



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : 2008

Date du Jury : septembre 2008

**Le rôle du directeur des soins dans la
collaboration effective des personnels
soignants en établissements
hospitaliers publics et privés**

Mireille JOYAU

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des professionnels rencontrés dans le cadre de ce travail pour leur disponibilité, leur témoignage et leurs conseils.

Je souhaite également remercier vivement Monsieur Christophe LE RAT, Madame Marie-Elisabeth COSSON et Madame Françoise ERTEL qui ont su me guider et m'ont donné des conseils avisés et encourageants.

Un grand merci

Aux collègues de la promotion qui se reconnaîtront pour leur soutien dans les moments de doute et plus particulièrement à Evelyne, Michèle, Jean-François, Sylvie et Huguette.

A ma famille et mes amis qui, tout au long de l'année, m'ont encouragée.

Et à Jean-Michel, Claire, Isabelle et Mathilde qui m'ont soutenue et supportée dans mes moments de découragement et de doute.... pour cette année difficile que je leur ai fait vivre.

Sommaire

Introduction	1
1 Le cadre général	5
1.1 Quelques définitions	5
1.2 La collaboration public/privé : une nécessité pour tous	5
1.3 Une démarche complexe : de la genèse à l'aboutissement	6
1.4 Aspects juridiques des coopérations entre acteurs de santé.....	7
1.5 Méthodologie.....	10
2 Exemples de collaboration entre soignants public/privé	13
2.1 Présentation des lieux d'enquête et des personnes interviewées.....	13
2.1.1 Premier site enquêté:.....	13
2.1.2 Deuxième site enquêté :	15
2.2 Analyse des entretiens.....	17
2.2.1 La collaboration : une volonté des acteurs et un pari pour tous	17
2.2.2 Les acteurs engagés dans la collaboration.....	18
2.2.3 Les intérêts de développer un partenariat	19
2.2.4 Les freins à la collaboration	20
3 Rôle du directeur des soins pour favoriser la collaboration des personnels soignants	25
3.1 L'implication du directeur des soins dans la stratégie	25
3.1.1 Les objectifs de la coopération	25
3.1.2 L'élaboration d'un projet commun	26
3.1.3 Les acteurs	27
3.2 L'accompagnement des équipes soignantes	28
3.2.1 La conduite de changement.....	28
3.2.2 La communication : un outil au service de la cohésion.....	28
3.2.3 La recherche de l'adhésion grâce au projet de soins	30
Conclusion.....	31
Bibliographie	33
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AS : Aide Soignante

ASH : Agent des Services Hospitaliers

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CH : Centre Hospitalier

CES : Communauté d'Etablissements de Santé

CME : Commission Médicale d'Etablissement

DS : Directeur des Soins

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

SIH : Syndicat Interhospitalier

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

TEP : Tomographe par Emission de Positons

Introduction

Encouragée depuis de nombreuses années par les pouvoirs publics, la collaboration public/privé s'impose de plus en plus. La santé étant un processus collectif, l'hôpital, soumis à la contrainte budgétaire, confronté à une forte concurrence et aux exigences nouvelles des patients doit développer la complémentarité.

Les évolutions sociologiques, sociales et démographiques et la spécialisation des soins hospitaliers rendent la coordination des soins indispensables entre la ville et l'hôpital.

Dans son discours de Bordeaux le 16 octobre 2007, Nicolas Sarkozy, Président de la République, a souligné que « l'ouverture est une autre valeur de l'hôpital »¹. Face à des constats d'insuffisances dans l'offre de la prise en charge des patients, des solutions doivent être trouvées. « Les solutions seront forcément des solutions de coopération sur le territoire. Les partenariats public/privé doivent devenir la règle », a-t-il rajouté².

De même, le rapport final de la Commission de Concertation sur les missions de l'hôpital, remis au Président de la République le 10 avril 2008 par Monsieur Gérard Larcher, insiste, dans sa première partie, pour « aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge des patients ».³

Cette volonté de développer le partenariat public/privé n'est pas nouvelle. Elle figure à chaque réforme d'envergure, de la carte sanitaire commune au public et au privé avec la loi de 1970, à l'ordonnance du 24 avril 1996 avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation puis dans le plan Hôpital 2007 et sa continuité, présentée dans le plan Hôpital 2012.

Afin d'améliorer l'efficacité du système de santé, la France connaît aujourd'hui une période de recomposition du paysage hospitalier. Des réseaux se constituent, des établissements se regroupent, des structures de collaboration associant le secteur public et le secteur privé voient le jour. Les partenariats se créent ainsi entre des établissements de santé publics et/ou privés, avec le secteur libéral et/ou la médecine de ville.

Cette évolution a et aura des conséquences importantes sur l'environnement de travail des agents hospitaliers.

¹ SARKOZY N. Discours du Président de la République lors de la commission Larcher au CHU de Bordeaux, 16 octobre 2007

² Ibid.

³ LARCHER G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, avril 2008

Ainsi au cours de mon expérience professionnelle, en tant que cadre supérieur de santé dans un département d'imagerie médicale, j'ai pu mesurer l'évolution de ce rapprochement.

Lors de l'implantation du premier scanner dans le département en 1983, une convention entre le Centre Hospitalier (CH) et un groupement de radiologues privé a permis l'utilisation partagée de ce nouvel équipement d'imagerie. Des vacances étaient réservées pour des radiologues libéraux, avec une mise à disposition du personnel administratif et médico-technique hospitalier.

Puis en 1990, avec l'autorisation d'implantation de la première IRM, sur le site du Centre Hospitalier, un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) a été constitué pour permettre une utilisation conjointe et égalitaire en temps d'utilisation de cet équipement lourd par les secteurs public et privé. La gestion des rendez-vous et le secrétariat sont alors assurés par le personnel administratif hospitalier alors que chacun des secteurs met à disposition, pour son activité propre, des manipulateurs d'électro-radiologie.

Plus récemment, j'ai participé à une expérience nouvelle de fonctionnement entre le public et le privé lors de l'ouverture d'une deuxième IRM, toujours dans le cadre du GIE, mais sur un site privé, avec une utilisation en temps équitablement partagé.

La gestion des rendez-vous est alors centralisée au niveau du CH et assurée par du personnel administratif hospitalier tandis que le secrétariat est pris en charge par du personnel administratif spécifique à chaque site (secrétaires du CH pour la 1ère IRM et secrétaires du privé pour la 2ème IRM sur le site de la clinique). Les radiologues, quant à eux, viennent effectuer leurs vacances avec toujours des manipulateurs spécifiques à chaque secteur.

Une organisation semblable a été mise en place pour le partage d'utilisation d'un tomographe par émission de positons (TEP).

Ce partage d'équipements lourds permet de répondre aux besoins de santé du territoire avec une optimisation de ces équipements.

A ce jour, nous constatons que la collaboration public/privé s'instaure essentiellement au niveau du personnel médical développant ainsi des complémentarités autour d'activités médicales ou lors de partage d'équipements lourds permettant une optimisation des moyens techniques. Cette collaboration ne semble pas recueillir l'adhésion de l'ensemble des équipes paramédicales et rencontre une certaine résistance auprès des personnels soignants. Ainsi, dans l'établissement où j'ai exercé durant de nombreuses années, les manipulateurs ne souhaitaient pas travailler avec le secteur libéral justifiant des valeurs professionnelles différentes, des niveaux de responsabilité et de prise en charge des patients autres, des statuts, des conditions de rémunération et des modes d'organisation de travail non compatibles.

Plus récemment, alors qu'une clinique de la ville rencontrait d'importantes difficultés de recrutement de sages-femmes mettant en cause le maintien de l'activité de la maternité de cette clinique, la Direction du Centre Hospitalier, à la demande des tutelles, a sollicité les sages-femmes de l'établissement pour trouver une réponse à une situation exceptionnelle. Ces dernières ont, dans un premier temps, refusé d'aller travailler dans cette clinique. Si une solution directive et coercitive a pu être trouvée, il en ressort que la collaboration public/privé ne fait pas l'unanimité au niveau des professionnels de santé.

Face à ces constats, je souhaite vérifier, lors de ce travail, si les freins à la collaboration entre professionnels de santé que j'ai rencontré dans mon établissement se retrouvaient dans d'autres établissements de santé.

Consciente de la nécessaire ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, la question à laquelle je souhaite m'intéresser est la suivante :

Quelles sont les conditions susceptibles de permettre une bonne collaboration public/privé au niveau du personnel paramédical hospitalier?

Face à la nécessaire optimisation des équipements lourds, au déficit médical rencontré dans certaines spécialités, principalement dans les établissements publics de santé, aux difficultés de recrutement de personnel paramédical, à la maîtrise des dépenses de santé et à la recherche de l'efficience, le directeur des soins, par sa mission managériale, a un rôle important à jouer dans la réponse aux besoins des usagers et la continuité de la prise en charge des patients. A ce titre, le directeur des soins, garant de la qualité des soins, est directement impliqué dans l'organisation des moyens humains et dans la dynamique de collaboration au sein du territoire de santé. Il intervient dans la définition des champs de missions des différents personnels paramédicaux dont il a la responsabilité, dans la coordination des différents acteurs mais aussi dans le domaine de la formation aux nouveaux métiers de demain.

Dans un premier temps, je définirai la collaboration, les partenaires engagés dans cette collaboration, ses aspects réglementaires. Je présenterai les lieux d'enquête où les entretiens ont été effectués.

