



UNIVERSITÉ EUROPÉENNE DU TRAVAIL

Sous la conduite de
Rachel Beaujolin-Bellet
et de Claude Emmanuel Triomphe

Reprise de l'activité d'une clinique privée par un hôpital public dans une ville moyenne Restructurer en améliorant la qualité de l'emploi

*Jocelyne Barreau (LESSOR), Marc Dumas (CREM),
David Alis (CREM)
Équipe des universités Rennes 1 et 2*

Résumé

La reprise de l'activité de la clinique privée par l'hôpital public de cette ville de taille moyenne a permis non seulement de préserver l'emploi mais également d'en accroître la qualité. Les agents « transférés » ont en effet été intégrés sur des emplois de fonctionnaires et ont pu bénéficier de conditions de travail et de vie améliorées.

Cette opération réalisée en trois mois a permis la structuration d'un réseau de soins local associant le secteur public hospitalier et les professionnels libéraux. Elle a pu être menée à bien grâce à la qualité du dialogue social engagé au sein de l'hôpital de longue date et du respect mutuel et de la confiance caractérisant les relations entre les différents acteurs, mais aussi grâce au choix d'une méthodologie du changement basée sur la participation, la transparence et l'anticipation.

Monitoring Innovative Restructuring in Europe

MIRE est soutenu par le Fonds social européen, Art. 6 – Actions innovatrices
Les informations contenues dans cette publication n'engagent pas la Commission européenne





UNION EUROPÉENNE
Fonds social européen
Article 6 Actions innovatrices



UNIVERSITÉ EUROPÉENNE DU TRAVAIL

Sous la conduite de
Rachel Beaujolin-Bellet
et de Claude Emmanuel Triomphe



Monitoring Innovative Restructuring in Europe

LA REPRISE D'ACTIVITE D'UNE CLINIQUE PRIVEE PAR UN HÔPITAL PUBLIC DANS UNE VILLE MOYENNE

Etude réalisée pour le compte de l'UET

Jocelyne Barreau (LESSOR), Marc Dumas (CREM), David Alis (CREM)
Equipe des universités Rennes 1 et 2

Mars 2006

Ce rapport a été élaboré sur la base des informations transmises par la direction de l'hôpital public (CH) et des entretiens réalisés auprès d'acteurs internes et externes (liste complète en annexe 2). Nous remercions chacune des personnes concernées pour leur disponibilité à l'occasion des entretiens.

Pour garantir l'anonymat, les noms des organismes de santé et ceux des acteurs ont été remplacés par des codes. Plus précisément, nous désignons par X, le nom de la ville moyenne dont l'hôpital public a repris l'activité d'une clinique privée détenue par le groupe de santé SG.

Après avoir exposé le contexte, nous présenterons le processus de restructuration et nous analyserons ensuite les raisons du « succès » de cette opération et ses chances de transférabilité. Enfin nous évaluerons la restructuration sur le plan social, économique, des conditions de travail et du territoire.

1- Le contexte

Nous rappellerons les spécificités du système de santé français avant d'étudier comment il se décline dans la ville X.

1-1 Les spécificités du système de santé français

Un système libéral complètement socialisé

Le système de santé français repose sur un grand principe : le libre choix de son médecin et de son établissement de soin pour chaque patient. L'application de ce principe se traduit dans une

dualité public-privé : les médecins généralistes exercent dans le secteur libéral, les spécialistes et chirurgiens sont soit des praticiens hospitaliers, fonctionnaires, soit des praticiens libéraux rémunérés par les honoraires versés par les patients. Le système est cependant complètement socialisé : la solvabilisation est assurée par la Sécurité Sociale (cotisations sociales et apports budgétaires) et par les mutuelles qui remboursent totalement ou partiellement les frais engagés par les patients (honoraires, frais d'hospitalisation, frais pharmaceutiques ...).

Des difficultés budgétaires constantes

En matière de santé, la France connaît une crise financière quasiment permanente et qui ne peut que s'accroître du fait du vieillissement de la population. « *Les personnes de plus de quatre-vingts ans consomment six fois plus de journées d'hospitalisation qu'une personne de moins de cinquante ans. Six fois plus. Quand on connaît l'explosion des populations des personnes de plus de quatre-vingts ans, c'est évident qu'on a des besoins qui vont progresser* » (DARH).

Des restructurations depuis vingt ans

Dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), les agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) incitent les établissements de santé (hôpitaux publics, cliniques privées, cliniques mutualistes ...) à se restructurer pour rationaliser l'offre de soins sur le territoire régional (et sur des bassins de vie locaux), en évitant les doublons, en utilisant au mieux des plateaux techniques aux équipements coûteux, en fermant les structures n'atteignant pas la taille jugée critique, tout en améliorant la qualité des prestations proposées aux patients. Le système de santé est, de ce fait, en complète restructuration. La question des retombées de cette réorganisation hospitalière se pose, en termes d'emploi et de conditions de travail et de qualité de soins dispensés aux patients.

Des professions réglementées

Le monde de la santé se caractérise par des professions anciennes (médecins, sages-femmes), aux identités fortes, Les corps professionnels y sont ancrés sur des métiers quasiment stables pendant des siècles qui évoluent très fortement au cours des vingt dernières années par l'introduction de nouvelles technologies mais également, plus récemment, du « management ». L'évolution de l'organisation de l'hôpital public est tout à fait emblématique de ce processus. Dans les années 1950, les médecins libéraux passaient à l'hôpital dispenser des soins aux indigents, dans une tradition d'acte de charité, héritée de plusieurs siècles. Ils sont devenus des médecins hospitaliers, enseignants-chercheurs pour certains et managers pour beaucoup. Ajoutons que ces professions (médecins, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants) sont très réglementées : « *Le glissement de tâches est toujours de l'ordre du dépassement réglementaire* » (DRHCH).

Un système hiérarchique complexe

Les hôpitaux sont dotés d'un système hiérarchique complexe. L'équipe de direction est composée d'« experts », formés par l'ENSP¹, mais elle a peu de pouvoir sur le corps médical qui dispose d'une grande autonomie et d'une instance consultative, la Commission Médicale

¹ Voir le glossaire en annexe 2

d'Établissement, CME. Cette dernière est composée de médecins et est présidée par un médecin, étroitement associé à la prise de décision dans l'hôpital. De la même façon, dans une clinique privée, les médecins ne sont pas salariés mais passent contrat pour louer des moyens de travail et sont rémunérés par leurs honoraires versés par les patients mais remboursés par la Sécurité Sociale et les mutuelles.

1-2 L'organisation hospitalière de X et son environnement

Clinique privée - hôpital public : une rivalité ancienne

L'hôpital existe depuis le 12^{ème} siècle et a développé une longue tradition d'accueil des indigents. A la fin des années 80, l'hôpital reçoit encore les patients les plus démunis, alors que la clinique privée est choisie par les plus aisés. « *Les médecins de ville envoyaient plus volontiers à la clinique leurs patients sauf si c'était des personnes très âgées, très mal en point, ou des personnes dans les situations les plus précaires* » (CAB). L'hôpital a « *mauvaise réputation ... Il a les prix de journées les plus bas de la région ... Il s'est beaucoup appauvri, au fil du temps* » (DGCH). Dans les années 90, il est confronté à de graves difficultés financières : « *Six millions de francs de déficit. On ne pouvait plus payer les fournisseurs* » (DGCH). La direction arrête un plan de restructuration en 1995, qui prévoit la diminution des effectifs de 9%. L'objectif est atteint sans licenciement, en jouant sur les réorganisations de services (réduction importante du nombre de lits destinés aux soins de suite ou de convalescence), sur les départs en retraite, sur les passages à temps partiel : « *l'équipe de direction s'était mise à temps partiel également, sur le papier!* » (DGCH). Ce fut une « *grande bataille* » (DGCH). Les représentants syndicaux (CFDT majoritaire, seule représentée dans les instances) acceptent ce plan jugé indispensable. La situation financière est confortée dès 1996 grâce à cette réorganisation et à des aides financières accordées par la DDASS et par l'ARH. L'hôpital amorce alors un développement lent mais régulier marqué par l'amélioration de l'hébergement des patients (maternité, personnes âgées), le développement du secteur radiologie, l'installation d'un scanner.

