

Ecole Nationale de la Santé Publique

**LE PROJET DE FUSION ENTRE UN HOPITAL LOCAL ET
UNE MAISON DE RETRAITE**

**ANALYSE STRATEGIQUE ET ENJEUX DE LA DEMARCHE DE
RAPPROCHEMENT ENTRE L'HÔPITAL LOCAL DE GRANDRIS ET LA MAISON
DE RETRAITE DE LETRA**

Jean-Mathieu DEFOUR

Mémoire de Directeur d'Etablissements Sociaux
et Médicaux-Sociaux Publics
Promotion 1998 – 1999

REMERCIEMENTS

A Dominique DOLLET, Directeur de l'Hôpital Local de Grandris, mes plus vifs remerciements.

Vous nous avez apporté en tant que professionnel et maître de stage, votre expérience du terrain et votre clairvoyance. Que ce travail, fruit d'une collaboration enrichissante, soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A l'ensemble des personnels de l'Hôpital Local de Grandris et de la Maison de Retraite de Letra pour leurs conseils et le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer, nos remerciements et notre considération.



Département du Rhône par Cantons

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : LE CADRE D'INVESTIGATION	11
1 LA METHODE D'INVESTIGATION.....	12
1.1 Le recueil des informations	12
1.1.1 <i>Le terrain d'observation</i>	12
1.1.2 <i>La collecte des textes législatifs et réglementaires</i>	12
1.2 L'apport de l'analyse stratégique	13
1.2.1 <i>Les enjeux de l'analyse stratégique pour les établissements sanitaires et sociaux</i>	13
1.2.2 <i>Une analyse stratégique adaptée aux établissements sanitaires et sociaux publics</i>	14
2 PRESENTATION DU CONTEXTE	15
2.1 Analyse interne des deux établissements	15
2.1.1 <i>La maison de retraite de LETRA</i>	15
2.1.1.1 <i>Présentation de l'établissement</i>	15
2.1.1.2 <i>La carence principale de la maison de retraite : une architecture obsolète</i>	17
2.1.1.3 <i>Les atouts de la maison de retraite</i>	21
2.1.2 <i>L'hôpital local de GRANDRIS</i>	22
2.1.2.1 <i>Présentation de l'établissement</i>	23
2.1.2.2 <i>Les faiblesses de l'hôpital local</i>	25
2.1.2.3 <i>Les atouts de l'hôpital local</i>	25
2.2 Analyse de l'environnement des deux établissements	26
2.2.1 <i>Analyse du « macro-environnement »</i>	26
2.2.1.1 <i>La société</i>	26
2.2.1.2 <i>La législation</i>	28
2.2.2 <i>Analyse du « meso-environnement »</i>	29
2.2.2.1 <i>Le contexte démographique du Rhône</i>	29
2.2.2.2 <i>Les besoins en hébergement dans le Rhône</i>	31
2.2.2.3 <i>L'orientation des tutelles</i>	33
2.2.3 <i>Analyse du « micro-environnement »</i>	34
2.2.3.1 <i>La clientèle</i>	34
2.2.3.2 <i>Les concurrents</i>	35
2.2.3.3 <i>Les partenaires</i>	36
2.2.3.4 <i>Les tutelles</i>	36
3 CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	37
DEUXIEME PARTIE : QUELLE COOPERATION ENTRE LES DEUX ETABLISSEMENTS ?	38
1 DEUX SCENARIOS POUR L'AVENIR	39

1.1	L'état d'avancement du projet de rapprochement entre les deux établissements	39
1.2	Analyse des deux scénarios les plus probables	39
1.2.1	Scénario n°1 : une coopération à minima	40
1.2.1.1	Avantages et inconvénients des conventions de coopération	40
1.2.1.2	Avantages et inconvénients des conventions de direction	41
1.2.2	Scénario n°2 : l'achèvement d'un mouvement naturel, la fusion	41
1.2.2.1	La notion de fusion dans le domaine sanitaire et social	42
1.2.2.2	Avantages et inconvénients des fusions	42

2	ANALYSE DES AVANTAGES D'UNE FUSION POUR LES DEUX ETABLISSEMENTS	43
2.1	Assurer la pérennité des deux établissements	43
2.1.1	Eviter la disparition de la maison de retraite	43
2.1.2	Une dynamisation de l'hôpital local	45
2.2	Une rationalisation administrative et budgétaire	46
2.2.1	Une rationalisation administrative	46
2.2.1.1	Un seul directeur et une équipe administrative renforcée	47
2.2.1.2	Des instances communes	49
2.2.1.3	Une uniformisation des documents	52
2.2.2	Une mise en commun des moyens financiers	52
2.3	Des économies d'échelle	53
2.3.1	La mise en commun de services techniques et logistiques	54
2.3.1.1	La blanchisserie	54
2.3.1.2	L'entretien	55
2.3.1.3	La pharmacie	55
2.3.1.4	La gestion des déchets	56
2.3.2	La gestion et l'approvisionnement des stocks	56
2.3.3	Les systèmes informatiques	56
2.4	Des avantages pour les résidents	57
2.4.1	Une palette de prestations étendues	57
2.4.2	Développer des activités nouvelles	58
2.4.3	La mise en commun de moyens humains	59
2.4.4	La formalisation et l'harmonisation de la prise en charge au niveau des soins	59
2.4.5	Une facilité d'organisation	60
3	CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	60

TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES FACTEURS CLEFS DE SUCCES ET DES ZONES DE RISQUE DANS LE CADRE D'UNE FUSION 61

1	LES FACTEURS CLEFS DE SUCCES	62
----------	---	-----------

1.1	La compatibilité des activités	62
1.2	L'existence de liens préalables	62
1.2.1	<i>Les liens informels</i>	63
1.2.2	<i>Les liens formels</i>	64
1.2.2.1	<i>La convention d'accueil</i>	64
1.2.2.2	<i>Le comité de pilotage</i>	64
1.2.2.3	<i>La convention de direction</i>	68
1.3	La volonté des différents acteurs et notamment du directeur	68
1.3.1	<i>La volonté des conseils d'administrations</i>	68
1.3.2	<i>La volonté des tutelles</i>	68
1.3.3	<i>La volonté du directeur</i>	68
2	LES ZONES DE RISQUE A PRENDRE EN COMPTE	69
2.1	La fusion de deux cultures différentes	69
2.2	La taille du nouvel établissement	70
2.2.1	<i>La notion de masse critique</i>	70
2.2.2	<i>Possibilité de déterminer un seuil au-delà ou en deçà duquel les résultats sont optimaux</i>	73
2.3	Des règles de gestion du personnel propres à chaque établissement	73
2.4	La nécessité d'accompagner le changement	75
2.4.1	<i>Favoriser l'adhésion au projet</i>	75
2.4.2	<i>Construire un projet commun</i>	76
2.4.3	<i>La progressivité du changement</i>	76
3	CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE	77
	CONCLUSION GENERALE	78
	BIBLIOGRAPHIE	80

INTRODUCTION

La notion d'une meilleure intégration de l'hôpital dans son environnement était déjà présente dans la réforme de l'hospitalisation initiée par la loi du 31 décembre 1970. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 renforçait cette incitation à la coopération, les projets d'établissement devant fournir des objectifs de complémentarité avec les autres institutions sanitaires et sociales¹. Groupement d'intérêt public et groupement d'intérêt économique étaient ajoutés aux outils juridiques précédents.

L'ordonnance du 24 avril 1996 renforce de manière considérable ces orientations. La meilleure liaison entre tous les acteurs de santé constitue l'un des fils conducteur de cette réforme sanitaire. Qu'il s'agisse des hôpitaux publics, des établissements privés participant au service public hospitalier, des cliniques privées, de la médecine libérale, du secteur médico-social, l'ensemble du monde sanitaire doit accentuer ses complémentarités et les concrétiser par la mise en œuvre d'action de coopération. Les établissements de soins et notamment les hôpitaux publics, sont tenus de favoriser leur ouverture sur l'environnement².

L'objectif de la réforme hospitalière du 24 avril 1996 est donc double. Une meilleure réponse doit être donnée aux besoins de santé de la population. La maîtrise des dépenses de santé peut être renforcée par ces restructurations.

Nous avons choisi le thème des rapprochements d'établissements comme sujet de mémoire pour trois raisons.

En premier lieu, ce thème concerne l'hôpital local de GRANDRIS, lieu de notre stage long, qui a engagé depuis 1998 une démarche de rapprochement avec la maison de retraite de LETRA.

En second lieu, ce thème récurrent revêt une acuité particulière depuis les ordonnances d'avril 1996. L'obligation de mettre en œuvre des formes de coopération s'imposant aux hôpitaux publics.

Enfin, ce thème nous apparaît essentiel sur le plan du métier de directeur d'établissement sanitaire et social, en raison de son rôle prééminent dans ce type de démarche et, plus généralement, en termes d'élaboration de stratégies d'établissement.

¹ Article L 714-11 du Code de la Santé Publique

² Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O. 25 avril, p.6320

Afin de bâtir notre réflexion nous sommes partis de deux constats :

Le premier constat, émis en 1997 par le Conseil Général du Rhône dans son Schéma Gérontologique : *"un projet de réaménagement de la maison de retraite de LETRA apparaît nécessaire pour maintenir une clientèle suffisante"*.

Le deuxième constat, émis en avril 1998 par la commission de sécurité de l'arrondissement de VILLEFRANCHE autorisant la poursuite de l'exploitation de la maison de retraite de LETRA à condition *"qu'une demande d'autorisation de travaux ou de permis de construire soit déposée avant le 30 mars 1999"*

Le troisième constat, explicité dans le projet d'établissement de l'Hôpital Local de GRANDRIS, fait apparaître le fort isolement de l'institution en externe, et la nécessité de s'inscrire dans une politique d'ouverture afin de mieux remplir ses missions de service public hospitalier.

Partant de ces trois constats notre problématique est la suivante :

Un rapprochement poussé entre les deux établissements peut-il assurer la pérennité de la maison de retraite de LETRA et conforter l'hôpital local de GRANDRIS dans son rôle et ses missions de structure sanitaire de proximité ?

Cette problématique est sous tendue par trois postulats justifiant le projet de rapprochement :

- ❑ Pour les hôpitaux locaux, une dynamique médicale est parfois difficile à maintenir de façon durable dans un environnement peu propice. Par contre, elle est favorisée par l'existence de formules de coopération inter établissement permettant d'atteindre la masse critique souvent indispensable.

- Pour la maison de retraite de LETRA, le rapprochement avec l'hôpital local de GRANDRIS lui permettra d'assurer sa restructuration.
- Pour l'hôpital local de GRANDRIS, le rapprochement avec la maison de retraite de LETRA, aura pour effet de maintenir - voir d'augmenter - son attractivité dans la zone sanitaire considérée.

Nous avons construit notre analyse de ce projet de rapprochement à partir des principes de l'analyse stratégique permettant d'effectuer des choix stratégiques clairs et cohérents à partir d'un diagnostic interne et externe.

Cette démarche d'étude repose sur la formulation de trois hypothèses correspondant aux trois parties de ce mémoire :

- La première hypothèse : *l'environnement dans lequel évoluent les deux établissements est un système complexe et incertain rendant nécessaire un rapprochement entre les deux établissements ;*
- La deuxième hypothèse : *parmi les différents types de rapprochement existant, seul un rapprochement fort de type fusion permettra d'assurer la pérennité des deux établissements ;*
- La troisième hypothèse : *le succès d'une fusion dépendra de la prise en compte des zones de risque inhérent à tout rapprochement de ce type.*

PREMIERE PARTIE : LE CADRE
D'INVESTIGATION

Dans cette partie, nous aborderons successivement : la méthode d'investigation (utilisée pour récolter les informations et les interpréter) et le contexte de la situation (en analysant les deux établissements aussi bien en interne qu'en externe) permettant d'identifier les problèmes.



1 LA METHODE D'INVESTIGATION

1.1 Le recueil des informations

1.1.1 Le terrain d'observation

Notre terrain d'observation a été le projet de rapprochement entre l'hôpital local de Grandris et la maison de retraite de Letra.

Les informations ont été recueillies à partir des travaux et documents suivants :

- Participation à des réunions et des entretiens (directeur, médecins, membres du personnel, élus du Conseil d'administration, représentants des tutelles) ;
- Documents relatifs à l'activité des deux établissements ;
- Travaux du comité de pilotage sur le projet de rapprochement ;
- Résultats des enquêtes « *évaluation de la qualité de vie chez les personnes âgées en institution dans le département du Rhône* » et « *évaluation de la dépendance des personnes âgées en institution dans le département du Rhône* » pour la maison de retraite de Letra ;
- Dossiers INSEE « *Les personnes âgées dans le Rhône* »

1.1.2 La collecte des textes législatifs et réglementaires

Comme nous l'avons précisé en introduction, la coopération incitée par les réformes hospitalières de 1970 et 1991 est devenue une ardente obligation depuis l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique est privée.

Le recueil de tous les textes traitant de la coopération s'avère donc utile pour comprendre les possibilités et les contraintes pesant sur les établissements.

Enfin, l'analyse de la dynamique des textes juridiques permet de rechercher une logique à toutes les formes de coopération.

1.2 L'apport de l'analyse stratégique

Une définition de l'analyse stratégique trouve naissance dans " L'acteur et le système " : *" La méthode d'analyse stratégique consiste donc à se servir des données recueillies lors des entretiens pour définir les stratégies que les acteurs poursuivent les uns à l'égard des autres et pour remonter, à partir de là, aux jeux auxquels correspondent et dans lesquels s'insèrent ces stratégies. Ces jeux, à leur tour - et les solutions auxquelles ils aboutissent généralement - renvoient à la structuration des relations de pouvoir qui lient les divers acteurs les uns aux autres et qu'il s'agit justement de faire apparaître pour comprendre les régulations d'ensemble du système d'action étudié et en rendre compte. "*³

1.2.1 Les enjeux de l'analyse stratégique pour les établissements sanitaires et sociaux

L'analyse stratégique est essentiellement un outil méthodologique d'aide à la décision.

Préalable à toute décision, l'analyse stratégique oblige l'établissement sanitaire et social à avoir une vision d'ensemble, impliquant tous ses responsables et l'interroge sur ses grandes options. Elle fait ressortir les buts visés par l'institution ainsi que l'environnement dans lequel s'insère la structure en positionnant tous ses partenaires. Les choix auxquels est confronté l'hôpital local ou la maison de retraite seront éclairés par la démarche et faciliteront la prise de décisions rationnelles qui s'inscrivent en aboutissement, en conclusion logique.

Pour Michel CREMADEZ⁴, la démarche stratégique est une démarche ouverte. *"Elle s'appuie par conséquent sur une analyse de l'environnement qui a pour fonction de permettre aux acteurs hospitaliers de situer leur institution de façon aussi précise que possible à l'intérieur du contexte dans lequel elle se meut et d'identifier les axes majeurs d'évolution de cet environnement"*.

Compromis entre une logique d'entreprise de soins et les contraintes de l'organisation collective du système de santé, la réflexion stratégique sert à valoriser les atouts de l'institution concernée, en évitant les incohérences.

³ Michel CROZIER, « L'acteur et le système », Paris, Editions du Seuil, 1977, p413

Chaque structure, et à fortiori un établissement sanitaire et social, a une identité propre et tient sa personnalité aussi bien de son histoire que de la combinaison unique de ses acteurs (soignants, médecins, gestionnaires...), du contexte où il s'intègre et des habitudes de la population qui la fréquente. Son efficacité est liée à la valorisation de son potentiel. Sa « liberté d'expression » s'arrête là où intervient la cohérence du réseau de soins, objet des plans que la tutelle a pour mission de faire appliquer. En s'appuyant sur les caractéristiques qui lui sont propres, chaque établissement sanitaire et social est amené à mesurer ses atouts face aux obstacles qu'il doit surmonter. Il a ses ambitions et situe les dangers qui peuvent menacer le succès de ses entreprises.

Ainsi, grâce à une connaissance globale et directe, les responsables des établissements sanitaires et sociaux peuvent définir une stratégie pour leur établissement.

1.2.2 Une analyse stratégique adaptée aux établissements sanitaires et sociaux publics

La démarche stratégique adaptée aux établissements sanitaires et sociaux publics est le résultat d'un compromis entre la projection personnalisée de sa logique d'entreprise et la vision des besoins collectifs qui prime dans la planification (qu'elle provienne des Agences Régionales d'Hospitalisation ou des Conseils Généraux). Le croisement de la logique de planification avec celle de la stratégie d'établissement crée un équilibre délicat, puisque aucune des deux ne peut être poussée jusqu'à son terme. Dans leur principe, elles paraissent inconciliables.

De fait, la contradiction qui en résulte donne l'occasion de mettre en œuvre des solutions innovantes. Les réalités de la vie sanitaire et sociale imposent un va et vient entre le souci de cohérence régionale ou départementale et la volonté de développement propre à chaque établissement.