Dans un second temps, l'analyse des entretiens réalisés permettra de comprendre les opportunités, d'appréhender les freins à cette collaboration public/privé et d'établir un diagnostic.

Enfin, en dernière partie, des préconisations seront envisagées pour permettre le développement de cette collaboration en terme de politique de soins développée par le directeur de soins pour favoriser les rapprochements public/privé pour les personnels soignants.

1 Le cadre général

1.1 Quelques définitions

L'origine étymologique du terme « collaborer » vient du latin *Cum Laborare* qui signifie « travailler avec ». Le suffixe *Cum* marque l'union, la concomitance et l'action conjointe. Le dictionnaire Larousse définit la collaboration comme une action de collaborer avec quelqu'un à quelque chose.

La collaboration est définie comme une action de travailler de concert avec une ou plusieurs autres personnes à une entreprise, un projet commun.

La collaboration a pour synonymes : association, complicité, contribution, coopération, participation.

Coopération vient du terme latin chrétien du XV^{ième} siècle « *cooperatio* » dérivé de « *cooperare* », coopérer qui signifie « travailler ensemble ». Cette notion de travail commun se retrouve dans la définition donnée dans le Larousse où coopérer est défini comme « agir conjointement avec quelqu'un ». Dans l'Encyclopédie Universalis, la coopération est définie comme « le fait, pour une personne, de s'adonner consciemment à une activité complémentaire de celles d'autres personnes dans le cadre d'une finalité commune, dans un groupe donné ».

La notion de collaboration est souvent considérée comme étant plus large et englobe la coopération.

1.2 La collaboration public/privé : une nécessité pour tous

Afin d'améliorer l'efficacité du système de santé, la France connaît aujourd'hui une véritable recomposition du paysage hospitalier.

Confrontées à des contraintes économiques fortes, organisationnelles avec pour certaines un déficit de ressources médicales et paramédicales, les structures hospitalières publiques et privées qui, jusqu'alors, étaient le plus souvent en concurrence, sont amenées à développer des collaborations.

La concurrence existe toujours mais dans un contexte de maîtrise de coûts et d'efficacité, des collaborations « volontaires » peuvent se mettre en place autour d'intérêts communs ou être imposées par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) dans le cadre des autorisations d'activités ou de partage d'équipements lourds.

Ces collaborations ont pour objectif la maîtrise des dépenses de santé en optimisant les coûts et les ressources tout en garantissant une prestation de soins de qualité dans des conditions de sécurité garanties et dans un cadre économique efficient.

La collaboration hospitalière public/privé implique, de fait, une coopération entre plusieurs structures publiques et/ou privées. Elle nécessite de mettre en place des partenariats.

Ainsi, les actions de coopération conduisent à gérer en commun des activités médicales entre deux structures ou à les répartir entre établissements, à partager un plateau technique, à confier certaines activités à un autre établissement.

Ainsi, des établissements se partagent des équipements lourds, se rapprochent ou fusionnent, des réseaux s'organisent et des structures de collaboration associant le secteur public et le secteur privé se mettent en place.

Par là même, le personnel soignant peut être conduit à intervenir dans une structure née de la coopération autre que son établissement d'origine.

1.3 Une démarche complexe : de la genèse à l'aboutissement

La mise en place d'une collaboration est complexe et longue. Tout d'abord et d'une manière générale, l'idée de départ d'un partenariat peut être évoquée par des professionnels de santé, le plus souvent médicaux au regard d'une activité médicale mais également par des directions d'établissement face à des problématiques structurelles (activités, locaux), financières (investissements, coût des équipements lourds) mais aussi organisationnelles (déficit de personnel). Cette coopération peut également être sollicitée par l'ARH voire imposée.

Avant d'envisager un partenariat, il y a lieu de faire un diagnostic stratégique de la situation interne et externe de chaque établissement analysant les forces et les faiblesses de chaque structure. La prise en compte des besoins de santé de la population et de la répartition de l'offre de soins dans le territoire de santé est primordiale. Ce diagnostic implique des démarches concertées entre les établissements et les tutelles.

De nombreux acteurs sont engagés dans cette collaboration et une concertation avec ceux-ci est à privilégier. Sont concernés les autorités de tutelles, les instances réglementaires, les usagers et un certain nombre d'acteurs des établissements à savoir l'équipe de direction, les médecins, le personnel d'encadrement, les personnels hospitaliers non médicaux mais aussi les partenaires sociaux.

Au sein des établissements hospitaliers, l'avancée du projet nécessite des consultations avec les acteurs concernés soit directement soit par le biais des instances représentatives. Une communication autour du projet est à entretenir avec l'ensemble des acteurs. S'agissant des activités médicales, l'élaboration d'un projet médical commun s'impose.

Impulsés par une politique de santé publique, ces partenariats peuvent prendre différentes formes juridiques qui ne cessent d'évoluer au regard du contexte socio-économique.

1.4 Aspects juridiques des coopérations entre acteurs de santé

Sans vouloir tous les citer, l'objet de ce travail tenant plus aux conséquences organisationnelles, managériales et humaines qu'à l'aspect réglementaire de celles-ci, je citerai les plus classiques.

La forme d'association publique/privée la plus ancienne concerne la clinique ouverte avec le décret du 5 septembre 1960⁴, convertie depuis le décret de 1997 en structure d'hospitalisation spécifique.

L'idée de coopération hospitalière est relativement nouvelle puisque c'est seulement avec la **loi du 31 décembre 1970**⁵ que le législateur a incité les hôpitaux et les cliniques - surtout pour ces dernières à but non lucratif – à se regrouper. Elle permet aux établissements privés de participer ou de s'associer au service public. Dans cette loi, apparaissent des formes traditionnelles de coopération dont les principales sont la **convention**, le **groupement interhospitalier**, le **syndicat interhospitalier** et **l'association**.

La convention est à ce jour la formule la plus répandue avec plus de 3 000 conventions recensées associant des établissements publics de santé et d'autres structures.

Le syndicat interhospitalier (SIH) a été créé à la demande des établissements publics de santé et s'établit entre des personnes morales de droit public. La création de nouveau SIH n'est plus possible depuis le 1^{er} janvier 2005.

L'association à but non lucratif, de type loi 1901 et reconnue d'utilité publique permet également la promotion d'actions de coopération. Il est toutefois à noter que le Conseil d'Etat n'est guère favorable à la coopération hospitalière sous cette forme associative.

Au fil des années apparaissent de nouvelles formes juridiques de coopération.

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) apparu avec la loi du 23 juillet 1987⁶ permet le regroupement de personnes morales de droit public ou privé.

⁴ MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Décret n°60-939 du 5 septembre 1960 conditions d'organisation et de fonctionnement des cliniques ouvertes des hôpitaux et hospices publics. JORF du 8 septembre 1960, 8243.

⁵ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JORF du 3 janvier 1971, 0067.

⁶ Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat. JORF du 24 juillet 1987, 8255.

Le Groupement d'Intérêt Economique (GIE), issu de l'ordonnance du 23 septembre 1967⁷ modifiée par la loi du 13 juin 1989, associe des personnes physiques ou morales dans un objectif de développement d'activité socio-économique.

Dans un contexte économique marqué par une forte rigueur budgétaire, **la loi du 31 juillet 1991** fait figure de véritable réforme de la coopération hospitalière en renforçant largement les possibilités de coopération des établissements et en consacrant tout un chapitre sur « les actions de coopération ». Dans cette loi, le législateur établit les missions générales pour tous les établissements publics et privés et renforce les moyens de planification sanitaire en matière de partage d'activités médicales avec trois outils principaux : la carte sanitaire, le schéma d'organisation sanitaire et le régime des autorisations. Les deux premiers outils ont pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. La loi de 91 remplace les groupements interhospitaliers par les **conférences sanitaires de secteur**. D'autres formes de coopération citées dans la loi concernent les **réseaux coordonnés de soins** pour permettre une meilleure prise en charge des patients : «Les établissements publics et privés assurant le service public hospitalier peuvent participer en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation des soins coordonnés au domicile du malade »⁸. Tous les établissements de santé ont vocation à participer à des réseaux de soins destinés à garantir la délivrance de soins de proximité indépendamment de leur situation géographique.

L'ordonnance du 24 avril 1996⁹ portant réforme de l'hospitalisation publique et privée renouvelle la coopération interhospitalière en créant deux structures nouvelles : les **Communautés d'Etablissements de Santé (CES)** complémentaires des conférences sanitaires de secteur et les **Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)** complémentaires des syndicats interhospitaliers.

D'autre part, l'ordonnance relance la coopération entre établissements de santé avec l'utilisation du concept de Groupement d'intérêt Public et officialise une nouvelle catégorie de GIP : les nouvelles **Agences Régionales de l'Hospitalisation**.

L'ordonnance de 96 fixe la coopération interhospitalière comme un des axes prioritaires de la restructuration du paysage sanitaire et pour y parvenir, instaure des mesures incitatives et coercitives en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la

⁷ Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique (création – but – composition - dissolution), version consolidée au 31 décembre 2003

⁸ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JORF n°179 du 2 août 1991, 10255.

⁹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF, n°98 du 25 avril 1996, 6324.

population et de préserver la qualité des soins dans l'intérêt des malades et au meilleur coût.

La coopération constituant un élément essentiel de la cohérence du système de santé, les établissements publics et privés disposent d'outils nombreux et adaptés fondés sur le volontariat.

La **fusion** volontaire est une forme de coopération qui connaît un progrès certain et récent. La fusion n'est pas une suppression ni une absorption d'un établissement par un autre. Il s'agit de la création de concert d'un nouvel établissement de santé. La fusion représente la logique de coopération menée à l'extrême.

