



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Filière EDH

Dates du Jury : 10-11 DÉCEMBRE 2002

**L'HÔPITAL PUBLIC FACE AU
DÉSENGAGEMENT PROGRESSIF DU
SECTEUR PRIVÉ DU DOMAINE DE LA
PÉRINATALITÉ. L'EXEMPLE DU SECTEUR
SANITAIRE DE PÉRIGUEUX.**

Judith LE PAGE

Je tiens à exprimer mes remerciements à Monsieur Philippe LAVEAU, Directeur du Centre Hospitalier de Périgueux, qui m'a autorisée à me plonger dans ce dossier passionnant à un moment où les discussions avec le secteur privé étaient encore confidentielles.

Merci également à mon encadrant mémoire, Monsieur Christian GARGAM, Directeur adjoint au Centre Hospitalier de Libourne, qui a assuré l'accompagnement méthodologique de mon mémoire et m'a fait profiter de son expérience, ainsi qu'à mon maître de stage, Monsieur Bruno ANCEAU, Directeur adjoint au Centre Hospitalier de Périgueux, qui m'a permis d'être au cœur des réflexions concernant ce dossier.

Sommaire

INTRODUCTION	5
MÉTHODOLOGIE	8
PREMIÈRE PARTIE.....	10
LA PÉRINATALITÉ ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVE : UN DOMAINE EN RECHERCHE DE PATERNITÉ	10
1.1 un cadre national qui tend au désengagement du secteur privé	11
1.1.1 La périnatalité, un domaine sous contrainte.....	11
1.1.2 Une démographie médicale défavorable.....	14
1.1.3 Un contexte qui tend au désengagement du secteur privé de la périnatalité.....	17
1.2 Un contexte local qui rend la coopération public-privé indispensable.....	23
1.2.1 Les orientations régionales et le secteur sanitaire n°3.....	23
1.2.2 L'organisation de la naissance à Périgueux.....	28
1.2.3 Les difficultés de la maternité privée.....	34
1.3 Les stratégies des acteurs locaux.....	37
1.3.1 La clinique.....	37
1.3.2 Le Centre Hospitalier.....	39
1.3.3 L'ARH.....	42
DEUXIEME PARTIE.....	45
DE LA COOPÉRATION AU TRANSFERT D'ACTIVITÉ EN PÉRINATALITÉ : UNE NAISSANCE DANS LA DOULEUR.....	45
2.1 La coopération transitoire entre secteur public et secteur privé	46
2.1.1 La signature d'une convention de coopération.....	46
2.1.2. L'étude d'autres scénarios de coopération transitoire.....	53
2.2 Le transfert anticipé de l'obstétrique sur l'hôpital public	63
2.2.1. La procédure en cas de fermeture ponctuelle et exceptionnelle de la maternité privée.....	63
2.2.2. La réorganisation de la maternité publique.....	65
2.2.3. La délocalisation de la chirurgie gynécologique.....	70
2.3. Le regroupement de l'obstétrique dans le pôle mère – enfant	74
2.3.1. Les capacités du pôle mère – enfant.....	74
2.3.2. Le statut juridique du pôle mère enfant.....	76
2.3.3. L'organisation médicale du pôle mère enfant.....	82
CONCLUSION	87

Liste des sigles utilisés

AP :	Auxiliaire puéricultrice
AS :	Aide -Soignant
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CH :	Centre Hospitalier
CHP :	Centre Hospitalier de Périgueux
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CO :	Clinique Ouverte
CSP :	Code de la Santé Publique
DDASS :	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
ETP :	Equivalent Temps Plein
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GIE :	Groupement d'Intérêt Economique
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
FIEHP :	Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation Privée
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FHP :	Fédération Hospitalière Privée
FPH :	Fonction Publique Hospitalière
GHM :	Groupe Homogène de Malades
IADE :	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
IBODE :	Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
OPH :	Ophtalmologie
PH :	Praticien Hospitalier
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SROS :	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SYNGOF :	Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France
UHP :	Union de l'Hospitalisation Privée

Introduction

La santé périnatale en France est une préoccupation des pouvoirs publics, qui évaluent régulièrement les principaux indicateurs relatifs à la morbidité et aux pratiques médicales concernant la grossesse et l'accouchement. L'évolution des normes réglementaires, associée aux progrès techniques en obstétrique et néonatalogie et à l'amélioration de la surveillance prénatale, a contribué ces dernières décennies à une amélioration de l'environnement sanitaire de la naissance.

Un nouveau cadre réglementaire, visant à améliorer les conditions d'exercice et de sécurité avant, pendant et après l'accouchement, s'applique aux maternités publiques et privées, depuis les décrets dits « de périnatalité » d'octobre 1998¹. Les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale sont désormais soumises à autorisation et trois niveaux de soins sont définis, avec les missions correspondantes. Les établissements réalisant moins de 300 accouchements par an ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique, sauf à titre dérogatoire. En outre, chaque établissement de santé doit participer à un réseau de périnatalité régionale, dont le but est d'orienter les femmes enceintes vers le niveau de prise en charge le plus adapté et de faciliter leur transfert si nécessaire.

Cette « nouvelle donne » modifie les règles du jeu et entraîne une importante réorganisation de la prise en charge périnatale, qui va au-delà des prévisions des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire en cours de réalisation. Le secteur privé était en effet jusqu'à maintenant un acteur incontournable dans le domaine de la périnatalité, puisqu'il

¹ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998, relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et décret n°98-900 du 9 octobre 1998, 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.

réalisait en moyenne un accouchement sur trois en 1996. Or, la tendance des établissements à but lucratif à abandonner l'obstétrique et la médecine pour s'orienter vers la chirurgie, plus rentable, s'accélère depuis 1998. Les normes en terme de personnels, de locaux et de matériels sont telles que l'exercice de l'activité d'obstétrique devient moins intéressant pour le secteur privé. En outre, la nouvelle réglementation s'inscrit dans un contexte de démographie médicale défavorable, particulièrement pour les spécialistes liés à la périnatalité (pédiatres, gynécologues obstétriciens, anesthésistes réanimateurs). Par conséquent, les établissements privés de santé se désengagent progressivement du domaine de la périnatalité et les établissements publics sont contraints à augmenter leur activité dans ce domaine, alors qu'ils rencontrent les mêmes difficultés que le secteur privé.

Dans cette situation, quelles sont les marges de manœuvre de l'hôpital public, pour continuer à assurer la continuité de la prise en charge périnatale, et quelle stratégie peut-il adopter face au secteur privé ?

Le Centre Hospitalier de Périgueux constitue une bonne illustration de ce mouvement national de désengagement du secteur privé du domaine de la périnatalité. L'établissement privé concurrent sur la ville, qui effectue environ un tiers des accouchements (les deux autres tiers étant réalisés à l'hôpital public), menace en effet de fermer brutalement sa maternité. Or, le Centre Hospitalier se trouve dans l'incapacité d'absorber ce surcroît d'activité dans les conditions actuelles de fonctionnement de son service de gynécologie obstétrique. En revanche, l'accueil de toutes les parturientes de la ville de Périgueux est tout à fait envisageable à moyen terme, au sein du futur pôle mère enfant, qui constitue la « pierre angulaire » du projet d'établissement n°2 (2001-2005) du Centre Hospitalier. Toute la problématique consiste donc, pour le Centre Hospitalier, à réussir à éviter la fermeture de la maternité privée, tant que le pôle mère enfant ne sera pas opérationnel.

Ce mémoire professionnel a pour but, à travers un contexte local particulier, celui de la ville de Périgueux, d'apporter des informations transposables le cas échéant à des problématiques comparables. Le point de vue adopté est celui d'un futur directeur d'établissement public de santé.

La première partie rappelle le cadre national, qui tend au désengagement du secteur privé du domaine de la périnatalité, et présente le contexte local et les stratégies des différents acteurs.

La seconde partie développe les différents scénarios, effectivement mis en place ou simplement étudiés, qui permettraient d'assurer la continuité de la prise en charge périnatale sur Périgueux : la coopération transitoire entre les deux établissements, le transfert de l'activité d'obstétrique sur l'hôpital public avant la réalisation du pôle mère enfant, le regroupement de l'activité d'obstétrique au sein du pôle mère enfant.

Méthodologie

L'élaboration et la réalisation de ce mémoire ont été réalisées en trois temps :

- Recherche bibliographique et documentaire

L'étude théorique a consisté en la lecture et l'analyse des textes réglementaires et législatifs, la consultation de revues professionnelles et l'exploitation de rapports ou d'études ayant trait au domaine de la périnatalité, aux modalités de coopération public / privé et à la stratégie dans le secteur public.

- Etude d'expériences hospitalières sur le même thème, notamment lors du stage extérieur

Il est apparu nécessaire d'étudier d'autres expériences de coopération ou de transfert d'activité entre maternités publiques et maternités privées, pour voir dans quelle mesure les solutions mises en place pouvaient être adaptées au contexte local de Périgueux.

Le stage extérieur m'a permis d'étudier l'exemple concret de l'abandon de l'activité d'obstétrique par une clinique privée et le regroupement de toute l'activité sur le site de l'hôpital public. Ce stage, effectué au sein de l'établissement privé en décembre et janvier 2001, a constitué une étude préparatoire pour la réalisation du mémoire.

L'expérience de mon encadrant – mémoire, M. Gargam, Directeur Adjoint au Centre Hospitalier de Libourne, a été également très utile. Celui-ci a en effet mené le rapprochement entre la maternité de l'hôpital public et celle de la clinique privée, sous la forme d'une clinique ouverte.

D'autres expériences hospitalières ont été également étudiées, par le biais d'articles, de mémoires réalisés par les élèves-directeurs ou par des entretiens téléphoniques.

- Travail de fonds sur le terrain de stage

La rédaction du mémoire s'est faite en parallèle avec les évolutions de la situation locale. Ce mémoire m'a donc permis de suivre le dossier au sein de l'établissement : participation aux réunions institutionnelles et internes liées à la problématique, rédaction de compte- rendus, association à la rédaction de certains documents officiels (notamment la convention de coopération), réunions concernant le programme technique détaillé du plan directeur, notamment celles traitant du projet de pôle mère enfant, et association à la réflexion de fonds sur les divers scénarios envisageables.

première partie

La périnatalité entre secteur public et secteur privé : un domaine en recherche de paternité

Depuis le début des années 1970, le nombre de maternités diminue en France, selon un mouvement continu de reconversion et de concentration². A la suite de ces restructurations, le secteur privé devient minoritaire en nombre de maternités, mais il reste un acteur incontournable de la prise en charge périnatale. Or, cette répartition entre secteur public et secteur privé va être profondément modifiée par les décrets du 9 octobre 1998³, dits de périnatalité, au point que l'on peut parler d'un « domaine en recherche de paternité ».

Cette nouvelle réglementation, intervenue dans un contexte de démographie médicale défavorable, tend au désengagement du secteur privé de la périnatalité, au niveau national. Par conséquent, les établissements publics sont contraints d'augmenter leur activité dans ce domaine, ce qui peut être problématique dans certains cas.

La situation du Centre Hospitalier de Périgueux illustre ce mouvement national d'abandon de la périnatalité par le secteur privé. Le contexte local et les difficultés de la maternité privée rendent la coopération public / privé indispensable, au moins de façon transitoire.

Les principaux acteurs locaux adoptent des stratégies divergentes, en fonction de leurs intérêts propres, mais semblent s'accorder sur un objectif commun : éviter la fermeture brutale de la maternité privée.

² Selon la revue *Etudes et résultats*, n°21, juillet 1999, consacrée à l'évolution des maternités de 1975 à 1996.

³ Cf note de bas de page p. 5.

1.1 UN CADRE NATIONAL QUI TEND AU DÉSENGAGEMENT DU SECTEUR PRIVÉ

Le nouveau cadre réglementaire de 1998, associé au contexte défavorable de la démographie médicale, tend au retrait du secteur privé du domaine de la périnatalité.

1.1.1 La périnatalité, un domaine sous contrainte

Les décrets du 9 octobre 1998 s'inscrivent dans la continuité d'une série de mesures prises pour améliorer la qualité et la sécurité du suivi des grossesses et des accouchements.

Une naissance sous surveillance depuis le début des années 1970

A la fin des années 1960, la mortalité périnatale⁴ en France est une des plus élevées d'Europe, avec un taux de 23,3 ‰. En outre, le coût des enfants handicapés est considérable⁵. En 1970, une campagne de presse sur le «scandale des accouchements en France» a un fort impact sur le public et le Ministre de la Santé lance une première enquête sur la périnatalité. Elle confirme les mauvais résultats et leurs incidences morales et financières très lourdes.

Le décret Dienech de février 1972⁶, s'appliquant aux cliniques privées d'accouchement, constitue la première mesure concrète pour améliorer cette situation. Il impose des normes très détaillées pour les locaux et le plateau technique et précise, pour le personnel, l'obligation d'un service de garde avec la présence constante d'une sage-femme et la possibilité de joindre un médecin. En mai 1972, une circulaire applicable au secteur public reprend ces normes et recommande en plus que les maternités fonctionnent sous la responsabilité d'un gynécologue obstétricien qualifié. Le résultat de ces mesures est une chute spectaculaire de la mortalité périnatale à 13 ‰ en 1980.

Mais, par manque de crédits et de volonté, les textes de 1972 ne sont pas entièrement appliqués. En mai 1988, une circulaire de Michèle Barzach relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques recommande un certain nombre de mesures : actualisation des normes des locaux, précisions sur les modalités de

⁴ Enfants mort-nés et enfants nés vivants décédés à moins de 7 jours.

⁵ M. Bloch-Lainé, Président Directeur Général du Crédit Lyonnais, l'évalue à 2% du Produit Intérieur Brut en 1968.

⁶ Décret n°72-162 du 21 février 1972.

restructuration des centres obstétricaux de faible activité, incitation au développement des techniques d'analgésie, création de comités techniques régionaux de la naissance et réalisation d'une enquête sur toutes les maternités publiques.

En 1994, le Haut Comité de la Santé Publique rend un rapport sur la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance, à partir duquel le gouvernement élabore un plan de périnatalité 1995-2000. Ce plan fixe 4 objectifs de santé publique à atteindre d'ici 5 ans :

- diminuer la mortalité maternelle de 30%
- abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20%
- réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%
- réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

Ce plan prévoit des enquêtes nationales périnatales régulières sur la morbidité et les pratiques médicales dans les maternités publiques et privées. Les résultats de ces études menées en 1995 et 1998 permettent de faire le point sur la situation périnatale en France⁷ :

- la prise en charge de la grossesse continue à s'améliorer. Les femmes enceintes sont plus nombreuses à consulter l'équipe qui les prendra en charge au moment de la naissance et à bénéficier de séances de préparation à la naissance (70% en 1998). Les analgésies péridurales concernent 6 accouchements sur 10.

- l'état de santé à la naissance, mesuré par le score Apgar⁸, reste globalement stable, avec une tendance à l'amélioration pour les scores les plus faibles. Le taux de mortalité périnatale, de 7 ‰ en 1997, reprend sa tendance à la baisse après une stagnation en 1994 et 1995.

Depuis le début des années 1970, les normes encadrant le fonctionnement des maternités publiques et privées ont considérablement évolué. Cette évolution normative, associée aux progrès techniques en obstétrique et néonatalogie et au renforcement de la surveillance prénatale, a contribué à l'amélioration de la situation périnatale en France. Si la naissance est « sous surveillance » depuis cette époque, le cadre réglementaire de 1998 prévoit pour la première fois une autorisation pour prendre en charge les femmes enceintes et leurs nouveaux-nés.

⁷ Les données suivantes sont tirées de la revue *Etudes et résultats* n°73, juillet 2000, consacrée à la situation périnatale en France en 1998.

⁸ Le score Apgar consiste à évaluer cinq éléments cotés de 0 à 2 : fréquence cardiaque, respiration, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée.

Un nouveau cadre réglementaire contraignant

La nouvelle réglementation, issue en partie des recommandations du rapport du Haut Comité de la Santé Publique en 1994, s'applique aux établissements publics et privés de santé.

▪ Trois niveaux d'activités de soins

Le décret n°98-899 du 9 octobre 1998 définit trois niveaux d'activités de soins et les missions correspondantes :

- les maternités disposant d'une unité d'obstétrique seule
- les maternités disposant d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie
- les maternités disposant d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

Toutes les maternités doivent s'inscrire dans l'un de ces trois niveaux et respecter les exigences décrites dans le décret pour être autorisées à fonctionner. Il est également précisé que l'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle de 300 accouchements. A titre dérogatoire, cette autorisation peut toutefois être accordée lorsque « *l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population* ». Les établissements non autorisés peuvent continuer à exercer des activités pré et post-natales sous l'appellation de « centre périnatal de proximité ».

▪ Des réseaux de périnatalité

De plus, le décret prévoit qu'un établissement ne pratiquant pas l'ensemble des activités doit au minimum passer convention avec un ou plusieurs établissements de santé autorisés à pratiquer ces activités. Le but de ces conventions est d'assurer l'orientation des femmes enceintes et les transferts, éventuellement en urgence, des mères et de leurs nouveaux-nés entre ces établissements.

▪ Des conditions techniques à respecter

Le décret n°98-900 du 9 octobre 1998 fixe les conditions techniques de fonctionnement⁹ à respecter par les établissements de santé, publics et privés. Il s'agit de normes minimales, en terme de locaux et de personnels, pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement.

⁹ Le décret est complété par l'arrêté du 25 avril 2000, relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale.

Le cadre réglementaire de 1998 apparaît donc novateur, car c'est la première fois que des normes identiques s'appliquent aux établissements publics et privés dans le domaine de la périnatalité. Il est aussi très contraignant, en imposant notamment des effectifs minimums en fonction du nombre de naissances, dans un contexte où la démographie médicale est défavorable.

1.1.2 Une démographie médicale défavorable

La gynécologie obstétrique, la pédiatrie et l'anesthésie réanimation font partie des spécialités dont la situation démographique est la plus préoccupante¹⁰. De plus, diverses autres raisons expliquent la désaffection actuelle de ces spécialités.

La décroissance rapide des effectifs et le vieillissement des praticiens en activité

La gynécologie obstétrique a la particularité d'être une spécialité à la fois médicale et chirurgicale. Les chiffres concernant le nombre de praticiens sont donc difficiles à établir, car tous les spécialistes n'exercent pas l'obstétrique. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins¹¹, 2432 praticiens exercent en gynécologie-obstétrique et 2368 en gynécologie et obstétrique au 1^{er} janvier 2001 (au total, 44,5% d'entre eux travaillent en libéral).

Or, le renouvellement de ces praticiens risque de ne pas être assuré à court terme. En 1998, le rapport Nicolas estime les prévisions de sorties de cette spécialité à 170 par an en moyenne, alors qu'environ 75 à 85 gynécologues obstétriciens sont formés chaque année. Selon une étude réalisée par le Dr Pontone¹² en 2000, 160 internes par an seraient nécessaires pour compenser les départs à la retraite à 65 ans et 185 si les départs avaient lieu à 60 ans. De plus, à partir de 55 ans, la majorité des obstétriciens abandonnent cette activité pour se consacrer uniquement à la gynécologie (en 1998, 23,5% des gynécologues obstétriciens ont plus de 50 ans).

¹⁰ Le rapport G. Nicolas et M. Duret était d'ailleurs consacré à deux de ces spécialités, parmi les quatre étudiées : « Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique, psychiatrie et radiologie », février 1998.

¹¹ CNOM

¹² PONTONE S. Un modèle expérimental d'analyse et de projection démographiques : l'anesthésie réanimation, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie et la radiologie, *Gestions Hospitalières*, décembre 2000, n°401, pp.785-786.

Les anesthésistes réanimateurs sont 9001 au 1^{er} janvier 2001, dont 31,2% exercent en libéral. L'anesthésie réanimation est la spécialité médicale qui a connu la plus forte progression au cours des 20 dernières années. Néanmoins, la progression des effectifs s'est nettement ralentie depuis 1990 et la population de ces praticiens a beaucoup vieilli : 32% des anesthésistes réanimateurs a plus de 50 ans et les moins de 35 ans ne représentent plus que 5% de la profession, en 1999.

Selon le rapport Nicolas, il existe un risque de déficit important puisque les perspectives de sorties d'activité sont de 200 par an pour la période 2002-2006, alors que l'on forme 125 anesthésistes par an en 1998. Selon l'étude du Dr Pontone, il faudrait former 261 internes par an en prenant l'hypothèse d'un départ à la retraite à 65 ans, et 301 pour un départ à la retraite à 60 ans.

5904 pédiatres exercent en France au 1^{er} janvier 2001, dont 29,7% en libéral. La tendance démographique est à la diminution du nombre de pédiatres et à l'augmentation de leur moyenne d'âge : 31% des pédiatres ont plus de 50 ans et seulement 10% ont moins de 35 ans (en 1999).

Pour permettre le renouvellement de ces spécialistes, il faudrait admettre 170 internes par an dans l'hypothèse d'un départ à la retraite à 65 ans et 196 pour un départ à 60 ans. De plus, il faut également tenir compte de la féminisation grandissante de la profession, puisque 56% des pédiatres sont des femmes. Or, plusieurs données concordantes montrent que dans le secteur libéral tout au moins, les femmes exercent à peu près à 66-70% du temps des hommes.

Cette situation démographique défavorable est aggravée par le fait que les spécialités de pédiatrie, anesthésie- réanimation et gynécologie- obstétrique ne sont pas parmi les plus attractives et connaissent aujourd'hui des difficultés de recrutement.

La désaffection actuelle de ces spécialités

Cette désaffection est liée à plusieurs aspects :

- la pénibilité d'exercice : ces praticiens doivent être disponibles jour et nuit et connaissent des rythmes de garde et d'astreinte importants. Les décrets du 9 octobre 1998 augmentent ces contraintes : pour les maternités réalisant plus de 1500 naissances par an, un gynécologue obstétricien doit être présent dans l'unité d'obstétrique 365 jours par an et 24 heures/24, un anesthésiste réanimateur doit être présent sur le site de l'établissement et un

pédiatre présent sur le site ou en astreinte opérationnelle. A partir de 2000 accouchements par an, l'anesthésiste réanimateur doit être présent dans l'unité d'obstétrique.

- le fort niveau de responsabilité individuelle pour les anesthésistes réanimateurs et les obstétriciens : le plus grand volume de contentieux porte actuellement sur ces deux spécialités. En conséquence, le nombre d'assureurs se réduit et les primes d'assurances sont de plus en plus élevées. Les obstétriciens sont parmi les plus touchés : selon le Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France, les primes ont été parfois doublées en deux ans¹³. Les craintes des assureurs se fondent sur l'évolution de la jurisprudence en responsabilité civile médicale, notamment depuis l'arrêt Perruche¹⁴.

- la faible rémunération des pédiatres : ce sont les médecins qui disposent du revenu annuel moyen le plus bas, estimé à 329 000 F en 1997¹⁵.

Enfin, certains établissements de santé connaissent plus que d'autres des difficultés de recrutement, du fait de l'inégale répartition des praticiens sur le territoire, comme le montrent les cartes du CNOM représentant la densité de ces spécialistes par départements français¹⁶.

C'est donc dans une situation démographique défavorable que les décrets dits «de périnatalité» sont parus, entraînant une nouvelle répartition de la prise en charge périnatale entre secteur public et secteur privé.

¹³ Des primes de plus en plus élevées pour les médecins, *Le Monde*, 26/06/02.

¹⁴ Cet arrêt, confirmé par la Cour de Cassation, a accordé une indemnisation financière à un adolescent né gravement handicapé des suites d'une rubéole non diagnostiquée pendant la grossesse de la mère.

¹⁵ Selon une enquête de la revue *Etudes et résultats*.

¹⁶ Cf site internet du CNOM.

1.1.3 Un contexte qui tend au désengagement du secteur privé de la périnatalité

Entre 1970 et 1996, le nombre de maternités a diminué en France sous l'effet d'un mouvement continu de reconversion et de concentration¹⁷. Cette évolution a particulièrement touché les maternités privées, obligées de se restructurer pour répondre aux normes réglementaires et pour rester rentables financièrement. Grâce à ces adaptations, le secteur privé est resté un acteur important de la prise en charge périnatale.

Le nouveau cadre réglementaire de 1998 modifie cette situation et entraîne le désengagement du secteur privé du domaine de la périnatalité.