Pour être attractif, un établissement sanitaire et social met en avant sa marque distinctive et ses atouts. Ce peut être son image accueillante, la qualité de ses soins infirmiers et de son animation, le réseau de suivi qu'il assure, l'étendue de la prise en charge qu'il permet. C'est surtout, en fait, la qualité de la prise en charge qu'il assure aux personnes âgées.

⁴ Michel CREMADEZ, « *Le management stratégique hospitalier* », Paris, Editions Masson, 1997

Optimiser cette prise en charge consiste pour l'établissement sanitaire et social à perfectionner chaque jour l'infrastructure des moyens et de bonne organisation dont l'ensemble des agents a besoin pour accomplir sa tâche.

2 PRESENTATION DU CONTEXTE

2.1 Analyse interne des deux établissements

Cette analyse a permis de faire un diagnostic préalable des deux établissements : il s'agit de connaître exactement et globalement l'état des forces en présences et de bénéficier secondairement de l'effet « miroir » qui en résulte (réfléchir à une fusion amène une entreprise à regarder ses forces et ses faiblesses). D'autre part, ce diagnostic préalable permet aux deux établissements de mieux se connaître. En effet, dans le cadre d'un rapprochement, la méconnaissance réciproque empêche la nouvelle entité créée de valoriser les potentiels et de mettre en place des synergies.

2.1.1 La Maison de Retraite de LETRA

2.1.1.1 Présentation de l'établissement

Située sur le territoire de la commune de LETRA, la Maison de Retraite "Jean COMBET" a pour origine le legs d'une propriété de Monsieur Jean-Antoine COMBET en 1885, qui souhaitait la création d'un établissement accueillant les malades et les nécessiteux sur la commune de LETRA. Un décret présidentiel de Jules GREVY en 1887 autorise la création d'un hôpital-hospice de 10 lits.

Actuellement, la maison de retraite est un établissement public autonome qui accueille 60 personnes âgées et qui dispose d'une section de cure médicale.

La Maison de Retraite a pour missions :

- d'assurer l'accueil et l'hébergement des personnes âgées;
- d'assurer des soins courants ou de cure médicale ;
- de favoriser l'intégration sociale des personnes âgées.

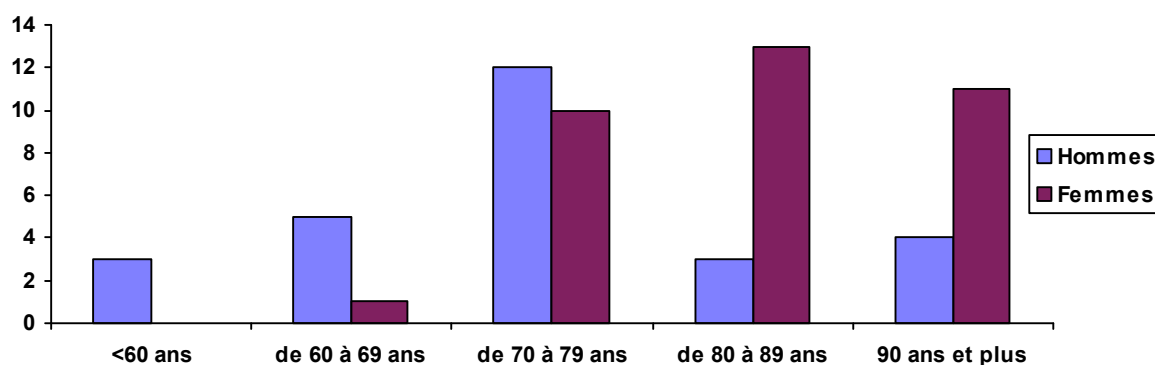
Or actuellement les locaux sont vétustes et la Maison de Retraite a de plus en plus de mal à assurer ses missions et les obligations de sécurité qui lui incombent.

□ Population accueillie

La Maison de retraite de LETRA dispose d'une capacité d'accueil de 60 lits dont 26 lits de cure médicale (20 lits de cure médicale + 6 lits autorisés depuis 1992 mais qui n'ont été financés qu'à compter du 1er novembre 1998).

La grande majorité de la population hébergée a plus de 75 ans : 69%. Plus d'un quart a plus de 90 ans.

Répartition en fonction du sexe et de l'âge



Le niveau de dépendance des résidents accueillis (selon la grille AGGIR) se répartit ainsi:

(Résultats de l'évaluation au 05/05/1998)

GROUPES (GIR)	Effectifs	%	
GROUPE 1	4	7.02	7.02
GROUPE 2	13	22.81	29.82
GROUPE 3	20	35.09	64.91
GROUPE 4	10	17.54	82.46
GROUPE 5	4	7.02	89.47
GROUPE 6	6	10.53	100.00
TOTAL	57	100	

Au total, la population de la Maison de Retraite est une population plus jeune que la population des établissements du département et plus masculine. C'est une population fortement dépendante puisque 87% relèverait d'un hébergement médicalisé alors que seulement un tiers des lits sont médicalisés.

□ Le personnel

L'organigramme du personnel est le suivant (en Equivalent Temps Plein au 31/12/1998):

Section hébergement		Section cure médicale	
Qualification	Effectif 1998	Qualification	Effectif 1998
Administration	2.75	Médecins	0.20
Cuisines	3.00	Surveillante	
Blanchisserie	2.00	Infirmières	2.25
Entretien	1.00	Kinésithérapeute	0.15
Animation	1.00	Aides-soignantes	6.00
Aide-soignante de nuit	1.00		
A.S.H.	6.5 (dont 1 de nuit)		
Psychologue	0.20		
Total	17.45	Total	8.6
Total général	26.05		

2.1.1.2 *La carence principale de la maison de retraite : une architecture totalement obsolète*

Datant de 1962, la partie la plus récente de l'établissement a fait l'objet de travaux "d'humanisation" entre 1979 et 1983 consistant essentiellement en la création de petits cabinets de toilette et installation d'appels malade dans les chambres.

La cuisine a été entièrement restructurée en 1987.

Cependant le problème majeur posé depuis une dizaine d'années est lié à l'évolution de la dépendance des personnes accueillies.

Actuellement la vétusté des locaux pose des problèmes de fonctionnement à l'établissement tels que :

- ⇒ inadaptation du cadre de vie aux demandes d'entrées, notamment pour l'accueil des personnes dépendantes physiquement et psychiquement ;
- ⇒ difficultés de coexistence entre les personnes ;
- ⇒ manque de fonctionnalité ;
- ⇒ coût élevé d'entretien et de maintenance des travaux.

□ Une architecture devenue obsolète

La Maison de Retraite se compose de 3 bâtiments sur 4 étages :

Le bâtiment principal, construit entre 1962 et 1964, s'élève sur 4 niveaux et regroupe l'essentiel des secteurs d'activité, dont l'hébergement de la majorité des résidents (soit 49 lits).

En contrebas, au niveau -1, un bâtiment construit en 1976 regroupe une salle d'animation, un office et un local de stockage relié au bâtiment principal par une galerie.

Le bâtiment ancien, ancien hospice datant du 19^{ème} siècle. Ce bâtiment compte également 4 niveaux. La seule liaison existante avec le bâtiment principal se fait au niveau 1 (rez-de-chaussée du bâtiment ancien communiquant avec le 1^{er} étage du bâtiment principal)

Ce bâtiment comporte un secteur "restauration" (dépendance des cuisines, salle à manger du personnel), un secteur "services généraux"(garage, atelier, locaux de stockage) un secteur "hébergement" de 8 lits et le secteur administratif.

Le bâtiment annexe, il n'existe aucune liaison directe entre ce bâtiment et les autres. Il comprend un secteur "services généraux" (atelier et stockage), une salle de réunion, un secteur "hébergement" de 4 lits et un logement de fonction occupé occasionnellement.

La surface des chambres : Les chambres accueillent 1 à 4 lits, la surface moyenne par personne hébergée est de 9,33m² y compris le cabinet de toilette lorsqu'il y en a un (les normes de référence MAPA imposent une surface de 16m² pour une chambre à un lit y compris le cabinet de toilette).

Au total on compte : 17 chambres à 1 lits (11,44 m²/pers.)

18 chambres à 2 lits (17,14 m²/pers.)

1 chambre à lits et 1 à 4 lits (33,26 m²)

□ *Ayant des incidences sur la qualité de l'accueil*

✓ <i>L'aménagement intérieur</i>	<i>Ensemble des maisons de retraite médicalisées non majoritairement</i> 826 résidents = 100% %	<i>Maison de Retraite de LETRA</i> %		
		<i>Résidents</i> 21 = 100%	<i>Familles</i> Effectif = 7	<i>Membres du personnel</i> 22 = 100%
<i>Très bien</i>	49.0	38.1	2	4.5
<i>Moyen, pas mal</i>	44.8	52.4	3	40.9
<i>Pas très bien</i>	2.1	4.8	0	54.5
<i>Ne sait pas</i>	4.1	4.8	2	0.0

⇒ Il n'existe **qu'un ascenseur** desservant uniquement le bâtiment principal. Les autres bâtiments ne sont équipés que d'escaliers(dont un escalier en bois dans le bâtiment ancien);

⇒ Les bâtiments sont indépendants les uns des autres : seuls les niveaux 1 du bâtiment ancien et du bâtiment principal communiquent. **L'accès au bâtiment annexe se fait par l'extérieur ;**

- ⇒ Il existe très peu de locaux de rangement ce qui implique un encombrement des locaux (les chariots de ménage sont placés dans les salles de bain, le chariot de linge propre est stocké dans une chambre...);
- ⇒ **L'absence de W-C dans les chambres** nécessite pour la grande majorité des personnes l'installation de fauteuils garde robe à côté du lit ;
- ⇒ Les W-C (3 par étage dans le bâtiment principal) ne sont pas accessibles aux fauteuils roulants ;
- ⇒ Le faible nombre de chambres individuelles implique trop souvent des déménagements pour gérer les conflits de voisinage ;
- ⇒ L'encombrement des chambres ne permet pas le service des repas dans celles-ci pour les résidents les plus dépendants ;
- ⇒ L'existence d'une seule salle à manger de taille restreinte implique pour les repas l'organisation de deux services : un premier pour les personnes les plus dépendantes, un deuxième pour les résidents autonomes. D'autre part les difficultés de transfert des résidents en fauteuil roulant dus à l'ascenseur unique entraînent des horaires de repas suivants :

	Lever	petit déjeuner	déjeuner	dîner	coucher
Pers. les plus dépendantes	début à 5 h 30	l'installation début à 7 h 30, le repas à 8 h 00	l'installation début à 10 h 15, le repas à 10 h 45	l'installation début à 16 h 15, le repas à 16 h 45	début à 17 h 30
Autres résidents	début à 6 h 30	8 h 00	12 h 00	18 h 30	début à 19 h 00

- ⇒ Ces problèmes de transfert entraînent aussi le stationnement permanent des résidents les plus dépendants dans le couloir, ce qui pose de réels problèmes de sécurité.

❑ Un établissement qui n'est plus en conformité du point de vue de la sécurité

Etablissement recevant du public, la Maison de Retraite Jean Combet est de ce fait assujettie au règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique.

Or, actuellement les bâtiments de la Maison de retraite ne sont pas aux normes de sécurité en vigueur :

- Pas de détection incendie dans les chambres ;
- Les bâtiments anciens et annexes n'ont pas d'issues de secours ;
- Le bâtiment ancien comporte des planchers en bois, un escalier en bois ;
- Le bâtiment annexe présente des risques en matière de sécurité.

En 1986, la Commission de Sécurité de l'Arrondissement de Villefranche avait déjà émis plusieurs prescriptions. Certaines avaient pu être réalisées entre 1991 et 1993 dans le bâtiment principal.

Cependant, la plupart des prescriptions de la commission n'avaient pas pu être réalisées compte tenu de la complexité constructive des lieux.

En 1995, la société AFITEST a été mandatée par la Maison de Retraite afin d'élaborer un diagnostic de sécurité des personnes et des installations électriques.

Sur 14 grands points (résistance au feu des structures, couvertures, façades, cloisonnement intérieur, conduits et gaines, dégagements, aménagements intérieurs, désenfumage, chauffage-ventilation-ECS, installation de fuel, installation de gaz, installation des cuisines, moyens de secours, garde-corps), il est fait 70 propositions de mise en sécurité classées par degré d'urgence ; sur ces 70 points, plus de 40% sont considérées comme très urgents à réaliser.

Depuis, aucune amélioration n'a été effectuée et différentes commissions de sécurité ont été réunies.

La dernière datant du 28 avril 1998 et concluant **"La commission demande que toute demande d'autorisation de travaux ou de permis de construire soit déposé au plus tard le 30 mars 1999 pour les travaux faisant l'objet d'un degrés d'urgence de niveau 1."**

Devant ce constat, le Conseil d'Administration, en sa **séance du 23 juin 1998**, a décidé d'avoir recours aux services d'un économiste pour chiffrer le coût des travaux de mise en sécurité des bâtiments. Dans ses conclusions l'estimation du coût total des travaux de sécurité se monte à **3 777 192,00 francs**.

L'estimation du montant de l'opération par la Direction Départementale de l'Equipement incluant les aléas et les honoraires, donne un coût total de **5 060 000,00 Francs**

□ Le projet architectural de la Maison de Retraite de LETRA

Dès 1990 le Conseil d'Administration a souhaité une approche globale des problèmes liés à la sécurité et au cadre de vie, et l'élaboration d'un projet d'aménagement global.

A partir de 1993, un dossier architectural a été travaillé en collaboration avec les services de la D.D.E.. Un pré-programme a été remis par la D.D.E. le 14 février 1997. Ce pré-programme présente plusieurs possibilités pour l'aménagement de la maison de retraite suivant la part de conservation du bâti existant et la destination des locaux maintenus, les coûts sont élevés et oscillent entre : 21,27 et 25,63 millions de francs.

Cependant, les principaux partenaires financiers, notamment le Département, apparaissent peu enclin à participer au financement des travaux d'humanisation et de modernisation d'une Maison de Retraite isolée.

2.1.1.3 *Les atouts de la Maison de retraite de LETRA*

□ Un établissement ouvert sur l'extérieur

La Maison de Retraite de LETRA participe à la vie locale.

Depuis 1980, elle accueille les membres du "CLUB DU TROISIEME AGE" de LETRA, qui s'est ouvert aux populations des villages voisins. Cette association qui a élu son siège social à la maison de retraite se réunit tous les jeudis et propose des activités toute l'année aux résidents et à la population locale.

En 1993, un service de portage de repas à domicile, géré par l'Association d'aide à Domicile en Milieu Rural (A.D.M.R.) de SAINT LAURENT D'OINGT, est créé à partir de la Maison de Retraite. Il couvre plusieurs communes du canton.

En 1991 une convention de secteur a été signée avec le centre spécialisé de SAINT CYR AU MONT D'OR. Cette convention prévoit deux vacations mensuelles, regroupées sur une journée, d'un médecin psychiatre permettant la consultation des personnes présentant des troubles psychiques ;

Depuis février 1997, mise en œuvre d'une convention d'accueil commune avec l'Hôpital Local de GRANDRIS.

□ La satisfaction globale des résidents

✓ <i>Finale^{ment}, en pensant à tout ce dont on vient de parler, diriez vous que vous êtes satisfait ?</i>	<i>Ensemble des maisons de retraite médicalisées non majoritairement</i> 826 résidents = 100% %	<i>Maison de Retraite de LETRA</i> 21 résidents = 100% %
<i>Oui, très satisfait</i>	44.4	47.6
<i>Oui, assez satisfait</i>	49.5	52.4
<i>Non, pas très satisfait</i>	3.9	0.0
<i>Non, pas du tout satisfait</i>	0.8	0.0
<i>Ne sait pas</i>	1.3	0.0

Cet établissement est un lieu de vie apprécié des résidents du fait de la grande motivation du personnel qui a élaboré un projet de vie qu'il tente de mettre en application malgré les difficultés matérielles en restant très attaché au lien avec l'extérieur.

□ Un bon taux d'activité

Malgré ses difficultés, cet établissement présente un excellent taux d'activité puisque pour 1998 le taux de "remplissage" était de 95%.

La situation financière de la maison de retraite est saine, cependant sa capacité d'autofinancement est très faible.

2.1.2 L'Hôpital Local de GRANDRIS

Commune d'environ 1.000 habitants, GRANDRIS est située dans une zone de moyenne montagne (450 mètres) dans la vallée de la Haute Azergues. Son activité économique est principalement consacrée à l'agriculture et aux métiers du bois, ceci concerne un tiers de la population active (39 % du territoire de la commune est boisé). Elle est le site d'implantation de l'Hôpital Local bien que le chef lieu du Canton soit LAMURE SUR AZERGUES distant d'environ 5 kilomètres. Ces dernières années, elle s'est attachée au développement du « tourisme vert »

Les grandes villes alentours sont : VILLEFRANCHE SUR SAONE et TARARE à 30 minutes (environ 30 Km), LYON et ROANNE à 1 heure (environ 50 Km).