Face aux freins de certains établissements à coopérer, l'article 38 de l'ordonnance du 24 avril 1996¹⁰ « permet au Directeur de l'ARH d'inciter ou d'obliger les établissements publics de santé à prendre des mesures pour organiser des coopérations indispensables, celles-ci pouvant aller jusqu'à la fusion de ces établissements. »

Par l'**ordonnance du 4 septembre 2003**¹¹, le régime de réalisation des schémas d'organisation sanitaire est réorganisé. Le dispositif établi par le biais des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) un lien nouveau entre planification et développement des complémentarités médicales. « Le schéma d'organisation sanitaire doit susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations notamment entre établissements de santé ; il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. » (2^{ème} alinéa L. 6121-1 du Code de la Santé Publique).

L'objectif de partenariat est réaffirmé par la **circulaire du 5 mars 2004**¹² et par la **Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008**¹³ qui incitent les ARH au regroupement des plateaux techniques, tout en veillant au maintien d'une offre de proximité garante des mêmes critères de qualité et de sécurité.

Au-delà des aspects juridiques, les partenariats sont clairement annoncés depuis plusieurs années comme une priorité de santé publique et plus particulièrement détaillée

¹⁰ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. JORF du 25 avril 1996, 06311.

¹¹ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. JORF du 6 septembre 2003, 15391.

¹² Circulaire n°101/DHOS/O/2004/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

¹³ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité Sociale pour 2008. JORF, n°0296 du 21 décembre 2007, 20603.

dans le plan Hôpital 2007¹⁴. Ces logiques de coopération font figure de propositions dans le récent rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Monsieur Gérard LARCHER¹⁵ et présenté au Président de la République en avril 2008.

Ces différents modes de coopération rapidement énoncés ont comme objectifs de favoriser l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement.

Si les partenariats, pressentis comme moyen d'optimisation des coûts et des ressources, sont une priorité de santé publique avec l'adaptation des structures de soins comme axe essentiel de la politique de santé, il n'en ressort pas moins qu'ils ont une répercussion sur les personnels.

1.5 Méthodologie

Suite à mon expérience professionnelle et aux difficultés constatées pour faire travailler le personnel soignant hospitalier avec le secteur privé, j'ai souhaité interroger d'autres structures hospitalières qui avaient une expérience de collaboration entre personnels soignants hospitaliers publics et privés, cet aspect m'intéressant plus spécifiquement.

Pour tenter de répondre à ma question de départ, une recherche bibliographique et un recensement d'expériences de collaboration entre des établissements publics et le secteur privé m'ont permis de mieux cerner la problématique, d'enrichir mes connaissances sur ce sujet et d'approfondir la réflexion dans ce domaine. Si de nombreuses publications abordent la collaboration public/privé et relatent des expériences de coopération, celles-ci concernent le plus souvent une collaboration médicale autour d'activités médicales ou un partage d'équipement lourd. Peu d'écrits développent la coopération paramédicale interhospitalière en dehors des regroupements d'établissements ou de fusions.

Si j'ai facilement recensé un certain nombre d'établissements ayant développé des collaborations, très vite, j'ai constaté que ces collaborations concernaient le plus souvent les équipes médicales et les directions d'établissements et plus rarement les personnels soignants.

Ainsi, en dehors d'un contexte de fusions d'établissements de santé ou de disparition d'une des structures, j'ai rencontré des difficultés à trouver des sites où une collaboration existait véritablement entre les personnels soignants publics et privés.

¹⁴ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/F/2003/139 du 20 mars 2003 relative au Plan d'investissement national « Hôpital 2007 ».

¹⁵ op. cit.

En effet, lorsqu'il y a une coopération mise en place par exemple autour d'un partage d'équipement lourd, les médecins publics et privés utilisent l'installation selon un planning établi au prorata d'une durée définie pour chacun des secteurs mais effectuent leurs examens, dans la majorité des cas avec le personnel paramédical propre à leur secteur.

Dans les autres cas, plus à la marge, si les médecins sont amenés à travailler avec une équipe paramédicale de l'autre secteur, beaucoup plus rarement, des personnels soignants issus de chacun des secteurs travaillent en même temps et sur le même site.

Pour interroger le personnel ayant participé à une collaboration de personnels soignants, j'ai eu recours à l'entretien, plus adapté m'a-t-il semblé, pour recueillir des témoignages relatifs par certains aspects aux relations humaines et sociales.

Afin de faciliter le déroulement des entretiens et leur analyse, j'ai réalisé un guide d'entretien reprenant les différents aspects que je souhaitais approfondir à partir de l'expérience professionnelle des personnes interrogées. (*cf. annexe I*)

Treize entretiens auprès de personnels concernés par cette collaboration appartenant au secteur hospitalier ou au secteur privé ont été réalisés dans deux régions différentes en France. J'ai choisi ne pas me limiter exclusivement aux personnels soignants pour recueillir aussi le point de vue de la direction et du personnel médical sur cette collaboration ciblée. Ces entretiens ont été effectués auprès de trois directeurs de soins (secteur public et secteur privé), d'un directeur d'établissement hospitalier public, de deux médecins (de chacun des secteurs), d'un cadre infirmier, de quatre infirmières dont une infirmière de bloc opératoire (IBODE), d'une aide-soignante et d'un agent de service hospitalier (ASH).

Les entretiens ont duré entre 45 minutes et une heure. Ces entretiens ont été pour la plupart enregistrés, trois ont fait l'objet d'une prise de notes.

J'ai fait le choix d'utiliser l'entretien semi directif comme mode de recueil de données, souhaitant que chaque personne interrogée s'exprime librement sur son expérience professionnelle, son ressenti, les difficultés rencontrées et les bénéfices de cette collaboration. Ce type d'entretien, à la fois souple et contrôlé, a facilité les échanges riches en informations et m'a permis de mieux appréhender la réalité et d'évoquer les problématiques de terrain.

J'ai ensuite choisi de procéder à une analyse thématique du contenu des entretiens. L'analyse des entretiens confrontés à mon expérience professionnelle et enrichie par la lecture de certains ouvrages et mémoires m'a permis de me positionner en tant que directeur de soins et d'envisager des pistes de réflexion pour être promoteur d'une dynamique encourageant cette collaboration.

Limites de l'étude

Bien que le nombre d'entretiens réalisés soit limité, du fait des difficultés de rencontrer de véritables collaborations entre soignants hospitaliers, cette étude permet toutefois de pointer les freins mais aussi les opportunités à exploiter pour permettre le développement de cette collaboration incontournable pour l'avenir du système de santé.

2 Exemples de collaboration entre soignants public/privé

2.1 Présentation des lieux d'enquête et des personnes interviewées

2.1.1 Premier site enquêté:

A) L'établissement et son contexte

Le choix du lieu pour la première enquête a été déterminé en regard d'une collaboration référencée comme existante et fonctionnelle entre personnels soignants, entre un Centre Hospitalier et une clinique privée, à but non lucratif participant au service public hospitalier.

Le Centre Hospitalier est le pôle sanitaire de référence du sud du département et d'un bassin de vie de 800 000 habitants. Sa capacité d'hospitalisation est de 1884 lits et places et 26 postes d'hémodialyse. Il emploie plus de 3200 agents et plus de 320 médecins.

La clinique, construite dans les années 1930, est gérée par une association de loi 1901 qui possède également plusieurs autres établissements sanitaires dans la région. Elle dispose de 139 lits d'hospitalisation. 20 praticiens et 180 salariés y travaillent. La clinique se trouve dans un contexte financier difficile.

Géographiquement, les deux établissements sont face à face, séparés par une rue.

Les deux structures, ayant fait le constat du caractère obsolète de certains plateaux techniques et de leurs concurrences « stériles » dans certains domaines, ont décidé de regrouper leurs moyens pour améliorer l'offre de services. L'idée de base du partenariat est le partage des activités sans concurrence et l'optimisation des moyens.

Une 1^{ère} convention de partenariat, avec l'agrément de l'ARH a été signée fin décembre 1999 entre les deux établissements. Puis en 2004, un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) qui évoluera rapidement en un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) est créé avec un projet de construction d'un nouveau bâtiment de haute technologie. Ce projet, intégré dans le programme Hôpital 2007, prévoit le regroupement sur un site unique du secteur de médecine, chirurgie et obstétrique que les deux établissements se répartiront sous le contrôle de l'ARH. Toutefois, chaque établissement gardera une identité propre. Cette cité hospitalière a pour objectifs essentiels de consolider l'offre existante, d'offrir des perspectives de développement, de permettre une meilleure prise en charge de patients par la proximité des différents services entre eux, d'améliorer la qualité de la prise en charge clinique par l'accroissement des échanges d'informations entre professionnels de santé du fait de leur proximité, de rationaliser le dispositif d'offre de soins dont la dispersion est très coûteuse. Les autres enjeux de ce partenariat sont

l'optimisation des plateaux techniques par une utilisation commune et le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète.

En attendant l'ouverture de ce bâtiment, pour assurer leur avenir réciproque, en conservant chacun leur identité, et supprimer les redondances d'activités, les deux établissements se sont répartis les spécialités en respectant les pôles d'excellence de chacun et ont mutualisé le personnel et les moyens.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, en s'appuyant sur un projet médical commun, les deux établissements ont réalisé des transferts offrant des pôles de référence uniques. Une partie du personnel des deux structures, sur la base du volontariat, a été associée à ces transferts.