La clinique Saint J a une activité importante au cours des années 80. Elle emploie des chirurgiens réputés auxquels les généralistes envoient volontiers leurs patients. Le premier SROS (1990) mentionne l'inéluctable fusion des deux plateaux techniques (celui de la clinique et celui de l'hôpital) sans préciser quel en serait le bénéficiaire. La situation comparée des deux établissements fait craindre à la direction de l'hôpital et à ses syndicalistes et agents la fermeture de leur plateau technique. « *Je pense que la clinique avait vraiment envie de nous prendre l'activité de chirurgie orthopédique et viscérale, de s'accaparer une activité rentable. Forte de sa réputation et puis d'une certaine idéologie des habitants du pays de X, où l'on avait toujours dit qu'on était mieux soigné à la clinique qu'à l'hôpital. Car une clinique on n'y meurt pas, alors qu'à l'hôpital on y meurt plus facilement!* » (CAT). Les réactions sont vives. Des manifestations sont organisées. L'une d'elles rassemblera 3000 personnes. Le préfet donne alors une chance à l'hôpital de se réorganiser en coopération avec l'hôpital de Y (ville moyenne située à 30 km). Quelques rapprochements technico-administratifs sont effectués entre les deux hôpitaux mais, sur le plan sanitaire, le dossier n'avance pas. Par ailleurs des rencontres entre la direction de l'hôpital et les responsables de la clinique ont lieu sans résultat. La situation de la clinique justifie son « *superbe isolement* » (DRHCH). Pourtant à la fin de la décennie 90, elle connaît de graves difficultés financières et la congrégation des sœurs de R, propriétaire, revend l'activité au groupe SG au 1^{er} janvier 2001.

L'hôpital : un employeur essentiel dans un tissu industriel appauvri

La ville de X a une longue tradition industrielle (chaussure, cristallerie, ...) mais ces secteurs sont en fort déclin et l'installation d'industries nouvelles (téléphonie, optique) ne compense pas les pertes d'emplois industriels. Dans le pays de X (58 communes, 76 517 habitants, un territoire de 1026 km²), la répartition des actifs par secteur d'activité reste marquée par cette histoire industrielle : en 1999, le secteur secondaire représente 37,7% des actifs (contre 24,5% pour la région Bretagne et 24% pour la France), le secteur primaire 12,5% (contre 8% pour la région Bretagne et 4,7% pour la France), le secteur tertiaire 49,8% (contre 67,5% pour la région Bretagne et 71,3% pour la France). Le principal employeur de X (plus de 800 salariés) est la S... qui y fabrique des téléphones mobiles. Une délocalisation d'activité n'est pas exclue. L'hôpital avec 483 emplois permanents en 2000, 628 en janvier 2004 et 651 en janvier 2005 est le second employeur de la ville de X.

2- Le processus (les étapes) de la restructuration : un calendrier très serré mais une planification et une concertation préalables

En 2002, le groupe SG, d'envergure nationale, propriétaire de la clinique depuis le 1^{er} janvier 2001, considère qu'elle perd de l'argent et il provoque une réunion de crise à l'ARH, pour accélérer la décision concernant la fusion des deux plateaux techniques (celui de la clinique et celui du CH). La direction du CH estime également « *que pour recruter des chirurgiens et anesthésistes, le plateau technique unique est indispensable* » (MP).

L'ARH fait réaliser un audit de l'activité de la clinique au cours du premier trimestre de l'année 2003. Cet audit conclut à la non-viabilité de la clinique (à moins d'un relèvement de ses tarifs de 16 à 25%). En mars 2003, le CH propose de reprendre l'activité, sous forme de « clinique ouverte ». Ce cadre juridique (créé en 1943) permet à des chirurgiens d'exercer en médecine libérale au sein de l'hôpital public et donc de percevoir des honoraires versés directement par la Sécurité Sociale, pour le compte des patients, moyennant le versement d'une redevance forfaitaire à l'hôpital qui met à leur disposition un plateau technique, des locaux et du personnel.

La notification de la décision de l'ARH est le point de départ de l'opération de restructuration. Dans une lettre du 11 juillet 2003, l'ARH annonce aux deux établissements que la société par actions Saint J doit accepter la reprise de son activité (sur le mode de la clinique ouverte), de son personnel et de ses immobilisations par le centre hospitalier. Mais rien n'est pour autant réglé. « *C'est une position de principe qui est prise par l'ARH mais elle n'a pas un pouvoir d'autorité absolue. Le conseil d'administration de l'hôpital et le conseil de surveillance de la clinique sont les décideurs et peuvent se rallier ou non à la position de l'ARH* » (DRHCH).

S'ouvre alors une période de grande incertitude et de négociations entre l'ARH, le CH et la clinique et entre le CH et les chirurgiens libéraux (2-1). Le CH met cependant en place un comité de pilotage et sa direction reçoit en entretien individuel chacun des salariés de la clinique susceptible d'être intégré dans la structure hospitalière (2-2). Le projet de restructuration crée des tensions internes à l'hôpital et suscite une vive inquiétude des salariés de la clinique (2-3). Le vote du conseil d'administration de l'hôpital (1^{er} décembre 2003) règle la question de l'activité reprise (2-4), restent à résoudre deux problèmes : la fixation du budget du CH pour l'année 2004 et l'intégration des personnels de la clinique au sein de l'hôpital au 1^{er} janvier 2004 (2-5).

2-1 Les incertitudes sur l'activité reprise et les négociations engagées

A la mi-juillet 2003, la direction de la clinique passe outre la notification de l'ARH et fait savoir dans la presse qu'elle compte recruter deux chirurgiens. Le 25 septembre cependant, le directeur régional du groupe annonce l'arrêt de l'activité de la clinique le 31 décembre 2003, au cours d'un comité d'établissement. « *L'hôpital réunit ses instances et fait savoir qu'il est prêt à suivre. La question qui se pose cependant est celle du délai. Nous sommes inquiets parce qu'il faut un minimum de six mois entre une prise de décision de transfert d'activité et sa concrétisation* » (DRHCH). Mais cette reprise de l'activité et du personnel pouvant l'assurer est liée à l'acceptation des deux principaux chirurgiens privés d'adhérer au projet de clinique ouverte. En conflit avec le groupe quant aux modalités de la résiliation de leur contrat, ces derniers disent ne pouvoir donner leur réponse avant la fin novembre. « *La clinique avait deux chirurgiens ayant une activité très importante et la question était de*

savoir s'ils accepteraient de venir travailler en clinique ouverte. Nous étions obligés de respecter un calendrier et il nous fallait connaître leur réponse. Ils ont tardé à nous la donner pour des raisons liées aux conditions financières de leur départ » (MP). « Suivant les réponses des uns et des autres, l'équilibre général de l'opération peut être profondément bouleversé. Il suffit qu'un ou deux opérateurs importants ne suivent pas et tout s'effondre » (DRHCH).

Le CH crée pourtant un comité de pilotage composé de membres de son personnel siégeant dans le conseil d'administration, de trois membres du comité d'établissement de la clinique, des présidents des commissions médicales de l'hôpital et de la clinique, de médecins des deux entités et de membres de la direction de l'hôpital. Si des discussions d'ordre collectif ont lieu dans ce comité, des discussions individuelles sont entamées avec chacun des médecins libéraux qui avaient passé contrat avec la clinique mais n'en étaient pas salariés (ce qui signifie une multitude d'interlocuteurs pour le CH). Le président de la CME de l'hôpital joue un rôle important dans ces discussions avec les praticiens libéraux, ainsi que le maire de la ville, président du conseil d'administration de l'hôpital. Les directions de l'hôpital et de la clinique se réunissent par ailleurs très régulièrement.

Octobre et novembre 2003 représentent une phase d'incertitude totale. « *On était fin novembre, à un mois de la reprise, et on ne savait pas si les chirurgiens allaient accepter ou pas* » (DARH).

Les négociations sont engagées entre la direction de la clinique et celle de l'hôpital, sous les auspices de l'ARH et de la DDASS (qui exerce également une mission de réorganisation de l'offre de soins, sous la tutelle de l'ARH). « *L'ARH est une instance décisionnelle mais son positionnement institutionnel lui permet aussi d'agir pour mettre les acteurs en relation, pour essayer d'effacer les tensions, pour faire en sorte que l'on puisse aboutir* » (DARH).

« *C'était un dossier qu'il fallait instruire en terme de cessions d'autorisations, de gestion budgétaire de transfert d'enveloppes, et de gestion d'emplois. Donc il y a eu une triple approche : une approche juridique par rapport à la cession d'autorisations, une approche financière par rapport aux transferts d'enveloppes parce que c'était une opération importante financièrement, et une troisième en termes de ressources humaines, d'emploi, de statut des personnels* » (DARH).

Le principal point de litige entre le groupe SG et le CH porte sur l'application de l'article 122-12 du code du travail. « *Devait-on considérer cette opération comme une rupture de contrat de travail des salariés de la clinique, un licenciement ? La direction de la clinique considérait que le transfert d'activité impliquait la reprise de tous les contrats de travail par l'hôpital* » (DARH).

« *En fait on a plaidé la non application de l'article L122-12, tout en l'appliquant, pour éviter de se le faire opposer ensuite* » (DGCH).

