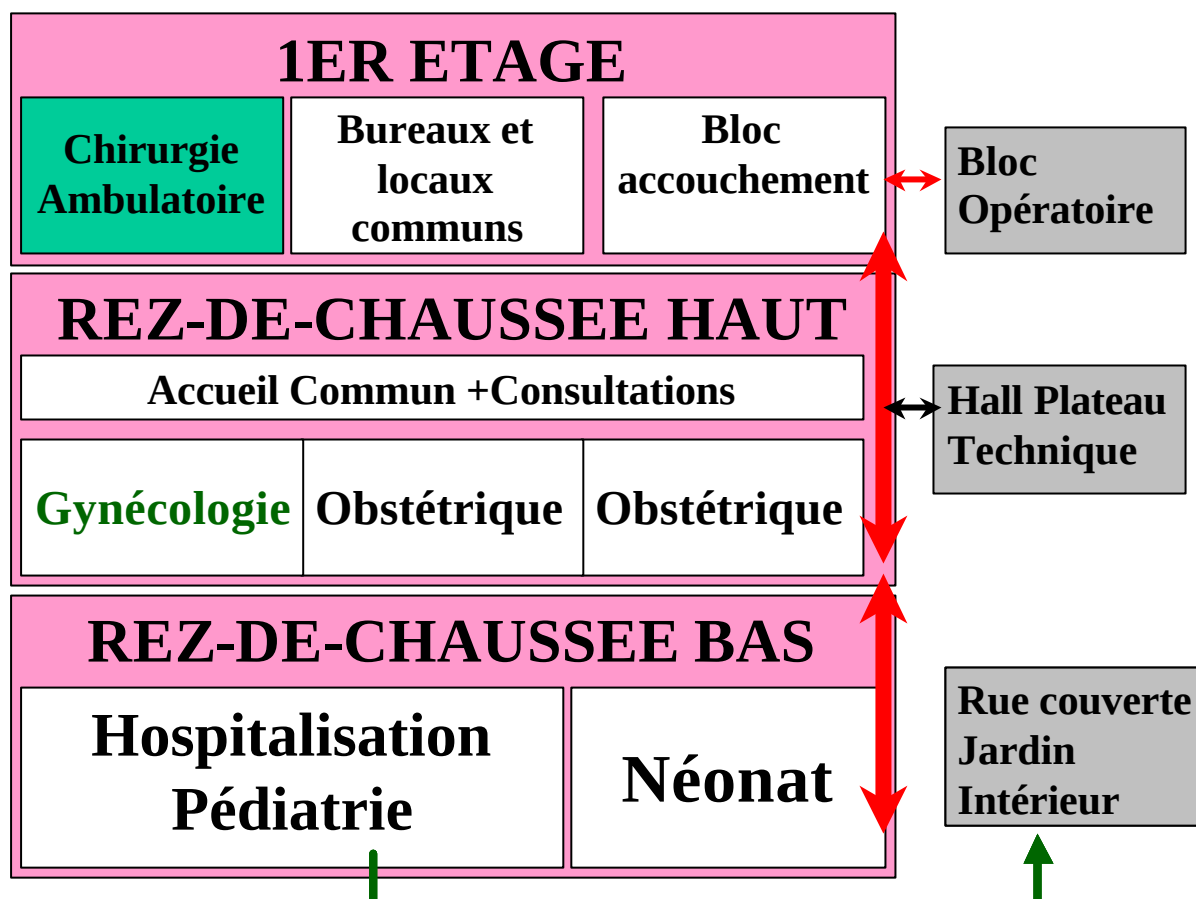
RDC

Bâtiment Médico Chirurgical



2004

RDC



ANNEXE N°8

***Scénario idéal : la coopération-développement entre
le centre hospitalier de Vichy et la clinique La Pergola***

PHASE DU PROJET	DOMAINE DE COOPERATION	MODALITE JURIDIQUE ENVISAGEE
1	Pôle Femme-Enfant	Convention
2	Chirurgie - Restauration – Blanchisserie – Stérilisation – Sécurité incendie	GCS ?