Les services de cardiologie et de chirurgie orthopédique de la clinique ont été transférés au centre hospitalier tandis que le service de pneumologie a été transféré à la clinique.

Le service de pneumologie de la clinique est ainsi passé de 15 lits d'hospitalisation à 65.

Le service de cardiologie du CH quant à lui s'est restructuré en passant de 3 à 4 unités d'hospitalisation, profitant du transfert des lits de la clinique, pour ouvrir une nouvelle unité d'hospitalisation de 24 lits et créer une unité dédiée d'hospitalisation de jour et semaine de 30 lits.

De même, au moment du transfert dans le nouveau bâtiment, prévu pour 2009, la chirurgie viscérale et digestive sera transférée à la clinique. D'autres activités vont être également mises en commun.

Les Directions d'établissement ayant laissé la possibilité au personnel concerné par ces transferts de pouvoir continuer leur exercice professionnel dans l'activité médicale de leur choix, une synergie des personnels publics et privés s'est alors opérée et les a amenés à travailler ensemble. Ce personnel a eu également à choisir de conserver ou non le statut public ou le régime privé.

Au niveau du personnel de la clinique :

Six infirmières (IDE), un cadre et deux aides-soignantes (AS) du service de cardiologie et six IDE du service de chirurgie orthopédie ont souhaité aller travailler au CH dans leur activité initiale. Douze agents ont choisi d'intégrer la Fonction Publique à l'exception du cadre et d'une IDE. Une IDE a réintégré six mois plus tard la clinique pour des insuffisances professionnelles constatées au CH.

Au niveau du personnel du CH :

Une IDE et une AS de pneumologie ont rejoint la clinique dans la même activité en conservant leur statut de fonctionnaire.

Dix jeunes IDE du service d'orthopédie et deux secrétaires ont rejoint la clinique mais ont rencontré des difficultés et, après quelques mois, toutes sont revenues au CH à l'exception d'une secrétaire.

B) Les personnes interviewées

Pour répondre à ma problématique de départ, j'ai interrogé le directeur - coordonnateur général des soins du Centre Hospitalier et l'infirmière générale du secteur privé, tous deux présents au moment de ces transferts, pour connaître la stratégie qui a été mise en place par les équipes de direction des deux structures et le bilan de cette collaboration après deux ans d'expérience.

J'ai également interviewé le cadre du service de cardiologie qui, initialement, a travaillé pendant 20 ans en cardiologie à la clinique et, ayant le choix de continuer à exercer dans cette spécialité, est venu travailler au centre hospitalier tout en conservant son statut de salarié privé.

J'ai rencontré une jeune infirmière exerçant initialement en pneumologie à l'hôpital. Suite au transfert de la pneumologie vers la clinique, cette IDE, ayant souhaité rester au CH et conserver son statut de fonctionnaire, a été affectée dans le nouveau service de cardiologie ouvert à l'occasion du transfert. Elle travaille donc en synergie avec l'équipe de cardiologie de la clinique nouvellement intégrée dans l'hôpital.

En situation inverse, j'ai recueilli le témoignage d'une infirmière du CH exerçant en pneumologie depuis plus de 20 ans qui a fait le choix de continuer à exercer dans cette discipline en allant travailler dans la clinique tout en restant salariée de la fonction publique. Une mise à disposition a alors été actée avec la clinique.

J'ai également pu rencontrer deux médecins, un pneumologue du secteur privé et un cardiologue du secteur public pour échanger avec eux sur cette expérience de collaboration entre soignants.

2.1.2 Deuxième site enquêté :

A) L'établissement et son contexte

Le deuxième choix concerne un partenariat de 5 ans entre un centre hospitalier de 650 lits et une clinique.

Suite aux préconisations de l'ARH, dans le but de rationaliser et d'assurer la pérennité des soins sur la ville, la collaboration entre ces deux structures s'est effectuée au départ au niveau des activités opératoires de chirurgie viscérale et de gastro-entérologie.

Ainsi, en 2000, face à une faible activité et des difficultés d'effectif médical dans ces spécialités, le centre hospitalier cède ses activités de chirurgie viscérale et de gastro-

entérologie au secteur privé qui, à cette période, présente une activité également peu importante mais qui dispose de personnels médicaux spécialisés.

En contre partie de cette cession d'activités hospitalières, la clinique s'est engagée à assurer la couverture chirurgicale viscérale de l'hôpital. Cette couverture est obligatoire en cas de complications pour les suites gynécologiques et obstétricales de la maternité du CH, pour maintenir l'autorisation d'activité de la maternité. La clinique a alors une concession de service public et assure ainsi les urgences viscérales du centre hospitalier. Le secteur privé intervient dans le service des urgences du CH pour donner un avis médical et prendre en charge si besoin les urgences viscérales. Une salle de bloc opératoire et une unité d'hospitalisation de 21 lits de chirurgie viscérale sont affectées à la clinique au sein de l'établissement moyennant un loyer facturé à celle-ci. Le secteur privé travaille en relative indépendance, selon sa propre organisation et avec son personnel médical et paramédical, à l'exception toutefois des astreintes de week-end et jours fériés. En effet, durant ces astreintes, lorsque les chirurgiens et anesthésistes du secteur privé interviennent, ils travaillent avec le personnel d'astreinte du bloc opératoire du CH, mixant ainsi le personnel public et privé. Des conventions sont signées entre le CH et la clinique pour certaines prestations de services : stérilisation, services techniques, maintenance.

Au 1^{er} janvier 2006, la situation financière de la clinique ne permettant pas d'envisager une poursuite d'activité, l'entité juridique de la clinique disparaît pour laisser place à une seule entité juridique de santé. Tout le personnel non médical de la clinique, soit 73 agents, est recruté par le CH : 63 d'entre eux intègrent la Fonction Publique Hospitalière, 9 signent un contrat à durée indéterminée (CDI) et un intègre le CH par mutation. Le site de la clinique est conservé avec le même nombre de lits d'hospitalisation. Les consultations et les hospitalisations se déroulent toujours dans les locaux de la clinique. Les patients gardent donc, pour la plupart, leur médecin habituel. Les praticiens privés qui sont restés exercent en libéral, dans le cadre d'un contrat en clinique ouverte. Désormais, le Centre Hospitalier comporte deux sites en attendant la construction d'un nouveau bâtiment qui regroupera toute l'activité sur un lieu unique.

B) Les personnes interviewées

Intéressée tout particulièrement par la collaboration entre soignants qui a pu se mettre en place au moment du partage d'activités en 2000 bien avant la fusion, j'ai rencontré des difficultés pour trouver des agents qui avaient véritablement et durablement travaillé avec des agents de l'autre secteur. En effet, contrairement au premier établissement interrogé, bien qu'ayant eu le choix de rejoindre l'hôpital, peu de personnels de la clinique ont souhaité aller y travailler. Moins de 10 agents travaillant dans la nouvelle unité

d'hospitalisation privée de chirurgie viscérale et dans la salle de bloc opératoire ont intégré le CH.

J'ai néanmoins rencontré une aide-soignante qui a vécu la mise en place de la nouvelle unité d'hospitalisation privée dans le CH et qui exerce toujours dans cette unité. Elle a également pu me confier son témoignage avec son vécu de nouvel agent de la Fonction Publique suite à l'absorption de la clinique.

J'ai également réalisé un entretien commun avec une IDE et une ASH qui ont toujours travaillé dans la clinique en chirurgie et qui, depuis 2007, exercent en chirurgie ambulatoire, toujours sur le site de la clinique mais avec, maintenant, un statut d'agent de la Fonction Publique.

L'occasion m'a également été donnée d'interviewer une infirmière du bloc opératoire (IBODE) du CH qui, bien qu'elle n'était pas affectée dans la salle d'opération dédiée à la clinique, a néanmoins eu des relations avec le personnel soignant de la clinique au sein du bloc opératoire et a assuré des astreintes, la nuit et les week-ends avec le personnel médical privé. Depuis l'absorption de la clinique par le CH, cette IBODE assure des fonctions d'encadrement au bloc opératoire sur le site de la clinique et son témoignage est intéressant sur sa vision du personnel soignant de la clinique depuis qu'il est devenu personnel hospitalier public.

J'ai rencontré également le directeur de l'établissement et le directeur - coordonnateur général des soins, qui m'ont apporté leur point de vue et les éléments juridiques et stratégiques développés pour mettre en place et mener à bien ces collaborations.

2.2 Analyse des entretiens

Au travers des entretiens réalisés, la collaboration entre personnels soignants publics et privés est abordée sous différentes thématiques.

2.2.1 La collaboration : une volonté des acteurs et un pari pour tous

Un certain nombre des personnes interrogées a souhaité préciser le contexte dans lequel la collaboration s'était effectuée et comment elles y avaient été amenées en insistant sur leur démarche volontaire, élément conditionnant, selon elles, les chances de réussite d'une collaboration.

Que se soient le cadre de cardiologie, l'infirmière de pneumologie ou l'aide-soignante de chirurgie viscérale qui ont fait le choix d'aller travailler dans une structure différente, toutes, même si elles étaient volontaires, ont reconnu avoir eu une certaine appréhension ne sachant pas comment la collaboration se ferait. Toutes avaient le désir de découvrir un

autre milieu et d'échanger sur leurs pratiques professionnelles. Elles m'ont confié avoir fait un pari avec elle-même et se sentent valorisées de cet investissement.