Le secteur privé, un acteur important de la périnatalité jusqu'en 1998

Les restructurations de maternités ont particulièrement touché le secteur privé. Le décret Dienech de 1972¹⁸, qui fixe un seuil minimum de 15 lits d'obstétrique, a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales, souvent tenues par des sages-femmes. De plus, l'activité devient moins lucrative, compte-tenu des nouvelles exigences en personnels, en locaux et en matériel. Par conséquent, entre 1975 et 1985, 190 maternités privées ont fermé. Depuis le milieu des années 1980, le mouvement se poursuit de façon plus ralentie : entre 1985 et 1996, 142 maternités privées ont cessé leur activité. A la fin de cette période, le secteur privé est minoritaire en nombre de maternités (384 sur 814).

Evolution entre 1975 et 1996 du nombre d'établissements et de lits autorisés en obstétrique

	1975			1985			1996		
	public	privé	total	public	privé	total	public	privé	total
Nombre de maternités (sites géographiques)	653	716	1369	509	526	1035	430	384	814
Pourcentage	47,7%	52,3%		49,2%	50,2%		52,8%	47,2%	
Nombre de lits correspondants	19052	14695	33747	17952	12607	30559	15551	10608	26159
Pourcentage	56,5%	43,5%		58,7%	41,3%		59,4%	40,6%	

Source : SESI.

¹⁷ Selon la revue *Etudes et résultats*, n°21, juillet 1999, consacrée à l'évolution des maternités de 1975 à 1996.

¹⁸ Décret n°72-162 du 21 février 1972.

Si le secteur privé devient minoritaire en nombre de maternités, son rôle dans la prise en charge périnatale a très peu évolué entre 1985 et 1996. Il réalise en moyenne un peu plus d'un accouchement sur trois en France, dans des proportions très variables selon les régions.

Evolution entre 1985 et 1996 de la part des accouchements réalisés dans les maternités privées à but lucratif

	1985	1996
Île-de-France	46%	40%
Champagne-Ardenne	38%	39%
Picardie	23%	26%
Haute-Normandie	37%	28%
Centre	24%	31%
Basse-Normandie	15%	21%
Bourgogne	31%	31%
Nord-Pas-de-Calais	26%	34%
Lorraine	26%	32%
Alsace	2%	2%
Franche-Comté	24%	20%
Pays de la Loire	37%	36%
Bretagne	37%	35%
Poitou-Charentes	38%	36%
Aquitaine	47%	44%
Midi-Pyrénées	51%	54%
Limousin	39%	38%
Rhône-Alpes	37%	37%
Auvergne	41%	32%
Languedoc-Roussillon	56%	55%
PACA	55%	47%
Corse	58%	44%
France métrop.	37%	36%

Source *Etudes et résultats*, n°21, juillet 1999

Si l'on compare la taille des établissements pratiquant l'obstétrique, on remarque que le nombre d'accouchements réalisés dans le secteur public est particulièrement plus élevé dans la catégorie des maternités de plus de 1500 accouchements par an¹⁹. De façon schématique, les accouchements se font d'une part dans les grosses maternités publiques des CHU et des CH des grandes villes, faiblement concurrencées en volume par de grosses

¹⁹ Selon le rapport Charpak, « La périnatalité et le secteur privé d'hospitalisation : quel avenir ? Situation actuelle, difficultés, évolutions possibles : quelques éléments de réflexion », 1999. Ce rapport a été réalisé pour la FIEHP (Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée), l'UHP (Union de l'hospitalisation privée) et le SYNGOF (Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France).

maternités privées, et d'autre part dans des maternités plus petites, qui se partagent à peu près à égalité entre public et privé.

Le rapport Charpak compare la prise en charge périnatale dans le secteur privé, par rapport au secteur public :

- une clientèle plus âgée (en moyenne deux à trois fois moins de femmes de moins de 20 ans, et presque deux fois plus de femmes de plus de 40 ans),
- un taux d'accouchement sous péridurale plus élevé (pour les accouchements par voie basse comme pour les césariennes, surtout dans les établissements de plus de 1500 accouchements par an),
- une proportion très légèrement plus faible d'actes « avec complications médicales associées »
- un taux d'enfants nés de naissances multiples plus faible (la différence étant surtout sensible au-delà de 1500 accouchements, aucune différence pour les plus petits établissements),
- des accouchements par césariennes plus fréquents (surtout dans les établissements réalisant moins de 1500 accouchements par an, au-delà la différence public/privé s'estompe),
- un ratio IVG/accouchements sensiblement inférieur, qui varie beaucoup selon les régions
- à GHM identiques, une durée moyenne de séjour sensiblement la même,
- un taux d'épisiotomie sensiblement identique,
- en moyenne, même si les comparaisons sont difficiles, un effectif plus faible de paramédicaux, d'infirmières spécialisées et de sages-femmes, compensé par des médecins plus nombreux.

En conclusion, ce rapport estime qu'il n'y a *«pas de spécificités majeures du secteur privé d'obstétrique, que ce soit en terme de sélection des risques, de réalisations d'actes ou de moyens mis en œuvre»*.

Si le secteur privé apparaît donc comme un acteur incontournable de la prise en charge périnatale en France, cette situation se modifie de façon importante à partir de 1998.

Depuis les décrets de 1998, les maternités privées se désengagent de la périnatalité

Plusieurs raisons expliquent ce désengagement :

- Tout d'abord, la fermeture est obligatoire pour les maternités réalisant moins de 300 accouchements annuels, sauf exception géographique. Or, en 1998, il y avait 40 maternités privées dans ce cas, contre 51 dans le secteur public.

- Ensuite, la fermeture est souvent due à la difficulté de respecter les normes fixées par les décrets. Selon une enquête réalisée auprès d'établissements privés et destinée à évaluer l'impact des projets de décrets de 1998²⁰, 75% des maternités réalisant moins de 500 accouchements, 80% de celles réalisant entre 500 et 1000 accouchements, 60 à 70% de celles réalisant entre 1000 et 2000 accouchements et 10% de celles réalisant plus de 2000 accouchements sont en dessous des normes fixées par les projets de décrets. Or, la mise aux normes constitue un investissement parfois très important, tant en locaux qu'en personnels et en matériels, par rapport aux gains espérés, particulièrement pour les petites maternités.

- Enfin, les décrets ont pour conséquence de diminuer la rentabilité de l'activité d'obstétrique. Selon le rapport Charpak, le déficit est d'autant plus important que l'activité d'accouchement est faible. Les plus grosses maternités privées bénéficient d'un effet de « production de masse », qui permet d'optimiser les coûts spécifiques de l'obstétrique (activité difficile à planifier, personnel paramédical qui n'est pas opérationnel pour d'autres activités de soins). Pour une maternité d'environ 600 accouchements par an, bien organisée par ailleurs, le déficit du secteur obstétrique est évalué à environ 1 million de francs par an, soit 1700 F par accouchement.

Ces calculs, issus de l'enquête menée fin 1999 dans le cadre du rapport Charpak, ne tiennent pas compte des revalorisations des actes d'obstétrique effectuées depuis par les pouvoirs publics. La situation financière des maternités privées s'est donc quelque peu améliorée aujourd'hui.

²⁰ Enquête réalisée auprès de 192 établissements privés à but lucratif ou conventionnés, réalisant en moyenne 940 accouchements par an, publiée par l'APM (17 septembre 1998).

Les décrets de 1998 peuvent donc être considérés comme de véritables décrets de planification sanitaire, car ils sont à l'origine d'un mouvement de restructuration des maternités important, particulièrement dans le secteur privé à but lucratif, comme l'illustre l'exemple aquitain.

La région Aquitaine fait partie des quatre régions françaises ayant connu les plus fortes restructurations du secteur privé lucratif entre 1985 et 1996. La part du secteur privé reste pourtant supérieure à la moyenne nationale, avec 4,5 accouchements sur 10 réalisés dans le secteur privé lucratif en 1996.

Evolution des maternités publiques et privées entre 1985 et 1996 en Aquitaine

Aquitaine	Secteur sous dotation globale		Secteur privé lucratif	
	1985	1996	1985	1996
Etablissements	23	19	33	22
Lits	764	668	637	490
Accouchements	16564	16547	15064	13547
Effectifs sages-femmes	221	279	149	157
<i>Dt temps plein</i>	<i>168</i>	<i>177</i>	<i>127</i>	<i>104</i>
ETP sages-femmes	208	245	144	132

Source : DREES-SAE

Depuis la parution des décrets de 1998, les maternités privées se restructurent fortement :

- le SROS n°2, 1999-2004, prévoit la fermeture de huit unités d'obstétrique, dont sept sont à but lucratif. Aucune de ces maternités privées n'a obtenu le renouvellement de son autorisation de fonctionnement, sauf à titre provisoire, le temps pour la maternité publique de se réorganiser pour pouvoir prendre en charge une augmentation d'activité.
- d'autres fermetures de maternités privées risquent de se produire, alors qu'elles n'étaient pas prévues par le SROS.

Face à cet abandon de l'activité d'obstétrique par le secteur privé, les établissements publics doivent augmenter leur activité dans ce domaine. En effet, la demande de soins est « incompressible », elle n'est pas modulable en fonction de l'offre de soins, contrairement à d'autres activités. Les maternités publiques doivent donc faire face à deux difficultés en même temps : absorber un surcroît d'activité non négligeable, de 50% ou plus pour certaines d'entre elles, tout en respectant les normes imposées par les décrets de 1998. Tout cela entraîne des contraintes importantes en terme d'aménagements des locaux, de recrutement médical et paramédical, de réorganisation de la prise en charge...

Ces restructurations des maternités, publique et privée, ont contribué en 2001, avec l'augmentation imprévue des naissances, des grossesses multiples et de la prématurité, à la surcharge des services de néonatalogie et de réanimation néonatale. Cette surcharge permet d'expliquer pourquoi le pourcentage d'enfants de moins de 33 semaines de gestation naissant dans une maternité de niveau III est retombé à 70% (2000-2001), alors qu'il était passé de 55% (1997-1998) à 80% (1999)²¹.

La situation à laquelle est confronté le Centre Hospitalier de Périgueux depuis le début de l'année 2001 est représentative de ce mouvement national de désengagement du secteur privé de la périnatalité.

²¹ - J-Y. Nau, Les épidémiologistes dénoncent la dégradation de la santé périnatale, *Le Monde*, 6 août 2002.

- Résultats du Réseau Sentinelle AUDIPOG 2001, N. Mabelle, O. Claris, B. Maria, P. Mares, D. Pinquier, août 2002.

1.2 Un contexte local qui rend la coopération public-privé indispensable

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Aquitaine n°2 (1999-2004) reprend les principes d'organisation de la périnatalité définis au niveau national dans les décrets du 9 octobre 1998. Concernant le secteur sanitaire n°3, et plus particulièrement la ville de Périgueux, ce schéma prévoit le maintien de deux unités d'obstétrique distinctes et ne modifie pas l'organisation de la naissance, qui est satisfaisante pour les parturientes.

Mais, la maternité privée connaissant des difficultés de fonctionnement, le Centre Hospitalier est menacé de devenir à court terme la seule unité d'obstétrique de la ville de Périgueux. Ce contexte local problématique rend la coopération public/privé indispensable.

1.2.1 Les orientations régionales et le secteur sanitaire n°3

Les orientations régionales sur la périnatalité

Arrêté en 1999, le SROS revoit la répartition géographique des unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, ainsi que les modalités d'organisation du réseau de périnatalité d'Aquitaine, conformément aux décrets du 9 octobre 1998.

Le SROS propose une nouvelle structuration de l'offre de soins :

- chaque pôle d'offre de soins de niveau 1 comprend une unité d'obstétrique, avec une activité minimale de 300 accouchements (des dérogations peuvent être accordées lorsque le temps séparant le pôle comportant une unité d'obstétrique sera de plus de 45 minutes pour une partie significative de la population),
- chaque pôle d'offre de soins de niveau 2 dispose d'au moins une unité de néonatalogie avec soins intensifs,
- sur le pôle hospitalier d'offre de soins de niveau 3, et dans les zones qui en seront éloignées de plus de 2 heures, seront mises en places des unités de réanimation néonatale.

Concrètement, il est prévu de n'autoriser que trois unités d'obstétrique avec réanimation néonatale, à Bordeaux, à Pau et à Bayonne, et quatre unités d'obstétrique avec une unité de néonatalogie et de soins intensifs (Périgueux, Libourne, Agen, Mont-de-Marsan).

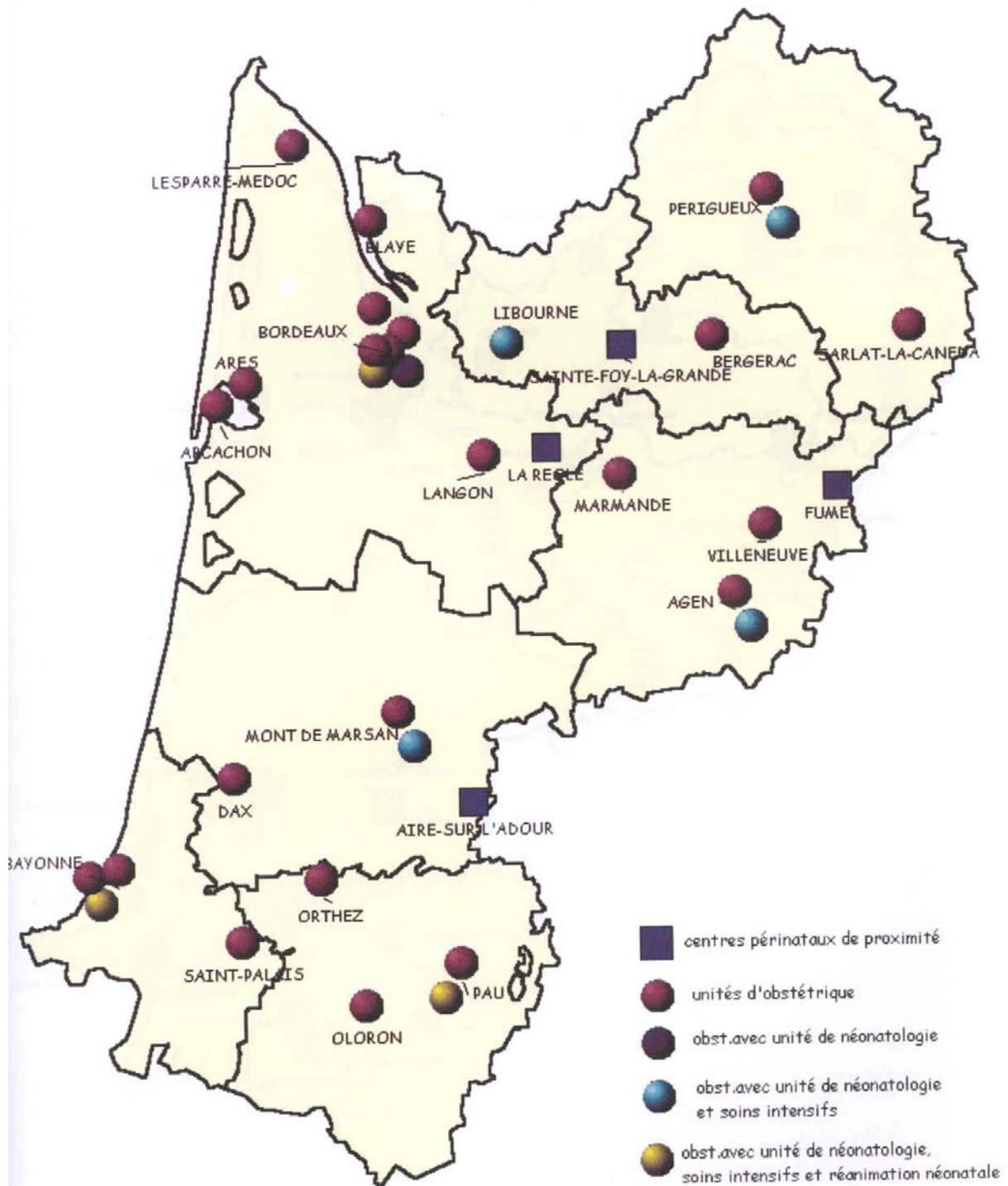
Quatre unités d'obstétrique sont transformées en centre périnatal de proximité, à Sainte-Foy la Grande, la Réole, Fumé et Aire-sur-l'Adour. En revanche, plusieurs autorisations dérogatoires de fonctionnement sont accordées, pour des raisons d'éloignement géographique : une unité d'obstétrique de 15 lits est conservée à Blaye, une à Lesparre-Médoc, une à Orthez, une à Saint-Palais.

L'application des décrets de périnatalité conduit au total à fermer huit unités d'obstétrique en Aquitaine, dont sept à but lucratif :

- secteur sanitaire n°1 : clinique des 4 pavillons (Lormont), clinique Lacaze (Arcachon), CH La Réole
- secteur sanitaire n°2 : clinique du Libournais (Libourne), clinique Pasteur (Bergerac)
- secteur sanitaire n°5 : clinique du Parc (Villeneuve sur Lot)
- secteur sanitaire n°6 : clinique Lagrange (Pau)
- secteur sanitaire n°7 : polyclinique Aguiléra (Biarritz)

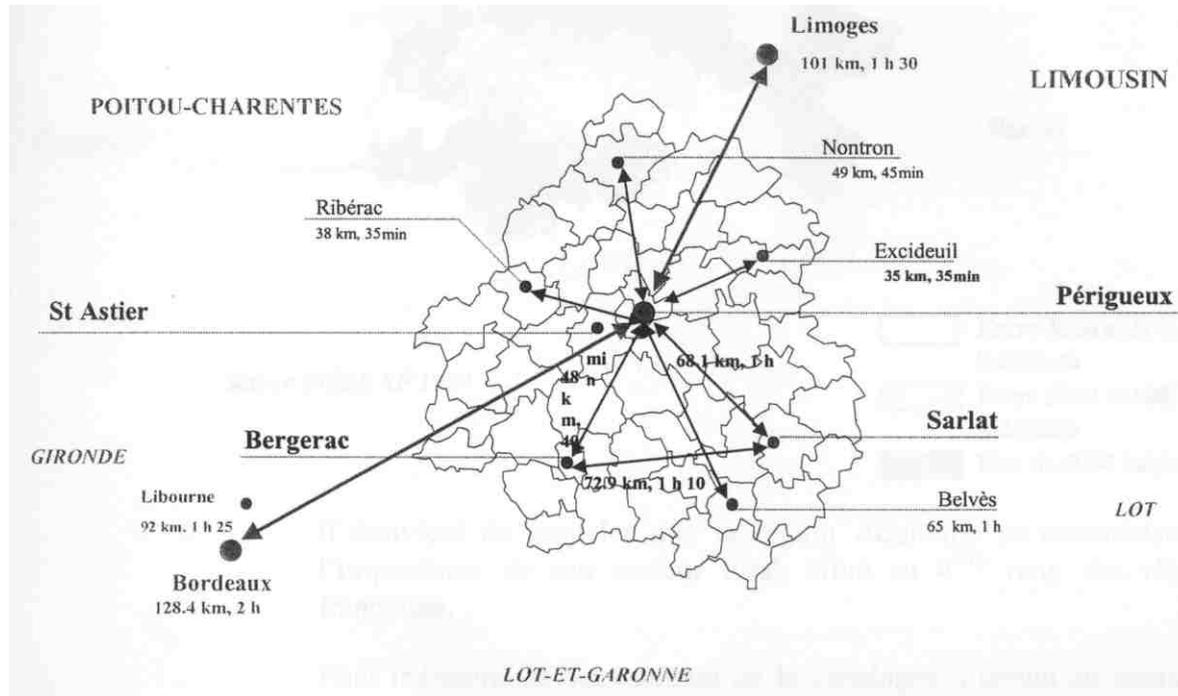
La carte de la page suivante, extraite du SROS d'Aquitaine n°2 (1999-2004), illustre la nouvelle répartition prévue dans la région des centres périnataux de proximité, des unités d'obstétrique, de néonatalogie (avec ou sans soins intensifs) et de réanimation néonatale.

PERINATALITE



Le secteur sanitaire n°3²²

La ville de Périgueux se situe au cœur du département de la Dordogne, à plus de 100 km de Limoges et de 130 km de Bordeaux. Sa situation relativement éloignée des pôles de référence justifie pleinement sa mission d'hôpital pivot pour le secteur sanitaire n°3.



Le Département de la Dordogne compte une population de 388.293 habitants, selon le recensement de 1999. Le poids de la population âgée est élevé avec un indice de vieillissement²³ nettement supérieur à celui de la région aquitaine et à l'indice national. Il s'agit donc d'un déterminant stratégique important à prendre en compte dans l'organisation du dispositif hospitalier de la Dordogne. En outre, le vieillissement de la population s'accroît et devrait encore croître d'ici 2005 (pour dépasser 30% de la population).

L'évolution du solde naturel²⁴ sur plusieurs années indique une diminution. La natalité se situe en effet à un niveau très faible au regard des moyennes régionale et nationale, puisque le taux de natalité était inférieur de 25% à la moyenne française en 1997. Ceci s'explique par la structure d'âge de la population, mais également par le faible taux de

²² Les données suivantes sont extraites du projet médical (2001-2005) du Centre Hospitalier de Périgueux, actualisées d'après le document STATISS 2002 fourni par la DRASS d'Aquitaine.

²³ Indice de vieillissement : personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

²⁴ Solde naturel : naissance – décès.

fécondité des femmes de 15 à 49 ans, comparativement au reste de la France et de la région.

En terme de mortalité, il convient de noter la relative faiblesse du taux de mortalité infantile, largement inférieur à la moyenne nationale, plaidant en faveur de l'efficacité du dispositif actuel de périnatalité. Il s'accompagne d'un taux de mortalité élevé, à rapprocher de la structure d'âge élevée de la population.

Les caractéristiques démographiques de la population du secteur sanitaire n°3

	Dordogne (données 2000)	Aquitaine (données 2000)	France (données 1999)
Population (recensement 1999)	388 293	2 997 467	58 518 748
Indice de vieillissement	114,1	82,5	67,5
Nombre de naissances	3776	33 098	743 338
Taux de natalité	9,7	11,3	12,7
Taux de fécondité pour 1000 femmes de 15-49 ans	45,8	47,7	53,1
Taux de mortalité infantile (moyenne 1999-98-97)	4,1	4,3	4,6

Concernant l'offre de soins en gynécologie obstétrique dans le secteur sanitaire n°3, le secteur public est prépondérant avec 85,7% des lits. Trois unités d'obstétrique sont autorisées à fonctionner :

- une au Centre Hospitalier de Périgueux (45 lits de gynécologie obstétrique),
- une à la clinique Francheville de Périgueux (10 lits),
- une au Centre Hospitalier de Sarlat (15 lits).

Selon le bilan de la carte sanitaire en gynécologie obstétrique réalisé par l'ARH d'Aquitaine²⁵, le nombre de lits et places théoriques dans le secteur sanitaire n°3 est de 54. Or, le nombre de lits et places réellement autorisés est de 70. Cette différence de 16 lits et places constitue un taux d'excédent de 23,25%, alors que le taux d'excédent de la région est de 7,46%.

²⁵ Arrêté du 14 décembre 2001

Par conséquent, le SROS prévoit bien de conserver deux unités d'obstétrique sur la ville de Périgueux (dont une disposant de lits de néonatalogie avec des soins intensifs), mais étant donné l'excédent de lits dans cette discipline, la capacité globale du Centre Hospitalier devrait être diminuée, pour l'ajuster à l'activité.

1.2.2 L'organisation de la naissance à Périgueux

Le Centre Hospitalier de Périgueux et la Clinique privée Francheville se partagent les 1900 accouchements de la ville, à hauteur respective d'environ 2/3 et 1/3 de l'activité.

Présentation des deux établissements

Le Centre Hospitalier de Périgueux est un établissement de 1245 lits et places, développant l'ensemble des disciplines de court, moyen et long séjour. L'établissement dispose d'un dispositif très complet de prise en charge de la mère et de l'enfant :

- un service de gynécologie obstétrique de 45 lits autorisés (41 installés), dont 35 pour l'obstétrique et 10 pour la gynécologie médicale et chirurgicale, ainsi que 2 places pour les interruptions volontaires de grossesses (IVG),
- un service de pédiatrie de 34 lits, ainsi qu'un hôpital de jour de 4 places, qui permet aussi d'assurer les urgences pédiatriques (4700 passages par an environ)
- un service de néonatalogie avec soins intensifs de 12 lits
- un centre de planification et d'éducation familiale.