2.1.2.1 Présentation de l'établissement

L'Hôpital Local de GRANDRIS a été fondé, par décret du Président de la République Jules GREVY, en 1882 suite à un legs privé fait à la commune en 1872.

Depuis 1992, il est constitué de 10 lits de médecine, 50 lits de long séjour et 50 lits de maison de retraite (dont 25 médicalisés) par arrêté préfectoral du 25 octobre 1991 qui fait suite aux travaux d'humanisation des bâtiments.

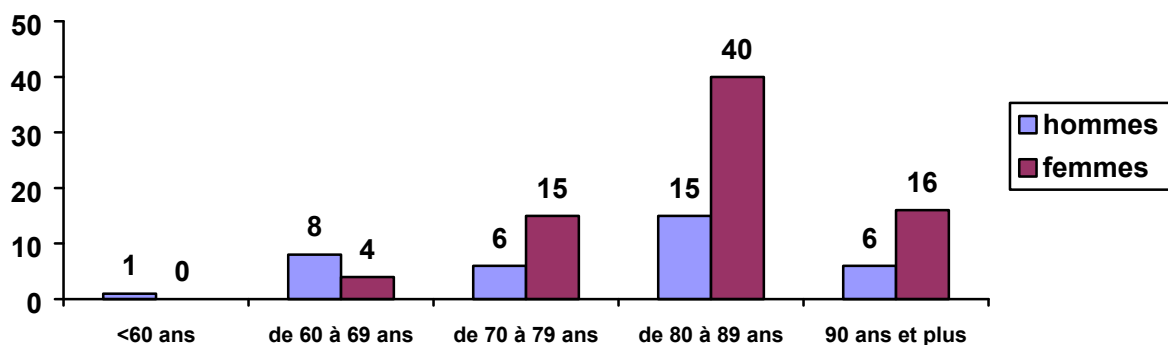
Il est d'une architecture classique, composé de 2 pavillons distincts d'hospitalisation ou d'hébergement ne communiquant que par **le rez-de-chaussée**. A cet ensemble s'ajoutent divers bâtiments n'ayant pas été pris en compte dans l'humanisation : il s'agit des cuisines, de la blanchisserie, d'un bâtiment annexe et du chalet (lieu de vie et de restauration de la maison de retraite).

Dans le cadre du nouveau découpage sanitaire, il se trouve rattaché au secteur 9.

□ Population accueillie

L'Hôpital Local de GRANDRIS est un Hôpital à orientation gériatrique (moyenne d'âge en 1995 : 83 ans).

La répartition des résidents et hospitalisés selon l'âge et le sexe est la suivante :



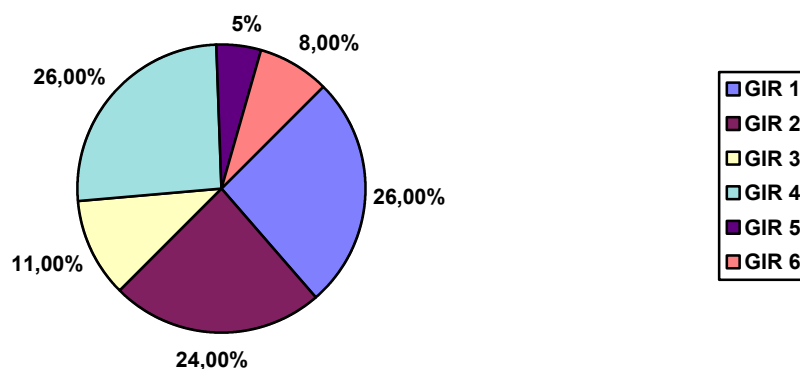
Le niveau de dépendance des résidents accueillis (selon la grille AGGIR) se répartit ainsi :

(Résultats de l'évaluation au 31/12/1998)

GROUPES (GIR)	Effectifs	%	
GROUPE 1	26	26.00	26.00
GROUPE 2	24	24.00	50.00
GROUPE 3	11	11.00	61.00
GROUPE 4	26	26.00	87.00
GROUPE 5	5	5.00	92.00
GROUPE 6	8	8.00	100.00
TOTAL	100	100	

61% des résidents appartiennent aux trois premiers groupes.

Répartition selon la grille AGGIR



□ Le personnel

Le tableau des emplois non médicaux est le suivant (en Equivalents Temps plein):

Services administratifs		Services de soins		Services généraux		Divers	
Qualification	Effectif 01/01/99	Qualification	Effectif 01/01/99	Qualification	Effectif 01/01/99	Qualification	Effectif 01/01/99
Directeur IV cl	1	Surv. Chef.	1	OPQ	1	Aumônier	0.1
Adj Des cadres	1	IDE cl sup	1	OPS	6	Animateur	1
Adj. Hosp.	1	IDE cl norm	8	AES	3	Kiné.	1
Adj. Adm.	1	AS cl sup	6			Pharmacien	0.5
Ag. Adm .	1	AS cl norm	19			Psychologue	0.2
Secr. Med.	0.5	ASHQ 1ère C	3				
		ASHQ 2ème C	10.5				
Total	5.5	Total	48.5	Total	10	Total	2.8
TOTAL ENTITE				66.8			

2.1.2.2 Les faiblesse de l'hôpital local de Grandris

La principale faiblesse de l'hôpital local de Grandris provient de son relatif « enclavement » que l'établissement doit compenser par un important travail en réseau.

2.1.2.3 Les atouts de l'hôpital local de Grandris

□ *Un établissement entièrement restructuré*

L'hôpital local de Grandris a été entièrement restructuré et humanisé entre 1988 et 1992. Un nouveau bâtiment a été construit, l'ancien bâtiment a été restructuré et complètement rénové.

En 1998 et 1999, l'hôpital a entièrement aménagé une nouvelle salle de kinésithérapie et restructuré et mis aux normes sa blanchisserie.

□ *Un hôpital avec des projets*

Dans ses projets à courts et moyens termes, l'hôpital travaille à la construction d'une nouvelle cuisine, à l'aménagement d'un self service ainsi qu'à la création d'un service de soins de suite et de réadaptation.

□ *Un hôpital qui s'ouvre sur l'extérieur*

L'hôpital local de Grandris accueille un centre médico-psychologique.

Des conventions ont été passées avec les Centres Hospitaliers de TARARE, ALIX et SAINT CYR au MONT D'OR.

□ *Un bon taux d'activité*

L'hôpital local de Grandris présente un bon taux d'activité en section de log séjour et en section maison de retraite.

En 1998, l'activité de la section médecine se trouve par une augmentation du nombre d'entrées directes et une durée moyenne de séjour qui baisse. Ce dynamisme se retrouve au travers de l'analyse des actes puisque pour la première année on enregistre 17 examens « coûteux » (scanner, I.R.M., scintigraphie).

Ce bon taux d'activité permet à l'hôpital local d'être un établissement « bien doté » et de jouir d'une bonne santé du point de vue budgétaire.

2.2 Analyse de l'environnement des deux établissements

Cette analyse permet de connaître la position des établissements dans leur environnement : il s'agit de mieux connaître l'environnement afin d'en déceler les évolutions à la recherche d'opportunités de développement.

2.2.1 Analyse du « macro-environnement »

D'après M. Crémadez⁵, « *Le macro-environnement peut être défini comme l'environnement général commun à toutes les organisations et à toutes les activités, qu'elles soient ou non liées au domaine d'activité. Ce macro-environnement est le lieu où s'opère des transformations d'ordre technique, économique, politique, culturel et social qui vont exercer des effets sur une longue période* ». Ces évolutions ne sont pas aisément discernables sans un effort de prospective important avec tout ce que ce genre d'exercice implique d'incertitude. Nous nous sommes cependant attaché à observer l'évolution de la société en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ainsi que l'évolution de la législation concernant les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

2.2.1.1 La société

□ Les mutations sociales

L'ensemble des conditions de vie actuelles contribue « *à maintenir une vie sociale des actuelles personnes de 61-70 ans proche de celle des jeunes* ». Aujourd'hui, c'est après 70 ans que la coupure se fait. A cet âge, un français sur deux se retrouve veuf. Cette rupture, souvent brutale « *est une étape essentielle du vieillissement* »⁶.

Le vieillissement comporte deux aspects, biologique et social, qui ne sont pas sans rapports. Les associations de retraités insistent sur le fait que le vieillissement n'est pas uniquement démographique et que rester actif retarde le seuil de dépendance.

A l'inverse, des facteurs sociaux comme l'isolement, la pauvreté ou l'exclusion ont un impact sur la santé physique et mentale des personnes et donc de la dépendance. Ces facteurs ont pris de l'importance au cours de la dernière décennie.

⁵ Michel CREMADEZ, op. cit., p.67

⁶ CREDOC, « Consommation et modes de vie », n°63, déc.1991.

Actuellement, quatre raisons principales et souvent associées motivent le départ en établissement :

- ❑ les personnes âgées ne veulent pas ou ne peuvent pas être une charge pour leur entourage familial ou proche ;
- ❑ elles ne veulent plus ou ne peuvent plus habiter un logement inadapté,
- ❑ elles ne peuvent plus ou ne désirent plus assurer les nécessités matérielles (courses, cuisine, entretien du linge, ménage, etc.) relatives à leur entretien,
- ❑ elles ne peuvent plus ou ne veulent plus vivre isolées.

Les personnes âgées qui sont le plus susceptibles d'avoir besoin d'aide et de devoir entrer un établissement d'hébergement ont les caractéristiques suivantes :

- sont âgées de plus de 75 ans ;
- sont sans attaches familiales ;
- n'ont pas de pension de retraite liée à leur activité professionnelle passée ;
- dépendent d'une seule source de revenus ;
- vivent en zone urbaine ;
- vivent dans des logements vétustes ou ayant besoin de réparation ;
- ne sont pas propriétaires de leur logement ;
- sont des femmes.⁷

- ❑ L'évolution des styles de vie

Les catégories socioprofessionnelles « employés », « ouvriers » et « sans profession » sont actuellement largement représentées dans les établissements d'hébergement (70%) en raison du nombre important de femmes. La catégorie « sans profession » risque d'aller en diminuant du fait de la croissance de l'activité féminine.

⁷ OCDE, « Politiques urbaines pour les personnes âgées », Paris, 1992.

Le devenir des solidarités familiales. Que vont devenir les solidarités familiales avec la diminution de la taille des familles et l'augmentation de la participation des femmes à la vie active ?

L'aide fournie aux personnes âgées est encore largement prodiguée par les membres de la famille. Mais ils demandent de plus en plus à être aidés, soulagés ou remplacés dans cette tâche. Les demandes d'aides officielles risquent de s'en trouver augmentées. Si elles restent stables mais cessent à partir d'un certain âge des enfants, les personnes accueillies en institution seront très âgées et vraisemblablement très dépendantes.

La mobilité géographique. Le vieillissement de la population est géographiquement très localisé. Du fait que les personnes âgées changent peu de lieu de résidence (les changements se font à l'approche de la retraite), il est possible de connaître à l'avance les besoins sur une commune pour leur éventuelle prise en charge.

Les modes de vie des personnes âgées. Entre 60 et 74 ans, l'autonomie des retraités s'est accrue. Entre 75 et 84 ans, la volonté d'indépendance des nouvelles générations est sensible ainsi que leur capacité à vivre en autonomie financière, physique et intellectuelle. Les personnes de plus de 84 ans ont de plus en plus tendance à vivre seules (40% en 1992)⁸.

2.2.1.2 *La législation*

L'évolution la plus sensible concernant la législation des établissements sanitaires et sociaux est la récente réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 annexé au Décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Cet arrêté stipule les recommandations visant « *à garantir la qualité des prises en charges des personnes âgées dépendantes* ».

2.2.2 Analyse du « meso-environnement »

Pour M. Crémadez, « le méso-environnement comprend l'ensemble des données qui touchent au secteur d'activité, au sens large, dans lequel s'inscrit l'organisation »⁹. Dans notre cas, il comprend tous les éléments qui concernent le secteur sanitaire et social. Nous avons observé les perspectives démographiques du Rhône en matière de vieillissement de la population, des besoins en hébergement ainsi que les orientations des tutelles en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

2.2.2.1 Le contexte démographique du Rhône

Le Rhône abrite 266 000 personnes de 60 ans ou plus. De 1962 à 1990, la population rhodanienne s'est accrue de 400 000 personnes (+35%). Dans le même temps, le nombre d'hommes et de femmes ayant dépassé la soixantaine augmentait de 80 000 (+41%). Le poids de la population âgée dans le département augmente donc. Par rapport à la moyenne nationale (20%) ou régionale (19%), le Rhône apparaît comme relativement jeune: 17,7% des habitants seulement ont dépassés la soixantaine.

Le vieillissement de la population est un phénomène récent. Le vieillissement de la population départementale est encore limité : l'importance des plus de 60 ans était de 17% en 1962, elle atteint à peine 18% en 1990. Entre ces deux dates, en effet, les classes "creuses" nées pendant la première guerre mondiale ont passé le cap de la soixantaine. Quantitativement, ce phénomène a entraîné une stabilisation de 1962 à 1982 du poids des personnes âgées dans la population du département. Depuis 1982, l'arrivée de classes plus nombreuses à ces âges, l'effet de la baisse de la natalité constatée à partir de 1975 ont provoqué un "décollage" de l'importance des "60 ans et plus" qui atteint presque 18% dans le Rhône aujourd'hui.

Le vieillissement de la population va encore s'amplifier. Sous l'effet des raisons précédentes, auxquelles s'ajoutera l'arrivée au troisième âge des classes nombreuses du "baby-boom" de l'après seconde guerre mondiale, ce phénomène ira en s'accroissant jusqu'à l'horizon 2005-2010 au moins.

⁸ INSEE, « La société française », données sociales, 1993

⁹ Michel CREMADEZ, op. cit., p.67

Les projections de population réalisées sur le Rhône après le recensement de population montrent que dans un département qui pourrait compter 1,6 millions de personnes en 2015, les "plus de 60 ans" seraient au nombre de 370 000 (soit 100 000 de plus qu'aujourd'hui). Leur importance dans la population serait alors de l'ordre de 22% soit presque autant que celle des jeunes de moins de 20 ans

L'évolution démographique départementale pourrait se caractériser par un prolongement de l'urbanisation au-delà des limites actuelles des grandes entités urbaines. La population âgée de plus de 60 ans suivrait, dans cette hypothèse, un mouvement analogue. Cela expliquerait que le nombre de personnes âgées soit stable à Lyon "intra-muros", jusqu'en 2015-2020, croissant (+40%) entre 1990 et 2020 dans le cadre actuel de la Communauté Urbaine de Lyon, et fortement croissant dans le reste du département (doublement entre 1990 et 2020). Ce rapide accroissement correspondrait dans ce dernier cas au développement probable des communes de la "deuxième couronne".

Le grand âge prend une place spécifique. 24500 personnes ont dépassé 85 ans dans le département. Cette population a été multipliée par trois depuis 1962. Même si elle pouvait se stabiliser temporairement à l'occasion de l'arrivée des classes nées entre 1914 et 1918, le développement de cette tranche d'âge pose des problèmes spécifiques : isolement, perte de l'indépendance, maladie, etc.

Les personnes âgées vivent majoritairement en ville... mais leur influence est plus forte à la campagne. Compte tenu de la configuration urbaine du département, il n'est pas surprenant que 90% (240 000 personnes) des "plus de 60 ans" soient des citadins. 25 000 personnes âgées seulement sont dénombrées en zone rurale.

Dans les campagnes du département, celles-ci ont cependant une importance relative supérieure, puisqu'elles représentent 19,5% des habitants. Leur concentration est plus nette dans les communes rurales du nord-ouest du Rhône, et moindre dans la zone urbaine et périurbaine du sud-est (Lyon abrite 90 000 personnes de plus de 60 ans). Le poids des plus de 60 ans est supérieur à 22% dans cinq cantons du Rhône : Amplepuis, Beaujeu, Lamure-sur-Azergues, Monsols, Thizy.