« Pour moi, c'était un challenge au niveau de ma carrière, une opportunité. Découvrir l'hôpital public, accompagner une partie de mon équipe, dans le cadre d'un changement de localisation et découvrir des agents hospitaliers que je ne connais pas avec un objectif, former une nouvelle équipe toutes ensemble, c'était pour moi une occasion et une expérience uniques. »

Dans l'ensemble, leur intégration s'est bien passée mais pour l'aide-soignante et l'infirmière qui ont fait le choix de changer de structure tout en conservant leur ancien statut, elles se sont senties isolées et comme l'a dit l'une d'entre elles « oubliée par sa structure ».

2.2.2 Les acteurs engagés dans la collaboration

Les personnes rencontrées ont également fait remarquer la notion de partenaires multiples intervenant dans la mise en place d'une collaboration. Ainsi elles reconnaissent que la collaboration ne se décrète pas au niveau individuel mais qu'elle nécessite entre soignants une volonté commune de coopérer autour d'objectifs communs relatifs à la prise en charge des patients. Elles font également remarquer que cette collaboration ne peut s'imposer en tant que tel par la seule volonté de ces personnels et qu'elle nécessite la participation d'autres acteurs au sein des structures hospitalières.

Pour elles, la collaboration ne s'adresse pas uniquement à une catégorie professionnelle. Elle suppose au départ une volonté des acteurs institutionnels.

Ainsi le projet de partenariat est le plus souvent initié par la direction. Toutefois, même si celle-ci n'en est pas le précurseur, un projet médical commun est parfois à l'origine, c'est de toute façon la Direction qui instruit le dossier de demandes d'autorisations auprès de l'ARH, qui gère les aspects juridiques, financiers et certains aspects organisationnels.

Les personnels soignants interrogés notent que les projets de collaboration sont élaborés, entre les directions de chaque institution et les médecins. Ils n'évoquent pas les instances consultatives ni le rôle des syndicats. Alors que les agents sont indéniablement concernés, assurant la prise en charge des patients et les prescriptions médicales, ils regrettent de ne pas participer à la construction de ces projets. Les agents sont sollicités par le directeur des soins ou leur cadre pour savoir s'ils sont volontaires pour exercer dans l'autre établissement et par la direction des ressources humaines que lorsque le projet est déjà bien avancé et qu'il reste à traiter les situations statutaires individuelles.

« Certes, » précise un agent, « il y a des réunions d'information organisées par la direction mais ça change tout le temps. »

« Il y a aussi des informations qui circulent, des bruits de couloir mais également des contre informations qui génèrent beaucoup d'inquiétudes auprès du personnel. »

D'autant que ces projets sont dans un contexte de difficultés financières de la clinique, posant le problème de leur devenir.

Au-delà des « bruits de couloir », certains agents font référence aux informations données par les syndicats, « *mais qui ne sont pas très optimistes.* » a confié un agent d'une clinique.

En effet, les partenaires sociaux jouent un rôle important dans les collaborations. Ceux-ci peuvent être des promoteurs de cette collaboration. Ainsi, le directeur d'établissement rencontré a reconnu la participation effective et facilitante des syndicats dans le groupe de travail mis en place pour le projet de partenariat mais aussi lors des instances et lors des différentes communications effectuées auprès du personnel.

A l'inverse, comme l'expliquait le cadre de la clinique : « *le délégué syndical de la clinique, qui brossait la vie de l'hôpital en noir, de façon injustifiée du reste, a très vraisemblablement eu une influence sur le personnel et notamment sur les aides soignantes qui ont décidé de rester dans la clinique et qui maintenant regrettent de ne pas avoir intégré l'hôpital.* »

Les partenaires sociaux s'avèrent être une fois encore des acteurs incontournables dans les institutions hospitalières et leur contribution participative doit être recherchée pour éviter des conflits sociaux qui peuvent être sous jacents dans certaines collaborations.

Comme le relatent ces témoignages, de nombreux acteurs sont ainsi identifiés et sont à intégrer dans tout projet de collaboration : l'équipe de direction de la structure, les médecins, les représentants syndicaux et les personnels.

2.2.3 Les intérêts de développer un partenariat

Comme le confiait le cadre soignant, un partenariat n'a des chances de réussite que s'il est basé sur un intérêt stratégique des deux partenaires « gagnant – gagnant ».

Ainsi, les deux établissements interrogés dans mon premier lieu d'enquête ont basé leur partenariat en faisant le choix de la carte de la complémentarité des soins avec un partage des activités sans concurrence et l'optimisation des moyens. La mission commune de ces établissements, qui est de soigner, a été reconnue par un certain nombre de personnels et évoquée au travers des activités médicales par les médecins.

Parmi les intérêts cités par les soignants, tous ont évoqué la richesse d'une expérience nouvelle avec, pour certains, l'intégration dans une structure jusqu'alors « concurrente ». Ils ont insisté sur le partage de pratiques professionnelles et sur les apports de connaissances dont chacun avait bénéficié ou avait transmis : connaissances professionnelles ou connaissance de l'institution.

Cette mise en commun des pratiques professionnelles soignantes a été l'occasion de réactualiser voire de rédiger un certain nombre de protocoles de soins dont certains ont

fait l'objet d'un consensus médical entre médecin public et privé. « *Au niveau de la clinique, cette collaboration a permis de développer la culture de l'écrit jusqu'alors peu présente* », m'a confié une infirmière.

D'autre part, l'amélioration de la prise en charge du patient a été évoquée. Pour ces professionnels, l'objectif commun concerne le patient considérant que le patient est le même pour le public comme pour le privé.

Dans les deux terrains d'enquête, l'usager a été au centre du dispositif de collaboration avec en premier lieu le souci de répondre aux besoins de santé de la population dans un territoire de proximité en tenant compte des exigences de qualité mais aussi de pertinence économique. Ainsi comme l'a fait remarquer le directeur et le directeur des soins, la non concurrence et le choix des partages d'activités médicales entre établissements orientent d'emblée le patient, selon les spécialités médicales sollicitées, soit vers le secteur public, soit vers le secteur privé. Mais a rajouté le directeur : « *c'était aussi une condition pour maintenir certaines activités médicales sur la ville* ». Il a précisé que cela n'engendrait pas de surcoût financier pour le patient, la clinique étant, dans le cas présenté, un établissement participant au service public hospitalier (PSPH).

Les partenariats entre établissements hospitaliers public et privé permettent ainsi de conserver certaines activités ou d'obtenir un équipement lourd dans un territoire de santé de proximité.

Au-delà de leurs savoir et savoir-faire ainsi échangés, sans aucune rétention d'informations ni « véritables difficultés », m'a-t-il été confié, ce partenariat entre professionnels a permis de modifier l'image que chacun se faisait de l'autre secteur.

Ce challenge ainsi réussi a été pour le personnel une source de satisfaction et de valorisation. Sont évoqués « *l'impression d'avoir contribué à la réussite d'un partenariat* » et d'« *avoir osé se remettre en question.* »

2.2.4 Les freins à la collaboration

A) Le statut du personnel

Alors que les personnels des établissements de soins privés participant au service public hospitalier sont dans une situation contractuelle et soumis aux dispositions du Code du Travail et de conventions collectives, les personnels des établissements publics de santé sont dans une situation statutaire et relèvent de la Fonction Publique Hospitalière.

Pour autant, les régimes juridiques des personnels des établissements publics et privés permettent réglementairement l'exercice d'une activité dans un autre établissement que celui d'origine.

Ainsi, la complémentarité publique/privée n'est pas hypothéquée par le régime des personnels. Cependant, la diversité des statuts et les règles de gestion du personnel

spécifiques à chaque établissement, qui sont loin d'être homogènes, peuvent être un frein à la collaboration.

« *Chaque hôpital a son histoire et le mode de gestion du personnel n'est jamais que le compromis existant à un moment donné entre les impératifs réglementaires incontournables et l'état des forces syndicales en présence.* »¹⁶

Ainsi, le statut du personnel m'a été plusieurs fois cité comme pouvant être une difficulté dans la collaboration entre personnels.

A titre d'exemple, un personnel d'encadrement a déclaré : « dans la projection du personnel, il serait malsain de garder un double statut indéfiniment. »

Son argumentaire se base sur une notion d'équité. « *Pour la même fonction, à charge égale de travail, il n'est pas équitable que les agents n'aient pas les mêmes droits. Cela peut entraîner un clivage entre les équipes.* » Ainsi, ce cadre m'a rappelé que les salariés du secteur privé se voyaient appliquer trois jours de carence pour leur trois premiers jours d'arrêt maladie, insistant sur l'incidence financière pour le personnel : « *cela représente quand même 1/7 du salaire mensuel !* ». Il m'a confié que, récemment, un agent de son ancienne équipe qui, depuis, a intégré la Fonction Publique, ayant été malade pendant ses congés annuels, lui a présenté un arrêt de travail permettant ainsi le report de ces congés. « *Jamais cet agent n'aurait fait cela antérieurement. Voilà les effets pervers du système !* ».

De même, concernant les droits à congés, avec les droits ouverts au titre du fractionnement de congés et des jours compensateurs pour travail les dimanches et jours fériés, un différentiel de 5 jours en plus de congés pour les agents du public m'a-t-il été annoncé.

Egalement le régime de retraite dans certaines conditions reste encore plus favorable au public.

Néanmoins, ces différences de statut, même si elles ont été relatées durant mes entretiens, ne sont pas ressenties par tous comme un obstacle à la collaboration. Ce qui apparaît important pour le personnel, c'est de connaître ces différences et ne pas laisser sans réponses leurs questions génératrices d'inquiétudes et de suspicion.