Le secteur de naissance se compose de 4 salles de travail, d'un local pour les soins aux nouveaux nés, d'une salle de césarienne (une salle réservée au sein d'un bloc opératoire de 2 salles, situé dans le service de gynécologie obstétrique) et d'une salle de surveillance post-interventionnelle, située dans le bloc obstétrical.

Les activités de gynécologie obstétrique et de pédiatrie néonatalogie se pratiquent dans deux bâtiments distincts, situés tous les deux sur la rive gauche d'une avenue importante, qui traverse l'établissement. Sur la rive droite, sont installés notamment les services de médecine, de chirurgie et les blocs opératoires (bloc central et bloc des spécialités ORL-OPH).

La photographie et le plan des pages suivantes permettent de bien situer les différents bâtiments et la situation géographique du Centre Hospitalier de Périgueux.

CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX

MATERNITE

PEDIATRIE

BLOCS OPERATOIRES



CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX

COTE GAUCHE

COTE DROIT

- 50 - PEDIATRIE - PREMATURES
- 51 - PSYCHIATRIE
- 52 - CONSULTATIONS PSYCHIATRIQUES
- 53 - MATERNITE - GYNECOLOGIE
- 54 - CRECHE
- 55 - INTERNAT
- 60 - CUISINE CENTRALE
- 65 - SERVICES TECHNIQUES
- 69 - CHAPELLE PARROT
- 81 - M. R. PARROT - Pavillon LES ACACIAS
- 82 - M. R. PARROT - Pavillon LES BOULEAUX
- 83 - M. R. PARROT - Pavillon LES CEDRES
- 84 - M. R. BEAUFORT-MAGNE ET SOINS DE LONGUE DUREE
Pavillon LES DOUGLAS
Salle polyvalente Parrot
- 85 - M. R. PARROT - Pavillon LES ERABLES
- 86 - M. R. - LOCAL POUBELLE
- 87 - M. R. - ANTENNE ADMINISTRATION SITE PARROT

SITE VICTORIA

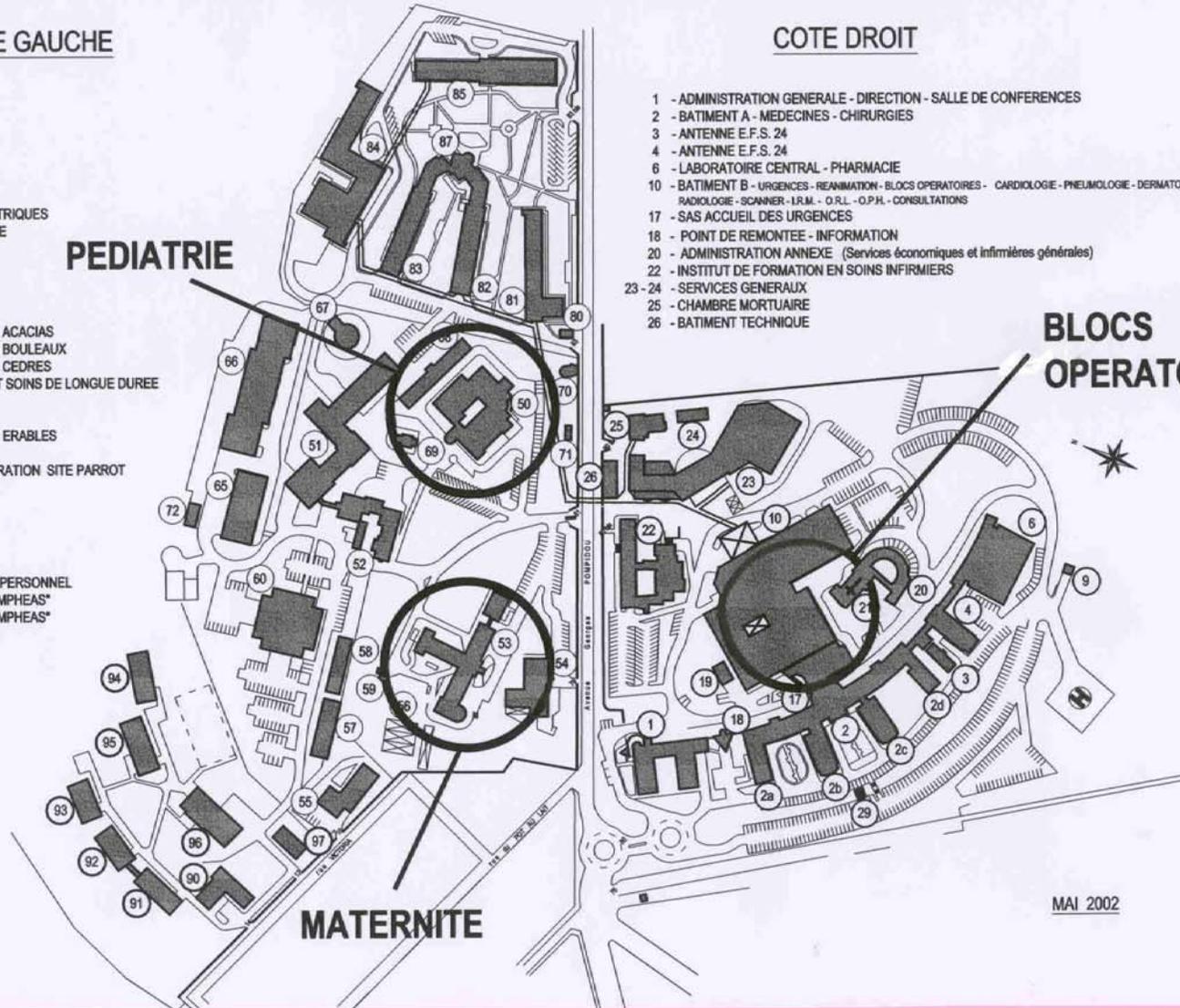
- 90 - FORMATION PERMANENTE PERSONNEL
- 91 - CENTRE DE JOUR " LES NYMPHEAS "
- 92 - CENTRE DE JOUR " LES NYMPHEAS "
- 93 - ANTENNE E.F.S. 24
- 96 - CATTp ADULTES

- 1 - ADMINISTRATION GENERALE - DIRECTION - SALLE DE CONFERENCES
- 2 - BATIMENT A - MEDECINES - CHIRURGIES
- 3 - ANTENNE E.F.S. 24
- 4 - ANTENNE E.F.S. 24
- 6 - LABORATOIRE CENTRAL - PHARMACIE
- 10 - BATIMENT B - URGENCES - REANIMATION - BLOCS OPERATOIRES - CARDIOLOGIE - PNEUMOLOGIE - DERMATOLOGIE - RADIOLOGIE - SCANNER - I.R.M. - O.R.L. - O.P.H. - CONSULTATIONS
- 17 - SAS ACCUEIL DES URGENCES
- 18 - POINT DE REMONTEE - INFORMATION
- 20 - ADMINISTRATION ANNEXE (Services économiques et infirmières générales)
- 22 - INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
- 23-24 - SERVICES GENERAUX
- 25 - CHAMBRE MORTUAIRE
- 26 - BATIMENT TECHNIQUE

PEDIATRIE

BLOCS OPERATOIRES

MATERNITE



MAI 2002

La Clinique Francheville est un établissement privé à but lucratif, situé en plein centre ville, à environ 1 kilomètre du Centre Hospitalier. Elle dispose de 25 lits de médecine, 116 lits et 7 places de chirurgie et 10 lits d'obstétrique, soit un total de 151 lits et 7 places. Cet établissement pratique l'obstétrique, la gynécologie médicale et chirurgicale, les IVG et la fécondation in vitro.

Activités respectives des deux établissements

Le Centre Hospitalier, établissement de référence du secteur sanitaire n°3, est particulièrement bien positionné sur le créneau de la médecine, alors que la clinique Francheville est mieux placée sur celui de la chirurgie. Selon une étude des parts de marché des deux établissements²⁶, le Centre Hospitalier réalise 58% des parts de marché de médecine, contre 13,7% pour la clinique, et seulement 23,8% de celles de chirurgie, contre 35,3% pour la clinique.

Concernant l'obstétrique, les deux établissements ont un taux de fuite assez faible (environ 11%). Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, membre du réseau de périnatalité en tant qu'établissement de niveau III, récupère 1,6% de parts de marché. Le Centre Hospitalier est largement dominant, avec plus de 60% de parts de marché, contre seulement 27,2% pour la clinique.

La clinique a une position beaucoup plus favorable en gynécologie, avec près de 44% de parts de marché, contre seulement 24,2% pour le Centre Hospitalier. Le taux de fuite est d'environ 32% : une autre clinique privée de Périgueux (12,4% de parts de marché), le CHU (3,7%), l'Institut Bergonié de Bordeaux (3,7%), quelques autres cliniques privées (9%), quelques autres établissements publics et le Centre de Lutte contre le cancer (3,2%).

Si l'on étudie le nombre d'accouchements réalisés sur la ville de Périgueux et la répartition de cette activité entre le secteur public et le secteur privé durant les dix dernières années, on remarque que la part d'activité de la Clinique tend à diminuer depuis 1994 (avec des sursauts en 1996, 1999 et 2000). En 2002, sur les huit premiers mois de l'année, la clinique réalise seulement 27% des accouchements, alors qu'elle en réalisait près de 40% en 1994. Le nombre total d'accouchements réalisés dans le secteur privé reste relativement stable en 1999 et 2000, du fait de la reprise de la natalité, en revanche il diminue fortement

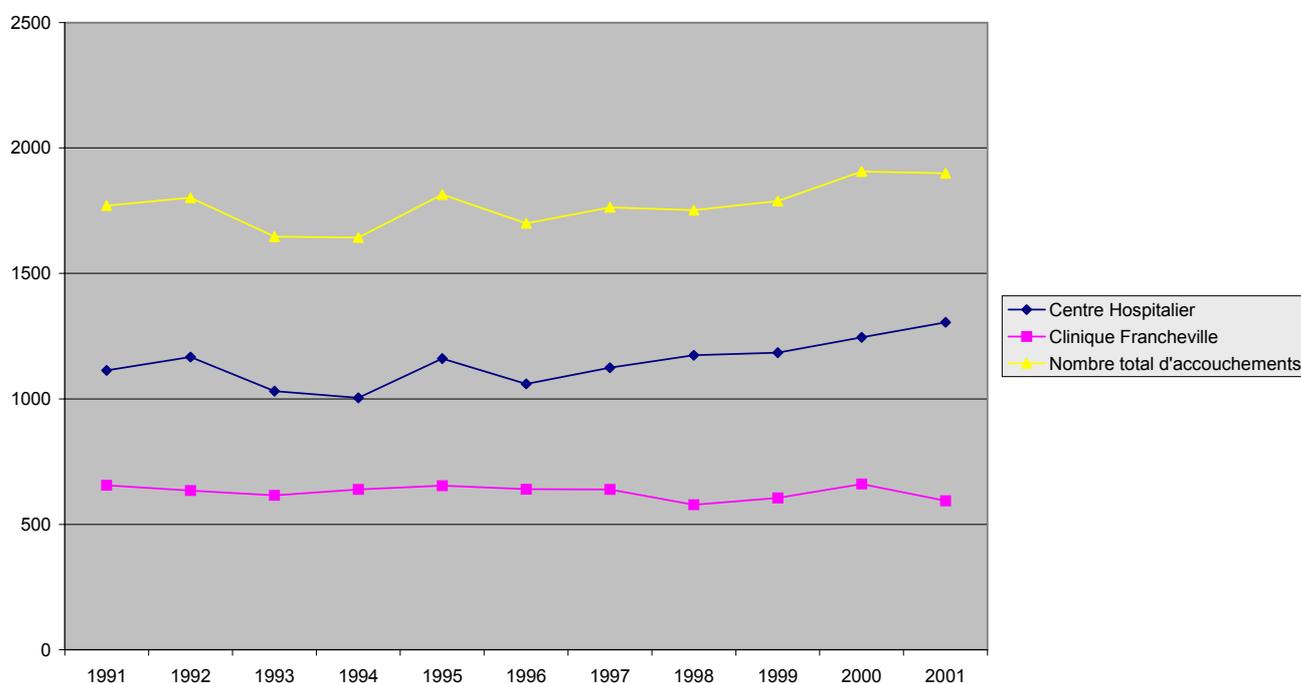
²⁶ Etude réalisée par la Fédération Hospitalière de France en utilisant les données PMSI 1999.

en 2002 (selon les estimations, le nombre de naissances devrait être inférieur à 500, alors qu'il était de 605 en 1999).

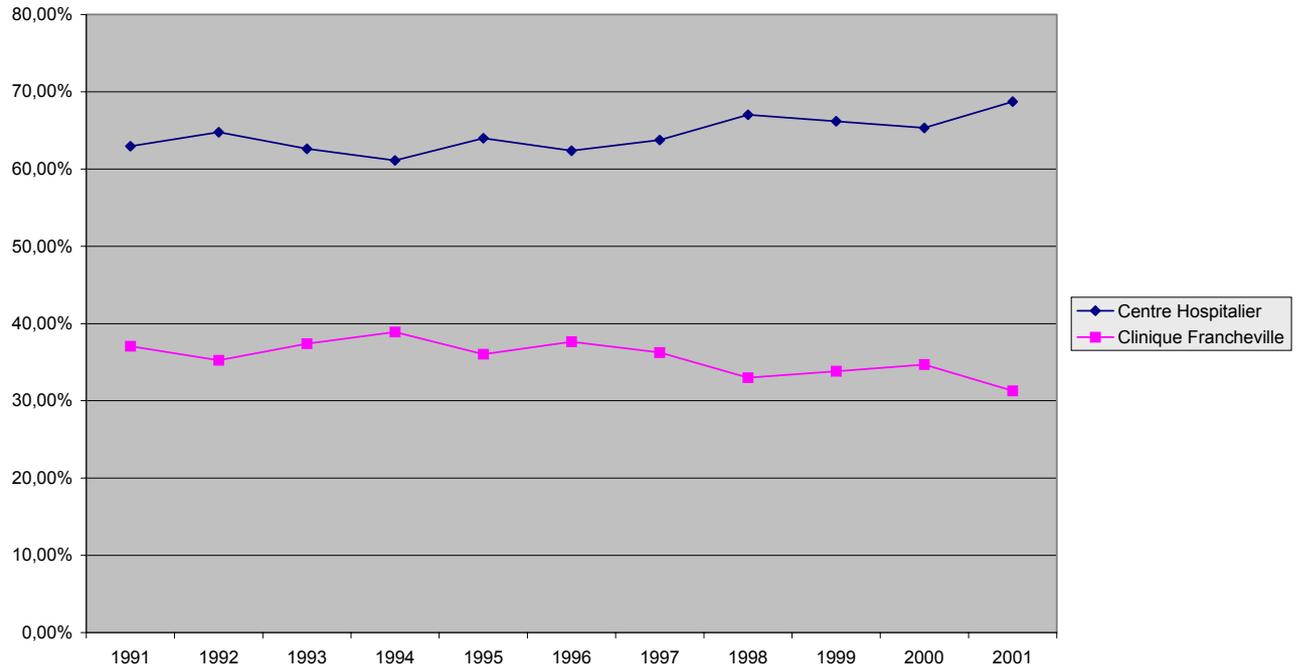
De façon symétrique, la part d'activité du Centre Hospitalier augmente, passant de 60 à 70% entre 1994 et 2001. Le nombre d'accouchements réalisés est en hausse également, avec 1305 naissances en 2001, contre 1004 en 1994. L'activité semble se stabiliser en 2002, le nombre de naissances devrait être d'environ 1250.

Ces évolutions sont représentées sur les graphiques de la page suivante.

Evolution du nombre des accouchements sur la ville de Périgueux et répartition entre les deux maternités



Pourcentage d'accouchements réalisés par le Centre Hospitalier de Périgueux et la Clinique Francheville



Personnel médical (situation fin 2000)

- Le Centre Hospitalier emploie :

- 4 gynécologues obstétriciens (3 praticiens hospitalier temps plein et un praticien hospitalier temps partiel), ainsi qu'un attaché d'obstétrique et de gynécologie médicale et un attaché de gynécologie obstétrique.

- 4 pédiatres (2 praticiens temps plein, 1 praticien temps partiel, 1 assistant spécialiste) et un attaché.

- une permanence médicale est assurée en anesthésie, avec un renfort de temps médical pour les consultations, deux demi-journées par semaine.

- La Clinique Francheville dispose quant à elle :

- de 5 gynécologues obstétriciens, dont un est attaché au Centre Hospitalier

- de 3 pédiatres libéraux, qui interviennent à la maternité

- d'anesthésistes réanimateurs, qui interviennent sur demande pour assurer les analgésies péridurales.

L'organisation de la naissance sur la ville de Périgueux est donc satisfaisante à la fin de l'année 2000 : les parturientes ont un véritable choix entre le secteur public et le secteur

privé, elles disposent d'une maternité de niveau 1 et d'une maternité de niveau 2, avec un service de néonatalogie. Le transfert vers une maternité disposant d'un service de réanimation néonatale est également prévu, dans le cadre du réseau périnatalité d'Aquitaine. De plus, la nécessité de disposer de deux unités d'obstétrique sur la ville de Périgueux ayant été confirmé par le SROS 1999-2004, l'avenir de la maternité privée semblait assuré.

Mais, à partir de début 2001, la maternité privée va rencontrer plusieurs difficultés, qui vont remettre en question cette situation.

1.2.3 Les difficultés de la maternité privée

La maternité de la clinique se trouve en 2000 dans une situation comparable à celle des autres maternités privées : sa situation financière est fragile et elle doit en plus appliquer les normes réglementaires des décrets de périnatalité. Or, la Clinique va avoir des difficultés pour recruter du personnel paramédical supplémentaire et pour assurer le renouvellement de son personnel médical.

Le personnel paramédical

Conformément au décret de 1998²⁷, pour les maternités de plus de 500 accouchements, les sages femmes et l'ensemble du personnel paramédical affecté au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Cette nouvelle disposition concerne la maternité de la Clinique, qui effectue plus de 500 accouchements par an, et qui doit donc disposer de sages femmes supplémentaires pour respecter les normes de sécurité.

Or, la maternité privée va rencontrer des difficultés de recrutement de sages femmes, qui vont la contraindre à fermer provisoirement son service à plusieurs reprises. Dans ces

²⁷ Décret n°98-900 du 9 octobre 1998, art. D. 712-84.

circonstances, tous les accouchements sont transférés sur l'hôpital, qui doit assumer cette hausse d'activité non prévue. Cette situation s'est produite plusieurs fois :

- au début de l'année 2001, le mouvement de grève national a été bien suivi sur la ville de Périgueux, et seule la maternité de l'hôpital est resté ouverte, les sages femmes étant réquisitionnées,
- lors de plusieurs week-ends, fin 2001 et début 2002, la maternité privée a été fermée de façon inopinée, sans que la direction du Centre Hospitalier ne soit prévenue à l'avance,
- en juillet 2002, plusieurs fermetures liées à un manque de sages femmes se sont produites : deux ont duré une nuit (sans que la Direction ne soit prévenue), une autre 3 jours. Au total, 10 patientes suivies à Francheville ont finalement accouché au Centre Hospitalier durant le mois de juillet. Ce transfert d'activité a été totalement improvisé, ce qui a créé plusieurs dysfonctionnements : aucun personnel supplémentaire n'avait pu être prévu au Centre Hospitalier pour un renfort éventuel, les parturientes n'étaient pas informées, le personnel du Centre Hospitalier ne disposait pas des dossiers médicaux avant les accouchements...

Le personnel médical

La clinique va également rencontrer des difficultés pour renouveler son personnel médical, les gynécologues obstétriciens et surtout les pédiatres.

Le nombre de gynécologues obstétriciens employés à la clinique diminue brutalement, avec le décès d'un des praticiens temps plein en juin 2001. L'effectif médical n'est donc plus que de 3,5 ETP. L'un des praticiens est très près de la retraite et a une faible activité d'obstétrique, deux autres sont à 4 ou 5 ans de la retraite et le quatrième est âgé de 37ans. Ces spécialistes ont tous un contrat d'exercice avec la Clinique et disposent en plus d'un cabinet libéral en ville (sauf le praticien proche de la retraite).

La Clinique assurait sa couverture pédiatrique grâce à 3 spécialistes libéraux, qui ne disposaient pas de contrat d'exercice avec l'établissement et faisaient des consultations sur place à la demande des familles. Or, l'un d'eux est parti à la retraite en janvier 2001 et un autre est en congé maladie longue durée depuis septembre 2001. La continuité pédiatrique de la maternité privée repose donc sur une seule personne à partir de cette période. Ce pédiatre est d'astreinte 24h sur 24, 365 jours par an, étant donné qu'il n'y a pas d'autre pédiatre libéral sur la ville de Périgueux.

La situation du Centre Hospitalier se dégrade par la même occasion, car le pédiatre en congé maladie longue durée travaillait également à la maternité publique à temps partiel. Fin 2001, sur la ville de Périgueux, il y a donc 4 pédiatres temps plein en activité, dont un libéral, et un pédiatre vacataire.

A cause de ces sous-effectifs, la maternité privée n'est plus en mesure de respecter les normes réglementaires de sécurité et doit même procéder à des fermetures provisoires répétées. Dans ces conditions, le Directeur de l'établissement menace d'abandonner l'activité d'obstétrique de façon définitive, à moins que le Centre Hospitalier ne lui apporte une aide ponctuelle.

Les deux établissements vont se retrouver obligés de coopérer, au moins de façon transitoire. Quelle vont être les stratégies des différents acteurs, pour négocier au mieux une coopération qui leur est imposée par le contexte local?

1.3 LES STRATÉGIES DES ACTEURS LOCAUX

Un acteur peut être défini comme « *un agent ou un groupe organisé d'agents interagissant avec d'autres et se caractérisant simultanément par sa culture, ses intentions et ses stratégies, sa capacité à agir et les ressources qu'il utilise ou qu'il contrôle* »²⁸. On distingue les acteurs individuels, comme le Maire Président du Conseil d'Administration, ou collectifs, comme le personnel paramédical. Six grands groupes d'acteurs interagissent au sein de l'hôpital et à l'extérieur, toujours selon A-P Contandriopoulos et Y. Souteyrand : le corps médical, la direction, le conseil d'administration dirigé par le maire, le personnel paramédical, la clientèle de l'hôpital et l'Agence régionale de l'hospitalisation. L'enjeu, pour ces différents acteurs, « *consiste à améliorer leur position relative, par la mise en œuvre simultanée de stratégies de coopération et de concurrence* ». Ainsi, chaque groupe d'acteurs a des enjeux spécifiques, qui ne sont pas cohérents les uns avec les autres.

Dans le contexte local de Périgueux, le personnel paramédical, les clientes et le Conseil d'Administration n'ont pas joué un rôle essentiel dans les décisions stratégiques de l'établissement public. En revanche le corps médical, en tant qu'acteur individuel et collectif, a eu une influence importante, ainsi que les deux acteurs institutionnels extérieurs que sont la clinique privée et l'ARH. Les enjeux poursuivis par ces différents acteurs ne sont pas les mêmes, par définition. Leurs stratégies sont aussi divergentes : comment les rapprocher ?

1.3.1 La clinique

Le Directeur de la clinique estime que 10 lits d'obstétrique ne sont pas viables financièrement, donc il souhaite fermer sa maternité. Il dispose notamment du soutien des anesthésistes réanimateurs, favorables à cette fermeture qui leur enlèverait l'activité d'analgésie péridurale et ne leur ferait plus prendre de risques médico-légaux. Son deuxième objectif est de pouvoir convertir ses 10 lits d'obstétrique en lits de médecine, notamment pour développer des activités de néphrologie et de cancérologie. Enfin, il a pour troisième objectif de continuer à pratiquer la chirurgie gynécologique.

Il s'agit donc « d'échanger » l'obstétrique contre des activités plus rentables, moins réglementées, programmées et ne nécessitant pas de personnel paramédical spécifique. Le choix de la clinique privée de Périgueux correspond tout à fait à la tendance nationale du désengagement du secteur privé de la périnatalité.