Le vieillissement de la population étrangère. Les étrangers âgés deviennent plus nombreux, notamment ceux qui appartiennent à une immigration ancienne (Italiens,

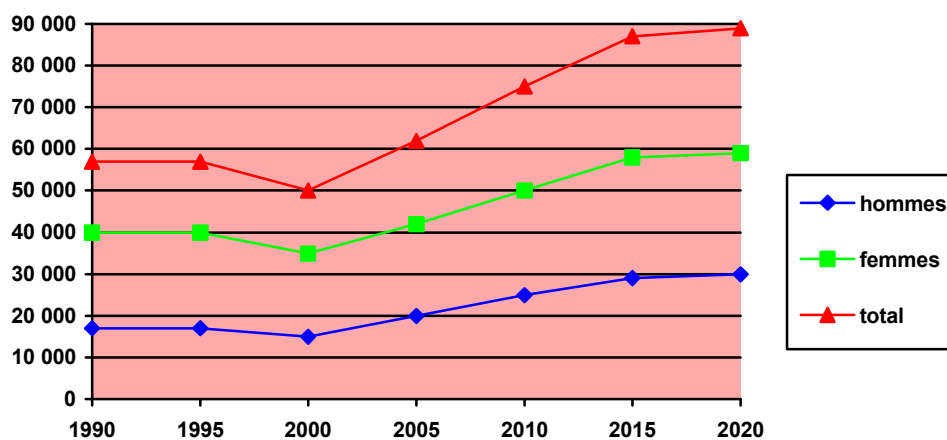
Espagnols)¹⁰. Dans l'ensemble, cette population compte plus d'hommes que de femmes. La majorité des hommes sont de « vieux célibataires ». Les femmes sont plus jeunes que les hommes. Leur condition est précaire car elles ont exercé peu d'activité professionnelle et sont donc tributaires des seules ressources du conjoint.

Comme la plupart des personnes âgées, les anciens travailleurs immigrés se maintiennent là où ils atteignent l'âge de la retraite¹¹.

2.2.2.2 Les besoins en hébergement dans le Rhône

L'enquête SOFRES montre que les résidents des établissements habilités aide sociale du département du Rhône, à l'exclusion des foyers-logement, sont âgés en majorité (74%) de 80 ans et plus.

Les prévisions de l'INSEE font apparaître des perspectives de légère diminution de cette population à court terme (entre 1995 et 2000), suivies d'un accroissement continu sur une longue période:



Selon ces projections, il y aura une diminution d'environ 6000 du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus entre 1995 et 2000. Par contre, leur nombre augmentera de 13 000 entre 2000 et 2005, date à laquelle elles seront 6500 de plus qu'en 1995.

Indépendamment de l'état de santé proprement dit, on sait par ailleurs que l'un des faits qui conduit les personnes âgées à rechercher ou à être dirigées vers un hébergement en institution est **l'isolement**. L'échantillon de résidents interrogé par la SOFRES dans le cadre

¹⁰ Les dossiers INSEE Rhône-Alpes, « Les personnes âgées dans le Rhône », n°33, déc.

¹¹ Informations sociales, « Les personnes âgées dépendantes », n°6/7, sep. oct. nov. 1990 - CNAF

de l'enquête "qualité de vie" est par exemple composé de 91% de personnes seules (61% de veufs, 25% de célibataires et 5% de divorcés), et près de la moitié d'entre eux n'ont pas d'enfants.

Or tous les indicateurs démographiques pertinents attestent que **l'isolement est un fait social en développement continu**:

- le nombre de **ménages composés d'une seule personne** n'a cessé de croître depuis 1960. La proportion était en 1990 de 30% des ménages dans le Rhône, parmi lesquelles 22% étaient composés d'une personne de 60 ans ou plus, soit 9 236 hommes et 29 208 femmes vivant seuls dans le département.
- Diminution du **nombre d'enfants** par famille : en 1990, 55% des familles n'avaient pas d'enfants. Compte Tenu des données démographiques actuelles, le nombre des femmes veuves sans enfants, notamment, ne peut qu'augmenter au cours des décennies à venir.
- Bien que l'on prévoie, au cours des années à venir, un accroissement de l'espérance de vie des femmes et des hommes, rien ne permet de pronostiquer une réduction de l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. Le nombre de femmes veuves, de plus en plus âgées, devrait donc continuer à s'accroître.

Ces éléments conjugués font que l'on s'achemine, sur le plan démographique, vers:

- ⇒ un vieillissement général de la population
- ⇒ une accentuation de la féminisation de la population âgée
- ⇒ un allongement de la vie de cette population
- ⇒ une accentuation de la tendance à l'isolement

Même si l'hébergement en institution n'est pas la seule réponse au vieillissement et à l'isolement, ce faisceau de faits socio-démographiques interroge la collectivité quant aux solutions qu'elle est susceptible d'apporter et de prévoir pour contribuer à la prise en charge d'une population âgée dépendante dont le poids ne va cesser de croître à court et moyen terme.

2.2.2.3 L'orientation des tutelles

□ Le Conseil Général du Rhône : pour une politique de maintien à domicile

A la lecture de son Schéma Gériatologique, il ressort que le Conseil Général du Rhône privilégie une politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Le Conseil Général estime que la capacité en structure d'hébergement collectif est globalement suffisante dans le Rhône (dans les cantons du Bois-d'Oingt et de Lamure-sur-Azergues, l'équipement en lits et en moyen de médicalisation se situe dans la moyenne départementale).

Ainsi pour les établissements devenus vétustes ou inadaptés et qui n'ont pas été ni humanisés, ni rénovés, la question se pose de leur humanisation éventuelle. Dans le cas d'établissements de cette sorte, le Conseil Général estime devoir s'interroger sur leur avenir, en fonction des critères suivants, notamment :

- *taux d'équipement de la zone considérée ;*
- *évolution probable des besoins, en fonction de la situation locale ;*
- *possibilité et intérêt d'une diversification des réponses (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil des personnes handicapées vieillissantes...)*

□ L'Agence Régionale d'Hospitalisation : pour un rapprochement du sanitaire et du social

Dans les « orientations » du SROSS n°2, l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Rhône-Alpes estime que *« la séparation entre le sanitaire et le social, qui relève d'un financement, d'une gestion, de champs de compétence différents, présente des inconvénients pour la prise en charge des problèmes de santé où besoins de soins et besoins à caractère social sont très intriqués : c'est particulièrement le cas pour les personnes âgées et les populations les plus démunies, et les soins de suite ».*

En ce qui concerne les personnes âgées, *« la politique d'aide au maintien à domicile, la prise en charge au sein d'une collectivité, l'organisation adaptée des soins nécessaires doivent se construire en complémentarité. Cela exige :*

- *une connaissance mutuelle des différents intervenants sociaux et de santé,*
- *des relations formalisées entre structures sociales et structures sanitaires, afin de pouvoir bâtir un projet commun de prise en charge de la personne âgée souffrante, dans un cadre de proximité évitant les ruptures avec le milieu socio-familial ».*

2.2.3 Analyse du « micro-environnement »

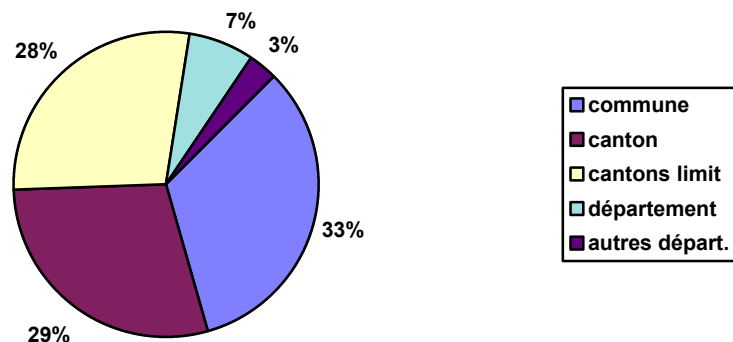
Pour Michel CREMADEZ¹², le micro-environnement « *correspond à l'environnement proche de l'organisation. Il se décrit d'une manière simple par l'identification des différentes entités avec lesquelles l'organisation se trouve en contact (direct ou indirect) compte tenu du rayonnement géographique de ses activités.* »

2.2.3.1 La clientèle des deux établissements

□ Pour la maison de retraite de Letra

La maison de retraite de Letra est située dans le canton du BOIS D'OINGT. Dans ce canton, la population des personnes âgées de 75 ans et plus est supérieure à la moyenne départementale. Dans ce canton, entre 1982 et 1990, on a comptabilisé 213 personnes âgées (de plus de 60 ans) supplémentaires, dont 81 âgées de 75 ans et plus.

L'origine géographique des personnes accueillies est la suivante :



36 % des personnes présentes proviennent de la commune et du canton; 28 % des cantons limitrophes (LETRA est située à la limite du canton du BOIS D'OINGT, et est en bordure des cantons de LAMURE sur AZERGUES, de VILLEFRANCHE et de TARARE).

Le mode d'entrée le plus courant est le transfert à partir d'un hôpital (24% proviennent d'un hôpital spécialisé; 21% proviennent d'un service de soins de suite ou de réadaptation.

¹² Michel CREMADEZ, op. cit., p.60

□ Pour l'hôpital local de Grandris

La zone géographique d'attraction est le canton de Lamure-sur-Azergues correspondant à plus de 50 % des entrées directes toutes sections confondues (67 % pour la Médecine).

La proportion des personnes âgées est très forte dans ce canton mais ne représente qu'une des plus faibles parts de la population âgée du département. Dans ce canton, entre 1982 et 1990, on a comptabilisé 115 personnes âgées (de plus de 60 ans) en plus, dont 37 âgées de plus de 75 ans.

2.2.3.2 Les concurrents

□ Pour la maison de retraite de Letra

Au sein du canton du Bois-d'Oingt, la capacité d'accueil est inférieure à la moyenne départementale. Néanmoins, on constate un important taux d'équipement (lits installés) en maison de retraite (17,16% : 9,65% pour le département).

Dans ce canton, la maison de retraite de Letra est en concurrence avec une maison de retraite associative située au Bois-d'Oingt. Cet établissement dont l'humanisation vient de s'achever est cependant confronté à une mauvaise image de marque dans la population locale et donc à des difficultés de remplissage. Ces difficultés provenant certainement d'un manque de qualification du personnel.

□ Pour l'hôpital local de Grandris

Deux établissements d'hébergement pour personnes âgées sont implantés sur canton de Lamure-sur-Azergues. Une maison de retraite congrégationniste de 36 lits située à CLAVEISOLLES et l'hôpital local de GRANDRIS. L'équipement de ce canton en terme de lits médicalisés est supérieur à la moyenne départementale.

Sur ce canton, il n'y a pas de foyer logement. Il semble néanmoins que certaines actions pour promouvoir l'habitat individuel regroupé serait bien venu, afin de réduire la précarité du logement de certaines personnes âgées.

Il n'existe pas non plus de services de soins à domicile et il n'y a pas de demande spécifique à ce sujet. On observe cependant, depuis 1982, un accroissement du maintien à domicile pour les 60-74 ans.

2.2.3.3 Les partenaires

□ Pour la maison de retraite de Letra

On trouve deux médecins libéraux, des infirmières libérales et un kinésithérapeute. S'y ajoutent trois pharmaciens.

Les établissements : le centre médical spécialisé « Les Bruyères », situé sur la commune de Letra et spécialisé dans le traitement des troubles liés à l'alcoolisme. La maison de convalescence « Mon Repos » au Bois d'Oingt.

□ Pour l'hôpital local de Grandris

La proximité rapprochée : on trouve quatre médecins généralistes situés sur le canton et intervenant tous à l'hôpital. S'y ajoutent trois pharmaciens, neuf infirmières libérales, quatre cabinets dentaires et deux kinésithérapeutes.

La proximité relative : on trouve à équidistance de Grandris (30 minutes) deux centres hospitaliers (TARARE et VILLEFRANCHE)

Les pôles de référence : il s'agit du Centre Hospitalier Régional LYON et du Centre Hospitalier Spécialisé de SAINT CYR au MONT d'OR.

2.2.3.4 Les tutelles

□ Pour la maison de retraite de Letra

Dans son schéma gérontologique, le Conseil Général du Rhône constate qu'un projet de réaménagement de la maison de retraite « *apparaît nécessaire pour maintenir une clientèle suffisante* ».

Cependant, le Conseil Général n'apparaît enclin à aider financièrement la maison de retraite qu'en fonction de l'évolution positive de son rapprochement avec l'hôpital local de Grandris.

D'autre part, une restructuration de la maison de retraite devra s'accompagner d'une perte d'une dizaine de lits.

□ Pour l'hôpital local de Grandris

Tout comme le Conseil Général, l'Agence Régionale d'hospitalisation de Rhône-Alpes mène une politique d'incitation aux regroupements d'établissements.

3 Conclusion de la première partie : un état des lieux qui amène trois constats

L'état des lieux que nous avons dressé nous amène à trois constats :

❶ Les deux établissements concernés par le projet de rapprochement présentent des atouts forts pour conserver leur positionnement dans leur rôle et leurs missions au sein du secteur IX.

✓ Maison de retraite de Letra :
<i>Faible concurrence</i>
<i>Répond à une demande</i>
<i>Bon taux d'activité</i>
<i>Bonne situation</i>
<i>Equipe soignante motivée malgré les mauvaises conditions de travail</i>
✓ Hôpital local de Grandris :
<i>Hôpital de proximité</i>
<i>Etablissement entièrement restructuré</i>
<i>Faible concurrence</i>
<i>Incitation tutélaire à coopérer</i>

❷ Les contraintes économiques et financières d'une part ; les contraintes de sécurité et de qualité des soins d'autre part, pèsent en faveur d'un rapprochement des deux établissements

✓ Maison de retraite de Letra :
<i>Vétusté de l'architecture</i>
<i>Problèmes de sécurité</i>
→ restructuration obligatoire
<i>La maison de retraite ne peut faire cette restructuration seule</i>
<i>Les tutelles ne s'impliqueront dans la restructuration qu'en fonction du rapprochement avec l'hôpital local</i>
✓ Hôpital local de Grandris :
<i>Désenclavement nécessaire</i>

❸ Le maintien de la maison de retraite de Letra en tant qu'établissement autonome apparaît difficilement envisageable du fait de sa petite taille et de ses faibles capacités d'investissement.

DEUXIEME PARTIE : QUELLE COOPERATION
ENTRE LES DEUX ETABLISSEMENTS ?

Dans cette partie, nous étudierons deux scénarios d'évolution possible du projet de rapprochement.

Dans un second temps, nous analyserons les avantages que peut procurer une fusion pour les deux établissements étudiés.



1 DEUX SCENARIOS POUR L'AVENIR

1.1 L'état d'avancement du projet de rapprochement entre les deux établissements

Après avoir conclu une convention d'accueil le 20 février 1997, les deux établissements ont souhaité intensifier leur collaboration.

- Le projet de rapprochement a été délibéré par les deux conseils d'administration en juin 1997, puis validé par les instances consultatives de chaque établissement ;
- Il a ensuite reçu un accueil favorable des services du Conseil Général et de l'Etat en octobre et novembre 1997 ;
- Enfin, une réunion débat avec le personnel a été organisée dans chaque structure en décembre 1997 ;
- 1^{er} janvier 1998 départ de la directrice de la maison de retraite de Letra, celle-ci assure l'intérim jusqu'au 1^{er} juillet 1998 ;
- 1^{er} juillet 1998 le directeur de l'hôpital local de Grandris assure l'intérim de la maison de retraite de Letra ;
- 1^{er} janvier 1999 convention de direction entre les deux établissements, le directeur de l'hôpital local de Grandris est nommé à la tête de la chefferie commune.

1.2 Analyse des deux scénarios les plus probables

Nous pouvons constater que le projet de rapprochement rencontre un accueil favorable chez l'ensemble des acteurs : personnels, tutelles, Conseils d'Administration, directeur. Reste à analyser quelle ampleur peut prendre cette coopération entre les deux établissements : stagnation en l'état actuel ou évolution vers un rapprochement plus poussé ? Nous avons choisi de décrire deux scénarios en tenant compte des dimensions d'incertitude que

constituent les positions des personnels des deux établissements, les positions des deux conseils d'administration et celle du Directeur :

- Un scénario dit de coopération à minima. Il est construit autour de l'hypothèse d'une stagnation du rapprochement du fait des réserves pouvant venir des personnels ou des conseils d'administration ;
- Un scénario « volontariste ». Il est construit autour de l'hypothèse la plus probable d'un renforcement du rapprochement, celui-ci ne rencontrant pas de réticence des différents acteurs et aboutissant à une fusion des deux établissements.

1.2.1 Scénario n°1 : une coopération à minima

Ce scénario est élaboré à partir des hypothèses suivantes :

- Position des personnels réservée envers une coopération éteinte ;
- Position des conseils d'administration réservée envers une coopération éteinte ;
- Le directeur de Grandris souhaite développer la coopération entre les deux établissements.

Dans ce cas, il n'y a pas de grandes modifications par rapport à l'existant. La coopération se développe à minima entre Letra et Grandris sur la base des conventions signées (convention d'accueil, convention de direction), la maison de retraite demeure un établissement autonome.

Certes, ce scénario correspond à une coopération effective entre les deux structures, sous tendue par les conventions déjà conclues. Néanmoins, nous considérons que ce futur possible n'est pas favorable pour les deux établissements impliqués.

Ces hypothèses ne garantissent pas la pérennité à long terme de la maison de retraite. En effet, nous avons pu observer que si les conventions présentent un grand intérêt fonctionnel, elles ne créent pas de liens juridiques suffisamment forts pour que l'un des deux établissements puisse aider l'autre, notamment sur le plan financier.