L'infirmière de pneumologie, partie travailler en clinique en gardant son statut de fonctionnaire, reconnaît que cette différence de statut lui vaut « *quelques petites réflexions amusantes* » de la part de ses nouvelles collègues « *sans créer toutefois de vraies difficultés.* »

Une autre différence entre les 2 secteurs est la promotion professionnelle.

¹⁶ CALMES G, SEGADÉ J.P, LEFRANC L., 1998, Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, p. 78.

Le cadre de cardiologie a expliqué qu'il avait gardé son statut privé car « *n'ayant pas suivi la formation diplômante de cadre de santé, je ne pouvais pas intégrer la Fonction Publique en tant que cadre et étant en fin de carrière, je n'avais pas intérêt financièrement à changer de statut.* »

En effet, les promotions professionnelles dans le secteur privé ne sont pas nécessairement au regard de diplômes mais sont laissées à l'appréciation de l'employeur sur des critères qui lui sont propres. Il n'en est pas de même dans la Fonction Publique Hospitalière où l'accès à certains grades est légiféré.

B) Les conditions de rémunération

Le salaire est un des éléments qui est régulièrement cité par le personnel interrogé mais davantage en terme de questionnement avant la mise en place du partenariat.

Ainsi, l'IDE, anciennement de pneumologie et affectée depuis en cardiologie avec la moitié de l'équipe soignante arrivant du privé, reconnaît : « *Avant que l'équipe arrive, j'avais des craintes. Je me disais : pour un même travail, va-t-on avoir le même salaire ? Je craignait que ce soit un risque de tension et en fait ça s'est très bien passé.* »

Pour le personnel du secteur privé, des conventions collectives existent. Reste toutefois à l'employeur une certaine liberté de rémunérer au-dessus des barèmes prévus par la convention. Des primes peuvent être accordées au salarié privé. C'est souvent par ce type de rémunération qu'est valorisé l'employé avec des critères laissés à l'appréciation de l'employeur. Cela fait l'objet de négociations entre employeur et salarié.

Dans le secteur public, la rémunération des fonctionnaires est fixée par un cadre réglementaire et n'est pas négociable. Celle-ci suit un déroulement de carrière établi par grade, dans lequel l'agent hospitalier est affecté, avec des avancements d'échelon à durée variable. Les primes accordées au personnel hospitalier sont également réglementées. Seule, à conditions de travail égales, la prime annuelle de service constitue la variable de rémunération. Celle-ci est modulée notamment en fonction de la notation annuelle de l'agent et de son absentéisme.

Les personnes interrogées du secteur privé m'ont fait remarquer que les salaires ont de plus en plus tendance à s'harmoniser avec le secteur public à quelques exceptions près, liées à des négociations entre salarié et employeur privé.

C) Les conditions de travail

Au cours des entretiens, les conditions de travail sont relatées comme différentes.

L'organisation hospitalière est vécue comme très structurée, encadrée et hiérarchisée.

Le personnel provenant du privé, tout en reconnaissant que la collaboration avec le public a permis de développer la culture de l'écrit et d'accélérer l'écriture de leurs procédures et leurs protocoles, déplore des procédures jugées parfois trop lourdes limitant les prises d'initiatives.

Les traçabilités mises en place pour un certain nombre de tâches leur paraissent excessives.

A contrario, ces agents du secteur privé reconnaissent qu'une trop grande autonomie leur est souvent laissée les exposant à des risques en terme de responsabilité. Plusieurs exemples de transfert de tâches ont été donnés où des agents se sont vus confier des tâches, au-delà leurs prérogatives, rendant certes, le travail plus intéressant et valorisant, mais pouvant s'avérer dangereux.

L'harmonisation des pratiques professionnelles s'avère être parfois difficile à mettre en place mais nécessaire.

Ainsi, le directeur des soins m'a évoqué la difficulté rencontrée dans leur collaboration lorsque des équipements étaient partagés. Les écarts de pratiques professionnelles sont parfois importants. Ainsi au bloc opératoire, les exigences en terme d'hygiène n'étant pas totalement en harmonie entre les deux secteurs, cela a généré des désaccords qu'il a fallu arbitrer. De même, dans le processus de stérilisation de matériel, comment garantir la qualité de la stérilisation du matériel et engager la responsabilité du CH en charge de ce service quand la décontamination est assurée par l'autre secteur ? Dans le même ordre d'idée, en cas de détérioration de matériel, il est parfois difficile de déterminer l'auteur des faits si le constat n'est pas immédiat. La même difficulté m'a été signalée pour le suivi des pannes et le réapprovisionnement des salles lorsque les équipes des deux secteurs se succèdent. Ces dysfonctionnements entraînent des relations difficiles entre les équipes soignantes.

Parmi les différences de conditions de travail, les moyens mis à disposition du personnel ne sont pas toujours semblables entre les deux secteurs et interfère sur la charge de travail du personnel. Ainsi, le personnel privé amené à travailler au sein de l'hôpital, a reconnu et apprécié les moyens matériels et logistiques mis à disposition des services de soins. A cette occasion, le cadre de la clinique m'a déclaré, « *quand je suis arrivée à l'hôpital, j'ai découvert les services transversaux : l'unité mobile de soins palliatifs, l'unité de la douleur, l'assistants sociale, la diététicienne et même le brancardage. Même la pharmacie monte dans les unités. Cela libère les équipes soignantes et permet d'être plus à l'écoute du patient, d'être plus disponible. Nous pouvons consacrer davantage de temps pour des projets. J'ai découvert des moyens que je ne soupçonnais pas. Il y a vraiment deux mondes en terme de conditions de travail !* »

Dans l'enquête, dans le secteur privé, l'équipe soignante assure une prise en charge plus globale du patient : douleur, soins palliatifs, diététique, mais aussi dans le cadre de la prise de rendez-vous et des démarches relatives au devenir de celui-ci à sa sortie d'hospitalisation.

Les horaires de travail sont également différents et une tendance plus marquée sur des amplitudes horaires de 12 heures de travail sont relevées dans le secteur privé

permettant d'optimiser les ressources humaines, d'éviter des chevauchements horaires mais limitant les temps de transmissions orales. Que faut-il penser en terme de sécurité pour le patient ?

Enfin, l'accès aux formations a été souligné, par les soignants ayant récemment intégré le secteur public, comme étant beaucoup plus développé à l'hôpital permettant « *d'actualiser leurs compétences et d'améliorer leur pratiques professionnelles dont le malade est le premier bénéficiaire.* »

D) La culture professionnelle

Les coopérations public/privé ont pour corollaire la rencontre de deux cultures professionnelles différentes. Celles-ci font référence à des valeurs, des règles, des pratiques et des histoires. Un individu se reconnaît dans un groupe par l'attachement à cette culture professionnelle. Ainsi, l'attachement à sa structure, l'appartenance à un groupe, la notion de responsabilité, de solidarité, de défense de son outil de travail semblent plus développés dans les petites structures.

Les structures privées souvent de dimension restreinte favorisent la notion d'appartenance et des relations plus directes au sein de l'établissement. Cela peut vraisemblablement s'expliquer par un engagement plus impliqué, une relation plus personnalisée entre les différents acteurs et une communication plus aisée et plus directe relative au nombre de personnes exerçant dans la structure. Parfois, le médecin est l'employeur du personnel soignant et se crée alors des relations de subordination entre salarié et employeur. Au-delà de ces relations, la dimension des équipes étant plus restreinte, une dynamique d'équipe se crée, tout le personnel se sent concerné non seulement par « *ce qui se passe dans son* » service mais sur le devenir de « *sa clinique* ». Cette défense de l'institution par ces personnels s'explique aussi par le fait que les deux cliniques interrogées rencontraient des difficultés financières menaçant, par là même, l'emploi de ces agents.

Comme le résume une IDE assurant des fonctions d'encadrement auprès d'un personnel d'origine privée : « Deux cultures s'opposent, le privé avec un personnel corvéable à merci et le public qui ne pense qu'à récupérer ses heures supplémentaires. » Mais là encore, il paraît prudent de ne pas généraliser.

Face à ces différents constats, la réussite d'une collaboration suppose l'adhésion des personnels mais résulte également d'une recherche d'adéquation entre les contraintes du secteur public et celles du secteur privé et d'une harmonisation entre deux mondes, prenant en compte les freins au changement et ayant pour objectifs l'efficacité des organisations, l'optimisation des moyens dans un contexte de réduction des dépenses de santé pour une réponse adaptée aux besoins de la population.

3 Rôle du directeur des soins pour favoriser la collaboration des personnels soignants

Le processus de collaboration est long et complexe. Il se déroule en plusieurs phases successives.

Par les missions définies dans le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, le directeur des soins (DS) a un rôle prépondérant dans la collaboration et dans l'accompagnement du changement auprès des équipes soignantes. « Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins. »

Son implication se situe à plusieurs niveaux de responsabilité :

- au niveau de la stratégie d'établissement
- au niveau de l'accompagnement du changement auprès des équipes soignantes

3.1 L'implication du directeur des soins dans la stratégie

En tant que membre de la direction, le directeur des soins apporte sa contribution à la réflexion stratégique de l'établissement, s'implique dans la décision et la mise en œuvre de la stratégie. Au cours des nombreux échanges nécessaires entre les différents partenaires concernés par le projet de collaboration pour arrêter une stratégie, le directeur des soins apporte son expertise et sa connaissance de l'organisation des activités de soins en évoquant les problématiques inhérentes à la mutualisation des moyens humains et matériels tout particulièrement dans son domaine de responsabilité. Il veille à garantir la continuité du parcours du patient et la qualité de sa prise en charge. A partir du rapport d'activités des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il analyse et communique les points forts et les faiblesses de chacune de ces activités ainsi que les ressources et moyens disponibles participant ainsi au diagnostic nécessaire avant d'engager une collaboration.