« *Pour 5 personnes que le CH ne pouvait intégrer, nous avons mis une négociation sur la table pour trouver une solution. 3 personnes ont accepté une proposition pour intégrer à nouveau chez SG. Et on sait que 2 personnes sont parties sans proposition* » (DRHCH).

« *Il y a eu deux ou trois transactions qu'on a faites avec ces personnes qui ne voulaient pas aller travailler à l'hôpital et l'hôpital n'avait pas besoin d'eux* » (DGSG).

Des discussions ont probablement eu lieu entre l'ARH et le groupe SG qui aurait demandé des transferts de lits vers sa clinique de W. « *Il y avait des bruits qui couraient, des négociations de lits attribués à telle autre clinique* » (AM).

Des négociations ont lieu également entre le CH, l'ARH, la DDASS et la CRAM, et *in fine* entre l'ARH et le ministère de la Santé, sur la question du budget alloué au CH. Les établissements publics relèvent en effet d'une ligne budgétaire spécifique et il fallait opérer un transfert entre l'enveloppe budgétaire destinée aux établissements privés et cette ligne. L'évaluation du montant de ce transfert a donné lieu à un « *débat important* » (DARH). « *L'ARH a cadré les choses avec la CRAM qui suivait plus particulièrement le budget de fonctionnement de la clinique. Puis on a sollicité le ministère sur un montant pour lequel on était à peu près d'accord. ... On doit renoncer à remonter un dossier si le coût après transfert est supérieur au coût de fonctionnement antérieur* » (DARH). (voir ci –dessous, 2-5).

2-2 Le comité de pilotage et les entretiens individuels

Le processus de restructuration est suivi par un comité de pilotage. Des entretiens individuels avec le personnel de la clinique sont réalisés par le DRH de l'hôpital, à partir de novembre 2003.

Un comité de pilotage

Un comité de pilotage est créé par la direction du CH, en septembre 2003, « *dans les 48 heures qui ont suivi l'annonce par SG de son arrêt de la gestion de la clinique au 31 décembre 2003* » (DRHCH). Il est composé de représentants des personnels du CH (membres de son conseil d'administration) et de la clinique (membres du comité d'établissement), des présidents des commissions médicales de l'hôpital et de la clinique, de membres de la direction du CH.

Ce comité de pilotage se réunira toutes les semaines pour tenter d'apporter des solutions à tous les problèmes soulevés par l'opération de transfert d'activité.

« *Le but c'était de faire le point sur toute l'opération, tant au niveau du personnel, qu'au niveau technique, au niveau des médecins, au niveau de l'organisation. Donc on pouvait aussi bien parler finances que technique, rachat du matériel ... Le comité de pilotage, c'était le suivi terre-à-terre* » (ACT).

L'entretien individuel.

Le directeur des ressources humaines de l'hôpital et la directrice des soins rencontrent individuellement les 85 personnes employées par la clinique privée, au cours du mois de novembre 2003, afin de recueillir leurs souhaits d'affectation. Ils organisent une dizaine de réunions au sein de la clinique avec les salariés qui seront transférés.

« *On a vu les 85 personnes, pour faire connaissance, mais aussi pour prendre connaissance de leurs desiderata, imaginer ce qui était possible* » (DRHCH).

« *La direction de l'hôpital a convoqué chaque personne individuellement pour connaître son parcours, savoir d'où elle venait, ce qu'elle avait fait, ses souhaits. ... Ces entretiens n'ont pas été très bien vécus. C'était quelque chose qu'elles n'avaient jamais connu. Se retrouver en entretien, presque en entretien professionnel finalement, elles craignaient énormément* » (IDEB).

2-3 Les tensions internes à l'hôpital et les manifestations d'inquiétude des personnels de la clinique

Une tension forte se manifeste à l'intérieur de l'hôpital car les contractuels sous CDD comprennent que l'engagement de reprendre tout le personnel de la clinique peut amener l'hôpital à ne pas renouveler les CDD si l'activité reprise est moins importante que prévu. « *Une quinzaine de postes de fonctionnaires avaient été pourvus par des contractuels depuis le milieu de l'année 2003 afin d'avoir des supports pour intégrer les personnels de la clinique mais cela ne restait socialement gérable que si la situation se réglait rapidement car ne pas renouveler un CDD de trois mois est acceptable mais après six mois de présence, on considère dans l'hôpital que la relation d'emploi est instituée et que la situation de l'agent devient stable même si juridiquement son contrat est précaire (CDD). La titularisation intervient en général après trois ou quatre ans de présence quand un poste de fonctionnaire se libère. Cette situation tient au fait que les personnels titulaires travaillent, à hauteur de 30%, à temps partiel et le complément d'activité ne peut être exercé que par un agent contractuel pour permettre au titulaire de reprendre une activité à plein temps quand il le souhaite* » (DRHCH). Qui plus est, la majorité des personnels soignants de la clinique recrutés par le CH pourront être directement placés sur les postes de fonctionnaires libérés et être titularisés sans passer de concours et sans effectuer de stage (en vertu de l'article 102 du code de la fonction publique hospitalière). Les contractuels du CH anticipent donc une attente plus longue de titularisation. La situation n'explose pas grâce aux relations de confiance établies entre la direction et les syndicats. Syndicats qui avaient encore en tête la restructuration de 1995 et la réduction d'effectif de 9%. « *La priorité était le maintien d'une offre de soins à X, venait ensuite le problème de l'emploi puis celui des titularisations* » (CAT).

Les salariés de la clinique vivent également très mal leur situation. La vente de la clinique au groupe SG a été un événement douloureux, encore tout récent.

« *Les sœurs avaient dit, il y a quelques années, que jamais elles ne lâcheraient l'établissement. Et ensuite elles l'ont vendu à SG. Et c'était une tout autre façon de fonctionner et il y a eu des départs. Les équipes l'ont vécu comme du harcèlement. Elles considéraient que la direction faisait en sorte que les anciennes se lassent et partent... C'était une douche froide tous les jours pour les salariées. Elles n'avaient plus confiance en personne* » (IDEB).

La direction de la clinique privée a développé une stratégie du secret, voire de la « désinformation » (CAT) qui a contribué à entretenir les doutes des salariés.

« *On avait des personnes au sein de la clinique qui se faisaient un malin plaisir de raconter des bêtises* » (CAT).

« *Il y avait un manque de dialogue et de communication entre la direction et les équipes. Les équipes étaient très inquiètes car elles sentaient bien qu'il se passait des choses mais elles n'étaient pas au courant* » (IDET).

« *On a eu l'impression qu'ils nous ont pris pour des pions... Au comité d'entreprise de juillet, tout allait bien .. et en septembre, on nous annonce que tout s'écroule, qu'on sera repris par l'hôpital. Sous quelles conditions ? On n'en savait rien à l'époque* » (IDEM).

« *Le transfert d'activité a été vécu par les salariés, dans leur grande majorité, comme un abandon de l'établissement par le groupe privé, racheteur trois ans plus tôt* » (IDEB).

« *Dans le privé ils étaient sous CDI, et pour eux être stagiaires à l'hôpital, était revenir sur une base de CDD* » (DESG).

Les représentants des personnels de la clinique présents dans le comité de pilotage sont désavoués par leurs mandants qui ne croient pas à une reprise totale sans licenciements.

« Dans le comité d'entreprise, il y a eu ce passage où nous avons été un petit peu désavouées ... Nous étions positives et optimistes et on s'est trouvé un peu en confrontation avec beaucoup de collègues » (ATC).

« Depuis le temps qu'on nous racontait des histoires ! C'est vrai qu'on a été très réticentes. On entendait dire quelque chose. Le lendemain, c'était l'inverse. On avait vécu tellement de choses difficiles. On était sur nos gardes » (IDET).

« Et on a eu cette appréhension à un moment donné : même si la volonté du Maire (et de l'hôpital) est de faire reprendre les salariés, est-ce que le budget sera alloué, et est-ce que ça va se faire ? » (IDEB).

« Les salariés de la clinique étaient toujours très insécurisés, puisqu'ils venaient nous voir sans trop savoir si l'opération de reprise allait s'effectuer. Les gens souffraient » (DRHCH).

Les salariés de la clinique s'organisent pour tenter d'obtenir des informations et des engagements de la part de la mairie et de la direction de l'hôpital.

« J'ai repris mon mandat (de déléguée syndicale). ... Une collègue a monté un syndicat CGT » (IDET).

« Il y a eu une seule manifestation mais plusieurs distributions de tracts dans les lieux publics, sur les marchés, dans les commerces. Nous sommes allées au conseil municipal. Nous avons été reçues par le sous-préfet ... » (IDEB).

« On était allé au conseil municipal. Ils n'étaient pas très contents. Ils ne voyaient pas pourquoi on s'inquiétait. En décembre, on n'a pas eu de réunion, juste une affiche avec la liste des personnes intégrées à l'hôpital » (IDET).