1.2.1.1 Avantages et inconvénients des conventions de coopération

L'article L713-12 du Code de la Santé Publique stipule : « *dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris*

internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions [...]. »

La convention est un procédé contractuel traditionnel entre des établissements qui conservent leur personnalité morale. Le régime juridique de la convention relève du droit général des contrats.

Les conventions sont un mode de coopération souple et simple, sans grand formalisme permettant d'échapper à un contrôle administratif très lourd. Cependant, celles-ci présentent des inconvénients non négligeables. En effet, pour Gilles Calmes¹³, « *la convention n'est pas constitutive de la personnalité morale et ne peut bénéficier de la qualité d'établissement public. Sa durée et son objet contractuel sont délimités. Excluant la notion de copropriété, elle peut constituer un cadre juridique insuffisant lorsqu'une coopération institutionnelle s'avère nécessaire* ».

1.2.1.2 Avantages et inconvénients des conventions de direction

Dans le cadre d'un partenariat entre deux établissements sanitaires et sociaux, ceux-ci peuvent proposer une direction commune. Le directeur d'un des deux établissements assure la direction de l'autre et peut déléguer cette fonction à un des cadres de direction.

Cependant « l'inconvénient de cette fusion de l'équipe de direction est de faire du directeur un être à visage multiple ».¹⁴

Au total, ce scénario peut satisfaire les deux sites concernés par le projet de rapprochement sur le court terme. Cependant, à horizon plus lointain, le problème de sa restructuration se posera à la maison de retraite de Letra (pas de possibilité de mise en commun des moyens financiers des deux établissements).

1.2.2 Scénario n°2 : l'achèvement d'un mouvement naturel, la fusion

Dans ce scénario, nous prenons comme hypothèses que la position du personnel et des Conseils d'Administration des deux établissements ainsi que du directeur de l'hôpital local de Grandris se prononcent pour une coopération étoffée. Nous obtenons dès lors un scénario qui préfigure une fusion entre les deux établissements.

¹³ Gilles CALMES, « *Coopération hospitalière – L'épreuve de vérité* », Paris, Editions Masson, 1998

¹⁴ Gilles CALMES, op. cit., p58

1.2.2.1 La notion de fusion dans le domaine sanitaire et social

La fusion est une forme de coopération entre établissements de santé qui connaît un progrès certain et récent. Bien que pouvant être imposée par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (article 38 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996), la fusion constitue le plus souvent l'aboutissement en une personne morale unique des liens et des synergies nouées au fil du temps entre deux établissements.

Au sens strict du droit, la fusion éteint les relations contractuelles entre deux entités juridiques indépendantes.

Ainsi pour Gilles Calmes¹⁵, « à l'image de ce qui a été imaginé en matière communale, le législateur a souhaité favoriser la coopération inter hospitalière dans la mesure où elle constitue une condition indispensable au développement, à l'adaptation et à la bonne gestion des moyens que la collectivité nationale consacre à la protection sanitaire et sociale.

Dans ce cadre, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée confirme, à l'identique de celles proposées aux collectivités locales, les formules de fusion inter hospitalière ».

Enfin, dans la plus part des projets de fusion, les objectifs les plus souvent réaffirmés sont le renforcement des complémentarités et une meilleure réponse aux besoins de la population en terme de qualité et de sécurité des soins.

Cinq articles du Code de la Santé Publique ont principalement trait au statut des établissements hospitaliers intercommunaux. Il s'agit des articles L 714-1 et L 714-2 modifiés par l'ordonnance du 24 avril 1996, et R 714-1-1, R 714-1-2 et R 714-2-2. Ces dispositions concernent principalement les conditions de création des établissements intercommunaux.

1.2.2.2 Avantages et inconvénients des fusions

La fusion avec ses procédures spécifiques permet l'optimisation des ressources sanitaires et sociales. Elle produit une plus grande synergie grâce à une seule structure juridique qui rend les arbitrages internes.

Elle conduit obligatoirement à une nouvelle organisation des offres sanitaires et sociales concernées, pour éviter notamment les doubles emplois inutiles. Les moyens

¹⁵ Gilles CALMES, op. cit., p39

financiers, humains et de locaux ainsi dégagés permettent d'offrir de nouvelles prestations à la population grâce à un autofinancement interne.

Cependant, les contraintes de la fusion sont fortes. La culture de chacun des deux établissements est obligatoirement ébranlée : un fort accompagnement humain est à prévoir. Il n'y a pas de marche arrière possible.

Ce scénario est construit autour des hypothèses les plus probables. Il apparaît comme la résultante d'un mouvement de rapprochement naturel débuté en 1997.

Nous allons maintenant analyser les avantages que représente une fusion pour les deux établissements.

2 ANALYSE DES AVANTAGES D'UNE FUSION POUR LES DEUX ETABLISSEMENTS

Pour reprendre la définition du dictionnaire LAROUSSE, un avantage est un « Gain résultant d'un acte juridique ou d'une disposition légale ».

2.1 Assurer la pérennité des deux établissements

L'objectif de la fusion entre l'Hôpital Local de GRANDRIS et la Maison de Retraite de LETRA est double : éviter la fermeture d'un des deux sites, en l'occurrence la maison de retraite, et garantir à la population âgée du secteur le maintien et l'amélioration d'une prise en charge de proximité à laquelle soient alliées sécurité et qualité des soins.

2.1.1 Eviter la disparition de la maison de retraite

La Maison de Retraite de LETRA est confrontée de part la vétusté de son architecture à une double difficulté : des problèmes de fonctionnement et des problèmes de sécurité rendant impératif son humanisation dans les années qui viennent. La fusion avec l'Hôpital Local de GRANDRIS apparaît donc impérative pour éviter la fermeture.

En effet, à l'instar des réformes hospitalières consacrées par les ordonnances d'avril 1996, les perspectives d'instauration d'outils d'évaluation (comme le PMSI, les Systèmes

d'Information Hospitaliers, les Groupes Homogènes de Malades) et d'une instance d'accréditation (comme l'ANAES) se profilent pour les établissements médico-sociaux.

En l'état actuel du projet de réforme de la loi du 30 juin 1975, et dans l'attente d'une intervention législative, il apparaît clairement que l'initiative de la mise en place d'une accréditation sociale doit être anticipée par les établissements. Or l'accréditation, qu'elle s'adresse au monde sanitaire ou qu'elle s'envisage en milieu social et médico-social, interroge les acteurs sur leurs pratiques professionnelles à l'aune d'exigences qualitatives. A la fois évaluation externe et interne, elle replace l'utilisateur au cœur du dispositif de prise en charge sanitaire, voire sociale et médico-sociale.

Ainsi, l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 annexé au Décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes précise les recommandations visant « à garantir la qualité des prises en charges des personnes âgées dépendantes ». Cet arrêté stipule qu'il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. La qualité des prises en charge est tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix. Elle repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour. Dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées au sein de chaque institution, la qualité sera appréciée au regard :

- de la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude et à la qualité d'ensemble de la vie sociale ;
- des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes.

La maison de retraite de LETRA ne peut donc raisonnablement se passer ni de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques professionnelles, ni d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Or comme tous les Etablissements Publics de Santé l'Hôpital Local de GRANDRIS va devoir se lancer dans une procédure d'accréditation. La fusion

devrait permettre à la maison de retraite de bénéficier de l'expérience que l'hôpital va acquérir en matière d'accréditation.

2.1.2 Une dynamisation de l'hôpital local

Le regroupement de ces deux structures permettrait la naissance d'un Hôpital Local Intercommunal de 170 lits. Cette augmentation du nombre de lits étant un argument non négligeable lors de l'attribution de moyens supplémentaires de la part des tutelles, surtout lorsque l'on est en concurrence avec d'autres établissements.

Ce nouvel Hôpital Local permettrait d'offrir à la population de ces deux cantons, l'ensemble de la palette des prestations la plus large possible aux personnes âgées : une médecine de proximité accompagnée de soins de suite et de réadaptation si l'Hôpital Local arrive à mener à bien son projet.

HOPITAL LOCAL INTER-COMMUNAL					
Site de LETRA		Site de GRANDRIS			
Cure Médicale	Hébergement	Médecine	Long séjour	Hébergement	Cure médicale
26	60	10	50	9	41
Total lits		Total lits			
60		110			
Total lits hôpital intercommunal					
170					

Enfin, la mise en œuvre des procédures d'accréditation va conduire à un niveau d'exigence plus élevé (vérifié par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et attendu par la clientèle), plus coûteux aussi, que les établissements pourront sans doute mieux satisfaire ensemble que séparément.

Ainsi donc, bien peu d'établissements de santé pourront rester à l'écart de coopération ou refuser les complémentarités que chercheront à privilégier les Agences Régionales de l'Hospitalisation.

Les complémentarités et la coopération entre les professionnels de santé (hôpitaux, établissements médico-sociaux, cliniques privées et libéraux) vont devenir un élément commun à tous les projets d'établissement des établissements de santé, tant au niveau des

projets médicaux, qu'aussi dans les projets de soins infirmiers, les schémas directeurs informatiques et les programmes pluriannuels d'investissement et d'équipement.

Cet élément figurera aussi dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé et l'A.R.H. visés au titre III de l'ordonnance du 24 avril 1996.

Rappelons que ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements, définissent leurs conditions de mise en œuvre et décrivent les transformations que les établissements s'engagent à opérer dans leurs activités, leur organisation, leur gestion et dans leurs modes de coopération, favorisant leur participation aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements (art L 710-16-1 du code de la santé Publique).

2.2 Une rationalisation administrative et budgétaire

Sur le plan administratif, budgétaire et financier, la fusion doit permettre au nouvel établissement de réaliser la mission qui justifie son existence, avec une meilleure gestion, à moyens constants.

2.2.1 Une rationalisation administrative

L'avantage de la fusion par rapport à une simple convention de direction est que sur le plan administratif, tout est regroupé : **un seul Directeur et un seul Conseil d'Administration**, une équipe administrative étoffée sont la résultante de la fusion.

Ces regroupements présentent un intérêt considérable, dans le cas d'établissements fonctionnant déjà avec une direction commune et devant, jusque là, multiplier par deux les séances avec les instances représentatives ou consultatives (CTE, CTP, CHSCT, CAP).

De même tous les documents officiels seront désormais établis en simple exemplaire.

La fusion doit ainsi permettre de simplifier la gestion dans le nouvel établissement fusionné.

2.2.1.1 Un seul directeur et une équipe administrative renforcée

Chaque établissement public de santé est dirigé par un Directeur nommé par le Ministre chargé de la santé après avis du Président du Conseil d'Administration (en principe le Maire), assisté d'une équipe de direction.

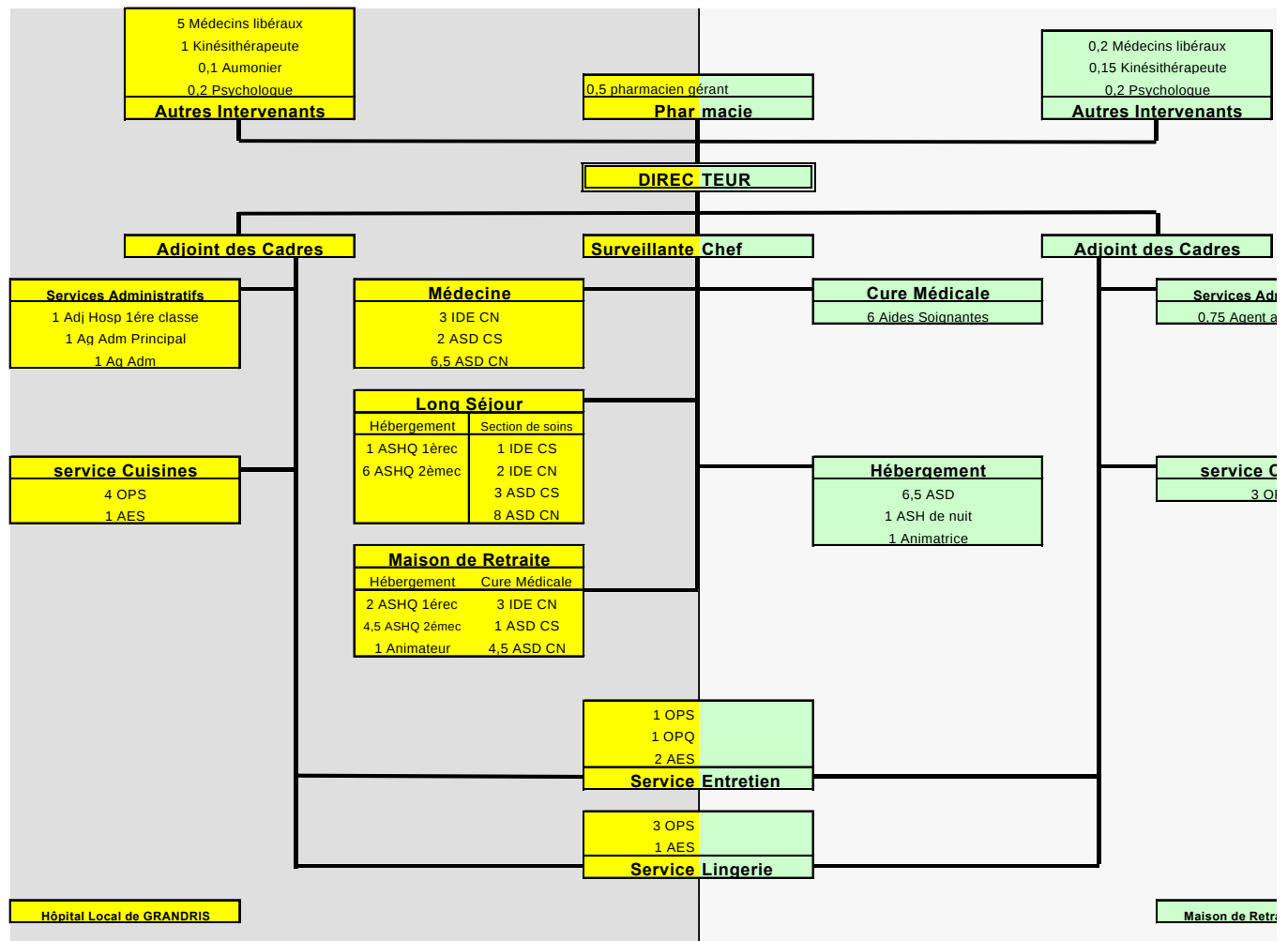
La fusion de deux établissements pose nécessairement la question de la direction de l'Hôpital fusionné. Dans certains cas cette situation a pu poser quelques problèmes : aucun des deux directeurs refusant de s'effacer. Dans le cas de la fusion de la Maison de Retraite de LETRA et de l'Hôpital Local de GRANDRIS cette situation ne sera pas conflictuelle puisque le Directeur de la Maison de Retraite de LETRA s'est effacé dès le 1^{er} juillet 1998, date à laquelle a été mise en place une convention de direction entre les deux établissements.

Enfin, un arrêté du Ministère de la Santé en date du 20 avril 1999 entérine la direction commune en classant en 3^{ème} classe l'emploi de chef d'établissement de la maison de retraite et de l'hôpital local.

Depuis l'arrivée du nouveau directeur sur la Maison de Retraite, les équipes de direction ont progressivement appris à travailler ensemble, ce qui n'était pas évident tant du point de vue des méthodes que des personnalités.

Suite à la fusion, la nouvelle équipe de direction serait constituée d'un Directeur épaulé d'un Adjoint des Cadres sur chaque site. **Ainsi aucun des deux établissements ne se retrouverait sans référence administrative.**

Ces deux adjoints seraient à la fois complémentaires et polyvalents et seraient en relation constante, notamment pour la gestion des équipes communes aux deux sites (entretien et lingerie).



L'organigramme suivant propose une répartition possible des services après la fusion

2.2.1.2 Des instances communes

- Un seul Conseil d'Administration

L'article L 714-2 du code de la Santé Publique prescrit que :

- ✎ « *L'acte de création (de l'établissement intercommunal) désigne le Président d'Administration parmi les représentants des collectivités territoriales* » ;
- ✎ « *Le Maire de la commune d'accueil de l'établissement [...] est membre de droit du Conseil d'Administration* » au titre de la catégorie des représentants élus des collectivités territoriales.

Un accord politique entre les Conseils Municipaux, préalable à l'arrêté préfectoral, devra permettre de lever toute ambiguïté, en particulier puisque la taille de l'un des deux établissements qui fusionnent est largement supérieure.

La présidence du Conseil d'Administration pourra être tournante sur une période de deux ans, permettant aux deux maires de présider successivement le CA.