²⁸ Selon A-P Contandriopoulos et Y. Souteyrand, dans le chapitre n°4 « La construction de l'offre locale de soins » p. 85, tiré de l'ouvrage collectif « l'hôpital stratège ».

L'arrêt de l'activité d'obstétrique aurait tout de même des conséquences négatives pour l'avenir de l'établissement privé, en ternissant son image auprès de la population et en ne donnant plus l'habitude d'aller à la clinique à des femmes jeunes, et donc susceptibles d'y revenir si elles sont satisfaites de leur premier séjour. De plus, l'arrêt de l'activité d'obstétrique rendrait très difficile le recrutement de futurs gynécologues qui ne feraient plus que de la chirurgie et abandonneraient l'obstétrique (à moins que les praticiens aient la possibilité de faire des accouchements à l'hôpital).

En outre, la clinique a certaines contraintes qui l'empêchent de fermer sa maternité de façon brutale. Elle a en effet des contrats d'exercice avec les gynécologues obstétriciens et leur rupture entraînerait le versement de dommages et intérêts substantiels. Les gynécologues obstétriciens de la clinique souhaitent quant à eux continuer à réaliser des accouchements et à avoir la possibilité de pratiquer des fécondations in vitro à la clinique, en complément de leur cabinet de ville.

De plus, le Directeur de la clinique est en position de faiblesse par rapport à l'unique pédiatre libéral, sur lequel repose la continuité pédiatrique de la maternité privée. Ce praticien n'a signé aucun contrat d'exercice avec la clinique, donc le Directeur de l'établissement n'a aucun moyen de pression sur lui. Ce dernier a d'ailleurs fait plusieurs fois un « chantage » à sa démission²⁹, en exigeant d'être aidé par d'autres pédiatres pour les astreintes.

Enfin, si la clinique décidait, brutalement et de façon unilatérale, de fermer sa maternité, elle serait dans une position très délicate vis-à-vis de l'ARH pour négocier la reconversion de ses lits d'obstétrique.

Si la clinique n'est soumise à aucune obligation réglementaire de continuer l'activité d'obstétrique, elle a donc tout de même plusieurs contraintes qui font qu'elle ne peut pas arrêter cette activité de façon brutale.

La stratégie du Directeur de la clinique consiste alors à diminuer progressivement son activité pour atteindre le nombre de 500 accouchements, qui est le point charnière en dessous duquel les normes d'effectifs de sages femmes, d'infirmières et d'aide soignantes sont moins strictes³⁰. De plus, en acceptant de continuer à exercer cette activité malgré ses difficultés, le Directeur de la clinique transforme la situation à son avantage et devient le « sauveur », alors même qu'il est à l'origine de la crise. Le choix de coopérer peut alors être interprété comme « *résultant de la volonté de se bâtir une bonne réputation aux yeux de*

²⁹ Il s'est notamment exprimé à la radio et dans la presse locale.

³⁰ Cf supra.

l'environnement et / ou comme la crainte des représailles du partenaire »³¹, en l'occurrence l'ARH. »

Pourtant, le Directeur de la clinique ne semble pas chercher à résoudre activement ses difficultés de personnel. Il ne parvient pas à recruter de pédiatre malgré ses recherches. Un candidat potentiel s'est présenté, mais les propositions qui lui ont été faites ne l'ont pas convaincu de s'installer à Périgueux. De plus, il n'a pas de politique de recherche de nouveaux gynécologues obstétriciens. Les problèmes d'effectifs de sages femmes deviennent quant à eux récurrents, et la maternité privée multiplie les fermetures sur de petites périodes par manque de sages femmes (en revanche, il n'y a aucune baisse de l'activité de chirurgie gynécologique). En conséquence, l'hôpital est contraint de s'adapter et d'assumer cette activité supplémentaire, alors qu'il est le plus souvent averti au dernier moment d'une fermeture de la maternité, ou bien n'est même pas averti.

La clinique accepte donc de différer la fermeture de sa maternité, à condition d'être aidée par le Centre Hospitalier. Sa stratégie consiste à diminuer progressivement son activité et à convaincre petit à petit tous les acteurs hospitaliers que la fermeture de la maternité privée est inéluctable et que c'est la meilleure solution, même pour le Centre Hospitalier.

1.3.2 Le Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier n'avait pas prévu d'augmenter son activité d'obstétrique. Les conditions actuelles d'accueil des parturientes et de leurs bébés n'étant déjà pas satisfaisantes, il est impossible d'envisager une hausse brutale du nombre d'accouchements. La stratégie du Directeur consiste alors à coopérer avec la maternité privée pour différer sa fermeture jusqu'à la réalisation du pôle mère enfant, qui permettrait d'accueillir toutes les parturientes au Centre Hospitalier.

L'axe prioritaire du projet d'établissement n°2 (2001-2005) du Centre Hospitalier est la création d'un pôle mère-enfant à proximité immédiate d'un plateau technique restructuré (avec un bloc opératoire centralisé) et d'un service d'accueil des urgences adultes et enfants. Cette nouvelle structure permettra le regroupement des services de gynécologie, obstétrique, pédiatrie et néonatalogie et le rapprochement du bloc de gynécologie

³¹ Selon M. Kerleau, V. Fargeon et M. Le Vaillant, dans le chapitre n°7 « Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins » p. 171, tiré de l'ouvrage collectif « l'hôpital stratège ».

obstétrique avec le bloc opératoire central. L'ouverture de ce pôle mère enfant pourrait intervenir au plus tôt en juin 2006, selon les prévisions des services techniques.

Etant donné la situation actuelle d'éloignement du bloc central³² et de séparation des services de gynécologie obstétrique et de pédiatrie néonatalogie, situés dans des bâtiments distincts, il n'est pas possible d'accueillir dans des conditions satisfaisantes de sécurité et de qualité l'ensemble des parturientes de la ville de Périgueux. Une augmentation d'activité d'environ 600 accouchements par an ne pourrait pas être absorbée par la maternité du Centre Hospitalier, telle qu'elle fonctionne actuellement.

Les locaux sont trop exigus pour envisager une telle hausse d'activité à moins de renoncer totalement à pratiquer la chirurgie gynécologique, ce qui n'est pas souhaité par l'établissement. Or, il n'est pas envisageable de réaliser des aménagements importants et coûteux pour augmenter les capacités d'accueil en obstétrique, alors que dans le même temps seront lancés les travaux du pôle mère enfant.

En terme d'effectifs de personnel médical et paramédical, une telle hausse d'activité nécessiterait un important renfort pour répondre aux normes réglementaires dans le domaine de la périnatalité :

- en plus de l'augmentation du nombre de gynécologues obstétriciens pour faire face au surcroît d'activité, une garde sur place devrait être créée³³,
- l'effectif de pédiatres, déjà insuffisant pour les 1300 accouchements du CHP, devrait être renforcé,
- l'effectif d'anesthésiste réanimateur est également insatisfaisant puisque l'un des 8 postes est vacant. Si l'on imaginait le maintien de la maternité sur la rive gauche de l'établissement et le passage à 1800 accouchements, il faudrait deux anesthésistes la journée à la maternité et une garde spécifique d'anesthésie sur la rive gauche, soit au minimum 4 anesthésistes réanimateurs en plus,
- actuellement, pour 1300 accouchements au Centre Hospitalier, il y a 2 postes de sages femmes pour le secteur de naissance, 24 h sur 24. Or, pour réaliser 1800 accouchements, il faudrait 3 postes de sages femmes en plus, pour avoir 5 sages femmes présentes en permanence dans le secteur de naissance³⁴,

³² L'avenue G. Pompidou traverse l'établissement, avec sur la rive droite le bloc central, et sur la rive gauche le bloc de gynécologie obstétrique.

³³ Conformément au décret n°98-900 du 9 octobre 1998, art. D 712-84

³⁴ Conformément au décret n°98-900, art. D 712-84 : au-delà de 1000 naissances par an, l'effectif global des sages femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste de temps plein de sage femme pour 200 naissances supplémentaires.

- enfin, en terme d'organisation, la structure actuelle permet de gérer à peu près normalement le volume d'activité existant, cependant la prise en compte d'un volume significatif de naissances supplémentaires, dans un délai trop bref, entraînerait une forte déstabilisation.

Par conséquent, il apparaît bien que le Centre Hospitalier n'est pas en mesure d'absorber l'activité d'obstétrique de la clinique avant la réalisation de son pôle mère enfant. La seule stratégie possible consiste alors à imaginer des formules de coopération transitoires permettant de retarder le plus possible le transfert de cette activité.

Le Directeur du Centre Hospitalier dispose du soutien fort du Président de la CME, qui est par ailleurs chef de service de pédiatrie. Celui-ci est tout à fait favorable au principe d'aider la maternité de Francheville à fonctionner, pour éviter par ricochet que sa fermeture n'entraîne des difficultés au Centre Hospitalier. Ce positionnement du Président de la CME influence la commission médicale, qui se prononce en faveur de cette stratégie de coopération transitoire. Les anesthésistes réanimateurs constituent également un soutien au Directeur, car ils souhaitent éviter le plus possible d'augmenter leur activité, tant qu'il n'y aura qu'une seule garde pour les deux sites du Centre Hospitalier. En revanche, plusieurs gynécologues obstétriciens et sages femmes sont progressivement convaincus que les formules de coopération ne sont pas satisfaisantes et que le regroupement de toute l'activité d'obstétrique sur le site du Centre Hospitalier, même avant la réalisation du pôle mère enfant, devrait être envisagé.

La position du Directeur du Centre Hospitalier est présentée clairement à l'ARH : le regroupement des deux unités d'obstétrique n'est pas prévu par le SROS, l'établissement ne souhaite pas particulièrement augmenter son activité d'obstétrique et surtout il n'a pas les moyens de le faire actuellement. Il est pourtant prêt à aider la maternité privée, conscient de sa mission de service public et de son obligation d'organiser la permanence des soins. En échange, le Directeur du Centre Hospitalier insiste auprès de l'ARH sur la nécessité de renforcer en priorité ses effectifs de pédiatres et d'assurer ensuite le financement du projet de pôle mère enfant, pour en permettre une ouverture le plus tôt possible.

Le Centre Hospitalier se retrouve donc dans une situation qu'il ne pouvait absolument pas anticiper : il est obligé d'aider un établissement privé à but lucratif, sous peine d'être lui aussi en grande difficulté. De quelle marge de manœuvre l'ARH dispose-t-elle dans ce type de situation ?

1.3.3 L'ARH

La position de l'ARH est tout aussi inconfortable que celle du Centre Hospitalier, car ce regroupement de l'activité d'obstétrique n'avait pas du tout été évoqué dans le SROS. Sa stratégie ne peut être que de faciliter l'organisation de cette coopération inter-établissements et de tenter de faire pression sur la clinique, pour qu'elle conserve le plus longtemps possible sa maternité.

La fermeture de la maternité privée de Périgueux serait totalement contraire à la planification sanitaire régionale, qui est censée s'imposer aux établissements, y compris ses annexes. Or, le SROS prévoyait le maintien des deux unités d'obstétriques et même la diminution des capacités du CHP, étant donné l'excédent en lits et places dans cette discipline dans le secteur sanitaire n°3³⁵. Le fait qu'un SROS récent ne soit pas respecté est donc particulièrement gênant pour l'ARH d'Aquitaine.

L'Agence ne dispose que de moyens de pression indirects vis-à-vis des établissements de santé privés à but lucratif. Ne pouvant contraindre la clinique privée à conserver sa maternité, sa stratégie consiste à utiliser d'autres leviers pour retarder la fermeture et favoriser la coopération inter-établissements pendant la période transitoire, le temps que le pôle mère enfant du Centre Hospitalier soit réalisé.

Le principal moyen de pression indirect est la délivrance (ou non) de l'autorisation de convertir ses lits d'obstétrique pour développer d'autres activités. Le fait d'utiliser ou pas ce moyen d'action donne une bonne indication sur la stratégie adoptée par l'ARH. Le rapprochement des maternités du secteur public et du secteur privé sur la ville de Libourne³⁶, prévu par le SROS, en offre en très bon exemple. L'ancien Directeur de l'ARH avait accepté que le Centre Hospitalier assure la totalité de l'activité d'obstétrique (en récupérant les 10 lits de la clinique et en créant une « clinique ouverte » de 8 lits) et qu'en contre partie, la Clinique du Libournais exerce la totalité de l'activité de chirurgie gynécologique et transforme ses 10 lits d'obstétrique en 8 lits de chirurgie et 1 place de chirurgie ambulatoire. Dans cette hypothèse de « transfert croisé » d'activité, la clinique ne faisait aucune concession et ce regroupement lui était largement favorable. Mais le changement de Directeur d'ARH a entraîné un changement de stratégie au dernier moment. Le principe du « transfert croisé » a été abandonné et la reconversion des lits d'obstétrique de la clinique a été revue à la baisse

³⁵ Cf supra.

³⁶ La maternité publique (40 lits autorisés, 34 installés) effectue environ 1200 accouchements par an, et la maternité privée (10 lits) environ 500.

(4 lits de chirurgie et 1 place de chirurgie ambulatoire). Cet exemple démontre bien la possibilité d'action de l'Agence.

Au contraire, dans d'autres cas, le Directeur de l'ARH peut ne pas utiliser cet instrument. Par exemple, lors du regroupement des maternités sur la ville d'Aurillac³⁷, conformément aux préconisations du SROS d'Auvergne, la clinique a réussi à obtenir la reconversion de ses 15 lits d'obstétrique en 12 lits de médecine.

Concernant le regroupement des maternités de Périgueux, le Directeur de l'ARH a décidé d'utiliser cet instrument. Au vu du contexte local problématique, il a été précisé officiellement, dès le mois d'octobre 2001, que la commission exécutive de l'ARH n'autoriserait pas de création d'activité nouvelle dans le cas de la fermeture des lits d'obstétrique de la clinique. Cette position claire et ferme a donc fortement incité le Directeur de la clinique à ne pas fermer sa maternité de façon unilatérale.

L'ARH a également montré son soutien au Directeur du Centre Hospitalier. Elle a par exemple autorisé l'établissement à lancer les études concernant la phase 1 du plan directeur, qui concerne justement la construction du pôle mère-enfant. Cette autorisation, donnée avant l'approbation de l'ensemble du projet d'établissement par la commission exécutive de l'ARH, montre bien toute l'importance accordée au projet de pôle mère-enfant par l'Agence, et surtout l'urgence de sa réalisation. En outre, elle a largement soutenu le Centre Hospitalier lors de la négociation de la convention de coopération, même si le Directeur de l'ARH n'a pas souhaité que cette convention soit tripartite (Centre Hospitalier, clinique, ARH).

La stratégie de l'ARH est donc calquée sur celle du Centre Hospitalier : l'Agence a utilisé son principal moyen d'action, l'autorisation de reconvertir les lits d'obstétrique, pour dissuader le Directeur de la clinique de fermer sa maternité avant l'ouverture du pôle mère enfant. Dans cette situation de regroupement non prévu par le SROS, l'Agence dispose donc d'une faible marge de manœuvre et ne peut agir que de façon indirecte.

³⁷ La maternité publique (22 lits autorisés, 28 installés) effectue environ 650 accouchements par an, et la maternité privée (15 lits) à peine 300.

Finalement, les trois principaux acteurs semblent obligés pour l'instant de s'accorder sur un objectif commun : maintenir deux unités d'obstétrique sur la ville de Périgueux, tant que le Centre Hospitalier n'est pas en mesure d'accueillir dans des conditions satisfaisantes l'ensemble des parturientes. L'établissement public parvient à convaincre l'ARH que cette stratégie est la seule permettant de garantir la sécurité de la prise en charge périnatale. De même, pour différentes raisons, l'établissement privé a lui aussi intérêt à coopérer avec l'hôpital public, au moins de façon transitoire.

La coopération envisagée n'est en effet que conjoncturelle, avec pour unique but différer la fermeture de la maternité privée. A terme, il n'a pas été évoqué la possibilité d'un partage d'activités (il n'y a pas de contrepartie prévue pour l'abandon de l'activité d'obstétrique par la clinique), ni d'un partage des compétences pour l'exercice de l'activité d'obstétrique (le Directeur de la clinique veut se désengager définitivement de cette activité). Par conséquent, il s'agit pour l'hôpital public de gérer au mieux la période de transition, pendant laquelle la maternité privée connaît des difficultés de fonctionnement, jusqu'à l'ouverture de son pôle mère enfant.

Des solutions de coopération pourront-elles être trouvées et permettront-elles d'attendre l'ouverture du pôle mère enfant du Centre Hospitalier? Et dans le cas contraire, quelles sont les autres solutions envisageables?

deuxieme partie

De la coopération au transfert d'activité en périnatalité : une naissance dans la douleur

Les trois principaux acteurs (Centre Hospitalier, clinique, ARH) sont contraints à agir pour éviter la fermeture brutale de la maternité privée. Cette stratégie initiale commune permet de stabiliser la situation pendant quelques mois, grâce à la signature d'une convention de coopération. Mais le renfort apporté par l'hôpital public n'est pas suffisant pour garantir la continuité du fonctionnement de la maternité privée. Il devient alors indispensable d'envisager d'autres scénarios de coopération transitoire.

Cependant, de plus en plus d'acteurs hospitaliers s'interrogent sur la pérennité de cette coopération public /privé de circonstance, sans but à long terme. La Direction du Centre Hospitalier est donc contrainte d'envisager deux hypothèses : soit la coopération s'essouffle, et la fermeture de la maternité privée est plus rapide que prévue, soit des formules de coopération sont trouvées, et le transfert de l'activité d'obstétrique pourra se faire au sein du pôle mère enfant. La réalisation de la première hypothèse, c'est-à-dire le transfert anticipé de l'activité d'obstétrique sur l'hôpital public, entraînerait une réorganisation importante des activités d'obstétrique et de gynécologie médicale et chirurgicale, en terme de personnels, de locaux et de matériels, qui nécessite d'être prévue à l'avance.

En revanche, si la seconde hypothèse se réalise, c'est-à-dire le regroupement de l'activité d'obstétrique dans le pôle mère enfant, c'est le scénario idéal pour le Centre Hospitalier, puisqu'il correspond à la stratégie initialement prévue dans le projet d'établissement.

2.1 LA COOPÉRATION TRANSITOIRE ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVÉ

La volonté commune de coopération se concrétise par la signature entre le Centre Hospitalier et la clinique Francheville, le 29 avril 2002, d'une convention traitant plus particulièrement de la problématique pédiatrique³⁸. Les fermetures récurrentes de la maternité privée, dues à des problèmes d'effectifs de sages femmes, vont conduire le Centre Hospitalier à étudier d'autres scénarios de coopération transitoire entre les deux établissements.

2.1.1 La signature d'une convention de coopération

La convention de coopération organise l'intervention des pédiatres hospitaliers au sein de l'établissement privé. Son application est plutôt une réussite, même si des zones d'incertitudes demeurent. Le Centre Hospitalier de Périgueux n'est pas le premier établissement public de santé à coopérer avec une maternité privée dans le domaine pédiatrique : le Centre Hospitalier de Beaumont-sur-Oise a également conclu avec une clinique privée une convention de coopération sur ce même thème.

2.1.1.1. La présentation de la convention

- Les négociations de la convention

La maternité privée connaît des difficultés de fonctionnement récurrentes, essentiellement liées à des effectifs insuffisants. Cette situation génère l'inquiétude des personnels hospitaliers, qui s'interrogent sur l'avenir de cette maternité et sur les conséquences pour l'hôpital de sa fermeture éventuelle.

La situation devient particulièrement délicate à partir de septembre 2001, puisque la continuité pédiatrique de l'établissement privé ne repose plus que sur un seul pédiatre libéral³⁹. L'aide ponctuelle du Centre Hospitalier devient alors indispensable pour assurer une partie de la couverture pédiatrique, de façon à éviter un arrêt brutal de l'exercice de l'activité d'obstétrique par la clinique privée. Le pédiatre libéral fait pression sur le Directeur de la clinique et menace de cesser son activité, s'il n'a pas de renfort médical.

³⁸ Cf convention reproduite en annexe n°1.

³⁹ Cf supra p.

Plusieurs réunions institutionnelles ont lieu à la fin de l'année 2001 entre le Centre Hospitalier, la clinique, la DDASS et l'ARH. Le Directeur du Centre Hospitalier a une position claire : n'étant pas en mesure d'exercer toute l'activité d'obstétrique dans l'établissement public, il est indispensable de différer la fermeture définitive de la maternité privée, et donc de trouver des solutions de coopération transitoire.

Le Président de la CME, chef de service de pédiatrie par ailleurs, contribue à faire avancer la situation. Les pédiatres hospitaliers, par son intermédiaire, font des propositions concrètes pour aider le pédiatre libéral et sont prêts à assurer 50% des astreintes (la charge de travail liée à l'activité pédiatrique de la clinique est évaluée à environ 12 heures de travail par semaine, avec une moyenne de 3 à 4 césariennes, dont les 2/3 sont programmées). La Direction du Centre Hospitalier évalue les surcoûts financiers sur la base du doublement des astreintes opérationnelles, de la mise en place d'astreintes de sécurité et du paiement d'indemnités de déplacement. Il est clairement précisé que ces surcoûts ne pourront en aucun cas être pris en charge par l'établissement public.

Le Directeur de l'établissement privé refuse quant à lui toute possibilité de participer financièrement à la coopération. Il estime en effet que n'ayant pas de contrat d'exercice avec le pédiatre libéral et n'ayant aucun frais lié à la pédiatrie actuellement, il n'est pas envisageable qu'il participe au financement du renfort de la permanence pédiatrique par l'hôpital public.

Par conséquent, l'ARH se retrouve obligée de débloquer la situation sur le plan financier. Il est en effet apparu nécessaire à l'ensemble des acteurs que les pédiatres hospitaliers obtiennent une compensation financière pour leur activité au sein de l'établissement privé. L'Agence s'est donc engagée à verser la prime multi-établissements à tous les pédiatres hospitaliers et à financer le paiement d'astreintes de sécurité doublées. L'ARH soutient également cet effort de coopération en confirmant la création d'un poste d'assistant spécialiste en pédiatrie pour le début de l'année 2002 et en envisageant la création d'un autre poste. Le DARH approuve cette convention, par l'intermédiaire d'un accord de principe de la Commission Exécutive de l'ARH du 7 mai 2002, mais ne souhaite pas qu'elle soit tripartite.

- L'organisation médicale

La permanence de pédiatrie au sein de la maternité de Francheville est organisée dans le cadre d'une astreinte de nuit en semaine et d'une astreinte de week-ends et de jours fériés, assurées une semaine sur deux par le pédiatre libéral et une semaine sur deux par les pédiatres hospitaliers. Les jours ouvrables, le pédiatre libéral est responsable de la continuité pédiatrique de la maternité privée. Pendant les congés du pédiatre libéral (congés annuels,

congés formation), les pédiatres hospitaliers prennent en charge l'ensemble de l'activité de pédiatrie de la maternité de la Clinique.

Cette coopération est envisagée selon deux modalités :

- pendant une période transitoire, de mai à octobre 2002, compte-tenu du faible nombre de pédiatres hospitaliers en poste, il est mis en place lors de l'intervention des pédiatres hospitaliers une astreinte unique de pédiatrie, sur les deux sites en même temps. Ce dispositif est dérogatoire, de façon transitoire et exceptionnelle, au décret de périnatalité prévoyant qu'un pédiatre doit être disponible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans chaque unité d'obstétrique⁴⁰.

- par la suite, grâce au nombre plus important de pédiatres au Centre Hospitalier, suite à des recrutements, il est prévu d'organiser une double astreinte des pédiatres hospitaliers (un pédiatre d'astreinte pour le Centre Hospitalier et un pour l'autre pour la clinique) pendant les périodes où ils assurent la continuité de l'activité pédiatrique à la maternité de la Clinique.

Cette organisation médicale a été finalement retenue par tous les acteurs en présence, après des discussions entre les médecins, puis entre les directions et enfin avec les autorités de tutelle. Elle permet, malgré des difficultés réglementaires, d'apporter un renfort au pédiatre libéral et d'assurer la permanence pédiatrique de l'établissement privé. Cette solution est apparue comme la seule permettant de ne pas fermer la maternité privée pour non-respect des conditions de sécurité. Par conséquent, l'ARH a accepté d'adapter la réglementation, pour faire face à une situation de crise locale.