3.1.1 Les objectifs de la coopération

En réponse aux besoins de santé d'un territoire et dans le cadre de la maîtrise des dépenses afférentes aux soins, l'ARH incite voire impose des coopérations entre les établissements de santé pour rationaliser l'offre de soins et optimiser les moyens. Cette mutualisation des structures hospitalières permet de partager et/ou de pérenniser des activités médicales dans des conditions de sécurité et de qualité pour le patient. Cela permet l'acquisition d'équipements lourds, particulièrement coûteux, avec une utilisation partagée.

Dans ce contexte, le rôle du directeur des soins sera de garantir la qualité de la prise en charge du patient et les conditions de travail du personnel dans un contexte d'efficience. Il veillera à développer l'amélioration continue de la réponse et de la qualité des soins.

3.1.2 L'élaboration d'un projet commun

L'élaboration du projet de coopération implique au préalable un diagnostic réalisé sur la situation interne et externe des structures hospitalières, sur les besoins de santé de la population de territoire et la réponse des établissements de santé au regard du SROS. Ce diagnostic de départ permet de recueillir les informations nécessaires à l'élaboration du projet commun.

De plus, ce diagnostic permettra d'engager une réflexion stratégique sur la coopération à développer : quels objectifs, sur quelles activités, sous quelle forme juridique, avec qui et avec quels moyens ?

Lors de l'élaboration du projet médical commun, une concertation est souhaitable entre les équipes médicales et les directeurs des soins des deux secteurs permettant à ces derniers d'apporter leurs réflexions et leur expertise en terme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de politique de soins, d'organisation des soins, de faisabilité, de ressources soignantes et de compétences.

La finalité de ce projet commun, en adéquation avec le SROS, sera de déterminer les orientations et les axes prioritaires, il conditionnera la pérennité des activités voire de l'établissement et fixera les objectifs de coopération. Les conditions d'élaboration d'un projet commun entre les structures sont variables en fonction du contexte dans lequel se traite cette coopération. En effet, si la coopération est le fruit d'une démarche de rapprochement « volontaire » des établissements, l'élaboration d'un projet commun sera plus aisée même si chacune des parties tend à défendre son institution et son activité. A l'inverse, si la décision de rapprochements est fortement incitée voir imposée par l'ARH, l'élaboration de ce projet commun sera plus difficile. Un véritable contrat d'objectifs et de moyens apparaît comme essentiel à toute collaboration interhospitalière.

« La réussite de la collaboration suppose que chaque acteur y gagne quelque chose. » m'a confié un DS. Pour cela, le directeur des soins, dans une démarche collective mais aussi individuelle, veillera à une compréhension et une reconnaissance mutuelle.

3.1.3 Les acteurs

Dans le cadre de la coopération public/privé, le directeur des soins sera amené à travailler avec un grand nombre de partenaires des deux structures : les Directeurs des établissements et leur équipe de direction, les Présidents de CME et les équipes médicales concernées, les Présidents des Conseils d'Administration, les représentants des tutelles et des différentes instances et les personnels.

Le DS développera une relation privilégiée avec son collègue du secteur privé afin de créer une relation de confiance et établir une véritable reconnaissance mutuelle. Des rencontres régulières permettront d'apprendre à se connaître, d'échanger ses points de vue autour de différents sujets comme la culture d'établissement, l'éthique professionnelle.

En regard du volet social induit par la collaboration, le directeur des soins travaillera en binôme avec le directeur des ressources humaines dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en adéquation avec le projet de collaboration. Ils seront également amenés à travailler avec les partenaires sociaux dans le cadre d'un dialogue social visant à faciliter la mise en place de nouvelles organisations de travail. Par une reconnaissance et une concertation régulière, en dehors des instances, le directeur des soins instaurera un climat de confiance et un dialogue indispensable pour que cette coopération soit une réussite pour tous.

Au centre des préoccupations, l'usager est un acteur incontournable dans une coopération. A ce titre, le directeur des soins rencontrera les représentants des usagers dans le cadre des instances mais également à l'occasion d'échanges lors de la préparation du projet afin de recenser les attentes des usagers et mettre en place une véritable filière de prise en charge des patients.

Face aux problématiques que soulève une collaboration entre de si nombreux acteurs, des difficultés d'ordre relationnel peuvent apparaître, pour trouver un terrain d'entente et aboutir à un projet commun. Les qualités de négociation, d'écoute et de communication du directeur des soins seront sollicitées.

L'évolution des textes juridiques, ces dernières années, témoignent des difficultés à mettre en place des collaborations.

Les échecs sont souvent accordés à une certaine négligence des aspects humains.

« Quel que soit l'objectif poursuivi, la forme juridique retenue, la réussite d'une action de coopération passe d'abord par l'adhésion du personnel hospitalier dans son ensemble au projet. »¹⁷

¹⁷ CALMES G, SEGADE J.P, LEFRANC L., 1998, Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, p. 81.

3.2 L'accompagnement des équipes soignantes

3.2.1 La conduite de changement

La coopération de deux établissements hospitaliers impose de rapprocher des hommes pour les faire travailler ensemble en dépassant les antagonismes culturels, professionnels et financiers.

Ainsi des équipes soignantes travaillant jusqu'alors chacun dans leur secteur, s'ignorant pour la plupart voire même, pour certains, en concurrence, vont être amenées à collaborer.

Cela implique notamment des changements de culture, de comportements, de valeurs, de règles et d'organisation. Ces changements ne peuvent se faire que progressivement. Le changement ne se décrète pas. Tout d'abord, il doit répondre à un « pourquoi ? » et à un « comment ? ».

Refuser de travailler sur ces interrogations peut conduire à des résistances, des confrontations voire des conflits.

« Réussir un changement, c'est d'abord insuffler dans l'organisation une vision porteuse de sens, cohérente et portée par une équipe agissant en cohésion ¹⁸ »

Le directeur des soins contribuera à la mise en œuvre d'une dynamique de changement en axant son intervention sur la concertation, l'information et l'adhésion.

La mobilisation des acteurs est un facteur essentiel de la réussite d'une collaboration.

3.2.2 La communication : un outil au service de la cohésion

Comme l'a démontré l'analyse des entretiens, la communication est un élément fondamental dans l'acceptation du changement et la réussite d'une coopération. Elle doit être privilégiée au sein de l'établissement.

Pour le directeur des soins, cela suppose être à l'écoute des agents, faciliter leur libre expression, entendre leurs difficultés, leurs inquiétudes.

« C'est par cette écoute que le pourquoi du changement sera compris et accepté. »¹⁹

La communication, source d'échanges, est à différencier de l'information transmise, quant à elle, de façon linéaire.

L'information se situe à plusieurs niveaux mais elle doit être modulée en fonction des personnes à laquelle elle s'adresse. Elle tient compte du type d'information à transmettre et de la taille de la structure. Ces différents éléments sont pris en compte lors de

¹⁸ Ibid., p. 84.

¹⁹ Ibid., p. 85.

l'élaboration du volet communication du projet. Différentes techniques de l'information et de la communication seront utilisées.

Ainsi, à titre d'exemple, pour l'annonce et l'évolution du projet de collaboration, plusieurs **réunions plénières** ouvertes à l'ensemble du personnel pourront être organisées. La direction en sera à l'initiative et le directeur des soins interviendra pour la partie qui le concerne. Un temps d'échanges sera alors réservé en fin de présentation pour répondre aux questions posées par le personnel.

Le recours à une **diffusion écrite** de ces informations est également possible et souvent retenue dans les plus grands établissements par l'intermédiaire d'un journal interne à l'occasion des principales étapes du projet. Cette information pourra être disponible sur les sites intranet des deux établissements. Le directeur des soins pourra rédiger des articles relatifs à son domaine de responsabilité.

Les réunions d'encadrement, organisées par le directeur des soins, seront l'occasion pour celui-ci d'apporter les différentes informations relatives à l'évolution du projet avec des échanges interactifs avec les cadres de pôles et les cadres d'unités pour évoquer les problématiques soulevées et engager, si nécessaire, une refonte du projet de soins intégrant cette collaboration.

Lors **des réunions de conseils de pôles** concernés par cette collaboration, le directeur des soins interviendra autant de fois qu'il sera sollicité par le responsable de pôle, permettant une communication avec les représentants des équipes médicales et non médicales.

Concernant la communication avec les agents, le directeur des soins sollicitera le personnel d'encadrement des **services concernés** pour organiser des **réunions avec l'ensemble de ces personnels** en les renouvelant si nécessaire en fonction de la taille des services et pour les équipes de nuit.

En parallèle de ces temps d'échanges, un **groupe de travail** ouvert au personnel volontaire, à l'initiative du personnel d'encadrement pourra être mis en place avec pour objectifs de recueillir l'expression des personnels, de recenser les difficultés actuelles ou pressenties et engager une réflexion sur le projet de collaboration. Ce groupe sera par la suite élargi à des représentants du personnel soignant de l'autre structure hospitalière pour réfléchir sur les modalités de coopération entre soignants et les organisations à mettre en place avec pour objectif commun l'amélioration continue de la qualité des soins. Une réflexion pourra être engagée sur la mise en place d'outils partagés facilitant le parcours du patient autour, par exemple, du dossier du patient.