Pour rassurer les personnels des deux entités, deux grandes réunions du personnel de la clinique et des agents de l'hôpital sont organisées, dans une salle du centre culturel, au cours desquelles la direction de l'hôpital et le maire de la ville informent sur ce qui se passe et répondent aux questions. *« Pour couper court aux rumeurs, nous avons organisé des réunions ouvertes au public concerné » (MP).*

2-4 Le vote du conseil d'administration de l'hôpital

La reprise de l'activité de la clinique sous la forme juridique « clinique ouverte » ne fait pas l'unanimité au sein du CH. En effet les deux chirurgiens libéraux qui ont différé leur réponse ont fait paraître un article jugé « diffamatoire » pour le CH, dans la presse locale. *« En fait, eux deux avaient fait paraître dans la presse un article très négatif sur l'hôpital. Ils n'avaient pas trop envie de travailler avec nous. Ils exprimaient un mépris de la fonction publique » (CAB).*

La CME se prononce contre leur intégration dans la « clinique ouverte ». Les représentants des personnels dans le conseil d'administration sont embarrassés.

« On était partagé entre la défense du service public, parce qu'en voyant comment ils considéraient l'hôpital public, on pouvait avoir des doutes sur leur investissement dans l'établissement, et puis la défense de l'emploi, parce que de toute façon, l'ARH imposait la reprise des 80 personnes de la clinique. On avait du mal à se positionner par rapport à cette

décision-là. Et finalement nous, les délégués du personnel, avons tout fait pour que les deux chirurgiens privés travaillent pour l'hôpital public » (CAB).

« Une réunion du conseil d'administration du CH au cours de laquelle il s'agissait de décider si nous acceptions les chirurgiens libéraux. La CME s'était prononcé contre. La réunion a commencé à 20 heures et s'est terminée à minuit. Je n'ai pas fait prendre la décision ce jour-là. Je leur ai dit : 'on redonne une chance aux chirurgiens du privé. On fait une réunion avec eux'. L'un est venu. L'autre s'est drapé dans son statut un peu bizarre de grand expert » (MP).

« Quelques jours après, ayant à nouveau rencontré ces chirurgiens, un climat un peu plus sain a amené à re-réunir la CME pour avoir une Commission médicale un peu plus ouverte puis le Conseil d'administration » (PCME).

Le 1^{er} décembre 2003, le conseil d'administration de l'hôpital vote la reprise de la totalité de l'activité (après intégration des chirurgiens privés, sauf un) au 1^{er} janvier 2004. Cela implique un transfert des autorisations administratives d'exploitation (régé par l'ARH), le rachat des matériels et équipements, la reprise du bail de l'immeuble occupé par la clinique, la révision de la dotation budgétaire allouée à l'hôpital pour lui permettre d'assurer cet accroissement d'activité, le financement de l'investissement dans le cadre de l'opération « hôpital 2007 » prévoyant une restructuration des sites des établissements de santé de X (regroupement)

2-5 Les cessions d'autorisation, la fixation du budget de l'hôpital et l'intégration des personnels

« Jusqu'à fin 2005, toute la planification de l'offre de soins était organisée à partir d'une carte sanitaire qui définissait des indices : tant de lits de médecin, de chirurgie et d'obstétrique pour tant de population » (DDASS).

Chaque établissement public et privé était autorisé à exploiter un nombre de lits déterminé dans le cadre de la carte sanitaire de son secteur d'activité (correspondant à la moitié d'un département, dans le cas étudié). Il s'agit donc de transférer les autorisations de la clinique au CH.

« Pour effectuer des cessions d'autorisations, il y a toute une procédure à mettre en œuvre. La cession des 60 lits de la clinique au CH s'est opérée pour 40 lits de chirurgie (dont 20 lits en clinique ouverte) et pour 20 lits de soins de suite (convalescence) » (DARH).

Encore faut-il que le budget alloué à l'hôpital lui permette d'absorber cet accroissement d'activité. Comment reconstituer la masse budgétaire revenant à l'hôpital qui doit créer des postes et rémunérer leurs titulaires (les 76 agents venant de la clinique, un médecin anesthésiste hospitalier alors que celui qui était employé par la clinique avait un statut libéral et était donc payé par ses honoraires), doit aussi faire face à un accroissement d'activité et donc supporter des coûts plus importants (par exemple plus de prothèses achetées) alors que les règles de financement de ces coûts sont différentes suivant qu'il s'agit d'une structure publique ou d'une structure privée. La direction de la clinique est sollicitée pour donner les informations. La CRAM émet des réticences.

« Il a fallu qu'on fournisse tous nos intervenants externes, toutes nos cotations externes... de façon à ce qu'au niveau de la CRAM, et aussi au niveau du Directeur du CH, ils puissent avoir une vision globale de l'enveloppe qu'ils devraient demander pour pouvoir continuer l'activité » (DESG).

« La CRAM était très opposée, non pas à l'opération d'intégration mais aux moyens qui ont été transférés. Elle estimait que dans cette affaire l'hôpital faisait une très bonne affaire financière en récupérant des moyens indus parce que l'activité transférée ne serait pas aussi importante que celle de la clinique » (DDASS).

« Avec comme discours sous-jacent, cette idée de l'assurance-maladie que l'offre crée la demande. Donc si on recrute sur le poste de médecin anesthésiste, on va avoir quelque part plus de dépenses. Et nous de répondre : ' ce n'est pas exact, parce qu'un médecin anesthésiste est dépendant. Son activité dépend de celle du chirurgien ' » (DGCH).

« Les discussions budgétaires furent difficiles, notamment pour les soins de suite car nous doublions la capacité d'accueil. Le ministère a tranché en disant ; « c'est tant » mais c'était très loin des estimations » (DGCH).

On ne pouvait déterminer les possibilités de prise en charge des personnels (et celle de leur rémunération) par le CH que sur la base du budget alloué. Or la réponse du ministère a été donnée plusieurs mois après l'opération d'intégration des personnels. « On a en fait posé le principe de la sauvegarde de l'emploi, indépendamment de la réponse définitive du ministère que l'on a eue postérieurement » (DARH).

Le CH devient donc l'employeur direct des salariés de la clinique. Sur les 81 personnes employées par la clinique au 31 décembre 2003, 76 seront intégrées au sein de l'hôpital (3 sont mutées dans un autre établissement du groupe privé de santé, 2 personnes « bénéficient » d'une transaction avec SG). Sur ces 76 personnes, 22 sont des infirmières diplômées d'Etat (IDE), 18 des aides soignantes (AS) et 19 des agents des services hospitaliers (ASH). L'affectation de ces personnels « soignants » ne posera pas problème dans la mesure où l'activité reprise n'est pas considérablement inférieure à celle de la clinique et où les fonctions de ces « professionnels » sont clairement définies, voire « réglementées » (voir ci-dessus, p.2).

Il en est différemment du personnel technique (8 agents d'entretien et ouvriers professionnels) et administratif (5 adjoints administratifs et 3 agents administratifs) qui se retrouve parfois en doublon avec le personnel du CH et doit assimiler les modes de fonctionnement du secteur public (règles comptables, passation des marchés, codification des actes médicaux ...). « On ne savait pas quoi faire de moi. Je suis passée par deux services avant de faire moi-même la demande pour venir ici » (ACT).

La direction de l'hôpital prend le parti de « mixer » les équipes afin d'effacer très vite la différenciation entre les personnels de la clinique et ceux de l'hôpital. Les nouveaux arrivés sont pris en charge par un(e) collègue dans un premier temps.

Recrutés sur contrat, tous ces personnels (à 6 exceptions près car départs en retraite ou insuffisance d'ancienneté) seront titularisés dans la fonction publique hospitalière, de façon rétroactive, au 1^{er} janvier 2004, sans perte de salaire.

3- Analyse

Comme nous l'avons noté, le système hospitalier français est en pleine restructuration. Il convient donc de s'interroger sur les facteurs qui ont facilité la réussite de cette opération d'absorption et d'en évaluer la transférabilité. Notons immédiatement qu'évoluer au sein de marchés professionnels (voir ci-dessus, 1-1) **facilite la mobilité**. Le passage de la clinique privée à l'hôpital public a demandé un temps d'adaptation court aux personnels transférés.

Quelques salariés de la clinique, confrontés à la situation de crise évidente depuis 2000, avaient choisi une autre forme de mobilité : adopter un statut libéral. La mobilité des personnels de santé est également favorisée par une croissance continue de la demande de soins, due en partie au vieillissement de la population française.