- Les modalités financières et le suivi

Les modalités financières de cette convention sont prévues à trois niveaux :

- La coopération nécessite de renforcer l'effectif de pédiatres hospitaliers. Outre la création d'un poste d'assistant spécialiste en 2002, un 6^{ème} poste de pédiatre est accordé pour 2003 (poste de PH temps partiel ou d'assistant spécialiste).

- La rémunération des pédiatres hospitaliers tient compte de la contrainte liée à une multiplication du nombre des astreintes et à une intervention sur deux sites, par l'attribution à chaque praticien de la prime multi-établissements⁴¹ et le paiement des doubles astreintes.

⁴⁰ Article D 712-84 du décret n°98-900 du 9 octobre 1998.

⁴¹ La prime multi-établissements est prévue par le décret n°99-563 du 6 juillet 1999.

- Les actes réalisés par les pédiatres hospitaliers au sein de la maternité de la clinique devraient pouvoir être pris en compte, pour être au moins comptabilisés et, dans la mesure du possible, facturés.

Un comité de suivi⁴² est le garant de la possibilité d'adapter la convention, puisque les avenants sont conclus à sa demande, sous réserve de l'accord des deux parties. Il est également prévu qu'en cas de réduction brutale des effectifs de médecins concernés par la convention, une réunion urgente des parties signataires soit organisée pour évoquer la suite de la coopération. S'il n'est pas possible d'adapter la convention, celle-ci peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, avec un préavis de six mois, et après que les signataires se soient réunis pour discuter des raisons de la dénonciation par l'une des parties.

Après plusieurs mois d'application, le dispositif mis en place semble donner satisfaction aux deux parties. Si le bilan est positif, quelques zones d'incertitudes, réglementaire et administrative, demeurent.

2.1.1.2. L'application de la convention

L'organisation médicale prévue par la convention a été respectée. Une semaine sur deux, les pédiatres hospitaliers assurent l'astreinte de nuit de la clinique privée les jours ouvrables, ainsi que les week-ends et jours fériés 24 heures sur 24. Pendant l'été, les trois pédiatres se sont partagés cette contrainte supplémentaire. Ils ont assuré la permanence pédiatrique pendant les congés annuels du pédiatre libéral (18 jours) et se sont déplacés une à deux fois par jour.

Les interventions au sein de l'établissement privé ont été finalement peu fréquentes jusqu'à maintenant, les pédiatres ayant été aussi sollicités pour des avis par téléphone.

Cette expérience de coopération avec le secteur privé apparaît donc positive. Il convient de noter que ce dispositif fonctionne grâce à la bonne volonté des pédiatres hospitaliers. Le fait que le Président de la CME soit également le chef de service de pédiatrie au moment de la signature de la convention a beaucoup facilité les négociations. En outre, l'adhésion des

⁴² Il est composé du Directeur de l'ARH, de la Directrice de la DDASS, des Directeurs et des Présidents de CME des deux établissements et, pour chaque établissement, d'un représentant des gynécologues obstétriciens, d'un représentant des pédiatres, d'un représentant des anesthésistes, d'un représentant des sages-femmes.

pédiatres à cette convention s'explique par l'accompagnement financier qui a été obtenu de l'ARH : le paiement des doubles astreintes et de la prime multi-établissements a fortement conditionné la participation des pédiatres hospitaliers.

Quelques zones d'incertitudes, concernant la validité juridique de la convention et les modalités de recueil et de facturation des actes des pédiatres hospitaliers, demeurent.

- Les incertitudes juridiques

La convention est la formule juridique de coopération la plus souple et par conséquent la plus utilisée. Elle représente 95% des accords de coopération entre établissements.

Le mode conventionnel est expressément prévu par l'article L 713-12 du CSP : « *Pour la poursuite de ces actions, ils [les établissements de santé] peuvent signer des conventions...* » Il n'existe pas de textes législatifs ou réglementaires définissant la convention. Celle-ci est ouverte à tous les établissements, publics et privés, également à des personnes physiques, à des médecins libéraux et à d'autres professionnels de santé non hospitaliers. Son domaine d'action est très large. Traditionnellement, la convention est souvent utilisée pour l'utilisation d'équipements lourds (conventions dites de co-utilisation) ou pour permettre la mise à disposition de personnels ou de praticiens hospitaliers.

Si l'objet des conventions est donc vaste, il comporte cependant des limites. Une convention ne peut pas prévoir des relations exclues par des dispositions législatives, réglementaires ou jurisprudentielles. Par exemple, un hôpital public ne peut mettre à disposition d'une clinique privée du personnel de droit public, et réciproquement⁴³. L'intervention de praticiens hospitaliers dans un établissement privé n'est donc pas satisfaisante sur le plan juridique. Mais, étant donné la situation, cette coopération est l'unique moyen d'assurer la sécurité des parturientes et des nouveaux nés sur la ville de Périgueux.

- Les incertitudes concernant le recueil de l'activité pédiatrique et la facturation

La convention prévoit que l'activité médicale des pédiatres soit au moins comptabilisée, avec référence de la nature des actes effectués et identification des points ISA correspondants. Il avait été prévu que les pédiatres hospitaliers puissent disposer d'un « ordonnancier d'établissement » de la Clinique, qui encaisserait les actes et reverserait ensuite leur montant au Centre Hospitalier. Ce dispositif s'est avéré difficile à mettre en œuvre. Il a ensuite été proposé que les pédiatres disposent de feuilles maladie du Centre Hospitalier à

⁴³ Exemple cité dans le « *Traité de la coopération hospitalière* », de Houdart L., Larose D., Barre S., édition 2000, vol. 1, p. 84.

leur nom. Dans cette hypothèse, le paiement des actes aurait été effectué directement auprès de l'établissement public. Mais le fait qu'un praticien hospitalier dispose d'ordonnances à son nom dans le cadre d'une activité exercée dans un établissement privé posait également des difficultés. Les pédiatres utilisent finalement les ordonnances du pédiatre libéral, et notent leur nom à la place. Par conséquent, le recueil de leur activité n'est pas effectué et les actes des pédiatres ne donnent pas lieu à facturation.

Cette convention permet réduire fortement l'influence du pédiatre libéral. Grâce aux recrutements de pédiatres hospitaliers promis par l'ARH, la permanence pédiatrique de la maternité privée pourrait être assurée par le Centre Hospitalier. Ce type de coopération existe d'ailleurs déjà à Beaumont-sur-Oise.

2.1.1.3. L'exemple de la convention de coopération de Beaumont-sur-Oise

Le Centre Hospitalier de Beaumont-sur-Oise dispose d'une unité d'obstétrique de niveau 2, d'une capacité de 27 lits d'obstétrique, 21 lits et places de pédiatrie et 5 lits de néonatalogie. La maternité de la clinique privée est quant à elle de niveau 1 et effectue 600 à 700 accouchements par an. Les deux établissements ont conclu en 1997 une convention de coopération⁴⁴, afin de confier la couverture médicale pédiatrique de la maternité privée aux pédiatres hospitaliers.

- L'organisation médicale

La coopération mise en place dans cette convention est plus approfondie que celle du Centre Hospitalier de Périgueux avec la clinique Francheville, puisque c'est la totalité de la couverture pédiatrique de la maternité privée qui est confiée au Centre Hospitalier de Beaumont-sur-Oise. Un pédiatre hospitalier est présent sur place chaque jour ouvrable, l'équivalent d'une demi-journée, et le reste du temps un pédiatre est d'astreinte pour les appels en urgence. Un autre pédiatre est de garde sur place à la maternité du Centre Hospitalier, donc il y a bien un pédiatre disponible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, pour chaque unité d'obstétrique.

La convention prévoit également qu'en cas d'indisponibilité ponctuelle des pédiatres, ne permettant pas d'assurer la présence sur place normale, un service minimum est assuré pour la prise en charge des urgences pédiatriques.

⁴⁴ La convention est présentée en annexe n°2.

- L'activité des pédiatres et la facturation

L'activité pédiatrique effectuée à la clinique est comptabilisée dans l'activité du Centre Hospitalier de Beaumont-sur-Oise, qui en assure la facturation aux patients ou à leurs ayants-droits. Les services administratifs de la clinique communiquent l'ensemble des renseignements administratifs nécessaires au service compétent du Centre Hospitalier. Les pédiatres hospitaliers disposent, pour leurs consultations à la clinique, d'ordonnanciers et de cachets portant la double mention Clinique / Centre Hospitalier.

- La participation financière de la clinique

La clinique participe financièrement à cette action de coopération, selon trois modalités. Elle prend en charge :

- la moitié du coût fixe de l'astreinte de sécurité
- le coût des déplacements liés aux appels urgents durant l'astreinte
- le coût des déplacements liés aux appels urgents en journée, hors de la présence normale des pédiatres.

Ce type d'organisation médicale pourrait éventuellement être adopté par le Centre Hospitalier de Périgueux. En effet, le renfort de l'effectif de pédiatres hospitalier permet d'envisager une augmentation de leur temps de présence à la clinique Francheville.

De plus, cet exemple montre bien qu'il aurait été possible d'impliquer la clinique privée de façon plus importante dans la coopération sur la ville de Périgueux : participation de ses services administratifs pour fournir les renseignements permettant la facturation des actes, participation financière minimum avec par exemple le paiement aux pédiatres hospitaliers des astreintes de sécurité.

Finalement, la convention de coopération a atteint son objectif, puisqu'elle permet d'écarter la menace de fermeture brutale de la maternité privée, liée à une démission de l'unique pédiatre libéral. Les négociations avec l'ARH ont par ailleurs facilité l'augmentation de l'effectif de pédiatres hospitaliers. A partir de novembre 2002, l'hôpital public disposera normalement de 6 pédiatres (3 praticiens hospitaliers temps plein, 1 praticien hospitalier temps partiel, 1 assistant spécialiste, 1 attaché). Par conséquent, il va pouvoir être envisagé de mettre en place deux astreintes lors de l'intervention des pédiatres hospitaliers à la maternité de la clinique, soit une astreinte pour chaque unité d'obstétrique.

Mais les effectifs insuffisants de sages femmes conduisent de nouveau l'établissement privé à fermer son service d'obstétrique de façon ponctuelle. La Direction du Centre Hospitalier doit donc envisager d'autres scénarios de coopération transitoire.

2.1.2. L'étude d'autres scénarios de coopération transitoire

L'objet de la convention a été volontairement rédigé de façon très large, « *la coopération entre les gynécologues obstétriciens, les anesthésistes et les sages femmes [doit être] favorisée par la présente convention* », de façon à permettre une éventuelle extension de la convention.

En effet, la participation des sages femmes du Centre Hospitalier aux gardes de la maternité privée pourrait répondre aux difficultés de la maternité privée. La conclusion d'une « convention de mandat de gestion » pourrait également être envisagée. Cette convention confierait l'autorisation de l'activité d'obstétrique au Centre Hospitalier, alors que l'activité se déroulerait toujours dans les locaux de la clinique privée, comme cela a été fait à Béziers au début des années 1990. Enfin, les deux établissements pourraient se partager les activités d'obstétrique et de chirurgie gynécologique, mais avec la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé à chaque fois.

2.1.2.1. L'extension de la convention de coopération aux sages femmes

Dans cette hypothèse, les sages femmes du Centre Hospitalier seraient autorisées, par les Directeurs des deux établissements et par l'ARH, à prendre des gardes dans la maternité privée.

Cette aide permettrait à la clinique privée d'éviter des fermetures ponctuelles récurrentes, qui ont un effet très négatif sur son image de marque auprès de la population. En effet, les transferts au Centre Hospitalier des parturientes suivies à la clinique se font de manière inopinée et ne sont pas préparés.

De plus, cette nouvelle entente entre les deux établissements serait un gage de bonne volonté donné par la clinique à l'ARH, dans la perspective d'une reconversion de ses 10 lits d'obstétrique. La poursuite de l'activité d'obstétrique permettrait aussi à la clinique d'honorer son contrat avec les gynécologues obstétriciens. Du point de vue du secteur privé, une extension de la convention de coopération aux sages femmes ne pourrait donc être qu'intéressante.

Pour l'hôpital public, cette formule de coopération aurait le principal avantage de préserver le fonctionnement actuel du service de gynécologie obstétrique et d'y maintenir

l'activité de chirurgie gynécologique. De plus, l'organisation des anesthésistes réanimateurs, avec une seule garde pour les deux sites, ne serait pas non plus modifiée.

Ce scénario semble séduisant mais sa faisabilité doit être étudiée de plus près. Cette formule de coopération n'est pas satisfaisante sur le plan juridique, au même titre que l'intervention des pédiatres hospitaliers au sein de la maternité privée. Un accord de principe des autorités de tutelle serait donc nécessaire pour que les Directeurs des deux établissements s'engagent dans cette voie de coopération. Néanmoins, une telle autorisation doit pouvoir être obtenue, à titre exceptionnel, de la même façon qu'a été obtenue celle concernant l'intervention des pédiatres hospitaliers. Ce type de collaboration ponctuelle entre sages femmes du secteur public et du secteur privé s'est par ailleurs déjà produit, par exemple sur la ville de Quimper pendant l'été 2000⁴⁵.

Cependant, plusieurs acteurs hospitaliers, notamment le personnel de la maternité, sont en désaccord avec le principe même de l'approfondissement de la coopération. Ils estiment que le Centre Hospitalier n'a pas assez de contreparties et qu'au contraire, l'intérêt de l'établissement public serait plutôt d'absorber toute l'activité d'obstétrique, même au prix de dysfonctionnements internes. Ce second obstacle à l'extension de la convention doit pouvoir être surmonté, si la Direction du Centre Hospitalier démontre que cette coopération transitoire est la solution la plus satisfaisante pour l'établissement.

Enfin et surtout, le principal obstacle à ce scénario est l'effectif de sages femmes du Centre Hospitalier, qui est juste suffisant en septembre 2002 pour le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique. Un recrutement de sages femmes par le Centre Hospitalier est donc indispensable si l'on veut envisager un renfort de la maternité privée. Or, le secteur public semble plus attractif que le secteur privé en terme de recrutement de sages femmes. L'éventail des activités exercées par les sages femmes est en effet plus large dans le secteur public que dans le secteur privé⁴⁶. De plus, étant donné le contexte local et le projet de création d'un pôle mère enfant, le Centre Hospitalier peut être plus attractif en terme d'intérêt professionnel que la maternité privée, dont l'avenir est plus qu'incertain.

Si le recrutement de sages femmes se réalise, un certain nombre de gardes de la maternité privée pourrait être assuré chaque mois par du personnel paramédical de l'hôpital public. Pour le Centre Hospitalier, si le renfort d'effectifs est suffisant, cette formule est celle qui désorganise le moins le service de gynécologie obstétrique. Enfin, du point de vue de

⁴⁵ Les sages femmes du Centre Hospitalier intercommunal de Quimper ont assuré des gardes dans la maternité de la clinique privée St Michel/ Ste Anne pendant 7 nuits, cf article de la revue, « Horizon », n°138, mai 2002.

⁴⁶ Revue *Etudes et Résultats*, n°17, mai 1999.

l'ARH, le renforcement d'effectifs serait en quelque sorte une anticipation de la réalisation du pôle mère enfant et permettrait d'étaler les recrutements sur plusieurs années.

Ce scénario semble donc envisageable, à condition d'avoir le soutien actif de l'ARH, et de réussir des recrutements rapides. Les modalités précises de l'intervention des sages femmes à la clinique devraient être précisées lors de négociations avec les principaux acteurs. Dans tous les cas, si ce scénario se réalise, il est nécessaire que la clinique participe financièrement à la rémunération de ce personnel paramédical spécialisé.

L'urgence concerne la pénurie de sages femmes. Mais, il faut aussi tenir compte du fait que trois des quatre gynécologues obstétriciens intervenant à la clinique sont assez proches de la retraite et pourraient décider d'arrêter leur activité plus tôt que prévu. La convention pourrait alors prévoir la participation des gynécologues obstétriciens du Centre Hospitalier au sein de la maternité privée.

La conclusion d'une convention de mandat de gestion permettrait de transférer officiellement l'activité d'obstétrique au Centre Hospitalier, alors qu'une partie d'entre elle serait toujours assurée dans les locaux de la clinique, avec du personnel privé, notamment les anesthésistes réanimateurs.

2.1.2.2. La conclusion d'une convention de mandat de gestion

- L'exemple du Centre Hospitalier de Béziers

Cette formule de coopération originale qu'est la convention de mandat de gestion a été expérimentée par le Centre Hospitalier de Béziers au début des années 1990. A l'époque, le Centre Hospitalier ne disposait pas de service de gynécologie obstétrique, cette activité étant assurée exclusivement à la Clinique Mutualiste, établissement PSPH disposant de 32 lits de gynécologie obstétrique. Or, le Centre Hospitalier avait le projet d'exercer cette activité dans le « Nouvel Hôpital », alors que la Clinique Mutualiste souhaitait au contraire arrêter définitivement cette activité, et reconverter ses lits d'obstétrique en lits de moyen séjour. Les projets des deux établissements concordent donc, mais pas leur chronologie, puisque le « Nouvel Hôpital » ne doit ouvrir qu'en 1995, alors que la clinique souhaite abandonner l'activité de gynécologie obstétrique dès la fin de l'année 1992, pour des raisons financières.

Cette situation rappelle celle de Périgueux : l'hôpital de Béziers est lui aussi obligé d'intervenir de façon transitoire, pour aider la clinique Mutualiste à exercer l'activité d'obstétrique, le temps que le transfert d'activité soit possible entre les deux établissements. La principale différence réside dans le fait que le Centre Hospitalier de Béziers n'a pas, en

même temps, sa propre maternité à faire fonctionner, ce qui simplifie la situation par rapport à celle de Périgueux.

Le transfert d'activité entre le Centre Hospitalier de Béziers et la clinique Mutualiste est autorisé par arrêté préfectoral⁴⁷. Celui-ci prévoit que le service de gynécologie obstétrique de 32 lits de la clinique sera fermé à compter du 1^{er} janvier 1993, date à laquelle 24 lits seront transférés au Centre Hospitalier (les 8 lits restants seront définitivement supprimés). En échange, 20 lits de moyen séjour seront transférés du Centre Hospitalier à la clinique, à la date de la mise en service du « Nouvel Hôpital ».

En attendant le transfert effectif et définitif des lits d'obstétrique dans le « Nouvel Hôpital », la coopération transitoire entre les deux établissements est nécessaire pour assurer la prise en charge périnatale sur la ville de Béziers. Cette collaboration public/privé ponctuelle se réalise grâce à une convention de mandat de gestion : l'activité d'obstétrique est transférée dès le 1^{er} janvier 1993 au Centre Hospitalier, qui en détermine librement les conditions d'exercice, sous la seule condition de permettre au personnel actuellement en place à la clinique d'intégrer la fonction publique hospitalière. Mais les 24 lits de gynécologie obstétrique restent installés physiquement à la clinique, à qui le Centre Hospitalier confie provisoirement la gestion de cette activité. Cette formule permet d'utiliser les locaux, le plateau technique, le matériel et dans un premier temps, le personnel de la clinique Mutualiste, pour exercer l'obstétrique, alors que c'est le Centre Hospitalier qui a l'autorisation de fonctionnement et surtout qui assume l'ensemble des dépenses liées à cette activité, après un rebasage de sa dotation globale. Plusieurs avenants sont conclus au fur et à mesure du recrutement de personnel médical par le Centre Hospitalier et de l'intégration dans la fonction publique du personnel paramédical.

Les principes de fonctionnement de cette convention de mandat de gestion et de ses évolutions sont résumés dans le tableau suivant :

⁴⁷ Arrêté du Préfet de la région Languedoc-Roussillon, du 30 décembre 1992.

	CENTRE HOSPITALIER DE BEZIERS	CLINIQUE MUTUALISTE
Convention de mandat de gestion (31/12/92)	Dispose de l' autorisation d'exercer l'activité d'obstétrique et en détermine librement les conditions d'exercice	24 lits d'obstétrique sont installés physiquement dans ses locaux et la gestion de l'activité d'obstétrique lui est confiée provisoirement
	Assure les prestations médico-techniques à partir du 1er avril 1993 (médicaments, examens de biologie, examens de radiologie autres que les échographies)	Assure toutes les prestations médico-techniques jusqu'au 1er avril 1993 seulement la kinésithérapie et le fonctionnement du bloc obstétrical
		Assure les prestations hôtelières (restauration, linge, produits d'entretien, maintenance, fournitures nécessaires au fonctionnement courant)
		Personnel médical : obstétriciens et anesthésistes travaillant à la clinique, pédiatres libéraux choisis par les familles
	Personnel paramédical : personnel de la clinique	
	Assure la tarification de l'activité et rembourse à la clinique les charges correspondantes (après réévaluation de sa base budgétaire)	Assume directement le règlement des dépenses

Avenant n°1 (30/06/93)	Personnel médical : obstétriciens hospitaliers, anesthésistes hospitaliers, possibilité de faire appel au pédiatre hospitalier de garde	Personnel médical : obstétriciens travaillant à la clinique, pédiatres libéraux choisis par les familles
Avenant n°2 (3/12/93)	Personnel médical uniquement hospitalier : obstétriciens, anesthésistes , pédiatres (suivi des nouveaux-nés)	
Avenant n°3 (16/03/95)	Personnel médical uniquement hospitalier	
	Personnel paramédical intégré dans la fonction publique hospitalière	
	Ce fonctionnement est en vigueur jusqu'au déménagement dans le nouvel hôpital	
Ouverture du Nouvel Hôpital en avril 1995	24 lits de gynécologie obstétrique	20 lits de moyen séjour

- L'adaptation au Centre Hospitalier de Périgueux

Cette formule de coopération répondrait à la volonté du Directeur de la clinique privée d'arrêter définitivement l'activité d'obstétrique, qu'il n'estime pas assez rentable. Pour l'hôpital public, il s'agirait d'anticiper le transfert des lits d'obstétrique, dont il confierait provisoirement la gestion à la clinique. La dotation globale de l'établissement public serait alors réévaluée, pour permettre la reprise de l'activité d'obstétrique, et notamment le recrutement de personnel supplémentaire. Cette solution permettrait d'utiliser au mieux les locaux privés existants et n'obligerait pas à faire des aménagements architecturaux au Centre Hospitalier, pour une période transitoire de quelques années.

Ce scénario nécessiterait un accord de tous les personnels, en particulier celui des anesthésistes réanimateurs du secteur privé. Cette formule de coopération n'est en effet intéressante que si ces derniers acceptent de continuer à assurer l'activité d'anesthésie-réanimation liée aux accouchements réalisés dans la maternité privée, ce qui permettrait de ne pas modifier le mode de fonctionnement actuel des anesthésistes réanimateurs du Centre Hospitalier⁴⁸.

La concrétisation de ce scénario semble pourtant peu réaliste et comporte de nombreux obstacles. La clinique privée aurait en effet peu d'intérêts à accepter qu'une partie de l'activité d'obstétrique se déroule dans ses locaux, avec l'intervention de ses anesthésistes réanimateurs de surcroît. Son bloc obstétrical et ses lits d'hospitalisation seraient occupés par une activité non rémunératrice. De plus, outre les aspects financiers, ce type de coopération risquerait d'avoir un impact très négatif sur l'image de marque de la clinique privée. L'exemple de Béziers est éloquent sur ce point, puisque quelques années après la conclusion de cette convention, la Clinique Mutualiste a été totalement « absorbée » par le Centre Hospitalier.

Quant aux anesthésistes réanimateurs privés, ils ne souhaitent pas exercer l'activité d'obstétrique, même quand celle-ci est pratiquée dans leur établissement par des gynécologues obstétriciens privés. Ils souhaitent au contraire arrêter cette activité, dont le rapport « contraintes- rémunérations » ne leur semble pas intéressant.

Ce scénario exigerait également que le personnel, médical (gynécologues obstétriciens) et paramédical (sages femmes), de la clinique soit intéressé par une intégration dans le secteur public. Sinon, le problème de la pénurie de personnels reste entier, et risque même de s'aggraver si certains gynécologues décident d'arrêter leur activité

⁴⁸ Les anesthésistes hospitaliers n'assurent qu'une seule garde pour les deux sites, la maternité étant située du côté gauche de l'avenue Georges Pompidou (qui traverse l'établissement) et le bloc central du côté droit.

plus tôt que prévu et si des sages femmes décident d'exercer dans une autre clinique privée.