Egalement, au sein de la **Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques**, le directeur des soins, en tant que président, sollicitera ses membres pour

mener une réflexion dans le cadre de la collaboration en regard des attributions de cette commission.²⁰

3.2.3 La recherche de l'adhésion grâce au projet de soins

En effet, les partenariats public/privé ont une incidence sur les modes d'organisation de travail et ont notamment un impact sur la vie des personnels soignants dans chacun des secteurs.

A partir du projet médical et en concertation étroite avec les médecins, le directeur des soins, avec son homologue du privé, a en charge **l'élaboration d'un projet de soins relatif à cette collaboration**. Pour ce faire, dans le cadre d'un groupe de travail commun aux deux structures, ce projet de soins sera élaboré avec les cadres et des représentants volontaires de chaque catégorie professionnelle exerçant dans les activités concernées. Des rencontres fréquentes seront planifiées entre ces membres en ayant soin de prévoir les réunions alternativement sur les deux sites afin de ne pas laisser une notion de pouvoir s'instaurer à l'un des établissements. Ces rencontres seront l'occasion de faire découvrir à l'autre secteur la structure, de visiter les installations et de rencontrer le personnel. D'autres visites et échanges entre les personnels seront organisés pour permettre des premiers contacts entre ces futurs collègues.

La participation médicale à ce groupe de travail, même si elle n'est pas continue, permettra de garantir une cohérence avec le projet médical. Ce projet de soins comportera le diagnostic des services concernés, les objectifs de coopération, les orientations et les modalités d'organisation. Il permettra de mettre en exergue les points forts et les difficultés rencontrées dans les unités de soins. Il prendra en compte les remarques et propositions qui seront faites par chacun des professionnels concernés par ce projet. Une proposition pourra être faite par les directeurs de soins aux médecins responsables pour que ces projets soient réunis en un projet médico-soignant commun permettant d'aborder dans un document unique, une stratégie commune, des objectifs partagés et une organisation médicale et soignante articulée.

Le projet de soins développera un volet formation réalisé en concertation avec les directeurs de soins et les cadres. Celui-ci permettra d'envisager des formations communes pour harmoniser les pratiques professionnelles.

Les Directeurs des établissements seront informés de l'avancement du projet et celui-ci sera soumis à l'approbation des instances.

²⁰Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique(dispositions réglementaires). JORF, n°301 du 28 décembre 2005, 20112.

Conclusion

Pour répondre aux exigences du service public, optimiser les ressources par la recherche d'économies d'échelle et la rationalisation des outils de gestion et des unités de soins, la coopération hospitalière tend à se développer et devient une priorité de politique de santé. Face aux contraintes budgétaires actuelles, la mutualisation des ressources devient une nécessité.

Ainsi, la synergie des personnels soignants des établissements hospitaliers publics et privés doit se développer davantage dans les prochaines années.

Conscient des freins que celle-ci va rencontrer, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement s'avère nécessaire pour obtenir l'adhésion de tous les professionnels, indispensable pour transformer ce défi en opportunité. Le directeur des soins, de par sa mission et son expertise professionnelle, se positionne comme le fédérateur et le contributeur incontournable de ce rapprochement.

L'enjeu pour le directeur de soins sera alors de réussir une collaboration efficiente et de répondre à un objectif prioritaire pour tous les acteurs de santé : une recherche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au service du patient.

Cette coopération interhospitalière est un axe de réponse à la réalisation de la politique en matière d'économie de la santé en France, à travers, notamment, l'amélioration de l'organisation de son système de santé et l'adaptation des professionnels à ces nouveaux enjeux. Ce souci d'optimisation du système de santé doit être développé avec une véritable réflexion sur la filière de soins.

Au-delà de la coopération interhospitalière, les personnels soignants au même titre qu'ils les professionnels de santé devront, dans les années à venir, développer des partenariats innovants entre la ville et l'hôpital autour d'une pluralité organisée et complémentaire de l'offre de soins.

Bibliographie

Textes législatifs

- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Décret n°60-939 du 5 septembre 1960 conditions d'organisation et de fonctionnement des cliniques ouvertes des hôpitaux et hospices publics. JORF du 8 septembre 1960, 8243.
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JORF du 3 janvier 1971, 0067.
- Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat. JORF du 24 juillet 1987, 8255.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JORF n°179 du 2 août 1991, 10255.
- Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité Sociale pour 2008. JORF, n°0296 du 21 décembre 2007, 20603.
- Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). JORF, n°301 du 28 décembre 2005, 20112.
- Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique (création – but – composition - dissolution), version consolidée au 31 décembre 2003
- Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. JORF du 25 avril 1996, 06311.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF, n°98 du 25 avril 1996, 6324.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. JORF du 6 septembre 2003, 15391.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/F/2003/139 du 20 mars 2003 relative au Plan d'investissement national « Hôpital 2007 ».
- Circulaire n°101/DHOS/O/2004/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Discours

- Discours du Président de la République lors de l'installation de la Commission Larcher au CHU de Bordeaux, 16 octobre 2007

Rapport

- Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, avril 2008, 102 p.

Ouvrages

- BOUGHZALA I., 2007, *Ingénierie de la collaboration. Théories, technologies et pratiques*, Paris : Hermès – Lavoisier, 310 p.
- CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., 1998, *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*, Objectifs en management hospitalier, Paris : Masson, 170p.
- CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F.X., 2003, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Collection Recherche Santé Social, Rennes : ENSP, 288 p.
- LARCHER P., POLOMENI P., 2001, *La santé en réseaux : Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris : Masson, 185p.
- LE BOTERF G., 2004, *Travailler en réseau : Partager et capitaliser les pratiques professionnelles*, Paris : Editions d'Organisation, 158p.
- SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., 2002, *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*, Dijon : ENSP, 112p.

Articles

- DURRLEMAN A., CHASSANIOL J.L., PHELEP J.C., et al. Dossier : Premiers rendez-vous européens de la gestion publique : Les PPP au banc d'essai ». JADH. Le journal de l'association des directeurs d'hôpital, juillet - août 2007, n°10, pp. 8-23.
- DUMOND J.P., décembre 2006, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers ». *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n°4, pp. 97-127.
- JAFFRE D., novembre 2007, « le GCS de territoire au service d'une organisation des soins plus efficiente ? ». *Objectif soins*, n°160, pp. 11-13.

Cours

- JAAFAR D., Avril 2008, *Aspects juridiques des coopérations entre acteurs de santé. Des partenariats, pourquoi ?*, EHESP.

Mémoires

- ERTEL F., 2001, *L'infirmière générale et le management stratégique de l'après-fusion*, Mémoire d'Infirmière Générale : E.N.S.P., 104 p.
- JULIEN N., 2005, *Hôpital 2007 et les rapprochements public-privé : convergences, concurrence et coopération. Expérience en Languedoc-Roussillon*, Mémoire d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale : E.N.S.P., 55 p.
- SABAH P., 2000, *La dimension humaine des restructurations hospitalières : enjeux et perspectives. L'exemple de la fusion du centre hospitalier de Béziers avec une clinique privée*. Mémoire de Directeur d'hôpital : E.N.S.P., 77 p.

Sites Internet

- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

<http://www.travail.gouv.fr/ministere/presentation-organigramme/ministre-du-travail-relations-sociales-solidarite-dispose-tant-que-besoin/direction-hospitalisation-organisation-soins.html>

- Haute Autorité de Santé – Appels à projets DHOS – HAS 2007

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_487931/appele-a-projets-dhos-has-2007

- Coopération hospitalière public/privé

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AE5E580256F5D004E7758/\\$FILE/Formes_juridiques.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AE5E580256F5D004E7758/$FILE/Formes_juridiques.pdf)

- Plan Hôpital 2007 – Discours Mr Jean-François MATTEI – 20 novembre 2002

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_021120jfm.htm

- Nouvelle gouvernance – Le Plan Hôpital 2012

<http://www.infirmiers.com/doss/plan-hopital-2012.php>

Liste des annexes

Annexe I : Le guide d'entretien

<p>1°) La collaboration public/privé : Quelle est votre expérience de collaboration avec le secteur privé (public) ?</p>	<p>Le contexte (origine, depuis quand, sous quelle forme,...) Le lieu (/site public ou privé, site neutre) Les acteurs clé Les objectifs (pourquoi ? objectifs court et moyen terme ?) Les étapes clé Les éléments facilitateurs Les freins Existence de projets communs ?</p>
<p>2°) La mutualisation du personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il une mutualisation du personnel médical • Existe-t-il une mutualisation du personnel paramédical? • Quels avantages y trouvez-vous ? • Quelles difficultés rencontrez-vous ? 	<p>Mixité des équipes ou équipe par secteur Organisation : comment cela se passe ? Zone de responsabilité Existence d'un règlement intérieur ? Quels moyens de coordination entre les différents acteurs ?</p>
<p>3°) Le vécu du personnel vis à vis de cette collaboration</p>	<p>Quelles difficultés avez-vous rencontré? Les enseignements</p>
<p>4°) Le management de cette collaboration Rôle du DS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation du projet • Accompagnement du projet • Suivi de la mise en œuvre de cette collaboration <p>Evaluation de cette collaboration</p>
<p>5°) La réussite d'une collaboration</p>	<p>Quelles sont les conditions pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • permettre une bonne collaboration ? • un rapprochement public/privé <p>Quelles modalités ou quel dispositif d'accompagnement pour le personnel</p>