Trois autres éléments sont transposables à d'autres réorganisations hospitalières : ce sont des *dossiers politiquement très sensibles* sur lesquels de multiples acteurs se mobilisent et souhaitent aboutir sans suppressions d'emplois, le *statut de la fonction publique hospitalière* offre des opportunités attrayantes pour les personnels venant du secteur privé, le *plan « hôpital 2007 »* permet d'aider à financer les investissements induits par les réorganisations. Un dernier élément favorable tient à la taille des entités réorganisées : un « *hôpital de taille humaine* » qui absorbe une petite clinique de 60 lits (3-1).

Malgré ces facteurs favorables, des difficultés particulières doivent être mises en exergue : l'importance du protagoniste privé (le groupe SG), la nécessité de négocier avec chaque chirurgien privé (ce qui n'est pas le cas lorsque la réorganisation concerne un CH public et une clinique mutualiste par exemple), l'incertitude sur l'issue du processus entretenue jusqu'à un mois de l'opération, le jeu des rumeurs et de la désinformation. Toutes ces difficultés n'auraient pu être surmontées sans la bonne volonté des acteurs (3-2).

3-1 Les facteurs facilitateurs de l'environnement (structurels et conjoncturels), transposables sur un autre territoire (dans la même activité)

3-1-1 Un dossier politiquement sensible

La question de l'offre de soins sur un territoire est politiquement très sensible. La proximité des soins pour une population vieillissante et leurs qualité et sécurité sont des préoccupations primordiales des autorités locales. Les enjeux économiques et sociaux sont également très importants. L'hôpital est pourvoyeur d'emplois. Les élus locaux craignent les suppressions d'emplois qui risquent d'accroître le taux de chômage sur le territoire et d'entraîner des mobilités hors du bassin d'emploi. Le mécontentement de leurs électeurs et les troubles sociaux peuvent leur nuire très directement.

« Les personnels de la clinique craignaient beaucoup de perdre leur emploi. Il en était de même pour les personnels auxiliaires de l'hôpital. C'était une opération sociale risquée » (MP).

3-1-2 Le statut de la FPH

L'article 102 de la FPH permet la titularisation de salariés ayant acquis une ancienneté de service dans le secteur privé dans des conditions très favorables (pas de perte de salaire, pas de période de stagiairisation)

« L'article 102 du statut est bien connu mais se posait le problème de la reprise avec les avantages acquis. Il y avait superposition des deux textes (celui-ci et l'article L122-12 du code du travail) » (DGCH).

3-1-3 Le plan « hôpital 2007 », une aide puissante à la réorganisation

« Le plan « hôpital 2007 » représente cinq cents millions d'euros d'investissements en travaux réalisés sur la région en cinq ans, et cette opportunité nous a permis d'imaginer la construction d'un nouveau bâtiment sur le site de l'hôpital. Il est évident que quand on peut réaliser un investissement de vingt, vingt-cinq millions, ça nous donne des marges pour travailler sur des coopérations. Le plan « hôpital 2007 » a constitué un levier » (DARH).

3-1-4 Un hôpital de taille humaine intégrant des chirurgiens libéraux (en « clinique ouverte »)

Le CH a une taille assez importante pour que coexistent plusieurs services et que des mobilités soient possibles pour les personnels, pour que les gardes soient partagées entre les praticiens hospitaliers et permettent des conditions de vie correctes, un équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. Sa taille n'est cependant pas trop grande et autorise une certaine convivialité. Il faut ajouter la proximité (40 km) d'une grande ville. Il pourrait y avoir une « recette locale ». *« Il y a une conjonction que je n'ai jamais eu en trente ans de carrière, que je n'ai jamais revu ailleurs » (DDASS).*

« La première condition de réussite du système de « clinique ouverte » : le nombre de praticiens publics doit être supérieur à celui des praticiens libéraux » (DGCH).

3-2 Les facteurs tenant aux acteurs

Les positionnements individuels et institutionnels génèrent des synergies collectives.

« Je crois que les personnalités des différents acteurs jouent énormément. Et la condition numéro un de la réussite, c'est quand même d'avoir des objectifs communs, de savoir ce que l'on veut vraiment » (CAB).

3-2-1 Les acteurs et institutions en présence et leurs enjeux

Le maire, la direction du CH et les médecins

« L'hôpital est gouverné par un triumvirat constitué par le président du conseil d'administration qui est le maire, le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME), qui est le représentant médical » (PCME).

Le maire de cette ville moyenne est très préoccupé par la question de l'accès aux soins et par celle de l'emploi. Il est d'ailleurs le président de la conférence sanitaire du secteur x récemment mise en place. Il siège également dans le conseil d'administration du CHU de la grande ville voisine. Il est également président de la conférence des villes de la région et, à ce titre, a permis à la directrice de l'ARH de venir présenter le SROS de troisième génération à l'ensemble des maires-présidents.

« le Président du Conseil d'administration a toujours eu une position soft mais ferme, médiane, c'est-à-dire ne prenant pas des orientations radicales, et écoutant, à tous les stades, toutes les possibilités, faisant preuve d'une très grande patience avec les incohérences du groupe SG, pour que peu à peu tout le monde en vienne à la solution qui était la plus rationnelle » (DDASS).

Le directeur du CH a su anticiper. Il a pris « un tournant bien avant les autres » (DDASS) avec le plan de restructuration de 1995. Il a su également présenter des dossiers solides (rôle important de l'ensemble de ses collaborateurs), dialoguer avec les personnels (dans le comité de pilotage, le CTE, le conseil d'administration et de façon plus informelle), argumenter ...

« Cette réussite est le fruit d'un travail acharné de monsieur ...et de son équipe ... Il fait partie des rares directeurs qui arrivent encore à trouver les compétences médicales et chirurgicales qu'il souhaite, du fait de la bonne réputation de l'établissement et de son fonctionnement » (DDASS).

« En face de nous, on a eu un acteur qui a été hyper efficace, très motivé, hyper consciencieux, le Directeur de l'hôpital. Lui et son équipe, ils ont passé leurs soirées, leurs week-ends, entre le mois de septembre et le mois de décembre » (DGSG).

Le président de la CME a su convaincre ses collègues de l'opportunité de la reprise de l'activité sous la forme d'une « clinique ouverte » alors que dans un premier temps la CME s'était prononcée négativement sur cette opération.

« C'est quelqu'un qui a vraiment un souci de qualité des services et qui a beaucoup temporisé par rapport aux autres médecins qui voyaient d'un très mauvais œil des chirurgiens venir du privé pour travailler dans l'hôpital public, des gens du privé pour lesquels on achetait du matériel, des bureaux, qui avaient des secrétaires, alors que certains chirurgiens publics n'avaient pas leur secrétaire attitrée, ni leur infirmière attitrée. Le docteur M a vraiment beaucoup fait pour dépasser les petites rivalités au quotidien, pour que l'intérêt général prime, pour remettre au premier plan la nécessité de maintenir une offre de soins à X » (CAB).

Les agents et les syndicats du CH

Une division des tâches s'instaure : les discussions avec les chirurgiens libéraux étaient menées par le directeur de l'hôpital, le maire-président du CA de l'hôpital et le président de la CME ; les syndicats de l'hôpital (essentiellement la section CFDT) agissent dans le Comité Technique d'Etablissement, le CTE, et débattent de la nouvelle organisation du travail : comment répartir les activités entre les deux sites par exemple. Ils soutiennent le projet de rapprochement proposé par la direction du CH malgré les craintes des contractuels du CH sur un éventuel non renouvellement de leurs CDD.

« On avait l'assurance de l'ARH sur la reprise des personnels. Or elle ne s'engage pas à la légère » (CAT).

L'ARH

« l'ARH a quatre missions : organiser l'offre de soins, allouer les ressources, coordonner l'activité des acteurs des établissements et contrôler » (DARH).

Pour mener à bien ces missions, l'ARH de cette région respecte quelques principes de base :

- « optimiser la ressource » : « Sur ce territoire de santé, il y avait des doublons (en chirurgie notamment) et des manques (les soins de suite par exemple) » (DARH) ;
- éviter les suppressions d'emploi : « Aucune des opérations de restructuration que nous avons conduites dans la région ne s'est traduite par des licenciements » (DARH) ;
- offrir une qualité de soins « accrue et une sécurité de soins indiscutable » (DARH) car les attentes des patients sont de plus en plus fortes ;

- maintenir une liberté de choix des usagers : « *Comment maintenir cette liberté de choix qui est l'un des fondements de notre organisation sanitaire en France, avec ce système mixte public privé ?* » (DARH).

Le choix de maintenir le plateau technique au sein de l'hôpital et de permettre aux praticiens libéraux d'opérer en « clinique ouverte », au sein de la structure publique n'allait pas de soi.

« Cela s'est joué à peu de chose. Je ne suis pas sûr que, lorsque la commission s'est réunie pour décider, la directrice de l'ARH avait opté en faveur de l'hôpital. A un moment donné, elle a dû penser que le mieux pour X serait que le plateau technique aille au privé qui allait plus facilement recruter des chirurgiens, des anesthésistes » (MP).