Ce type de coopération, qui créerait une cohabitation forcée entre des personnels avec des statuts différents, risquerait aussi de générer des difficultés dans l'organisation médicale. De plus, en terme de responsabilités et de croisements du droit public et privé, cette formule de coopération serait très compliquée à gérer.

Finalement, l'idée de conserver deux unités d'obstétrique dans un contexte de pénurie de personnel médical et paramédical, tant au niveau local qu'au niveau national, ne semble pas pertinent. En effet, la multiplication des sites nécessite par nature des effectifs plus importants, notamment pour pouvoir mettre en place plusieurs gardes et / ou astreintes. Or, les spécialistes concernés ne souhaitent pas assurer plusieurs permanences et ne sont pas en effectifs suffisants pour le faire. Dans le cas de Béziers, cette question ne se posait pas, puisque le Centre Hospitalier n'avait pas de maternité. La coopération permettait d'assurer le fonctionnement d'une seule unité d'obstétrique, alors qu'il s'agirait à Périgueux de coopérer pour faire fonctionner deux unités.

Il apparaît donc que cette formule de coopération n'est pas très adaptée au contexte périgourdin, et qu'il semble plus pertinent d'essayer de concentrer les activités d'obstétrique et de chirurgie gynécologique, chacune étant exercée sur un même lieu, où coexisteraient le secteur public et le secteur privé.

2.1.2.3. Le partage des activités d'obstétrique et de chirurgie gynécologique

Dans cette hypothèse, toute l'activité d'obstétrique serait exercée au Centre Hospitalier et toute celle de chirurgie gynécologique à la clinique. Mais l'hôpital n'a intérêt à ce partage d'activités que si les gynécologues obstétriciens peuvent continuer à pratiquer la chirurgie gynécologique dans l'établissement privé. En contre-partie, une « clinique ouverte » pourrait être créée à l'hôpital, pour permettre aux gynécologues privés de continuer à pratiquer des accouchements.

Les intérêts de ce scénario sont nombreux pour l'hôpital public. Il permettrait surtout que l'établissement ne perde pas son activité de chirurgie gynécologique, qui est très importante pour le recrutement futur de gynécologues obstétriciens de qualité. De plus, le service de maternité n'étant plus consacré qu'à l'obstétrique et à la gynécologie médicale, il serait

possible d'accueillir toutes les parturientes de Périgueux dans des conditions satisfaisantes de sécurité et de qualité, après des ajustements internes⁴⁹. Le nombre d'anesthésistes réanimateurs serait également suffisant pour absorber cette hausse d'activité liée à l'obstétrique puisqu'elle serait compensée par l'absence d'activité liée à la chirurgie gynécologique. Cette situation serait également très intéressante pour les pédiatres hospitaliers, qui ne seraient plus obligés d'intervenir dans la clinique privée.

L'intervention des opérateurs publics dans la clinique privée semble donc une solution très intéressante pour le Centre Hospitalier. Deux gynécologues publics sur les trois seraient d'accord pour opérer dans la clinique privée. La seule réserve concerne la disponibilité des praticiens pour le suivi post-opératoire des patientes opérées à la clinique, alors qu'ils travaillent sur deux sites et doivent également assurer des gardes d'obstétrique.

La création en contre-partie d'une clinique ouverte pour l'activité d'obstétrique est une hypothèse envisageable et sera étudiée par la suite⁵⁰.

Le Directeur de la clinique privé et le personnel auraient également certains avantages à ce scénario. Tout d'abord, il permettrait d'arrêter définitivement l'activité d'obstétrique à la clinique, ce qui est le principal objectif poursuivi par le Directeur. De plus, vis-à-vis de l'ARH, cette coopération a le mérite de montrer la bonne volonté de l'établissement privé, ce qui pourrait beaucoup faciliter la négociation pour la reconversion des 10 lits d'obstétrique. Ce scénario permettrait également aux gynécologues obstétriciens et aux sages femmes de la clinique de continuer à exercer l'activité d'obstétrique en libéral, les sages femmes qui le souhaitent pouvant aussi être intégrées à la fonction publique hospitalière.

Cette formule de partage de l'exercice de l'activité de chirurgie gynécologique présente néanmoins un inconvénient financier important pour le Directeur de la clinique. L'utilisation par les opérateurs publics de son bloc opératoire, de son personnel paramédical spécialisé (IADE, IBODE), de ses anesthésistes réanimateurs et de ses lits d'hospitalisation serait certes compensée par le versement d'une redevance correspondant à l'utilisation des locaux et du personnel, comme cela se fait pour une clinique ouverte en établissement public. Mais cette coopération risque tout de même de générer un « manque à gagner » important pour le Directeur de la clinique, par rapport à une utilisation optimale de la structure à des fins exclusivement libérales.

⁴⁹ Les réorganisations internes nécessitées par le regroupement de toute l'activité d'obstétrique dans la maternité publique seront étudiées dans le paragraphe 2.2.2.

⁵⁰ Cf paragraphe 2.3.2.2.

De plus, il est probable que les anesthésistes réanimateurs privés s'opposent à l'intervention de gynécologues obstétriciens de statut public dans le bloc opératoire de la clinique, surtout pour des raisons de principe.

Le troisième obstacle s'opposant à ce type de coopération est d'ordre juridique. En effet, autant la création de cliniques ouvertes est prévue et autorisée par la réglementation, autant l'intervention de praticiens publics dans un bloc opératoire privé ne l'est pas.

L'attitude de l'ARH sera déterminante dans l'adoption de ce scénario. Juridiquement, cette situation est problématique et nécessiterait des aménagements à la réglementation. Certaines adaptations sont envisageables, quand il s'agit d'un enjeu de santé publique « vital », comme c'était le cas par exemple à Béziers où les parturientes risquaient de ne plus avoir aucune unité d'obstétrique. Or, il s'agirait ici d'autoriser un opérateur public à effectuer des interventions de chirurgie gynécologique dans un établissement privé, alors que cette activité est essentiellement programmée (alors que l'activité d'obstétrique est fluctuante par nature) et pourrait être réalisée par le secteur privé sans difficultés, dans des conditions de sécurité et de qualité satisfaisantes.

Pourtant, le Directeur de l'Agence peut aussi estimer que ce scénario permettrait, pour une fois, une véritable coopération public / privé, équilibrée entre les deux secteurs. La politique déjà menée par l'ARH dans ce domaine est claire : le secteur privé ne doit pas profiter de « situations protégées », lui permettant d'exercer les activités les plus lucratives, abandonnant les autres aux établissements publics. Par exemple, le projet de « transfert croisé » d'activités entre le secteur public et le secteur privé à Libourne et l'engagement du Centre Hospitalier à ne plus pratiquer la chirurgie gynécologique a été remis en cause par l'actuel Directeur de l'ARH à son arrivée.

De plus, ce scénario présente d'autres avantages du point de vue de l'Agence. Il est le moins coûteux en terme de personnels et d'aménagements des locaux : les moyens humains sont en effet concentrés sur chaque site et les locaux nécessitent peu de travaux (1 à 2 salles de pré-travail supplémentaires au Centre Hospitalier de Périgueux). Il permet également de préserver le choix entre le secteur public et le secteur privé pour l'activité d'obstétrique et celle de chirurgie gynécologique. Enfin, le regroupement des deux unités d'obstétrique permettrait de limiter les transferts des parturientes, ce qui est un gage de qualité de la prise en charge et diminue fortement les risques pour la mère et l'enfant.

En définitive, ce type de coopération public / privé semble prometteur, surtout si la concentration des moyens en personnels et en sites opératoires se poursuit à l'avenir. Le contexte local de Périgueux se prêterait bien à une expérimentation de ce type.

Plusieurs scénarios de coopération transitoire entre le Centre Hospitalier et la clinique Francheville sont donc envisageables. Leur réalisation implique l'accord des trois principaux acteurs institutionnels (CH, clinique, ARH) ainsi que du corps médical. L'évolution de la situation durant l'année 2002 et la « crispation » des principaux personnels hospitaliers concernés rendent néanmoins les perspectives de coopération peu réalistes.

Le scénario du transfert anticipé de l'activité d'obstétrique sur l'hôpital public devient une hypothèse de plus en plus souvent avancée, qui doit donc faire l'objet d'une étude détaillée.

2.2 LE TRANSFERT ANTICIPE DE L'OBSTÉTRIQUE SUR L'HÔPITAL PUBLIC

Le transfert de l'activité d'obstétrique sur l'hôpital public est facilement réalisable au sein d'un pôle mère enfant dimensionné pour accueillir la totalité des parturientes de Périgueux. En revanche, ce transfert dans les conditions actuelles de fonctionnement du service de gynécologie obstétrique créerait de nombreuses difficultés pour le Centre Hospitalier. Cette situation s'est néanmoins produite plusieurs fois et risque de se reproduire. Par conséquent, une procédure en cas de fermeture ponctuelle et exceptionnelle de la maternité privée a été élaborée par le Centre Hospitalier. La Direction de l'établissement réfléchit également à un scénario de transfert anticipé de l'activité d'obstétrique, en cas de fermeture définitive de la maternité privée. Dans cette hypothèse, la solution consisterait à exercer les activités d'obstétrique et de gynécologie médicale dans les locaux actuels et à délocaliser l'activité de chirurgie gynécologique dans un autre bâtiment de l'hôpital, sur le site principal (rive droite).

2.2.1. La procédure en cas de fermeture ponctuelle et exceptionnelle de la maternité privée

Une procédure a été élaborée par les principaux acteurs hospitaliers qui subissent les conséquences d'une fermeture provisoire et exceptionnelle de la maternité privée : le personnel de la maternité, mais aussi celui du Samu, du service d'accueil des urgences et des blocs opératoires. Cette procédure a pour but d'améliorer la prise en charge des parturientes, en tenant compte des difficultés rencontrées lors des précédentes fermetures ponctuelles de la maternité privée.

- Les relations entre les deux établissements

1/ La date de fermeture de la maternité de la clinique Francheville doit pouvoir être négociée et doit être connue au moins 3 semaines à l'avance.

2/ La clinique Francheville doit informer individuellement chaque patiente, susceptible d'accoucher pendant la période de fermeture, qu'elle sera prise en charge au Centre Hospitalier.

3/ En cas de transferts de patientes entre les deux établissements (transports secondaires), il y a un contact téléphonique direct entre le médecin qui adresse la patiente et celui qui accepte de la prendre en charge au Centre Hospitalier. Les deux médecins discutent ensemble du mode transfert (médicalisé ou non) et du jour de transfert, de préférence le vendredi pour un transfert d'activité le week-end. Le Samu est prévenu le plus rapidement possible de la date du transfert et le mode de transfert est décidé d'un commun accord. Les dossiers médicaux des patientes susceptibles d'accoucher pendant la période de fermeture sont transmis au Centre Hospitalier

4/ Dès que la maternité privée réouvre, il est possible de retransférer les suites de couches normales à la clinique Francheville. Il y a un contact téléphonique direct entre le médecin du Centre Hospitalier qui adresse la patiente et celui qui la prend en charge à la clinique Francheville et/ou entre les sages femmes des deux établissements. Le mode de transfert est décidé d'un commun accord

5/ Si cette procédure n'est pas respectée, et notamment le délai minimum de 3 semaines entre l'annonce de la fermeture et la date effective de celle-ci, le Centre Hospitalier ne sera pas en mesure d'accueillir toutes les parturientes prises en charge à la clinique, et ne pourra prendre en charge que les urgences obstétricales. La clinique Francheville est responsable de la prise en charge des autres patientes, pour lesquelles il n'y a pas d'urgence obstétricale.

- L'organisation interne du Centre Hospitalier

1/ Le programme de chirurgie gynécologique est reporté, sauf les IVG et les curetages qui sont faits à la maternité dans la limite de 2 par jour.

2/ Les urgences gynécologiques sont assurées au Centre Hospitalier, dans les mêmes conditions qu'en temps normal. Les urgences arrivant directement à la maternité sont gérées sur place, celles arrivant d'abord au service d'accueil des urgences sont gérées au service d'accueil des urgences, qui fait appel en cas de besoin au gynécologue de garde.

Si une intervention chirurgicale est nécessaire en urgence :

- la journée : elle est faite dans la mesure du possible à la maternité et en cas de besoin au bloc central
- la nuit : elle est faite au bloc central comme actuellement

A la suite de l'intervention chirurgicale en urgence, l'hospitalisation de l'opérée se fait dans le service de maternité, ou si nécessaire, la patiente est hébergée dans un service de chirurgie ou de spécialité chirurgicale, avec un suivi post-opératoire assuré par les gynécologues obstétriciens

3/ Concernant le personnel médical : un anesthésiste supplémentaire est d'astreinte sur la maternité. Les gynécologues obstétriciens peuvent également faire l'objet d'appels exceptionnels.

Cette procédure a essentiellement pour but de rassurer le personnel hospitalier et d'anticiper l'organisation interne à mettre en place, en cas de fermeture ponctuelle de la maternité privée. Pourtant, il semble peu probable que le Directeur de la clinique privée continue de fermer épisodiquement et de façon inattendue sa maternité. En effet, ce fonctionnement « en pointillé » entraîne l'inquiétude des parturientes suivies à la clinique et également celle de l'ensemble des clients de l'établissement privé. Les difficultés de fonctionnement de la maternité privées sont relayées par la presse locale, ce qui nuit à l'image de marque de la clinique.

La Direction du Centre Hospitalier se prépare donc plutôt à une fermeture définitive de la maternité privée, dans un délai inférieur à 5 ans. Dans cette hypothèse, l'organisation interne de l'établissement public doit être revue : la réorganisation de la maternité publique d'une part, la délocalisation de la chirurgie gynécologique d'autre part.

2.2.2. La réorganisation de la maternité publique

- Les capacités d'accueil

Le Centre Hospitalier dispose d'une autorisation de 45 lits d'hospitalisation (35 dédiés à l'obstétrique et 10 à la gynécologie médicale et chirurgicale) et 2 places d'IVG. Seulement 42 lits d'hospitalisation sont effectivement installés dans le service, dont 9 dédiés à la gynécologie. La réorganisation consisterait donc à utiliser les 42 lits uniquement pour l'obstétrique, la gynécologie médicale (pathologies associées à la grossesse) et les IVG médicamenteuses (les IVG sous anesthésie générale étant réalisées au bloc opératoire central et/ ou celui des spécialités).

Une étude sur les conséquences de la fermeture de la maternité de Francheville sur le nombre de malades présents dans le service de gynécologie obstétrique a été réalisée en

interne⁵¹. Cette étude se base sur le nombre d'accouchements réalisés en moyenne à l'hôpital et sur l'ensemble de la ville de Périgueux ces cinq dernières années, soit respectivement 1230 et 1812 naissances. Si la clinique privée arrêta l'activité d'obstétrique et si le Centre Hospitalier transférait son activité de chirurgie gynécologique, il y aurait en moyenne 33 patientes présentes dans le service, contre 26 actuellement (sans compter l'activité d'IVG).

Il semble donc que l'augmentation de l'activité d'obstétrique puisse être absorbée, si les 42 lits installés sont uniquement dédiés à cette activité et aux pathologies associées à la grossesse. La principale inconnue concerne le nombre maximum de patientes pouvant être présentes en même temps dans le service. L'activité d'obstétrique étant très fluctuante, il est difficile de prévoir les pics d'activité. De plus, il est difficile d'évaluer l'influence de la fermeture de la maternité privée sur l'activité de gynécologie médicale et chirurgicale et sur le nombre d'IVG.

L'hypothèse de la réorganisation de la maternité publique

Situation actuelle	Situation future
<p>- Activités exercées obstétrique, gynécologie médicale, gynécologie chirurgicale, IVG médicamenteuses et sous anesthésie générale</p> <p>- Capacité installée 42 lits d'hospitalisation, dont 33 pour l'obstétrique et 9 pour la gynécologie</p> <p>- Nb moyen de patientes présentes par jour : 26 (+ 1,3 patientes pour IVG par jour ouvrable) Nb maximum : 41</p>	<p>- Activités exercées obstétrique, gynécologie médicale, IVG médicamenteuses</p> <p>- Capacité installée : 42 lits d'hospitalisation</p> <p>- Nombre moyen de patientes présentes par jour (estimé) : 33</p>

Les capacités techniques au niveau du secteur de naissance seront insuffisantes et au moins 2 salles de pré-travail devront être créées, selon la réglementation.

⁵¹ L'étude est présentée en annexe n°3.

Les capacités techniques au niveau du secteur de naissance

Situation actuelle	Normes réglementaires⁵²
<ul style="list-style-type: none"> - Salle de prétravail : 0 - Salles de travail : 4 - 2 échographes dans le service - 2 tables de réanimation néonatale (1 dans un local pour soins aux nouveau-nés, 1 dans la salle de césarienne) - Salle de césarienne : 1 salle réservée au sein d'un bloc opératoire de 2 salles - Salle de surveillance post-interventionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Entre 1001 et 1500 accouchements : 3 salles de travail, 2 salles de prétravail - Entre 1501 et 2000 accouchements : -4 salles de travail, 2 salles de prétravail - le secteur de naissance dispose d'un échographe - les locaux d'observation et de soins aux nouveaux-nés sont dotés d'au moins 2 tables de réanimation

Enfin, les capacités d'accueil des consultations risquent de poser problème. En effet, le transfert des consultations d'obstétrique est inévitable en cas de fermeture de la maternité privée. Or, le nombre de consultations est déjà important et la réalisation des échographies pose des difficultés actuellement. Par conséquent, le nombre de consultants devra être augmenté pour absorber une hausse d'activité.

On peut imaginer une coopération avec les obstétriciens libéraux, qui auraient alors un statut de PH temps partiel ou d'attachés, qui leur permettrait de continuer à consulter en libéral dans leur cabinet. La signature d'une convention de coopération avec des sages femmes libérales est également envisageable⁵³.

⁵² Décret n°98-900 du 9 octobre 1998, arrêté du 25 avril 2000.

⁵³ Cette hypothèse sera étudiée dans le paragraphe 2.3.3.1.

- Le personnel médical

Les effectifs de personnel médical et paramédical sont prévus par le décret n°98-900 du 9 octobre 1998 (article D 712-84).

- Les gynécologues obstétriciens

Une garde sur place est obligatoire pour une activité de plus de 1500 accouchements. Or, ce seuil sera atteint dès la fermeture de la maternité privée, puisque l'activité du Centre Hospitalier est déjà proche de 1300 accouchements par an.

Par conséquent, cette garde sur place doit être créée, tout en respectant la nouvelle réglementation sur l'intégration de la garde dans le temps de travail, dont l'application est prévue pour début 2003. Il est indispensable que les obstétriciens libéraux participent à cette garde. En l'occurrence, deux le font actuellement et il serait nécessaire qu'au moins un autre obstétricien de la clinique participe à l'activité d'obstétrique du Centre Hospitalier, et notamment aux gardes. Le renforcement d'effectifs sera nécessaire pour faire face au surcroît d'activité d'obstétrique, sachant que tout nouveau médecin obstétricien entraîne une augmentation de l'activité de gynécologie. Le recrutement d'obstétriciens libéraux et / ou la création d'une clinique ouverte sont envisageables⁵⁴.

- Les pédiatres

Un établissement réalisant plus de 1500 naissances par an doit disposer d'un pédiatre de garde ou en astreinte opérationnelle, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

Grâce au recrutement de deux nouveaux pédiatres en septembre 2002, l'effectif total est de 6 pédiatres hospitaliers, donc il est possible de prendre en charge le surcroît d'activité. Etant donné que le pédiatre de permanence est responsable en même temps du service de néonatalogie et des urgences pédiatriques, il semble préférable de mettre en place une garde sur place de pédiatrie, et pas seulement une astreinte opérationnelle. Dans le même temps, la convention de coopération avec la clinique concernant les astreintes de pédiatrie sera de fait abrogée. La participation du pédiatre libéral à la garde pourra être envisagée⁵⁵.

- Les anesthésistes réanimateurs

⁵⁴ Cf paragraphes 2.3.2.2. et 2.3.3.1.

⁵⁵ Cf paragraphe 2.3.3.1

Pour un nombre de naissances compris entre 1501 et 2000 par an, l'anesthésiste réanimateur doit être présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'établissement de santé et sur le même site.

L'effectif actuel de 8 anesthésistes ne permet pas de prendre en charge toutes les parturientes de la ville dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité. En effet, les sites anesthésiques de l'hôpital étant séparés, il faudrait mettre en place une deuxième ligne de garde, soit une pour le bloc opératoire central, situé sur le site principal, et une pour l'unité d'obstétrique, situé sur la rive gauche de l'établissement. De plus, l'établissement a récemment dédoublé sa garde d'anesthésie et de réanimation, et certains anesthésistes participent en plus à cette ligne de garde.

Le transfert envisagé de la chirurgie gynécologique permettrait de proposer une solution pour la journée : un seul anesthésiste serait présent à la maternité, l'augmentation de son activité liée à l'obstétrique étant compensée en partie par le transfert de la chirurgie gynécologique. Néanmoins, il sera nécessaire d'envisager le renforcement de l'anesthésiste en journée, si on veut maintenir un pourcentage de péridurales satisfaisant pour les femmes, ce qui implique d'assurer les consultations de pré-anesthésie.

Pendant la nuit, un anesthésiste pourrait être de garde pour la maternité et un autre serait en astreinte opérationnelle pour les urgences du bloc opératoire central. Cette organisation nécessiterait néanmoins de renforcer l'effectif d'anesthésistes, pour pouvoir assurer une astreinte supplémentaire.

Il serait également envisageable que les anesthésistes de la clinique participent à la permanence, par exemple sous forme d'une astreinte de sécurité la nuit pour l'activité d'obstétrique.

Quand toute l'activité d'obstétrique sera réalisée au sein du pôle mère enfant, à proximité des fonctions opératoires et d'anesthésie regroupées, le nombre d'anesthésistes nécessaires pour assurer la sécurité et la qualité de prise en charge et pour répondre aux normes réglementaires sera largement inférieur au nombre nécessaire dans les conditions actuelles de fonctionnement de l'établissement.

- Le personnel paramédical

- Les sages femmes

Une sage femme doit être présente en permanence dans le secteur de naissance pour toute unité d'obstétrique, et au-delà de 1000 naissances par an, l'effectif est majoré d'un poste temps plein de sage femme pour 200 naissances supplémentaires.

Actuellement, pour 1300 naissances par an en moyenne, 2 postes de sages femmes sont assurés en permanence pour le secteur de naissance, 24 heures sur 24. Pour 1700 à 1800 naissances par an, il faudrait donc 3 postes de sages femmes supplémentaires pour respecter la réglementation. Or, pour occuper un poste, environ 5,7 sages femmes sont nécessaires en tenant compte des effets de la réduction du temps de travail⁵⁶.

- Les aide – soignantes (AP) et auxiliaires de puériculture (AP)

Dans toute unité de plus de 500 accouchements, au minimum une aide soignante ou une auxiliaire de puériculture doit être présente en permanence dans le secteur de naissance.

Actuellement, l'AS ou l'AP présente la nuit n'est pas dédié exclusivement au secteur de naissance. Pour absorber le surcroît d'activité et pour répondre aux normes, il faudrait qu'au minimum une AS ou une AP soit en permanence dans le secteur de naissance.

Après avoir étudié les modalités de réorganisation interne de la maternité publique, il faut évoquer les conséquences sur l'ensemble de l'établissement de la délocalisation de la chirurgie gynécologique.

2.2.3. La délocalisation de la chirurgie gynécologique

Le transfert de cette activité, qui ne serait plus exercée dans le service de maternité, est la condition sine qua non pour accueillir toutes les parturientes de Périgueux. Or, l'établissement ne souhaite pas arrêter son activité de chirurgie gynécologique. Par conséquent, une hypothèse alternative a été imaginée, selon laquelle l'activité de chirurgie gynécologique serait pratiquée dans le bloc central et / ou le bloc des spécialités (ORL-OPH-stomatologie) et les patientes seraient ensuite hospitalisées dans un service de chirurgie ou de spécialité chirurgicale.

Une première expérimentation, plutôt positive, a été réalisée en septembre 2002, pendant la fermeture de la maternité privée. Mais, la faisabilité de cette hypothèse doit être étudiée de plus près, d'autant qu'une telle réorganisation serait mise en place pour une durée d'au moins 5 ans, le temps que le pôle mère enfant soit achevé.