L'article L 714-2-7 du code de la Santé Publique stipule que lorsque « *l'Hôpital Local est un établissement intercommunal, Le Conseil d'Administration comprend dix-sept membres, à savoir :*

- ✎ *Cinq représentants des communes concernées désignés par les conseils municipaux, dont un représentant au moins de la commune siège, aucune commune ne pouvant avoir plus de trois représentants ;*
- ✎ *Un représentant du département dans lequel est située la commune, désigné par le conseil général ;*
- ✎ *Le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement ;*
- ✎ *Un autre membre de la commission médicale d'établissement ;*
- ✎ *Un membre de la commission du service de soins infirmiers ;*
- ✎ *Deux représentants des personnels titulaires relevant du titre 4 du statut général des fonctionnaires ;*
- ✎ *Trois personnalités qualifiées dont un médecin non hospitalier n'exerçant pas dans l'établissement et un représentant non hospitalier des professions paramédicales ;*
- ✎ *Deux représentants des usagers. »*

- Des CAP et des CTE communs

Mis à part le cas particulier du Conseil d'administration, le code de la santé Publique ne prescrit pas de dispositions particulières, en cas de fusion, pour les principales instances d'un établissement intercommunal.

Cependant, dans la lettre DH-FH1 n°98-18540 du 27 novembre 1998¹⁶, le Ministère donne des précisions quant aux conséquences d'une fusion d'établissements sur les Commissions Administratives Paritaires et sur les Comités Techniques d'Etablissements.

« La fusion de deux établissements peut s'analyser en termes juridiques comme la disparition de deux personnes de droit public initiales au profit de la création d'un nouvel établissement. Par conséquent, les agents de cette nouvelle entité juridique relèveront des CAP départementales du département dans lequel se trouve le siège administratif du nouvel établissement ». En ce qui concerne la Maison de Retraite de LETRA et l'Hôpital Local de GRANDRIS cela ne posera pas de problèmes, les deux établissements étant situés dans le même département.

« En ce qui concerne la disparition des CAP existantes, il convient de retenir que la règle générale est que les CAP d'un établissement suivent le sort juridique de celui-ci ». Ainsi, si un établissement vient à cesser d'exister - quel que soit le motif de sa disparition, les CAP locales qui ont été créées par délibération de son Conseil d'Administration cessent également d'exister à la date de dissolution desdites CAP. (Il convient de préciser que cette disparition est sans effet sur les CAP départementales dont la composition reste inchangée jusqu'au prochain renouvellement général).

Il résulte de ce qui précède que le Conseil d'Administration du nouvel Hôpital Local Intercommunal devra délibérer dans les meilleurs délais (c'est à dire dès qu'il pourra se réunir, mais après la date de fusion) sur la création de CAP locales, conformément aux dispositions de l'article 3 du décret n°92-794 du 14 août 1992 modifié, **ces CAP étant constituées sur la base des effectifs cumulés des deux établissements** au 31 décembre de l'année précédent le scrutin

¹⁶ Lettre DH-FH1 n° 98-18540 du 27 novembre 1998 relative aux conséquences d'une fusion d'établissements sur les CAP et les CTE, Bulletin Officiel n°99/1, 30 janvier 1999.

dont la date est, dans ce cas, fixée par le directeur du nouvel établissement après consultation des organisations syndicales représentatives.

Quant au CTE, son régime est celui des CAP : le CTE de chacun des deux établissements participant à la fusion cesse d'exister en même temps que les entités juridiques elles-mêmes (soit à la date de la fusion) et un CTE unique doit être mis en place pour le nouvel établissement. Toutefois, à la différence des CAP, il n'est pas besoin d'une délibération pour le créer puisque l'article L. 714-17 du code de la santé publique en prévoit un dans tout établissement public de santé. La date du scrutin est fixée, conformément au deuxième alinéa de l'article R. 714-17-6 par le directeur du nouvel établissement. Il est en effet souhaitable que les élections aient lieu le plutôt possible après la signature de l'arrêté de fusion pour que les organisations syndicales puissent désigner leurs représentants au nouveau Conseil d'Administration sur la base des résultats de l'élection au CTE - même si le CA et le CTE ne peuvent valablement siéger qu'à compter de la date où la fusion est juridiquement intervenue - et permettre ainsi à ces instances du nouvel établissement de fonctionner dès cette date.

Par contre, du fait de l'éloignement relatif des deux structures, il est peut être souhaitable de maintenir dans chacune d'elle, un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail et un Conseil d'Etablissement.

RECAPITULATIF

Instances	Problèmes soulevés	Solution adoptée
Conseil d'Administration	composition du CA	✎ article L 714-2-7 du code de la Santé Publique
	présidence du CA	✎ présidence tournante ✎ sur une période de 2 ans ✎ permettant une alternance des 2 maires
	siège du nouvel établissement	✎ GRANDRIS
Commissions paritaires		✎ une seule
Comité technique d'établissement		✎ élections communes d'un CTE unique
Commission du service de soins infirmiers		✎ une seule
CHSCT	maintien d'un CHSCT local ?	✎ maintien d'un CHSCT local
Conseil d'Etablissement		✎ maintien d'un CE local

2.2.1.3 Une uniformisation des documents

Tous les documents officiels seront désormais établis en simple exemplaire ainsi que les discussions budgétaires et tous les documents financiers (Budget Primitif, Compte Administratif, etc.)

Il pourra en être de même concernant la facturation, la gestion de la paie et du personnel, les commandes, le mandatement et l'émission des titres de recette.

En ce qui concerne la gestion de la paie, le rapprochement des deux établissements permettra la mise en commun d'un outil de gestion de personnel issu du C.R.I.H. Le matériel sera situé à GRANDRIS et accessible aux deux établissements. Une nouvelle organisation sera à trouver pour les interrogations de fichiers, mais il est rare qu'une consultation soit urgente et le passage d'une information peut souvent être différée au lendemain. Une formation commune des équipes au nouvel instrument de gestion du personnel permettra une complémentarité évidente des deux équipes.

Enfin, des échanges d'information seront effectués dans les domaines suivant :

- fichiers fournisseurs
- demandeurs d'emploi.

Ainsi, la mise en commun de la gestion administrative impliquera une réorganisation des unités de secrétariat en fonction des options retenues, en particulier sur le plan des traitements informatiques. Cette nouvelle organisation informatique pourrait avoir comme finalité d'entraîner une globalisation des tâches ainsi qu'une polyvalence des agents intégrant la complémentarité des compétences. De surcroît, dans le cadre de la fusion, un schéma directeur informatique, prenant en compte les besoins de la nouvelle entité juridique, doit permettre d'améliorer sensiblement le fonctionnement administratif, de gagner du temps, et de réaliser des économies.

2.2.2 Une mise en commun des moyens financiers

A un niveau macro-économique, la raréfaction des ressources à consacrer au secteur de la santé impose une concentration des moyens.

Or, un des avantages le plus considérable d'une fusion est la mise en commun des moyens financiers (notamment des sections d'investissements).

Cette mise en commun des sections d'investissements devrait permettre à moyen terme la modernisation de la maison de retraite qui seule ne peut s'adapter et assumer les changements nécessaires.

2.3 Des économies d'échelle

Au niveau microéconomique, l'intérêt économique des regroupements d'établissements de soins repose sur l'espoir de réaliser des économies d'échelle.

Le principe en repose sur l'hypothèse économique des rendements croissants : l'augmentation de la dimension accroît l'efficacité de l'entreprise à la suite de possibilités d'organisation nouvelles, d'une meilleure utilisation des capacités de production, des équipements ou du personnel.

Si le principe est bien connu dans l'industrie productrice de biens, où la production d'objets identiques est faite en série, son existence est beaucoup moins certaine dans le secteur des services de santé où chaque personne âgée fait l'objet d'un traitement individuel.

Ceci explique la différence essentielle entre prestation de santé et industrie : les moyens humains sont le facteur de production principal ; la personne âgée n'est pas un produit standardisé et nécessite un traitement individuel peu compatible avec les principes de la production industrielle : proportionnellement au nombre de résidents, un hôpital local ou une maison de retraite n'emploie pas moins d'infirmières ou d'aides-soignantes quand sa taille augmente.

En revanche les économies d'échelle peuvent être faites par regroupement de services logistiques ou médico-techniques. En effet, dans certaines disciplines comme la blanchisserie, l'entretien ou la pharmacie, on retrouve un schéma de production plus classique, où équipements, matières premières et produits intermédiaires jouent un rôle plus important, et où les processus de production permettent d'optimiser l'utilisation des facteurs de production.

2.3.1 Par la mise en commun de services techniques et logistiques

2.3.1.1 La blanchisserie

Deux principes de base ont présidé la réflexion :

- ✧ **le linge « industrialisable »** (linge plat, alaises, linge en forme) **impose la concentration**
- ✧ **le linge « artisanal »**, linge des pensionnaires ne provoque que peu d'économies d'échelle.

Le scénario envisagé pourrait être le suivant :

❶ fermeture du site de Letra

Il est possible d'envisager dans l'immédiat le traitement, par la buanderie de l'Hôpital Local de GRANDRIS, du linge de la Maison de Retraite de LETRA, et ce, sans investissements supplémentaires majeurs.

Les équipements de la lingerie de la Maison de Retraite étant vétustes, le traitement du linge à l'Hôpital permettra d'éviter leur remplacement.

D'autre part, une expérience de production commune sur le site de la blanchisserie de l'hôpital avait eu lieu en 1998 lors d'une panne du site de production de la maison de retraite : les relations entre les personnels et l'adaptation aux méthodes de l'hôpital ne semblent pas avoir posé de problèmes aigus.

Du point de vue de la gestion des ressources humaines, on peut envisager le transfert d'un agent temps plein du site de la maison de retraite sur le site de l'Hôpital. Ce transfert ne semble apparemment pas poser de difficultés à cette personne. D'autre part, s'agissant d'un agent expérimenté, son adaptation aux techniques de l'hôpital ne devrait pas être source de difficultés ni requérir de formations particulières.

Enfin, un agent à temps partiel serait maintenu sur le site de la maison de retraite pour permettre la distribution du linge auprès des résidents et du personnel. La liaison entre la buanderie de l'hôpital et la maison de retraite se faisant par camionnette.

② traitement du linge « industrialisable » par un prestataire unique

En ce qui concerne le linge plat, la prestation avant fusion est assurée pour chacun des sites par un prestataire extérieur différent, avec des différences du niveau de prestation d'un site à l'autre. L'harmonisation des prestations et l'attribution à un prestataire unique devront être recherchées.

2.3.1.2 L'entretien

Au niveau de ce service la complémentarité entre les deux établissements est déjà entrée dans les faits. En effet, à plusieurs reprises des agents techniques de l'hôpital sont venus effectuer des dépannages à la maison de retraite.

Après la fusion, le service entretien pourrait être commun aux deux établissements par regroupement des deux équipes. Ce service étant alors constitué d'une équipe complète de quatre agents :

- 1 agent fixe sur la maison de retraite
- 1 agent fixe sur l'hôpital
- 2 agents navigants

La plupart des corps de métiers sont représentés au sein de cette équipe.

Un tel fonctionnement sera porteur d'économies substantielles en évitant le recours systématique à des entreprises extérieures pour les dépannages ou pour des travaux plus importants tels que la réfection de certains locaux.

2.3.1.3 La pharmacie

C'est un dossier qui peut être traité rapidement car il ne nécessite pas d'investissement, l'Hôpital local disposant d'une pharmacie hospitalière gérée par un pharmacien des hôpitaux à temps partiel.

En effet, actuellement, la Maison de Retraite de LETRA achète les produits pharmaceutiques dont elle a besoin pour ses lits de cure médicale (26 lits) en officine privée.

L'objectif est donc de traiter à l'Hôpital Local de GRANDRIS les produits pharmaceutiques de LETRA et une économie substantielle est envisagée. La liaison pourrait être assurée par fax des ordonnances de la Maison de Retraite à la pharmacie de l'Hôpital, avec pour corollaire une livraison quotidienne ou biquotidienne (12 Kilomètres).

2.3.1.4 La gestion des déchets

Comme, pour le service blanchisserie le service de ramassage des déchets hospitaliers pourra être confié à un prestataire de service unique.

2.3.2 La gestion et l'approvisionnement des stocks

La fusion permet d'envisager des économies d'échelle dans la gestion et l'approvisionnement des stocks grâce à des commandes en plus grosses quantités auprès de fournisseurs identiques.

D'autre part, la gestion commune des stocks devrait permettre des « dépannages » entre les deux sites et éviter les gaspillages.

2.3.3 Les systèmes informatiques

Pour la gestion de la paie, la centralisation au niveau de l'hôpital a permis d'éviter le remplacement du parc informatique de LETRA.

Dans le futur, un système informatique commun et centralisé pourra être installé après fusion des fichiers existants.

RECAPITULATIF

Domaines	Antécédents	Solution adoptée
Blanchisserie	1 blanchisserie sur chaque site 1 prestataire différent sur chaque site pour le linge « industriel »	Linge « artisanal » ✎ fermeture du site de LETRA ✎ traitement du linge de Letra par la blanchisserie de GRANDRIS ✎ redéploiement du personnel de LETRA Linge « industriel » ✎ prestataire unique
Entretien	1 équipe sur chaque site	✎ maintien d'un agent sur chaque site ✎ une équipe « volante » basée à GRANDRIS
Pharmacie	1 pharmacien gérant à GRANDRIS approvisionnement à une officine pour LETRA	✎ gestion centralisée par la pharmacie de l'hôpital
Gestion des déchets		✎ prestataire unique
Gestion des stocks		✎ gestion commune

2.4 Des avantages pour les résidents

Les concepts de soins et de prise en charge des personnes âgées dépendantes sont parfois difficilement dissociables.

En effet, dans son rapport sur le bilan d'application de la loi 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales rendu en décembre 1995, l'IGAS constate que « *pour certaines catégories de personnes fragilisées, la séparation du sanitaire et du social vient perturber la continuité des prises en charge. Les situations les plus fréquemment signalées sont celles des soins aux personnes âgées [...]* »

Ainsi le rapprochement entre la Maison de Retraite de LETRA et une structure sanitaire telle que l'Hôpital Local de GRANDRIS peut être source d'avantages certains pour les résidents en leur offrant une palette de prestations étendues, mais aussi une amélioration de leur prise en charge par l'harmonisation des pratiques de soins et une facilité d'organisation.

2.4.1 Une palette de prestations étendue

L'état des personnes âgées dépendantes hébergées demande de plus en plus de réponses diversifiées et spécialisées. Il semble que seule une médecine gériatrique permettra, dans les années à venir, une prise en charge de qualité.

Or, le site de LETRA souffre de son statut de « Maison de Retraite » et ne peut donc répondre aux besoins de ses résidents en matière d'hospitalisation de court séjour et de soins de suite. Dès lors, la seule opportunité qui s'ouvre en la matière, est de se regrouper avec l'Hôpital Local de GRANDRIS.

Ainsi, les résidents de la Maison de Retraite de LETRA pourraient bénéficier des services spécialisés de l'Hôpital de GRANDRIS tels que le Centre Médico-Psychologique ou le futur Service de Soins de Suite et de Réadaptation, sans être tenus à un déplacement important.

2.4.2 Développer des activités nouvelles

Dans le contexte actuel, les petits établissements ont de plus en plus de mal à mettre sur pied des projets innovants et adaptés aux besoins de la population.

En effet, leur isolement et le manque d'infrastructures de base entraînent des surcoûts tels, qu'ils deviennent non rentables et donc irréalisables.

Une fois la fusion effectuée, la taille de l'établissement augmente, ce qui peut lui permettre de diversifier ses activités et s'ouvrir sur l'extérieur, en offrant aux communes dont il dépend des alternatives à l'hébergement traditionnel (hébergement temporaire, accueil de jour)

En effet, une personne âgée peut avoir besoin d'un soutien ponctuel ou d'une surveillance particulière dépassant le cadre du simple maintien à domicile, à certains moments de la journée ou de la nuit, sans pour autant être obligée d'envisager une entrée définitive en institution. Celle-ci, offre alors des prestations complémentaires de celles proposées par les services de maintien ou de soins à domicile.

L'Hôpital Local de GRANDRIS pourrait bénéficier dans ce domaine de l'expérience de la Maison de Retraite de LETRA en matière de portage de repas à domicile.

2.4.3 La mise en commun de moyens humains

La fusion permet également une mise en commun des moyens humains par le regroupement du personnel sous une seule entité juridique, ce qui multiplie et diversifie les qualifications et les métiers susceptibles de répondre aux attentes des personnes âgées.

Nous pouvons prendre pour exemple l'animation. L'Hôpital de GRANDRIS dispose d'une « politique d'animation » dynamique voulue par le Directeur et impulsée par un animateur diplômé. La mise en commun des moyens humains va permettre à celui-ci d'insuffler une nouvelle politique d'animation à LETRA en formant la nouvelle animatrice de la maison de retraite et en coordonnant, avec elle, l'animation sur les deux établissements.

Il en va de même pour la psychologue qui intervient à la fois sur l'hôpital et la maison de retraite.