La DDASS

« Notre rôle, nous DDASS, que ce soit au titre du Préfet, avant 1996, ou au titre de l'ARH depuis, c'est de veiller à apporter à la population les meilleurs soins possibles, avec au minimum les moyens existants, sans qu'ils soient perdus, ou sans que les lits, par exemple en chirurgie, repartent sur la grande ville voisine, ce qui aurait nui à la population. Donc le but était de maintenir sur place un plateau technique performant » (DDASS).

Le groupe SG

Plusieurs interprétations de la stratégie du groupe SG sont avancées :

- celle de ses responsables : « *Le rachat de la clinique par SG avait pour objectif de faire une synergie entre la clinique de W et la clinique Saint J de X, avec tout ce qui était interventions lourdes au sein de W, et puis plus légères au niveau de Saint-J* » (DESG) ;
- celle du maire de X : « *On a tout de suite pensé que si le groupe SG venait à X, ce n'était pas pour les beaux yeux de ses habitants. Il y avait derrière une stratégie de regroupement des lits sur le site de W. Evidemment les responsables de SG s'en défendaient* » (MP) ;
- partagée par la DDASS : « *Jusqu'en 2005, il était parfaitement possible au propriétaire des lits (puisque les lits s'achètent dans le secteur privé, pas dans le secteur public, bien sûr), de les transférer dans une autre clinique du même secteur. C'était notre crainte dans ce cas précis* » (DDASS) ;
- celle des personnels de la clinique : « *Il était évident dans l'attitude de la Direction de SG, quand elle est arrivée, qu'à aucun moment elle ne donnait la chance à l'établissement de s'en sortir. Il n'y a eu aucun investissement dans l'établissement, les chambres étaient très vétustes. Et on travaillait, depuis l'arrivée de SG et jusqu'à son départ, avec très peu de matériel, des livraisons qui n'étaient plus honorées. L'établissement avait été racheté mais on n'avait plus les moyens de fonctionner* » (IDEB).

Les chirurgiens libéraux

Les chirurgiens libéraux craignent la perte de la totale liberté dont ils bénéficient dans le cadre privé. Leur âge freine cependant leur mobilité.

« En fait la fusion ne s'était jamais faite, notamment parce que l'équipe médicale de la clinique était contre. Il a fallu à un moment donné qu'on dise que ce n'était pas l'équipe médicale qui décidait, mais l'actionnaire SG pour que les choses changent » (DGSG).

« Ils régnaient sur l'établissement depuis 20-25 ans sans qu'on leur impose quoi que ce soit. Ils faisaient ce qu'ils voulaient, ils opéraient quand ils voulaient, le dimanche après-midi si cela les arrangeait » (IDEB).

« Les chirurgiens ont accepté le passage en clinique ouverte car ils étaient relativement âgés et n'avaient pas envie de tout recommencer à zéro » (DESG).

Les personnels de la clinique

Les salariés de la clinique sont désabusés pour certains. « On ne savait pas du tout comment on allait être reprises et ce n'était pas du tout leur souci » (IDEM). « C'est vrai qu'à un moment j'ai dit : 'On va laisser faire un plan social et on va se débrouiller pour retrouver du travail'. Mais le souci, c'est qu'on n'avait pas assez de recul au niveau du temps et il y avait plein de gens qui étaient agents de service, qui avaient une maison sur le dos, les enfants... » (IDEM). D'autres se mobilisent (voir ci-dessus, 2-3).

En résumé, une transposition semble possible, dans cette activité (en raison de ses caractéristiques (enjeux politiques, économiques et sociaux très forts, marchés professionnels réglementés, dispositions du code de la FPH, plan « hôpital 2007 »), à condition que la taille de l'hôpital bénéficiaire de la reprise d'activité soit adaptée (une taille humaine autorisant des relations « conviviales » tout en permettant un partage équilibré des gardes). Cependant sans la bonne volonté et le respect mutuel des acteurs, sans confiance partagée, ces facteurs facilitateurs nécessaires seront insuffisants. Ainsi faut-il avoir la volonté d'utiliser les dispositions contenues dans le code de la FPH pour offrir une solution d'intégration intéressante pour les personnels, faut-il convaincre qu'un statut juridique tombé en désuétude (celui de clinique ouverte) puisse être adapté pour proposer une reprise d'activité acceptable par les chirurgiens libéraux. L'alchimie complexe des relations nouées entre les acteurs est difficile à décrypter et reste en partie inexpliquée.

3-2-2 Les synergies collectives

Bonne volonté, respect mutuel, considération, confiance : ce sont les ingrédients présents. Ils sont les gages de la qualité du climat social au sein de l'hôpital et expliquent le choix d'une méthodologie du changement basée sur la participation, la transparence et l'anticipation, choix méthodologique garant de la réussite du changement.

Le rôle essentiel du respect mutuel et de la bonne volonté des acteurs

La notion de respect mutuel est exprimée dans nombre de témoignages.

« Il y a beaucoup de respect entre tous les partenaires, entre tous les acteurs de la ville. La ville de ..., c'est du juste milieu, du bon équilibre, du respect des uns et des autres. C'est grâce à cela que ça a marché ... La ville de ... représente la conjonction de facteurs qui sont assez exceptionnels et qui ont permis une réussite exceptionnelle d'un projet rare » (DDASS).

On note le même respect dans les relations entre la direction du CH et ses salariés, entre les agents et les syndicalistes du CH et les salariés de la clinique intégrés ...

Les principaux acteurs ont su trouver des « accommodements », des compromis: les chirurgiens libéraux gardent leurs secrétaires et leurs instrumentistes mais acceptent le partage des gardes ; ils acceptent d'utiliser le plateau technique de l'hôpital pour les interventions lourdes, les anesthésistes réorganisent leur équipe pour pouvoir intervenir sur le site de la

clinique qui sera maintenu en activité jusqu'à la fin des travaux de construction permettant le regroupement sur un seul site ...

« Pour les chirurgiens en clinique ouverte, la gestion du programme peut poser problème, c'est-à-dire qu'ils sont liés aussi aux décisions des anesthésistes, qui sont uniquement des anesthésistes du milieu public, puisque tous les anesthésistes privés n'ont pas intégré la clinique ouverte » (DESG).

Un climat social serein et une confiance partagée

La « confiance » a été créée de longue date, sur la base de routines ou de règles implicites (maintenir un CDD au-delà de six mois équivalait à le stabiliser, titulariser les contractuels présents dans le CH depuis trois-quatre ans ...).

« L'épreuve » vécue dix ans plus tôt (réduction des effectifs et réorganisation) a probablement contribué à forger ou à renforcer des valeurs communes (maintien d'une offre de soins de qualité pour la population de X).

« La réussite de ce genre d'opération est très liée aux personnes qui sont impliquées dans les événements. Il y a une grande confiance entre le Président du CA, l'équipe de Direction et les représentants du personnel. Il y a une proximité d'opinion, fondée sur des valeurs communes » (CAB).

Ajoutons que le respect des représentants des salariés et des syndicats permet d'entretenir un dialogue social vivant (possibilité de frapper à la porte du directeur ou du DRH pour les syndicalistes et d'obtenir facilement les informations demandées).

« C'est vrai que les choses se sont très bien passées, j'étais très bien encadrée. Mes rapports avec la Direction, en tant que syndicaliste, se passent correctement. J'ai les informations que je veux » (IDEB).

« On avait des acteurs qui étaient dans le dialogue ... Le dialogue, on l'a inscrit dans le projet d'établissement 2005-2009 » (CAT).

« Le DRH nous reçoit très régulièrement, dès qu'on le demande pour évoquer des problèmes » (IDET).

Le choix d'une méthodologie du changement basée sur la participation, sur la transparence et sur l'anticipation

La volonté de **transparence** et de **dialogue** (la création d'un comité de pilotage se réunissant une fois par semaine, les assemblées générales des personnels de l'hôpital et de la clinique, les agents de la clinique reçus un à un, voir ci-dessus) caractérise le processus observé.

« Des rumeurs circulaient dans tous les sens. On a réussi à éviter cela, en mettant en place une stratégie très transparente. Parce que trois jours après l'annonce par SG de la cessation d'activité de la clinique Saint-J, nous avons déjà une réunion d'un comité de pilotage avec des représentants du personnel non médical de la clinique. Et on se réunissait régulièrement toutes les semaines » (DGCH).

« Nous avons organisé deux réunions ouvertes aux personnels de la clinique et de l'hôpital. Au cours de la première, nous avons expliqué où l'on en était, et au cours de la seconde comment les choses allaient se faire. Nous avons ainsi réussi, je crois, à créer un climat de confiance » (MP).