- Une première expérimentation en septembre 2002

⁵⁶ Une sage femme effectue en effet 128 gardes de 12 heures par an, donc pour assurer 730 plages de 12 heures, il faut 5,7 sages femmes.

Pendant les 9 jours de fermeture de la maternité privée, il n'était pas possible d'annuler toutes les interventions programmées de chirurgie gynécologique. Par conséquent, il a été décidé de conserver un programme opératoire allégé, ce qui permettait en même temps de tester la faisabilité d'un tel transfert d'activité.

Le bilan de cette expérimentation est plutôt positif. Au total, 6 interventions ont été réalisées sur le site principal de l'établissement, à la fois dans le bloc opératoire central et dans le bloc des spécialités, et tous les gynécologues ont pu opérer. Les interventions se sont globalement bien déroulées, même si le personnel de la maternité a dû s'adapter à de nouveaux locaux (du matériel spécifique a été transporté du bloc obstétrical au bloc central). Un renfort d'une IADE a été nécessaire au bloc central pour assister les opérateurs.

Concernant l'hébergement, les patientes opérées ont été hospitalisées dans le service d'ORL, qui est un hôpital de semaine, et elles sont toutes sorties le vendredi après-midi au plus tard. Les gynécologues obstétriciens ont assuré le suivi post-opératoire et sont passés tous les soirs dans le service d'ORL.

Cette expérience s'est globalement bien passée. Il faut néanmoins préciser que le transfert de la chirurgie gynécologique a été facilité par la période de vacances de plusieurs opérateurs du bloc central et du bloc ORL. Pour pérenniser cette solution, une étude plus approfondie doit être menée, dans les conditions normales de fonctionnement des blocs opératoires, pour servir de base aux réunions en interne avec le personnel.

- Une faisabilité à étudier de plus près

Le transfert de la chirurgie gynécologique est conditionné par les capacités d'accueil des blocs opératoires, les effectifs paramédicaux et les possibilités d'hospitalisation.

Il est techniquement possible de réaliser les interventions de chirurgie gynécologique dans le bloc central et/ ou le bloc ORL. Cette activité n'est pas très importante, puisqu'en moyenne, sur la période 1999-2001, 615 femmes ont été opérées chaque année, soit 2,5 par jour ouvrable. Mais cette hypothèse nécessite de revoir entièrement le planning opératoire, pour essayer de «dégager» des plages opératoires disponibles. Or, les chirurgiens ont déjà modifié et réduit le nombre de leurs plages opératoires à cause d'un déficit de personnel paramédical, lié à la mise en place des 35 heures. Ils estiment donc difficile, dans ces conditions, d'accueillir de nouveaux opérateurs dans le bloc opératoire central.

En outre, une fois ces plages opératoires déterminées, il faut pouvoir disposer de personnel paramédical en nombre suffisant. Par exemple, une IADE est obligatoirement présente à la maternité pendant la journée et il en faudrait une autre lors des interventions

de chirurgie gynécologique dans le bloc central ou ORL. De même, les IDE en poste à la maternité assurent actuellement la gynécologie médicale et chirurgicale. Si ce personnel est affecté à la future unité de chirurgie gynécologique, le suivi des patientes hospitalisées en gynécologie médicale incomberait aux sages femmes. La délocalisation de la chirurgie gynécologique entraîne donc une importante réorganisation et un renfort de personnel paramédical pourrait être nécessaire.

Enfin, une petite unité d'hospitalisation devrait être créée pour les patientes de chirurgie gynécologique. Celle-ci serait placée sous la responsabilité des gynécologues obstétriciens, qui assureraient chaque jour le suivi post-opératoire de leurs patientes. La capacité de cette unité pourrait être de 3 à 5 lits. En effet, en moyenne sur ces trois dernières années, 3 patientes de chirurgie gynécologique sont présentes chaque jour dans le service. En revanche, cette activité n'est pas « lissée » et le nombre maximum de patientes présentes peut atteindre 12. Cette unité pourrait être localisée dans le service d'urologie, qui dispose de 12 lits actuellement et qui a 3 lits disponibles (plus 2 chambres qui ont été transformées en bureau de consultation et qui pourraient être récupérées).

Plusieurs interrogations demeurent en suspens : les chirurgiens accepteront-ils de revoir leur planning opératoire ? Les gynécologues obstétriciens seront-ils en mesure d'assurer de façon satisfaisante le suivi post-opératoire, en plus du surcroît de l'activité d'obstétrique et de la garde sur place ? Les anesthésistes réanimateurs pourront-ils faire face au surcroît d'activité en journée dans le bloc central et celui d'ORL, et la nuit, une astreinte opérationnelle pour les urgences du bloc central est-elle suffisante ?

L'étude détaillée d'une réorganisation interne du Centre Hospitalier pour faire face à une fermeture de la maternité privée, qu'elle soit ponctuelle ou définitive, permet de vérifier la faisabilité d'une telle hypothèse. Il apparaît finalement que la délocalisation de la chirurgie gynécologique sur la rive gauche de l'hôpital, de façon à réserver la maternité pour les activités d'obstétrique et de gynécologie médicale, est une solution envisageable.

L'intérêt de ce type de réorganisation est qu'il permet d'anticiper le mode de fonctionnement du futur pôle mère enfant. En effet, il n'est pas prévu d'y installer des lits de chirurgie gynécologique, ceux-ci devant être rattachés à un service de chirurgie. De même, les interventions gynécologiques se dérouleront dans le futur bloc opératoire centralisé. Toute la difficulté est donc de convaincre les personnels de changer leur mode de fonctionnement (notamment au sein du bloc opératoire central), alors que la réorganisation est imposée, indirectement, par un établissement privé, que les conditions matérielles ne sont pas toutes réunies et que les effectifs de personnels sont insuffisants.

Il est en revanche plus facile d'imaginer de nouveaux modes de fonctionnement dans de nouveaux locaux.

2.3. LE REGROUPEMENT DE L'OBSTÉTRIQUE DANS LE PÔLE MÈRE – ENFANT

L'idée d'individualiser un pôle mère enfant figurait déjà dans le premier projet d'établissement du Centre Hospitalier (1996-2000), mais il avait été retardé car il impliquait une révision d'ensemble du plan directeur. Ce pôle mère enfant est présenté comme la « pierre angulaire » du projet médical et du second projet d'établissement (2001-2005). Les difficultés de la maternité privée et la menace d'un transfert anticipé de l'activité d'obstétrique sur l'hôpital public rendent encore plus urgente sa réalisation.

Le dimensionnement initial de ce projet correspondait aux préconisations du SROS Aquitaine, qui prévoyait le maintien de deux unités d'obstétrique distinctes sur la ville de Périgueux et la diminution des capacités du Centre Hospitalier dans la discipline de gynécologie obstétrique. L'éventualité du désengagement de l'activité d'obstétrique du secteur privé n'avait jamais été envisagée.

Or, la situation locale a beaucoup évolué depuis la rédaction du projet d'établissement et il est nécessaire de revoir les capacités du pôle mère enfant. De même, son statut juridique peut être discuté : public / privé, public avec une clinique ouverte, uniquement public. Les grandes lignes du fonctionnement médical de ce pôle mère enfant seront ensuite esquissées.

2.3.1. Les capacités du pôle mère – enfant

Dans le projet médical 2001-2005, le Centre Hospitalier de Périgueux reconnaissait une inadéquation de sa capacité d'accueil dans le domaine de la périnatalité. Par conséquent, il était prévu de diminuer et d'adapter ces capacités à l'activité réellement constatée, conformément aux préconisations du SROS. Les capacités du futur pôle mère enfant avaient été appréciées ainsi :

- gynécologie obstétrique : 40 lits (au lieu des 45 lits actuels), dont 35 d'hospitalisation complète en obstétrique et gynécologie médicale et 5 en chirurgie gynécologique (implantés en dehors du pôle mère enfant),
- néonatalogie : 12 lits (au lieu des 20 lits actuels), dont 3 lits de soins intensifs et 9 lits de néonatalogie,

- pédiatrie : 24 lits d'hospitalisation complète (au lieu des 38 lits autorisés actuellement), 4 places d'hôpital de jour et 3 places pour de l'hospitalisation de très courte durée, rattachées au secteur d'urgences pédiatriques.

Mais ces prévisions établies en 2000 sont remises en question aujourd'hui, particulièrement pour les lits d'obstétrique, à cause de la fermeture quasi certaine de la maternité privée de Périgueux dans les 5 ans et de la crainte de la fermeture de l'unité d'obstétrique du Centre Hospitalier de Sarlat.

Le calcul des capacités du pôle mère enfant tient compte de ces deux hypothèses. Si la maternité privée de Périgueux ferme, le pôle mère enfant devrait être en mesure d'accueillir entre 1700 et 1800 naissances par an. En effet, le nombre total d'accouchements sur la ville de Périgueux est en moyenne de 1763 accouchements par an sur ces dix dernières années. Par conséquent, selon les calculs réalisés en interne⁵⁷, et en tenant compte du fait que la chirurgie gynécologique ne sera plus pratiquée dans le pôle mère enfant, le nombre moyen de femmes présentes dans le service serait d'environ 34. En outre, il faut envisager la fermeture de la maternité du Centre Hospitalier de Sarlat, unité d'obstétrique de niveau I, réalisant environ 280 accouchements par an. Dans cette hypothèse, environ 60% de l'activité d'obstétrique serait orientée vers le Centre Hospitalier de Périgueux, ce qui correspond à 1,85 patientes par jour (en prenant une durée moyenne de séjour 4 jours).

Au total, le pôle mère enfant devrait accueillir 35,6 femmes en moyenne par jour. Si l'on se base sur un taux d'occupation de 79%, le nombre de lits d'obstétrique et de gynécologie médicale nécessaire est donc de 45.

Concernant les capacités en lits de chirurgie gynécologique, les 5 lits initialement prévus semblent suffisants. En effet, la fermeture de la maternité privée n'entraînera pas une hausse de l'activité de chirurgie gynécologique dans l'immédiat. Les gynécologues privés pourront continuer leur activité chirurgicale, même sans unité d'obstétrique. En revanche, sur une longue période, il semble peu vraisemblable que l'activité de chirurgie gynécologique continue à être exercée dans le secteur privé, alors que toute l'activité d'obstétrique sera pratiquée au Centre Hospitalier.

Les 5 lits de chirurgie gynécologique seront positionnés dans le service de chirurgie urologique (12 lits), avec les 2 places d'IVG, ce qui permettra une certaine souplesse au niveau des lits disponibles pour le suivi post-opératoire.

⁵⁷ Cette étude est présentée en annexe n°3.

Le programme capacitaire proposé à l'approbation de l'ARH sera donc de 45 lits d'obstétrique et de gynécologie médicale, 5 lits de chirurgie gynécologique et 2 places d'IVG. Le total de 50 lits autorisés au Centre Hospitalier ne dépasse donc pas les besoins théoriques prévus pour le secteur sanitaire, qui sont de 54 lits.

Une fois définies les capacités de la future structure, il reste à réfléchir sur son statut juridique.

2.3.2. Le statut juridique du pôle mère enfant

Il est acquis aujourd'hui que le pôle mère enfant de l'hôpital public constituera à l'avenir la seule unité d'obstétrique de la ville de Périgueux. Par conséquent, les parturientes n'auront plus le choix de leur lieu d'accouchement. Il semblerait alors intéressant de pouvoir au moins préserver le choix entre secteur public et secteur privé, au sein de cette unique structure.

Pour maintenir un secteur public et un secteur privé au sein d'une même structure, deux possibilités existent en théorie : soit une coopération de type organique, soit la création d'une clinique ouverte au sein de l'établissement public.

2.3.2.1. La coopération organique ne correspond pas au contexte local de Périgueux

Trois modes de coopération organique peuvent associer un établissement public de santé à une clinique privée à but lucratif : le Groupement d'Intérêt Public (GIP)⁵⁸, le Groupement d'Intérêt Economique (GIE)⁵⁹ et le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)⁶⁰. Le GIP est surtout utilisé dans le domaine logistique (blanchisserie, cuisine) et le GIE pour des co-utilisation d'équipements lourds. Mais ces deux formules ne permettent pas d'assurer des missions de surveillance, de diagnostic et de soins, même pour le compte de leurs membres, et ne sont donc pas adaptés à une coopération dans le domaine de l'obstétrique.

⁵⁸ Le recours au GIP a été autorisé par la loi n°87-571 du 23 juillet 1987 relative au mécénat et le décret n°88-1034 du 7 novembre 1988. L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée confirme les possibilités de création d'un GIP par les établissements de santé.

⁵⁹ Le GIE constitue une innovation de la loi du 31 juillet 1991.

⁶⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, décret n°97-240 du 17 mars 1997, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (art.87).

Le GCS pourrait quant à lui constituer le cadre d'interventions communes de professionnels de santé (praticiens hospitaliers et médecins libéraux) et de personnel non médical pour des activités de soins. Cette formule de coopération est plus adaptée au domaine de l'obstétrique, mais elle est encore très peu utilisée, du fait de sa complexité, de sa lourdeur et des nombreuses inconnues juridiques qui l'entourent. Le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire avait par exemple envisagé de constituer un GCS dans ce domaine et s'est heurté à de nombreuses difficultés, notamment d'ordre juridique⁶¹. Mais surtout, la constitution d'un GCS implique l'existence, face au Centre Hospitalier, d'un établissement privé à but lucratif souhaitant continuer à exercer l'activité d'obstétrique, ce qui n'est pas le cas sur la ville de Périgueux.

Par conséquent, il ne reste plus qu'une seule possibilité pour conserver le choix entre secteur public et privé en matière d'obstétrique : la création d'une clinique ouverte au sein du pôle mère enfant. Ce type de structure d'hospitalisation connaît d'ailleurs un nouvel essor depuis les ordonnances de 1996 et les décrets d'application, qui ont rénové leur statut⁶².

2.3.2.2. La constitution d'une clinique ouverte : une possibilité à étudier

- Les modalités réglementaires de création et de fonctionnement d'une clinique ouverte

A l'origine, en 1960, les cliniques ouvertes n'étaient autorisées que de façon limitative, pour permettre l'exercice libéral à l'hôpital public, en cas d'insuffisance du secteur privé et dans le respect du service public. L'intervention de PH temps partiel dans ces structures a créé de nombreuses ambiguïtés, notamment quant au libre choix du malade, ce qui a nui à l'image de cette formule.

En 1996, l'objectif est de répondre aux difficultés de recrutement médical des petites hôpitaux publics⁶³ et au sous-emploi des plateaux techniques de proximité qui en découle.

⁶¹ Selon le mémoire d'H. de Beauchamp, élève directeur à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, « Le projet de pôle mère enfant de Saint-Nazaire : vers un renouveau des coopérations public / privé ? », décembre 1999.

⁶² Ordonnance du 24 avril 1996 (art. 49), décret n°97-371 du 18 avril 1997 relatif aux structures d'hospitalisation prévues à l'article L. 714-36 du CSP et modifiant ce code, décret n°99-694 du 3 août 1999 relatif aux structures d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 714-32 du CSP et modifiant le titre Ier de ce même code.

⁶³ Seuls les Centres Hospitaliers autres que les Centres Hospitaliers Universitaires sont autorisés à créer une clinique ouverte.

Seuls deux cas de création sont autorisés : s'il y a une cessation totale ou partielle de l'activité d'un établissement de santé privé ou bien si cette création permet d'optimiser l'utilisation des capacités en lits et places ou du plateau technique existant.

Concernant le personnel, les médecins et sages femmes exerçant à titre libéral peuvent travailler dans ces structures, à condition qu'ils résident à une distance du CH leur permettant de satisfaire à l'obligation de participer à la continuité des soins et qu'ils n'exercent pas simultanément un exercice professionnel à temps plein dans un établissement de santé. Leurs honoraires sont perçus par l'intermédiaire du CH, qui déduit une redevance égale à un pourcentage des honoraires versés par le patient.

Les patients sont informés du montant des honoraires et des conditions financières d'hospitalisation et désignent le praticien auquel ils veulent faire appel. En principe, aucun patient ne peut être transféré en « clinique ouverte » s'il a été admis dans les conditions de droit commun.

Enfin, les chambres ou locaux exclusivement affectés à cette structure d'hospitalisation sont clairement identifiés. Le nombre de lits et places autorisés en clinique ouverte ne peut dépasser le tiers des lits et places dont le CH dispose dans la discipline ou spécialité en cause.

- Les enseignements tirés de la pratique

La création d'une clinique ouverte dans le domaine de l'obstétrique a déjà été expérimentée par plusieurs hôpitaux. Le Centre Hospitalier de Libourne a par exemple constitué une clinique ouverte de 8 lits après l'abandon de l'activité d'obstétrique par la clinique privée du Libournais. Dans ce cas, la capacité totale d'hospitalisation du Centre Hospitalier n'a pas été augmentée : l'autorisation de l'établissement public reste de 40 lits, dont 8 consacrés à la clinique ouverte. Le tableau suivant présente les principaux aspects de ce regroupement des maternités, publique et privé, sur la ville de Libourne :

Tableau récapitulatif du regroupement des maternités à Libourne (prévu par le SROS)

-

	SITUATION INITIALE		SITUATION APRÈS CRÉATION D'UNE CLINIQUE OUVERTE DE 8 LITS AU CH (28/02/01)	
	CLINIQUE DU LIBOURNAIS	CH LIBOURNE	CLINIQUE DU LIBOURNAIS	CH LIBOURNE
1. Activité Nb de naissances	Environ 500/an	Environ 1200/an	Aucune	Environ 1700 (très peu de « fuites »)
2. Locaux et équipements Nb de lits (gyn-obst)	10 lits autorisés et installés	40 lits autorisés, 34 installés	0 lit de gynécologie -obstétrique, compensé par 4 lits de chirurgie et 1 place d'ambulateur	40 lits de gynéco-obst autorisés, 34 installés, dont 8 réservés à la clinique ouverte
Plateau technique		- 3 s. de travail - 1 s. de pré-travail - 1 s. pouvant regrouper activité de pré-travail et surveillance post-partum immédiate - 2 s. de soins immédiats aux nouveau-nés (la néonatalogie étant présente dans le même bâtiment)		Création d'une salle de travail supplémentaire (utilisation d'une partie de la salle de réveil)
3. Personnel <input type="checkbox"/> <u>Médical</u>		- 5 gynécologues obstétriciens soit 4,5 ETP		- 2 obstétriciens libéraux interviennent sur les 8 lits de CO (1 garde de 24 h sur place par mois) - + ½ ETP de pédiatre - +1 ETP d'anesthésiste réanimateur
<input type="checkbox"/> <u>Paramédical</u>				- + 5 ETP de sages-femmes - + 1 ETP d'auxiliaire de puériculture
4. Financement				L'intégration du personnel paramédical dans la FPH est financée. Le personnel médical supplémentaire est obtenu par redéploiement interne.

De même, le Centre Hospitalier d'Auch a créé une clinique ouverte en matière d'obstétrique, qui a pu, à juste titre, être qualifiée de « maternité ouverte⁶⁴ ». Dans cet exemple, la Clinique Carlier décide, suite aux décrets de périnatalité, d'arrêter son activité d'obstétrique (elle avait 15 lits de gynécologie obstétrique autorisés). L'établissement public décide alors de créer une clinique ouverte et son autorisation de lits d'obstétrique passe de 22 à 36, dont 12 en clinique ouverte.

Ces deux exemples illustrent l'utilité et l'intérêt d'une clinique ouverte dans le cas d'une cessation totale de l'activité d'obstétrique par le secteur privé. C'est la seule solution permettant de conserver le choix entre secteur public et privé pour les parturientes. Mais, cette structure d'hospitalisation rencontre certaines difficultés, qui lui sont inhérentes⁶⁵.

Les anesthésistes hospitaliers, relevant d'un statut de praticiens temps plein, refusent souvent catégoriquement d'intervenir sur la clinique ouverte, au motif avancé qu'ils ne souhaitent pas participer à un démembrement du service public ni contribuer à la réalisation d'une activité libérale. Ils acceptent parfois d'envisager leur intervention au sein de la clinique ouverte sous réserve qu'ils soient payés à l'acte en sus de leurs émoluments hospitaliers ou qu'ils puissent bénéficier d'autres compensations à définir.

Cependant, il existe théoriquement une impossibilité juridique concernant cette intervention des anesthésistes hospitaliers, qui est interdite par l'article R. 714-34 du code de la santé publique, qui pose le principe selon lequel les médecins intervenant au sein de la clinique ouverte «...ne peuvent simultanément relever de statuts impliquant un exercice professionnel à temps plein dans un établissement public de santé... » L'application de cette interdiction devrait aboutir à requérir l'intervention des anesthésistes libéraux, mais ceux-ci s'y refusent systématiquement, pour des raisons financières et de confort d'exercice. Par conséquent, il doit être nécessairement dérogé à l'interdiction posée par le code de la santé publique, pour qu'une clinique ouverte puisse réellement fonctionner.

Un autre élément générateur de l'avortement d'un projet de clinique ouverte est constitué par le retrait, souvent tardif, des médecins libéraux qui s'aperçoivent que leurs revenus vont sensiblement diminuer au regard du chiffre d'affaire qu'ils réalisaient jusque là. Cette diminution de revenus résulte d'une part, de la capacité affectée à la clinique ouverte,

⁶⁴ Mémoire de DESS d'un élève directeur de l'ENSP, G. Lacordais, « Le Centre Hospitalier d'Auch, vecteur de nouvelles complémentarités. Création d'une maternité ouverte », septembre 2000.

⁶⁵ Ces difficultés sont relevées dans une note réalisée par la société SANESCO, dans le cadre d'une consultation demandée par un établissement public souhaitant créer une clinique ouverte dans le domaine de l'obstétrique (août 2002).

qui est généralement moindre que celle dont ils disposaient sur la maternité privée et d'autre part, des taux élevés de la redevance qui leur sont applicables. Par exemple, il a été calculé, lors d'une étude sur un projet de constitution d'une clinique ouverte, que les gynécologues obstétriciens privés pouvaient perdre jusqu'à 40% de leur chiffre d'affaire. Face à une telle perte de revenus, les praticiens libéraux préfèrent souvent se retirer du projet de clinique ouverte et assigner l'établissement privé en rupture de contrat afin d'obtenir de ce dernier le versement de dommages et intérêts substantiels. En effet, il convient de relever que leur intervention au sein d'une clinique ouverte sera prise en considération pour abaisser substantiellement l'évaluation du préjudice matériel subi par ces médecins.

Enfin, l'organisation architecturale peut constituer un point d'achoppement des cliniques ouvertes, de moindre importance pourtant que les deux premiers. Les praticiens libéraux exigent souvent que la clinique ouverte soit totalement individualisée afin qu'il n'y ait aucune confusion possible avec la structure publique. Mais, selon le décret du 18 avril 1997, une individualisation stricto sensu des locaux n'est pas nécessaire, le texte réglementaire n'imposant qu'une simple identification des locaux. Par conséquent, les contraintes architecturales peuvent le plus souvent être dépassées.

- L'adaptation éventuelle au Centre Hospitalier de Périgueux

Pour en revenir au contexte local de Périgueux, la constitution d'une clinique ouverte peut être discutée. En effet, les conditions de création d'une telle structure sont réunies, puisque l'établissement privé a l'intention d'arrêter définitivement l'activité d'obstétrique.

Les difficultés liées à l'architecture ne se posent pas, puisque l'établissement en est au stade de la programmation du bâtiment du pôle mère enfant. Les contraintes d'une clinique ouverte peuvent donc tout à fait être rajoutées.

Concernant les anesthésistes hospitaliers, il n'est pas certain qu'ils acceptent de participer à une telle structure, pour les raisons évoquées plus haut. Ce point devrait faire l'objet d'une négociation avec la Direction de l'établissement, qui pourrait les convaincre.

Il semble en revanche très peu probable que les obstétriciens privés acceptent de participer à une clinique ouverte au sein de l'hôpital public. Ils risquent en effet d'être sensibles à la perte de revenus que cette participation occasionnerait. De plus, l'un d'eux a déjà travaillé dans la structure publique et il semble difficile pour lui d'y revenir maintenant. Un autre est assez proche de la retraite et il pourrait préférer arrêter son activité plutôt qu'exercer dans la clinique ouverte. Seuls deux obstétriciens seraient susceptibles de participer à cette clinique ouverte, l'un d'eux étant assez proche de la retraite.