2.4.4 La formalisation et l'harmonisation de la prise en charge au niveau des soins

La mise en place de la nouvelle structure, liée à la recherche permanente de qualité, implique le partage du rôle de la surveillante-chef entre les deux sites.

En effet, le travail en collaboration améliore la qualité des soins et la sécurité des patients, et ce sera donc demain un atout pour l'accréditation.

L'intervention déjà effective de la surveillante-chef sur le site de LETRA a permis quelques avancées au niveau du service de soins de la maison de retraite.

Celle-ci a permis, en collaboration avec les infirmières, de modifier leur planning permettant un allongement journalier de la présence infirmière au sein de la maison de retraite. Ce nouveau roulement, qui devrait être effectif dès la fin du mois de juin, va permettre à terme une amélioration de la prise en charge des personnes âgées. En effet, il induira une intervention des infirmières pour le lever et les toilettes le matin, ainsi qu'un recul de l'horaire du repas du soir qui jusque là débutait à 17 heures.

D'autre part l'intervention de la surveillante devrait permettre un recentrage des infirmières sur leur fonction soins. Cette fonction devenant primordiale du fait de l'augmentation de la dépendance des personnes âgées en institution.

2.4.5 Une facilité d'organisation

La fusion doit permettre une facilité d'organisation dans l'hypothèse, par exemple, de travaux de restructuration dans un ou l'autre des deux sites par les transferts éventuels de résidents et de personnels.

3 CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

La fusion des deux structures comporte donc des avantages non négligeables aussi bien en terme de rationalisation de leur fonctionnement qu'en terme d'économies.

Cependant au-delà de ces logiques institutionnelles et professionnelles la logique de la fusion ne perd pas de vue le centre de gravité nécessaire de ce système de prise en charge : la Personne Agée.

Avec une telle démarche, rationnellement conduite, que l'on sait vivement encouragée par les tutelles, il est raisonnable d'espérer qu'une opération volontariste - rarement engagée par les établissements eux-mêmes – rapporte à terme d'excellents dividendes.

Reste à analyser les facteurs clefs de succès et les zones de risque dans le cadre d'un projet de fusion entre l'hôpital local de Grandris et la Maison de retraite de Letra.

TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES FACTEURS
CLEFS DE SUCCES ET DES ZONES DE RISQUE
DANS LE CADRE D'UNE FUSION

Dans cette partie nous aborderons successivement les facteurs clefs de succès et les zones de risque à prendre en compte dans le cadre d'une fusion entre la maison de retraite de Letra et l'hôpital local de Grandris.



1 LES FACTEURS CLEFS DE SUCCES

Nous partons de l'hypothèse que la complémentarité est le meilleur gage de succès dans la fusion entre deux établissements. Nous allons donc analyser la compatibilité des deux structures en étudiant successivement la compatibilité de leur activité et de la compatibilité des cultures (existence de liens préalables).

La volonté des différents acteurs (tutelles, Conseils d'Administration, Direction) apparaît elle aussi comme un gage de réussite d'une fusion.

1.1 La compatibilité des activités

La question des compatibilités entre établissements en vue d'une fusion se pose en terme d'activités et de population concernée par les activités (bénéficiaires).

Deux établissements publics exerçant une mission de service public n'ont pas la faculté de choisir leur activité, ou de décider de se concentrer sur une partie seulement de celle-ci, voire d'abandonner une activité considérée comme «non rentable ». C'est pourquoi, les compatibilités d'activité constituent un préalable à une fusion réussie.

En ce qui concerne l'hôpital local de Grandris et la maison de retraite de Letra, il existe certes des différences de taille entre les établissements ; mais pour le reste, force est de constater que les compatibilités sont fortes. En effet, la mission de ces établissements est l'accueil et l'hébergement des personnes âgées et la production de soins (du fait de la médicalisation croissante des maisons de retraite). D'autre part, en terme de population accueillie, les hôpitaux locaux et les maisons de retraite publiques sont destinés à l'accueil d'une population bien ciblée, les personnes âgées de 65 ans et plus.

1.2 L'existence de liens préalables

Les liens créés au fil du temps entre deux établissements font apparaître la fusion comme l'aboutissement naturel d'un processus de rapprochement quasi inévitable entre deux structures relativement proches exerçant la même activité.

Bien que peu abondante, la littérature abordant les fusions d'établissements de santé fait ressortir l'importance de ces liens préalables dans la réussite de tels regroupements. Ces liens préalables qu'ils soient formels ou informels, ont, dans tous les cas, facilité le rapprochement. Ils permettent une meilleure concordance des objectifs et une meilleure compréhension de la fusion par tous les acteurs. Enfin, ces liens préalables permettent une meilleure mise en place pratique de la nouvelle organisation.

Nous allons aborder successivement les liens informels et formels qui se sont tissés au fil du temps entre les deux établissements.

1.2.1 Les liens informels

Dans le cadre de la fusion hôpital local de Grandris – maison de retraite de Letra, les liens informels sont constitués essentiellement par le jeu d'une formation commune des personnels. En effet, les deux établissements sont tous deux adhérents à l'Association Nationale pour la Formation Hospitalière (A.N.F.H.). Les personnels des deux établissements suivent donc les formations proposées par l'A.N.F.H. au niveau départemental :

TABLEAU COMPARATIF DES PLANS DE FORMATION 1999		
FORMATION	Nombre d'agents Hôpital Local de GRANDRIS	Nombre d'agents Maison de Retraite de LETRA
Accompagnement des personnes en fin de vie	9	2
Géronto-psychiatrie	6	4
Ecole du dos	6	2
Animation dans les établissements pour personnes âgées	3	0
La douleur	6	1
Travailler la nuit	2	0
Contrats de travaux	1	1
Normes H.A.C.C.P.	4	0
Approche de la démarche qualité	3	0

Ces liens informels sont très importants dans le cadre d'une fusion. En effet, pour l'ensemble des personnels se retrouver dans des rencontres professionnelles leur permet d'acquérir une conception commune du travail.

1.2.2 Les liens formels

Dans le cadre de la fusion hôpital local de Grandris – maison de retraite de Letra, la collaboration formalisée entre les deux établissements est assez développée :

- Convention d'accueil entre les deux établissements depuis 1997 ;
- Un projet de rapprochement étudié par un comité de pilotage constitué par des agents des deux établissements ;
- Une convention de direction depuis juin 1998 ;
- Une direction commune depuis le 1^{er} janvier 1999.

1.2.2.1 La convention d'accueil

Cette convention d'accueil mise en place le 20 février 1997 a pour objet « *la mise en œuvre de moyens permettant l'organisation d'un réseau de prise en charge gériatrique sur les cantons du Bois-d'Oingt et de Lamure-sur-Azergues* ».

Ce réseau a pour objectif d'assurer la continuité de prise en charge de la personne âgée quel que soit son niveau de dépendance dans chacun des deux établissements en matière d'accueil et d'accompagnement.

Dans cette optique, l'hôpital local de Grandris s'engage à favoriser l'accès à ses services de soins des personnes hébergées à la maison de retraite de Letra. La maison de retraite de Letra réservant le même accueil aux personnes hospitalisées ou hébergées à l'hôpital local de Grandris.

Toute demande d'admission ne pouvant être satisfaite par l'un des deux établissements, étant systématiquement dirigée vers l'autre établissement.

1.2.2.2 Le comité de pilotage

Afin de définir le contenu de la collaboration entre les deux établissements, une démarche participative et globale a été mise en place en 1997. Cette démarche s'est inscrite dans un calendrier et a impliqué l'ensemble des acteurs des deux structures.

Le personnel de chaque établissement a participé au projet dans le cadre de groupes de réflexion. Les travaux de ces groupes ont été examinés par un comité de pilotage paritaire chargé de recentrer les propositions qu'ils ont émis.

Les groupes ont eu pour mission d'établir un bilan de situation sur des axes prédéterminés et de rechercher les possibilités de travail en commun, d'amélioration des modes de fonctionnement respectifs et de complémentarité.

Ces groupes ont été constitués sur la base de cinq axes de travail :

- L'accueil ;
- Les soins ;
- L'accompagnement social ;
- La participation des établissements à la vie gérontologique locale ;
- Les prestations hôtelières et logistiques.

Au sein de chaque groupe, la présentation des objectifs, des méthodes, et des modes de fonctionnement des deux établissements a permis des échanges entre les personnels. Fort de ces connaissances chaque groupe a ensuite émis des propositions et a permis de mettre en exergue les différences et les similitudes entre les deux établissements.

❑ L'accueil

On constate après avoir entendu chaque équipe deux cultures d'établissement, l'une à dominante hospitalière, l'autre à dominante sociale.

A la maison de retraite de Letra, une démarche d'accueil a été travaillée suite à plusieurs actions de formation dont le point de départ est une formation à l'élaboration du projet de vie en 1991 qui a concerné tout le personnel.

Les modalités de l'accueil conditionnent en grande partie l'intégration de la personne entrant à la maison de retraite. La démarche d'accueil est basée sur l'échange d'informations, la communication des motivations de la personne âgée et de sa famille ainsi que celles du personnel au service des résidents. Elle est plus ou moins longue, importante, selon les personnes accueillies.

Le chemin vers l'intégration est d'autant plus facile que la connaissance des uns et des autres est grande. Il est nécessaire pour la personne âgée et ses proches de bien connaître la maison de retraite et son équipe. De même, il est très important pour l'équipe de recueillir le maximum d'informations sur la personne âgée.

La démarche d'accueil repose donc sur la communication, et indique les principaux points à ne pas manquer pour que l'accueil et l'intégration de la personne âgée se fassent dans les meilleures conditions.

A l'hôpital local de Grandris, la majorité des entrées se fait par le secteur médecine et sur demande des établissements hospitaliers.

Il y a donc peu d'entrées programmées, organisées suffisamment à l'avance, pour réunir les meilleures conditions d'accueil, mais l'établissement a le souci de la préparation. Il est parfois difficile de résister à la pression des centres hospitaliers et des familles dont la préoccupation principale est de trouver une place de bonne qualité avec un prix de journée accessible.

On constate que les entrées des personnes âgées du secteur géographique sont mieux préparées que celles des personnes plus éloignées.

L'hôpital de GRANDRIS souhaite travailler sur une démarche d'accueil interne, des nouveaux entrants.

□ Les soins

L'ensemble des discussions met en évidence des pratiques communes, ce qui paraît logique dans le domaine des soins, et des spécificités dans les dossiers qui doivent perdurer du fait de la spécificité de chacun des deux établissements, les soins dépendant des locaux.

Le dossier infirmier et le dossier médical: l'hôpital local de Grandris et la maison de retraite de Letra utilisent des dossiers identiques pour l'ensemble des patients ou résidents.

L'organisation en matière de soins : la manipulation des dossiers se fait journalièrement et de façon globale à l'hôpital local de Grandris, alors qu'à la maison de retraite de Letra, en dehors des cas spécifiques, 4 à 5 dossiers sont vus journalièrement pour une synthèse ce qui fait un roulement minimum toutes les trois semaines.

□ L'accompagnement social

L'accompagnement social contribue à l'intégration sociale des résidents; il permet le lien social au sein de la collectivité, avec l'extérieur, les familles, etc. Il consiste à donner un sens social à la vie des résidents. On parle aussi de citoyenneté.

Il passe par l'animation, les modes d'expression des résidents et l'étayage pour permettre cette expression: le soutien psychologique; il s'agit aussi d'apporter une assistance sociale.

A la maison de retraite de Letra, l'accompagnement social est une prestation clairement affichée par l'établissement; c'est une de ses missions que de favoriser l'intégration

sociale. Cet accompagnement passe, entre autres, par l'accueil qui fait l'objet d'une réflexion par un autre groupe. Les autres prestations sont:

- ☛ Le soutien psychologique
- ☛ L'assistance sociale et l'aide à la gestion
- ☛ L'animation

A l'hôpital local de Grandris : les prestations sociales ne sont pas aussi clairement définies que les prestations de soins. L'accent est mis en général sur le caractère sanitaire de l'établissement. Pourtant, l'hôpital comporte une grosse section médico-sociale (maison de retraite, cure médicale et long séjour); une des difficultés provient du positionnement du long séjour, plutôt perçu par le personnel comme sanitaire. Malgré cela, il existe bien un accompagnement social des résidents ou malades.

Il est présent au quotidien, mais peut être davantage identifié au travers des activités d'animation, des tâches d'assistance sociale ou d'aide à la gestion, du soutien psychologique. Il est assuré par un personnel peu nombreux mais motivé.

□ Les prestations logistiques et hôtelières

▪ *L'administration*

Les membres du comité de pilotage n'ont pu que relever les différences qui existent entre les deux structures du fait même de leurs spécificités respectives : Grandris étant un Etablissement Public de Santé donc du domaine sanitaire et Letra étant un établissement du secteur médico-social.

Il faut également souligner une différence de capacité et donc de moyens. En ce qui concerne le domaine administratif, les moyens matériels sont à peu près identiques (informatique), cependant, les logiciels employés (sauf pour le personnel) sont différents. L'organisation des différents circuits est également différente (pharmacie, bons de commandes ...), et les mouvements des patients et des résidents sont moins importants à Letra qu'à Grandris.

▪ *L'entretien*

Le mode de fonctionnement de la maison de retraite de Letra induit de nombreux recours à des entreprises extérieures (peu de personnel ce qui nécessite une grande polyvalence), alors que celui de Grandris permet une grande autonomie au-delà des vérifications réglementaires.

▪ *Les cuisines*

Chacun des deux établissements travaille dans le domaine de la restauration de manière différente du fait :

- Des différences de bâtiments (disposition des salles à manger) ;
- Des différences de matériel (cellule de refroidissement) ;
- Des différences d'organisation horaire (composition des équipes) ;
- Des différences d'organisation et de suivi des commandes (groupement d'achat) ;
- Des différences de méthodes de service (chariots chauffants).

1.2.2.3 La convention de direction

Le 8 octobre 1998, a été instaurée une convention de direction entre les deux établissements préfigurant ainsi la future direction commune et une fusion probable.

1.3 La volonté des différents acteurs et notamment du directeur

Le chef d'établissement n'a pas autorité, ni légitimité pour imposer une fusion. Cependant, pouvoir s'adosser à une décision politique marquée est un atout pour présenter le rapprochement aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des deux établissements.

1.3.1 La volonté des Conseils d'Administration des deux communes

Il est important qu'il règne entre les deux présidents de Conseil d'Administration une bonne entente comme c'est le cas à LETRA et GRANDRIS. En effet, c'est le Conseil d'Administration qui « règle par ses délibérations les affaires de l'établissement ».

1.3.2 La volonté des tutelles

Comme nous avons pu le voir plus haut, le Conseil général du Rhône aussi bien que la DDASS du Rhône ont fait des rapprochements d'établissement un axe principal de leurs politiques de santé.

1.3.3 La volonté du Directeur

Acteur principal du projet, le Directeur doit avoir pleinement conscience :

- De ce qu'il est autorisé à faire (pressions et contraintes extérieures);
- De ce qu'il veut faire ;

- De ce que l'établissement devrait faire (identification des opportunités de l'environnement);
- De ce que l'établissement a la capacité de faire (compétences, métiers, savoir-faire, freins).

2 LES ZONES DE RISQUE A PRENDRE EN COMPTE

« *Pour complexe qu'elle soit sur les plans juridique, comptable, budgétaire, organisationnel, la fusion, au travers de ses aspects techniques, est chose simple et aisée, comparée à la fusion des esprits, des volontés, des dynamismes, des logiques médicale et soignante* », remarque un témoin direct d'une opération de fusion inter établissement. Mais plus profondément encore, le principe de la fusion, tout en modifiant la culture des établissements concernés, pose le problème de la nature du nouvel établissement sanitaire et social ainsi constitué.

Certains éléments essentiels sont à prendre en compte avant toute fusion d'établissements tels que les différences de culture, la taille du nouvel établissement ou les différences dans la gestion des agents.

Il apparaît alors nécessaire d'accompagner un tel changement.

2.1 La fusion de deux cultures différentes

Les coopérations qui se construisent entre établissements sont longues à élaborer car elles portent atteinte à une culture d'autonomie à laquelle des décennies voire des siècles ont donné une assise extrêmement stable.

Nonobstant l'urgence des résultats financiers qu'attend la collectivité nationale des restructurations hospitalières, une coopération réussie doit s'appuyer sur une dynamique et un élan sincères et ambitieux, non sur de simples signes juridiques.

Ce phénomène est bien connu dans l'industrie. Il est certes plus aisé et rapide pour une entreprise puissante de lancer une OPA hostile sur une société en difficulté ; ce n'est pas pour autant que ces opérations garantissent des succès industriels. Il reste préférable de cultiver pendant le temps nécessaire un esprit de coopération qui, quelles que soient les difficultés transitoires, finira par payer en termes d'efficacité.