« Les syndicats auraient pu voir cette opération comme dangereuse pour eux, s'ils avaient eu l'esprit un peu étroit. Ils ont su en comprendre toute l'utilité parce que ça leur était présenté en conseil d'administration et dans tous les comités techniques d'établissement où a lieu le dialogue social ... Je n'ai jamais vu les syndicats porter autant leur directeur sur un sujet comme celui-là » (DDASS).

Cette volonté de concertation se retrouve dans le fonctionnement de la commission médicale d'établissement. Elle fonctionne en effet selon la logique d'un groupe de pairs, avec une participation de tous les médecins à ses débats et discussions. La démarche d'accréditation entreprise en 2005-2006 est également « participative »: *« Le personnel médical et soignant a été largement impliqué dans toute la démarche d'accréditation. Dans le cadre des groupes d'auto-évaluation thématique, on a recruté largement et de façon exhaustive sur l'éventail des services et l'éventail des collègues » (PCME).*

Le souci de l'**anticipation** est une seconde caractéristique essentielle. En effet malgré la situation d'incertitude totale dans laquelle se trouve l'équipe de direction du CH, dans l'attente de la décision de l'ARH, puis de celle des chirurgiens libéraux, elle tente d'anticiper la reprise de l'activité de la clinique et de ses salariés.

« Dès le mois de mai 2003, nous avons eu une collaboration avec la direction de la clinique, pour mieux connaître la situation de ses ressources humaines, pour voir s'il y avait une adéquation avec les personnels dont l'hôpital aurait besoin pour reprendre l'activité. J'ai eu au niveau de la D.R.H. des informations assez complètes sur les 90 agents qui travaillaient à la clinique, à cette date, leur statut, leur salaire, leur fonction ... et grosso modo l'organisation qui était mise en place. Et il y avait des inadéquations. Environ 14 personnes ne trouvaient pas de place dans cette opération : des doublons, par exemple dans les cuisines, un surnombre de personnel soignant. Pour éviter un plan social, l'hôpital a proposé, non seulement de reprendre l'activité chirurgicale de la clinique, mais de développer des activités de soins de suite (ou moyens séjour) qui étaient fortement déficitaires sur le secteur de X. La proposition a été très soutenue par les élus et cela a permis de minorer le nombre de personnes qui pouvaient se retrouver sans emploi dans cette opération » (DRGCH).

« Le Directeur du personnel travaillait sur l'intégration du personnel de la clinique, parce qu'il fallait reconstituer les carrières pour savoir à quel échelon de la grille indiciaire de la FPH ils allaient pouvoir être embauchés pour ne pas perdre de rémunération. Et les services économiques travaillaient sur la reprise du matériel » (CAB).

« On a consacré le mois de décembre à formuler toutes sortes d'hypothèses de restructuration de l'activité et derrière chacune de ces hypothèses, il y avait 4 ou 5 solutions d'affectation du personnel » (DRHCH).

Etant donné l'importance du rôle des acteurs et de leurs interactions, la transférabilité d'une telle opération n'est pas du tout assurée.

4- Evaluation

Le bilan apparaît positif tant pour les agents du CH, que pour l'activité hospitalière et pour la population. De nouveaux projets de coopération peuvent être envisagés pour créer un véritable réseau de santé (4-1). Il n'en demeure pas moins un certain nombre de problèmes et des incertitudes pour l'avenir. L'équilibre social atteint est fragile (4-2).

4-1 Un bilan positif

4-1-1 Des personnels satisfaits et gagnants

Les personnels ont tous été repris à leur niveau de rémunération antérieur. Mais si ces niveaux étaient peu différents pour les infirmières, grâce à l'existence de conventions collectives les couvrant dans le secteur privé, ils étaient nettement inférieurs à ceux de la fonction publique pour les autres personnels, notamment administratifs et techniques, qui ont donc été intégrés dans la FP avec un nombre d'années d'ancienneté à peu près divisé par deux, alors que les personnels soignants étaient intégrés avec toutes leurs années d'ancienneté.

Les souhaits d'affectation ont été respectés pour une bonne partie des salariés (y compris le souhait de rester sur le site de l'ex-clinique). Quelques déceptions à noter : les jeunes infirmières intégrées dans le pool de remplacement auraient préféré être affectées dans un service.

Ajoutons cependant que la diversité des services, au sein de l'hôpital, a permis des mobilités lorsque la première affectation n'était pas satisfaisante pour l'agent. Ainsi un tiers des ASH et des AS venant de la clinique ont changé de service d'affectation au cours des deux années suivant leur intégration au sein de l'hôpital (contre un quart des personnels administratifs). Les 22 infirmières intégrées sont restées dans leur première affectation (à deux exceptions près).

Les entretiens réalisés mettent également en évidence :

- Un meilleur respect du droit d'expression des salariés, dans l'hôpital public :

« C'était une parole unique là-bas. Ils n'avaient pas le droit à la parole. Ici on a le droit à la parole » (CAT) ;

- Une politique de formation plus généreuse :

« Des plans de formation sont mis en place à l'hôpital et nous, nous les défendons chaque année. Alors que dans le privé, les plans de formation étaient plus ou moins respectés, voire pas du tout » (CAT).

- Un meilleur respect des normes de sécurité :

« Dans le privé, on travaille avec un médecin anesthésiste, on n'a pas 36 infirmières anesthésistes autour. Ici on travaille avec des parachutes et des filets » (IDEM)

« Je suis arrivée en 1999 et quinze jours après mon arrivée, on a dû fermer la stérilisation de la clinique, après le passage de l'inspection de la pharmacie, et la sous-traiter à l'hôpital. Il fallait tout remettre aux normes pour pouvoir rouvrir la stérilisation à la clinique » (IDEB)

- De meilleures conditions de travail et de vie :

« Quand on disait qu'on avait beaucoup de travail, la direction nous disait que soit on ne savait pas travailler, soit on chouchoutait trop les malades. Quand les gens revenaient du bloc opératoire, on nous disait que ce n'était pas la peine de prendre la tension. Ou alors il ne fallait pas prendre la température à tout le monde... Je préférais récupérer des heures mais faire mon travail comme je l'ai toujours fait. J'avais ma conscience pour moi. Et il n'y avait pas que moi à réagir ainsi » (IDET).

« Je dirais qu'on travaille plus dans la sécurité » (IDEM).

« Nous ne protégeons pas notre vie privée et on s'arrangeait pour nous culpabiliser. Si on prenait une journée pour s'occuper de notre enfant malade, c'était la catastrophe. ... Mes enfants, je ne les ai pas vus grandir. J'ai commencé à les voir grandir depuis que je suis ici. La vie de famille, je ne la connaissais pas » (IDEM).

4-1-2 Une activité hospitalière améliorée

Pour les chirurgiens libéraux, la situation est satisfaisante. Ils travaillent dans de meilleures conditions. Ils sont certes soumis à de nouvelles contraintes (des prises de garde) mais ils n'ont plus de soucis de logistique (charges de personnel, de location de locaux). Ils gardent leurs « équipes » (secrétaire, instrumentiste). L'un des deux plus importants (en terme d'activité) n'a pas intégré le CH qui a dû recruter un praticien hospitalier pour le remplacer et qui a subi une perte momentanée d'activité (une partie des patients a « suivi » le chirurgien dans sa nouvelle affectation, une clinique privée située à 40 km du site étudié). L'hôpital a dépassé ce handicap et affiche une activité en progression, ce qui accroît son attractivité.

L'activité de l'établissement, mesurée en nombre d'entrées de patients sur les deux sites, a progressé de 3% de 2004 à 2005. Cette moyenne calculée sur l'ensemble des activités masque des différences importantes : diminution assez forte des entrées en hospitalisation de jour, très forte augmentation des entrées en soins de suite (66%).

4-1-3 Une qualité et une sécurité des soins accrues : vers la construction d'un réseau de santé ?

Dans ce territoire de santé, les urgences sont mieux prises en charge : une double garde chirurgicale (un chirurgien viscéral et un chirurgien orthopédiste) est assurée sept jours sur sept. La couverture des soins est plus importante (30 lits de soins de suite et de soins palliatifs). Une taille critique est atteinte pour le CH.

Le regroupement des activités sur le site principal (qui devrait être achevé en 2008) permettra de résoudre une partie des problèmes de fonctionnement actuels (deux plateaux techniques, des navettes incessantes entre les deux sites...) et permettra de nouer de nouvelles coopérations et de renforcer le réseau de santé déjà mis en place.

Des « consultations avancées » sont organisées dans des spécialités non présentes à X (urologie par exemple). Des urologues du CHU consultent au CH une fois par semaine et assurent ainsi le diagnostic et le suivi d'un certain nombre de malades. S'il doit y avoir des interventions chirurgicales, elles ont lieu au CHU. Par ailleurs des locaux du CH (dans le service des urgences) seront mis prochainement à la disposition d'une association de médecins généralistes qui assurent la permanence des soins : c'est la maison médicale de garde.