En définitive, la création d'une clinique ouverte d'obstétrique semble peu probable, du fait du nombre réduit d'obstétriciens privés potentiellement intéressés par le projet et aussi à cause d'une certaine méfiance des acteurs hospitaliers vis-à-vis d'une telle structure.

Il apparaît donc que le statut du futur pôle mère enfant du Centre Hospitalier de Périgueux a de fortes chances d'être entièrement public. Dans ce cas, l'intégration dans la fonction publique hospitalière doit être proposée au personnel paramédical de la clinique privée. Concernant le personnel médical, sa participation au service public hospitalier est une possibilité, dont il faudra tenir compte dans l'organisation médicale du pôle mère enfant.

2.3.3. L'organisation médicale du pôle mère enfant

2.3.3.1. L'intervention du personnel paramédical du secteur privé

-Selon le décret du 6 juillet 1999⁶⁶, « ...les personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social, concernés par une des opérations mentionnées à l'article 102 de la loi du 9 janvier 1986 [...] peuvent demander leur intégration dans l'un des corps de la fonction publique hospitalière [...] et leur nomination dans un emploi de l'établissement public [...] auquel a été transférée tout ou partie de l'activité de l'établissement privé les employant antérieurement... » La situation du Centre Hospitalier de Périgueux et de la Clinique Francheville correspond tout à fait à ce qui est prévu par le décret. Par conséquent, si le pôle mère enfant devient l'unique unité d'obstétrique, avec un statut entièrement public, l'intégration dans la fonction publique hospitalière des personnels de la clinique privée est possible, sous certaines conditions.

Ce type d'intégration dans la fonction publique hospitalière s'est par exemple produit lors de la fermeture de la maternité de la ville d'Aurillac et le transfert de toute l'activité d'obstétrique sur l'hôpital public : 6 sages femmes et 5 auxiliaires de puériculture ont été titularisées, par arrêté ministériel⁶⁷. Le tableau suivant résume cette opération de regroupement des deux maternités sur le site de l'hôpital public.

⁶⁶ Décret n°99-643 du 6 juillet 1999, fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social.

⁶⁷ Arrêté du 21 novembre 2001.

Tableau récapitulatif du regroupement des maternités à Aurillac (prévu par le SROS)

	SITUATION INITIALE		SITUATION APRÈS REGROUPEMENT SUR LE SITE DU CH (01/01/01)	
	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL	CH AURILLAC	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL	CH AURILLAC
1. Activité Nb de naissances	Environ 300/an	Environ 700/an	Aucune	Environ 950 (très peu de « fuites »)
2. Locaux et équipements Nb de lits (gyn-obst)	15 lits autorisés et installés	22 lits autorisés, 28 installés	0 lit de gyn-obst, compensé par 12 lits de médecine, à orientation cancérologique	33 lits de gynécologie obstétrique autorisés, 34 installés
Plateau technique	<ul style="list-style-type: none"> - 2 s. de travail - 1 s. de réanimation néonatale, avec 2 tables de réanimation nouveau-née et couveuses - 1 bloc chirurgical permettant de pratiquer les césariennes 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 s. de travail - 1 s. de pré-travail (permet les acc.) - 1 s. de réanimation / soins aux nouveau-nés (2 tables de réanimation et un incubateur) - 1 s. d'admission (orientation des patientes) - 1 bloc opératoire contigu des s. de travail, avec une salle post-interventionnelle 	Espace réaménagé, notamment pour développer les chimiothérapies en ambulatoire	Même plateau technique et même équipement
3. Personnel <input type="checkbox"/> <u>Médical</u>	<ul style="list-style-type: none"> - 3 praticiens, soit 3 ETP (2 chirurgiens, 1 médecin) 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 PH TP - 2 PH tp soit 4 ETP 	<ul style="list-style-type: none"> - les 2 gynéco – obst font toujours leurs consultations au CMC, où ils pratiquent aussi la gynécologie chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> - départ d'1 gynéco obst. - + 2 PH tp (obstétrique) soit 4 ETP - + 1 attaché (gyn. médicale)
<input type="checkbox"/> <u>Paramédical</u>	<ul style="list-style-type: none"> - 7 sages femmes (6,5 ETP) - 5 auxiliaires puéricultrices - 4 aides soignantes 		<ul style="list-style-type: none"> - 5 AP et 6 SF sont intégrées dans la FPH - les 4 AS sont affectées dans un autre service du CMC 	<ul style="list-style-type: none"> - + 6 ETP de sages-femmes - + 5 ETP, qui sont intégrées dans la FPH en tant qu'AS ou AP
4. Financement				Enveloppe de 4 millions de francs

Les sages femmes actuellement employées dans le secteur privé peuvent également refuser l'intégration dans la fonction publique hospitalière et souhaiter plutôt s'installer en libéral. Dans cette hypothèse, il serait envisageable qu'elles fassent des consultations d'obstétrique ou des séances de préparation à la naissance au sein du pôle mère enfant. Cette participation de sages femmes libérales peut être prévue par voie de convention, conformément au code de la santé publique⁶⁸, selon lequel « *les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier* ». L'hôpital de Chartres a par exemple signé une convention⁶⁹ avec deux sages femmes libérales, qui assurent au sein de l'établissement des séances de préparation à la grossesse, à la naissance ainsi que des cours de préparation et d'information à l'allaitement maternel. La sage femmes perçoit directement ses honoraires, et le Centre Hospitalier lui facture chaque mois une redevance, couvrant les frais d'utilisation des installations de l'établissement, estimée à 10% des honoraires perçus.

2.3.3.2. L'intervention du personnel médical du secteur privé

- Plusieurs statuts sont envisageables pour les obstétriciens : attachés (mais la rémunération est peu attractive), praticien contractuel, praticien hospitalier temps partiel à titre provisoire ou praticien hospitalier temps plein ou temps partiel (sous réserve que les praticiens passent le concours).

Etant donné la situation personnelle des obstétriciens libéraux, deux d'entre eux pourraient être intéressés par des vacations d'attaché ou par un poste de PH temps partiel (l'un des deux est déjà attaché au Centre Hospitalier, mais il pourrait augmenter son nombre de vacations).

Si l'on reprend l'exemple du Centre Hospitalier d'Aurillac, les deux obstétriciens libéraux ont été recrutés dans un premier temps comme praticiens contractuels à temps partiel (6 demi-journées par semaine), puis ils ont été titularisés comme PH temps partiel après avoir passé le concours. Ce statut leur permet de continuer à exercer à titre libéral à la clinique, où ils font leurs consultations pré et post-natales, leurs échographies, et où ils

⁶⁸ Article L6112-4, anciennement L711-5.

⁶⁹ La convention est reproduite en annexe n°4.

pratiquent également une activité de gynécologie médicale et chirurgicale. Deux systèmes autonomes de garde d'obstétrique coexistent dans le service d'obstétrique du Centre Hospitalier, puisque les deux obstétriciens libéraux continuent à pratiquer personnellement leurs accouchements. La sage femmes de garde les informe personnellement de toute admission de leurs patientes. La principale difficulté de ce système réside dans les cas d'urgence, puisque les obstétriciens libéraux ne sont pas sur place. Il est prévu dans le règlement intérieur du service de gynécologie obstétrique « *qu'en cas d'urgence vitale fœtale ou maternelle, il est évident que les praticiens du Centre Hospitalier interviendront dans l'attente de l'arrivée de leurs collègues* » [de la clinique privée]. Cette particularité de la prise en charge des parturientes complique l'organisation médicale du service et a de fortes chances de disparaître à moyen terme.

- Le pédiatre libéral exerçant sur la ville de Périgueux pourrait également demander à exercer au sein du pôle mère enfant, puisque son activité liée à la maternité privée disparaîtra de fait. Il serait envisageable qu'il effectue des vacances au Centre Hospitalier, tout en conservant son cabinet libéral. Dans cette hypothèse, il faudrait prévoir sa participation aux astreintes de pédiatrie.

Conclusion

L'étude de la coopération public / privé transitoire sur la ville de Périgueux, ainsi que les divers scénarios prospectifs, nous ont permis d'étudier une stratégie d'un hôpital public confronté au désengagement du secteur privé de l'activité d'obstétrique. Dans l'exemple de la périnatalité, la demande de soins en obstétrique est incompressible et ne dépend pas de l'offre de soins. Par conséquent, si le secteur privé abandonne cette activité, le secteur public est obligé de l'assumer, quelque soit sa stratégie de développement initiale.

Cette étude nous conduit à nous interroger, de façon plus générale, sur la stratégie de l'hôpital public face au secteur privé et sur le développement des complémentarités entre les deux secteurs.

Les dirigeants des hôpitaux publics sont fortement incités aujourd'hui à développer la « complémentarité » et la « coopération inter-établissements », y compris avec le secteur privé. La création en 1996⁷⁰ d'un nouvel instrument juridique, le Groupement de Coopération Sanitaire, est le meilleur exemple de cette volonté politique.

Cette évolution aboutit à un paradoxe, souligné par S. Cheroutre⁷¹ : « *Les hôpitaux publics et les établissements privés à but lucratif sont aujourd'hui conduits à se rapprocher pour mettre en commun des ressources et répartir leurs activités... sans pour autant abolir la concurrence* ». Le rapprochement public / privé apparaît en effet de plus en plus nécessaire, pour amortir les investissements liés aux normes techniques toujours plus exigeantes et pour réussir à recruter des médecins, très convoités dans certaines spécialités. On peut alors

⁷⁰ Ordonnance du 24 avril 1996, décret n°97-240 du 17 mars 1997, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (art.87).

⁷¹ « La lettre de l'ENSP » consacrée aux restructurations et rapprochements d'établissements, n°60, avril 2002.

s'interroger, avec J-C. Moisdon et D. Tonneau⁷² sur les motivations réelles de ce type de rapprochement : il semble que « *les établissements obéissent, beaucoup plus qu'au slogan de complémentarité, à une stratégie de maîtrise de l'environnement, visant à poursuivre le développement, mais par d'autres moyens* ». L'exemple périgourdin étudié le montre bien : le fait de parler de coopération « transitoire », avant un transfert annoncé de l'activité d'obstétrique sur l'hôpital public, révèle que la coopération public / privé est « subie » et en aucun cas souhaitée par les deux établissements.

Au-delà des motivations des partenaires, les difficultés d'un rapprochement entre le secteur public et le secteur privé sont réelles aujourd'hui, selon le bilan réalisé par la FHF et la FHP sur ce sujet⁷³ :

- Les obstacles culturels, psychologiques et humains, liés aux décalages entre les deux systèmes, constituent des freins importants. Cela se manifeste surtout au niveau des ressources humaines, en particulier à propos des différences statutaires.

Par exemple, le statut de médecin « attaché » est clairement non attractif et n'est pas adapté à une coopération avec le secteur privé.

- Les possibilités d'organisations communes sont difficiles à développer. Par exemple, le fonctionnement des cliniques ouvertes en maternité est complexe du fait des différences réelles entre les modalités de prise en charge des accouchements : accouchements normaux assurés par les sages femmes dans le public et par les obstétriciens dans le privé.

De même, il existe un décalage important entre les modalités d'exercice de certaines spécialités. C'est par exemple le cas de l'anesthésie réanimation, dont l'exercice est très rémunérateur dans le secteur privé, le plus souvent sans les contraintes liées à l'activité

⁷² *L'hôpital stratège- Dynamiques locales et offre de soins*, ouvrage collectif coordonné par A-P. CONTANDRIOPOULOS et Y. SOUTEYRAND, chapitre n°1, Concurrence et complémentarité : stratégies de l'hôpital et de sa tutelle, pp.28-29.

⁷³ « Réflexions, orientations et propositions pour une nouvelle coopération entre les établissements de santé publics et privés », Janvier 2002.

d'obstétrique, puisque celle-ci s'exerce de plus en plus dans les établissements publics, au détriment des établissements privés

- Les modes juridiques de coopération proposés aux deux secteurs ne sont pas opérationnels. Les carences sont reconnues en terme de décalage de responsabilité, d'absence de souplesse organisationnelle et de rigidité statutaire.
- Les obstacles financiers et fiscaux ne permettent aucune souplesse : problèmes immobiliers, décalage dans la rémunération des personnels médicaux et paramédicaux, absence de « fongibilité » des enveloppes, impact financier mal appréhendé par les cliniques privées (investissements supplémentaires liés au « coût du service public » et à la continuité des soins).
- L'absence de soutien ou d'accompagnement des opérations de coopération peut laisser trop de champ aux opposants au projet.

La question de fond liée au rapprochement du secteur privé et du secteur public reste posée aujourd'hui : « *Peut-on surmonter la concurrence et générer des comportements de coopération, des convergences d'intérêts durables* »?⁷⁴

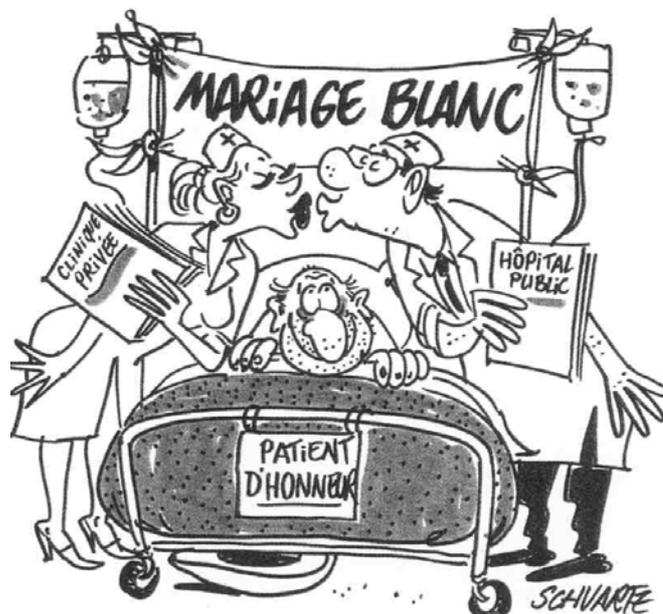
S. Cheroutre y répond en indiquant que l'étanchéité public / privé paraît d'ores et déjà obsolète, mais que pour autant les intérêts pour le maintien des deux secteurs sont très forts. A cet égard, le développement récent des cliniques ouvertes est révélateur : ce mode de fonctionnement rapproche en effet les deux secteurs (locaux communs, certains personnels communs), mais chacun garde sa spécificité et il n'y a pas de réelle organisation commune de l'activité de soins.

La réussite d'un véritable rapprochement public / privé nécessite que chaque partenaire trouve un intérêt à cette coopération, à long terme. C'est la conclusion du rapport de la FHF et de la FHP, qui propose la mise en place d'un « *espace commun* » entre secteur public et secteur privé. Celui-ci serait conçu comme « *une entité particulière émanant de*

chaque composante publique et privée, et dont la volonté [serait] d'être au service de l'ensemble de la structure. Il [devrait] faire coïncider la notion d'intérêt général aux intérêts des professionnels s'impliquant dans cet espace ».

Les opérations de rapprochement public / privé restent aujourd'hui fragiles et complexes. Des doutes subsistent par ailleurs quant à la capacité du secteur public à tirer avantage à long terme de ces rapprochements. Certains redoutent un scénario « peau de chagrin », avec un hôpital public recentré par défaut sur les activités les moins lucratives.

Pourtant, la coopération avec le secteur privé apparaît comme le seul moyen de continuer à exercer, dans des conditions de sécurité et de qualité, certaines activités, dans certaines parties du territoire. C'est pourquoi il est nécessaire de simplifier et préciser les modalités juridiques permettant ces rapprochements et de procéder à des expérimentations, pour créer les conditions d'une véritable coopération entre le secteur public et le secteur privé, qui auraient alors un intérêt à travailler ensemble.



⁷⁴ « La lettre de l'ENSP » consacrée aux restructurations et rapprochements d'établissements, n°60, avril 2002.

Bibliographie

I. TEXTES RÉGLEMENTAIRES

▪ Sur la périnatalité

- Décret n°98-899 du 9 octobre 1998, modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale
- Décret n°98-900 du 9 octobre 1998, 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 et modifiant le code de la santé publique
- Arrêté du 25 avril 2000, relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV du code de la santé publique
- Arrêté du 1^{er} avril 1999, fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale

▪ Sur la coopération sanitaire

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- 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
- Décret n°97-371 du 18 avril 1997, relatif aux structures d'hospitalisation prévues à l'article L.714-36 du code de la santé publique et modifiant ce code
- Décret n° 99-694 du 3 août 1999, relatif aux structures d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 714-36 du code de la santé publique et modifiant le titre Ier du livre VII de ce même code

II. OUVRAGES

▪ Sur la coopération sanitaire

- CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*, Masson, Paris, 1998, 170 p.

- HOUDART L., LAROSE D., BARRE S., *Traité de la coopération hospitalière*, vol.1, f. houdart, Paris, 2000, 207 p.

▪ Sur la stratégie

- CONTANDRIOPOULOS A-P, SOUTEYRAND Y. (coordonnateurs de l'ouvrage), *L'hôpital stratège, dynamiques locales et offres de soins*, John Libbey Eurotext, Paris, 1996, 317 p.

III. ARTICLES DE REVUES PROFESSIONNELLES / SEMINAIRES

▪ Sur la périnatalité

- BADEYAN G. et al. , La situation périnatale en France en 1998, *Etudes et Résultats*, n°73, juillet 2000

- BAUBEAU D. et al., Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période, *Etudes et Résultats*, n°21, juillet 1999

- Dossier réalisé par la Direction des hôpitaux, Réforme en santé périnatale, *Courrier juridique des affaires sociales*, n°18, janvier 1999, pp.1-3

- LEFEBVRE J., La nouvelle réglementation applicable aux activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale dans les établissements de santé publics et privés, *Techniques Hospitalières*, n°631, novembre 1998, pp.3-5

- NAU J-Y. , Les épidémiologistes dénoncent la dégradation de la santé périnatale, *Le Monde*, 6 août 2002

▪ Sur la coopération sanitaire

- « La lettre de l'ENSP » consacrée aux restructurations et rapprochements d'établissements, n°60, avril 2002.

- Notes prises par S. CHEROUTRE lors du Séminaire de réflexion organisé à l'ENSP sur le thème « Peut-on s'approprier entre gens du publics et gens du privé ? A propos des rapprochements des établissements de santé, 21-22 juin 2001

- CLAVERANNE J-P, PASCAL C., PIOVESAN D., Restructurations des établissements hospitaliers- Les logiques du secteur public à l'épreuve du privé, Gestions Hospitalières, juin-juillet 2002, pp.444-448

- TANGUY H., L'actualité de la coopération hospitalière en matière de soins, Gestions Hospitalières, janvier 2000, pp. 50-53

▪ Sur la démographie médicale

- PONTONE S. Un modèle expérimental d'analyse et de projection démographiques : l'anesthésie réanimation, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie et la radiologie, *Gestions Hospitalières*, décembre 2000, n°401, pp.785-786.

- Numéro spécial de *Gestions Hospitalières* consacré à la problématique de la démographie médicale, décembre 2000, n°401

IV. MÉMOIRES

- BEAUCHAMP H. de, *Le projet de pôle mère enfant de Saint Nazaire : vers un renouveau des coopérations public/ privé ?*, mémoire professionnel EDH, ENSP, 1999

- LACORDAIS G., *Le Centre Hospitalier d'Auch, vecteur de complémentarités. Création d'une maternité ouverte*, DESS EDH, ENSP, 2000

- MARIAN L., *Stratégie et organisation : l'intégration de la maternité de Marcq-en-Baroeul au Centre Hospitalier de Tourcoing*, mémoire professionnel EDH, ENSP, 1996

- SABAH P., *La dimension humaine des restructurations hospitalière : enjeux et perspectives. L'exemple de la fusion du Centre Hospitalier de Béziers avec une clinique privée*, mémoire professionnel EDH, ENSP, 2000

V. RAPPORTS

- Résultats du Réseau Sentinelle AUDIPOG 2001, N. Mamelle, O. Claris, B. Maria, P. Mares, D. Pinquier, août 2002

- Rapport de la FHF (Fédération Hospitalière de France) et de la FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée), « Réflexions, orientations et propositions pour une nouvelle coopération entre les établissements de santé publics et privés », janvier 2002

- Rapport Charpak, « La périnatalité et le secteur privé d'hospitalisation : quel avenir ? Situation actuelle, difficultés, évolutions possibles : quelques éléments de réflexion », réalisé pour la FIEHP (Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée), l'UHP (Union de l'hospitalisation privée) et le SYNGOF (Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France), 1999

- Rapport de Nicolas G. et Duret M., « Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie –réanimation, psychiatrie et radiologie », février 1998

- Rapport du Haut Comité de la santé publique, « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan pour la périnatalité », janvier 1994

VI. SITES INTERNET

- www.syngof.fr
(syndicat national des gynécologues obstétriciens de France)

- www.conseil-national.medecin.fr

- www.audipog.inserm.fr

Liste des annexes

Annexe n°1

Convention de coopération dans le domaine de la périnatalité entre le Centre Hospitalier de Périgueux et la Clinique Francheville

Annexe n°2

Convention de coopération entre le Centre Hospitalier Jacques Fritschi de Beaumont-sur-Oise et la clinique Conti de l'Isle-Adam – Couverture pédiatrique de la maternité

Annexe n°3

Etude sur les conséquences de la fermeture de la maternité de Francheville sur le nombre de malades présents dans le service de gynécologie obstétrique (2000-2001-2002)

Annexe n°4

Convention entre le Centre Hospitalier de Chartres et une sage femme libérale intervenant dans la maternité publique

Annexe n°1

Convention de coopération dans le domaine de la périnatalité entre le Centre Hospitalier de Périgueux et la Clinique Francheville

Annexe n°2

Convention de coopération entre le Centre Hospitalier Jacques Fritschi de Beaumont-sur-Oise et la clinique Conti de l'Isle-Adam – Couverture pédiatrique de la maternité

Annexe n°3

Etude sur les conséquences de la fermeture de la maternité de Francheville sur le nombre de malades présents dans le service de gynécologie obstétrique (2000-2001-2002)

MÉTHODE DE CONSTRUCTION DES TABLEAUX

- Calcul du nombre moyen d'accouchements sur les 5 dernières années

Années	CHP	Francheville	Total
1998	1174	578	1752
1999	1184	605	1789
2000	1245	661	1906
2001	1305	594	1899
2002	1245 (prévision)	471 (prévision)	1716 (prévision)
Moyenne sur 5 ans	1230,6	581,8	1812,4

- Calcul du pourcentage d'augmentation de l'activité d'obstétrique du CHP en cas de fermeture de la maternité de Francheville

On calcule ce pourcentage d'augmentation en comparant le nombre moyen d'accouchements réalisés par le CHP et le nombre total d'accouchements sur la ville de Périgueux sur ces 5 dernières années:

$$1812,4 / 1230,6 = 1,47$$

Ce coefficient d'augmentation est appliqué à l'activité d'obstétrique du CHP et permet d'obtenir les résultats de la colonne n°3, soit la prévision du nombre de patientes d'obstétrique présentes dans le service de gynécologie – obstétrique chaque mois si la maternité privée fermait.

- Obtention des totaux des colonnes 6, 7 et 8

- La colonne « *total CHP sans Francheville* » :

Elle correspond au nombre total de patientes effectivement présentes dans le service de gynécologie obstétrique l'année considérée (données fournies par le service).

- La colonne « *total avec patientes de Francheville* »

Elle prévoit le nombre total de patientes présentes dans le service de gynécologie – obstétrique si la maternité privée fermait et si l'activité de gynécologie médicale et chirurgicale du CHP restait stable par ailleurs.

- La colonne « *total avec Francheville sans gyn. chir.* »

Elle prévoit le nombre total de patientes présentes dans le service si la maternité de Francheville fermait et si l'activité de chirurgie gynécologique ne se pratiquait plus dans le service. Celui-ci serait dans ce cas exclusivement consacré à l'obstétrique et à la gynécologie médicale.

➤ Rappel

La capacité autorisée du service de gynécologie – obstétrique est de 45 lits d'hospitalisation et 2 places d'IVG.

42 lits d'hospitalisation sont effectivement installés (42 chambres à 1 lit).

Annexe n°4

Convention entre le Centre Hospitalier de Chartres et une sage femme libérale intervenant dans la maternité publique