« Cela permettra au service des urgences, selon des protocoles qui restent à définir, de diriger les malades qui ne relèvent pas du service des urgences, vers les généralistes, et puis évidemment aux médecins généralistes de diriger vers les urgences les malades qui ne relèvent pas de leur cercle de compétences. Le deuxième intérêt, c'est de sécuriser sensiblement le système, parce que le médecin généraliste de garde n'est plus isolé. Cela permet une meilleure prise en charge des malades, puisque ceux qui viennent voir un médecin généraliste, ont tout un plateau technique, en proximité immédiate » (DGCH).

4-2 Un équilibre social fragile

La situation globale du secteur « santé » est alarmante. Les hôpitaux publics sont en grande difficulté financière. La nouvelle tarification à l'activité (T2A) favorise probablement les petits et moyens hôpitaux, au détriment des grands. L'hôpital de X semble en tirer bénéfice sur le plan financier. Mais il risque de connaître de nouvelles difficultés dans la gestion des personnels contractuels, difficultés qui pourraient détériorer le climat de confiance construit au cours de la dernière décennie. Par ailleurs le renouvellement important du corps social du CH peut remettre en cause la cohésion sociale qui le caractérise aujourd'hui, d'autant que la fusion entre les personnels du CH et ceux de la clinique (restés sur le site) apparaît inachevée. Plus globalement le corps social que forme le personnel va se transformer profondément, suite à des départs massifs en retraite. Or la démographie du corps médical et celle des personnels soignants vont générer des difficultés de recrutement, sensiblement accrues par l'exigence de nouvelles compétences, gestionnaires et relationnelles, pour les praticiens hospitaliers (dans le cadre de la réorganisation en cours des systèmes de soins).

4-2-1 La tarification à l'activité et le maintien d'un volant de personnels précaires

Dans l'immédiat, la nouvelle méthode de financement a bénéficié à l'hôpital de X et lui a permis d'absorber la forte augmentation de ses dépenses. Cependant elle introduit beaucoup d'incertitudes sur les financements futurs et risque ainsi de rompre le pacte social en vigueur (difficulté dorénavant à intégrer les CDD, nécessité de fonctionner continuellement avec un volant de CDD absorbant les fluctuations d'activité). La tarification à l'activité va introduire un mode de gestion « *qui tamponne directement la gestion de la fonction publique* » (DRHCH) puisqu'elle exige de maintenir constamment un volume suffisant de personnels sous statut précaire. « *Pour toutes celles qui arrivent, pas d'embauche. On nous a bien dit : 'si l'activité fonctionne, on embauchera, si elle ne fonctionne pas, on débauchera'. On est entré dans un système commercial. D'ailleurs même dans les documents de la Haute Autorité Sanitaire, on ne parle plus de patients mais de clients* » (CAT).

4-2-2 Un renouvellement du corps social éventuellement déstabilisant

Plus du tiers des agents travaillant dans l'hôpital en 2004 n'y étaient pas présents en 2000 (31 créations de postes en 3 ans dues à la réduction du temps de travail, 76 créations de postes pour intégrer les personnels de la clinique Saint J). 40% des médecins et 50% des cadres, présents dans l'établissement en 2004, ont été recrutés ou nommés dans leur fonction depuis 2000. La cohésion sociale de l'établissement risque d'être mise à mal par cette modification importante du corps social. Une perte de repères et de valeurs est possible (projet d'établissement 2005-2009, p.68), ainsi que la perte de la mémoire des événements passés (réorganisation de 1995, par exemple).

4-2-3 Une fusion des personnels inachevée

On constate une hétérogénéité dans les modes de fonctionnement des deux sites. Les « vieilles habitudes » reviendraient sur le site de la clinique : les routines héritées du temps de la congrégation religieuse se réinstalleraient et les « réorganisations » imposées par SG (dans le cadre d'un projet d'accréditation) seraient progressivement abandonnées. Les problèmes d'intégration des personnels les moins « mobiles » et les moins « adaptables » seraient alors différés jusqu'à la réunion sur un seul site. Notons qu'un seul service, celui de la clinique ouverte, est concerné par ce phénomène et que lors du regroupement des services sur un seul

site, des départs en retraite auront eu lieu, réduisant d'autant le nombre d'agents « mal » intégrés.

4-2-4 Les départs en retraite et la démographie des professions de santé

Le centre hospitalier de X, comme les autres hôpitaux français, a procédé à de nombreux recrutements au cours des années 70. Au cours des cinq prochaines années, nombre de médecins et de personnels hospitaliers vont partir en retraite et la démographie des personnels de santé (notamment la démographie médicale) est telle que leur remplacement sera très difficile. Ajoutons que le vieillissement des personnels, dans des professions très exigeantes physiquement, laisse prévoir de probables difficultés de fins de carrière. Notons enfin que la convention « clinique ouverte » sera probablement remise en cause, lors du départ en retraite du principal chirurgien libéral.

« Maintenant certains commencent à penser, me semble-t-il, qu'il n'y a plus rien à craindre, que l'hôpital est 'sauvé'. Mais nous sommes, comme beaucoup d'hôpitaux, dans une situation relativement fragile, compte tenu des départs en retraite du personnel médical dans les cinq ans qui viennent et de la démographie médicale » (DGCH).

4-2-5 Les nouvelles compétences exigées des hospitaliers

Le plan « hôpital 2007 » met en place une nouvelle gouvernance : l'hôpital s'organise en pôles de soins, dirigés par un médecin assisté d'un cadre de santé et d'un responsable administratif. Ces pôles disposent d'une délégation de gestion et de décision. Des contrats d'objectifs et de moyens sont passés entre le chef de pôle et le directeur. Un conseil exécutif composé de médecins et de responsables administratifs est créé. Cette nouvelle organisation demande que les médecins chefs de pôles aient des compétences financières, sachent organiser le travail de l'équipe, planifier, gérer les conflits ... autant de compétences étrangères à une grande partie des praticiens. D'où la mise en place de formations dans certains hôpitaux. (Le Monde Economie, 10 janvier 2006, p. VIII).

En sus de ces compétences « managériales », des compétences relationnelles semblent dorénavant devoir être possédées par les praticiens hospitaliers : savoir parler aux patients, « *communiquer avec les médecins de ville* » (MP). Faute de ces compétences, la transformation des hôpitaux publics en « trauma-centers » (établissements recevant toutes les urgences, alors que les opérations chirurgicales programmées se dérouleraient dans les cliniques privées), amorcée dans certaines villes, pourrait s'accroître. L'exigence d'une triple compétence (médicale, gestionnaire et relationnelle) risque de rendre le recrutement particulièrement difficile.

ANNEXE 1: GLOSSAIRE

AS : aide-soignante
ASH : agent des services hospitaliers
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CA : conseil d'administration
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : commission médicale d'établissement
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CTE : comité technique d'établissement
DDASS : Direction Départementale à l'Action Sanitaire et Sociale
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
FPH : Fonction Publique Hospitalière
IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

ANNEXE 2 : Liste des personnes interviewées entre août 2005 et janvier 2006 (et codes de référence)

Le maire de la ville X, président du conseil d'administration de l'hôpital (*MP*)
Le directeur adjoint de l'ARH (*DARH*)
Le directeur régional du groupe « cliniques privées » (*DSG*)
La directrice de l'établissement de X du groupe « cliniques privées » (*DESG*)
La directrice de la DDASS (entretien téléphonique car mutation dans une autre région) (*DDASS*)
Le directeur de l'hôpital (*DGCH*)
Le directeur des ressources humaines (*DRHCH*)
Le médecin président de la CME (*PCME*)
Un chirurgien libéral (en convention « clinique ouverte » avec l'hôpital) (*CL*)
Un représentant de la CFDT, membre du conseil d'administration de l'hôpital, secrétaire du CHSCT, personnel technique (*CAT*)
Un cadre de santé, membre du conseil d'administration de l'hôpital, élu CFDT, membre du comité de pilotage (*CAB*)
Une déléguée CGT, infirmière de bloc opératoire (agent de la clinique intégré) (*IDEB*)
Une déléguée CFTC, infirmière (agent de la clinique intégré) (*IDET*)
Une infirmière de bloc opératoire (agent de la clinique intégré, membre du CE), membre du comité de pilotage (*IDEM*)
Une adjointe administrative (agent de la clinique intégré, (agent de la clinique intégré, membre du CE), membre du comité de pilotage (*ACT*)
Une aide-soignante, (agent de la clinique intégré, membre du CE), membre du comité de pilotage (*AM*)

Pour certaines des personnes de cette liste, deux entretiens (voire trois) ont été réalisés.