2.2 La taille du nouvel établissement

Dans le cadre des fusions d'établissements sanitaires et sociaux, la taille du nouvel établissement ainsi créé est souvent sujette à discussion notamment en gériatrie où l'on veut éviter les trop grandes concentrations.

Cependant, plus que le problème de taille de l'établissement, c'est la notion de masse critique qu'il est nécessaire d'analyser dans le cadre d'une fusion.

2.2.1 La notion de masse critique

La notion de masse critique fait référence :

- *d'une part* à la relation existant entre des indicateurs *d'organisation* des soins (au sens large) et des indicateurs de *résultats* produits par ce système ;
- *d'autre part* à la possibilité de déterminer un *seuil* au delà ou en deçà duquel ces mêmes résultats sont optimaux.

Pour rester schématique, nous distinguerons clairement l'étude de la notion de masse critique de celle des besoins purement quantitatifs. Ces derniers peuvent être exprimés comme "le nombre total d'institutions, ou de professionnels, ou de techniques permettant de couvrir 'les besoins", sans référence à leur organisation ou leur répartition (c'est théoriquement le rôle de la carte sanitaire en France pour certains services), alors que la masse critique fait plutôt référence aux modalités de répartition et d'organisation optimales, la capacité totale des services étant fixée par ailleurs.

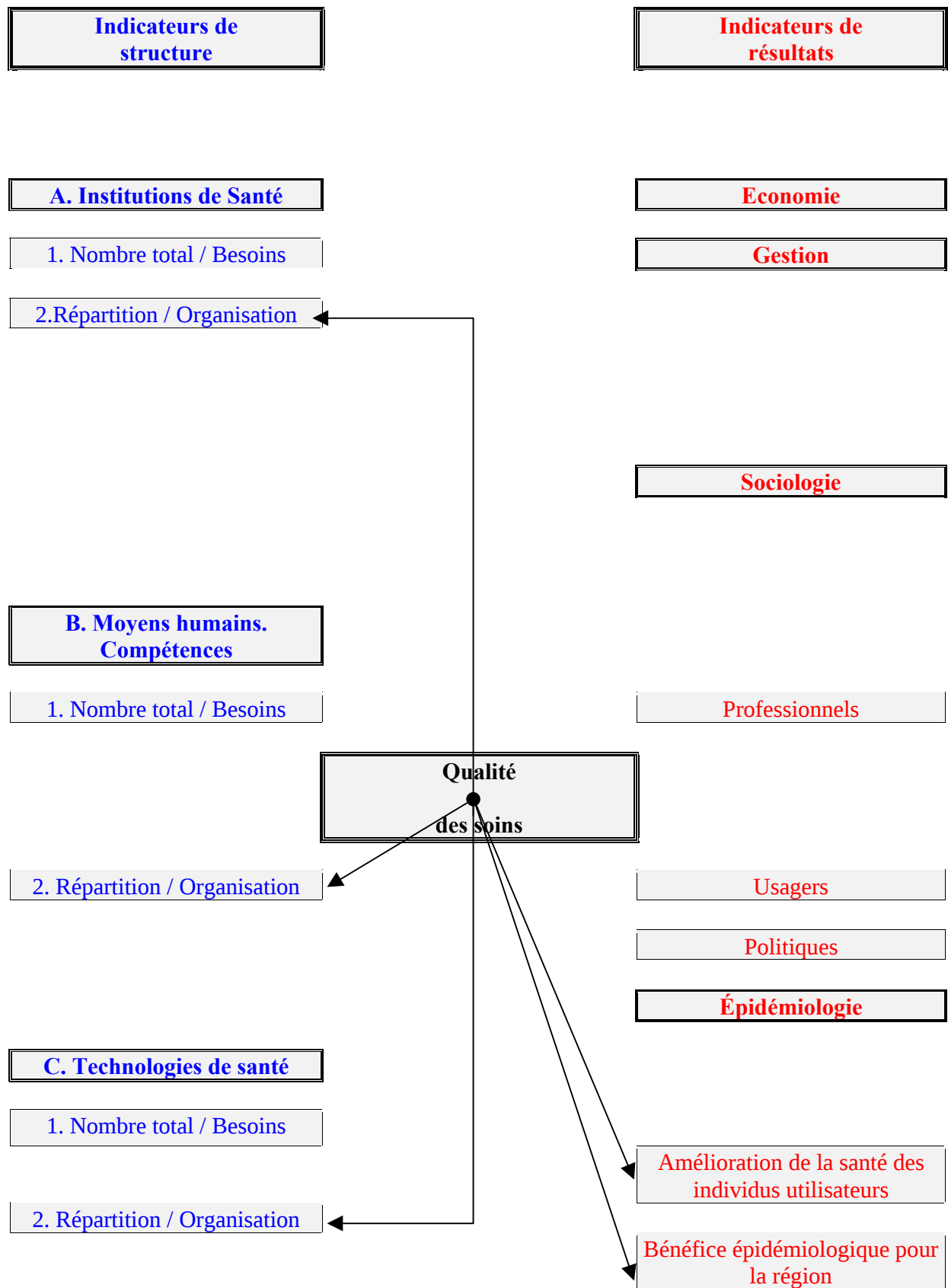
Le schéma qui suit replace les indicateurs d'organisation des soins et les indicateurs de résultats :

- ➡ La colonne de gauche représente les indicateurs de « structure », qu'il s'agisse des institutions elles-mêmes, des moyens humains et des compétences ou encore des technologies. Les indicateurs sont, d'une part le nombre total de services, et d'autre part la répartition et l'organisation de ces services ;
- ➡ La colonne de droite représente les indicateurs de résultats. Il peut s'agir de mesures économiques ou de gestion (dépenses, bénéfices...), de mesures « sociologiques » concernant les professionnels (motivation, perspectives d'avenir, pouvoir, reconnaissance...), les usagers (satisfaction, accessibilité...) ou encore les politiques (paix sociale, satisfaction des électeurs...), et enfin de mesures de santé, de type épidémiologiques, qui constituent le but ultime et le

plus « légitime » du système (amélioration de la santé des usagers, et plus largement de la population couverte) ;

- Un élément intermédiaire est la qualité des soins. Il peut s'agir d'un indicateur de structure, dans le sens où il s'agit de mesurer des modalités de fonctionnement des institutions, des modalités d'utilisations des procédures. Il peut s'agir également d'un indicateur de résultat intermédiaire dans la mesure où une mauvaise qualité des soins peut être la conséquence d'un problème de structure inadaptée (et conduire de façon hypothétique à un mauvais résultat pour la santé).

Le bénéfice épidémiologique pour la population est une notion qui doit être bien distinguée du bénéfice pour la santé des utilisateurs des services. En effet, on peut facilement trouver des situations dans lesquelles l'amélioration de la qualité des services pour les utilisateurs se fait au détriment de la santé de ceux qui n'ont pas accès à ces services (la caricature en est la mise en place d'hôpitaux ultramodernes dans les pays en voie de développement).



2.2.2 Possibilité de déterminer un seuil au delà ou en deçà duquel les résultats sont optimaux

Il faut évoquer la difficulté du choix d'un seuil, qui procède plus souvent de règles de décisions, arbitraires ou issues de consensus, que d'une méthode scientifique vraie. On rappellera, par analogie avec les problèmes médicaux impliquant le choix d'un seuil (les méthodes diagnostiques, par exemple), que la limite fixée est toujours un compromis entre des effets qui s'opposent : des études scientifiques montrent le lien entre une mesure (test diagnostic) et un résultat (maladie), mais le choix d'un seuil reste arbitraire le plus souvent, et la modification du seuil améliore un paramètre en en pénalisant toujours un autre (améliorer la capacité de détecter la maladie augmente la probabilité de déclarer comme malades ceux qui ne le sont pas, par exemple).

Tout au plus, peut-on tenter de mettre au point des règles de décision, qui restent arbitraires, mais qui ont le mérite d'être transparentes.

Pour le problème qui nous occupe, en gériatrie, les grandes concentrations sont considérées comme à éviter au profit d'établissements de 100 lits maximum. La notion de proximité de la réponse est d'ailleurs en conflit avec la masse critique de gestion pour les petites localités où les besoins sont inférieurs à 40 - 50 lits. Dans le cadre d'une fusion entre l'hôpital local de Grandris et la maison de retraite de Letra, il apparaît donc nécessaire de conserver la maison de retraite sur le site de Letra. Les deux établissements bien que formant un tout ne sont séparés que de 12 kilomètres et conservent alors une taille correcte : 110 lits pour Grandris et 60 lits pour Letra (pouvant être ramenés à 50 lits dans le cadre d'une restructuration).

2.3 Des règles de gestion du personnel propres à chaque établissement

Chaque établissement sanitaire et social (hôpital local ou maison de retraite) a ses propres règles de fonctionnement en matière de personnel. Bien qu'étant la traduction des dispositions législatives et réglementaires en vigueur communes à tous les établissements, elles sont néanmoins loin d'être homogènes. En effet chaque établissement sanitaire et social a sa propre histoire et son mode de gestion du personnel est le compromis à un instant donné entre l'état des forces syndicales en présence et les impératifs de la réglementation.

Force est de reconnaître que les hôpitaux locaux et les maisons de retraites n'ont pas la même culture syndicale et administrative.

Dans le cadre d'une fusion des deux établissements, il sera donc nécessaire de mettre en place une procédure d'harmonisation de la gestion du personnel. Cette procédure consistant à instaurer un système de gestion du personnel identique dans chacun des deux établissements.

La carrière des fonctionnaires hospitaliers est gérée par le biais d'une notation annuelle et progresse selon un principe d'avancement d'échelon. L'intéressement des agents se fait par le biais de la prime de service.

L'harmonisation ces règles de gestion du personnel concernent donc :

- ✓ Les congés ;
- ✓ La notation ;
- ✓ L'avancement d'échelon ;
- ✓ La prime de service ;

Il n'est pas possible que pour chacune de ces règles, plusieurs modes de gestion coexistent dans un établissement public intercommunal en cas de fusion. L'harmonisation sera nécessaire pour obtenir la cohésion sociale au sein du nouvel établissement. Elle est aussi obligatoire afin de respecter les principes d'égalité et d'équité qui prévalent en droit administratif français.

Cette harmonisation sera cependant délicate en raison de son implication individuelle pour les agents. En effet, elle peut se traduire soit par des répercussions financières (avancement, notation, prime de service), soit par des avancements de carrière ou des bonifications d'ancienneté (avancement, notation), ou bien alors elle intervient sur le régime des congés.

Enfin, dans le cadre d'une fusion, la dernière spécificité de ces règles, dont l'harmonisation est indispensable, concerne l'urgence de leur adaptation à la nouvelle situation. En effet, l'existence d'un budget unique exige un système de notation commun et opérationnel dès l'année qui suit la fusion juridique. Il en est de même pour le système de calcul de la prime de service et pour le barème d'avancement commun à tous les agents. Dans les deux établissements qui nous intéressent, ce travail a déjà commencé du fait de la convention de

direction. En effet, pour 1998, le directeur a instauré avec l'accord de l'ensemble des agents un système de notation et de calcul de la prime de service identique dans les deux établissements.

Pour délicate qu'elle soit une telle harmonisation peut permettre une redynamisation des règles de gestion du personnel. En effet, les systèmes de gestion ont chacun une histoire, ils sont le reflet de caractéristiques locales. A ce titre, ils ont pu engendrer au fil des années des lourdeurs et des dérives leur empêchant de jouer leur rôle de motivation et d'intéressement du personnel. Cette harmonisation peut permettre d'introduire un certain nombre d'innovations en matière de gestion du personnel.

2.4 La nécessité d'accompagner le changement

Face à cette rupture que préfigure une fusion des deux établissements, une politique communicante est nécessaire. En effet, la fusion de deux établissements exige la détermination, la collaboration et le volontarisme de tous les acteurs. La réussite de ce rapprochement passe d'abord par l'adhésion du personnel dans son ensemble au projet.

2.4.1 Favoriser l'adhésion au projet

En phase de montée en charge du rapprochement il est donc patent que la communication habituellement développée par l'établissement sanitaire et social doit aller crescendo et se densifier qualitativement. L'enjeu est d'importance et aucune « cible » ne doit se sentir frustrée ou trompée. De tels errements briseraient immédiatement et sans doute pour longtemps, la dynamique et provoqueraient le refuge immédiat dans l'attentisme passif et stérile.

Ainsi, l'information, la concertation et l'adhésion des instances représentatives du personnel (CME, CTE, CTP, CHSCT) sont essentielles. Seule la mobilisation du personnel permettra la réussite de la fusion. Son rôle est donc déterminant.

Dans ce cadre, le tempérament du directeur des structures concernées, sa capacité à faire passer des messages de compréhension constituent des vecteurs de réussite essentiels.

2.4.2 Construire un projet commun

G. Calmes insiste sur la nécessité de construire un projet commun¹⁷ : « *Il est déterminant pour les entités concernées d'élaborer un projet commun.[...] Le début d'une telle démarche peut être teinté d'une certaine crainte de cannibalisme. Aussi, dans toutes les décisions à prendre, il faut toujours éviter de donner à penser qu'il y a absorption d'un établissement par l'autre ou transfert de moyens d'un établissement vers l'autre* ».

Les tutelles sont très sensibles à ce type de démarche. Le conseil Général du Rhône est prêt à soutenir financièrement la restructuration de la maison de retraite de Letra dans le cadre d'une fusion. Ainsi, en apportant des gages de sérieux, les restructurations peuvent bénéficier de relances de l'investissement.

D'autre part, toujours selon G. Calmes¹⁸ : « *La recherche d'un cadrage contractuel apparaît comme essentiel à la coopération hospitalière. En effet, l'absence de cadrage rend plus difficile la démarche, les engagements moraux ayant leurs limites. Un véritable contrat d'objectif doit être un contrat sur les objectifs, les moyens et concerner l'ensemble de la démarche et le projet d'établissement axé sur la coopération* ».

2.4.3 La progressivité du changement

Toutes les personnes qui ont réalisés des fusions s'accordent pour dire que la nouvelle organisation doit être mise en place progressivement.

En effet, une mise en contact trop brutale de cultures d'établissement disparates peut aboutir à des sentiments de frustration, à une nostalgie du passé et à une attitude négative des acteurs quant à leur participation au nouvel ensemble.

Il faut donc, dès le départ, avoir la volonté d'avancer progressivement pour éviter un climat tendu entre les équipes dans les suites de la fusion.

¹⁷ Gilles CALMES, op. cit., p82

¹⁸ Gilles CALMES, op. cit., p82

3 CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

En conclusion de cette troisième partie nous pouvons dresser le tableau suivant :

✓ Avant la fusion : bonne préparation

- ❶ analyse de l'environnement des deux établissements
- ❷ analyse interne des deux établissements (forces / faiblesses)
- ❸ inventaire des points communs et des spécificités
- ❹ cerner les cultures d'entreprise :
 - sensibilité philosophique
 - fonctionnement des services
 - statuts des personnels

✓ Après la fusion :

- ❶ définir et orienter une stratégie
- ❷ harmoniser les statuts
- ❸ créer une nouvelle culture à partir des cultures existantes que la fusion exacerbe
 - sentiments d'appartenance
 - paradis perdu
 - ce que je fais est mieux fait que de l'autre côté
 - dominant – dominé
- ❹ créer un maximum de passerelles
 - être présent sur les deux sites
 - fonction transversale : formation, hygiène, projets de soins, projets qualité

CONCLUSION GENERALE

Le projet de rapprochement nous a servi de matériau de départ. Nous avons essayé, grâce à l'apport de la démarche stratégique et des expériences précédentes de fusions d'établissements sanitaires et sociaux, de déterminer si un rapprochement fort pouvait permettre d'assurer la pérennité des deux établissements.

Il nous semble que les développements précédents nous ont permis de valider en partie les hypothèses posées en introduction :

- *l'environnement dans lequel évoluent les deux établissements rend nécessaire un rapprochement entre les deux établissements ;*
- *parmi les différents types de rapprochement existant, seul un rapprochement fort de type fusion permettra d'assurer la pérennité des deux établissements ;*
- *il est par contre trop tôt pour se prononcer sur les probabilités de réussite d'une fusion même si nous avons pu analyser les facteurs de risque inhérents à ce type de rapprochement.*

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- ❑ Code de la santé publique
- ❑ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996
- ❑ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O. 25 avril,
- ❑ Lettre DH-FH1 n° 98-18540 du 27 novembre 1998 relative aux conséquences d'une fusion d'établissements sur les CAP et les CTE, Bulletin Officiel n°99/1, 30 janvier 1999.
- ❑ Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

OUVRAGES

- ❑ Michel CROZIER, « *L'acteur et le système* », Paris, Editions du Seuil, 1977
- ❑ Michel CREMADEZ, « *Le management stratégique hospitalier* », Paris, Editions Masson, 1997
- ❑ Gilles CALMES, « *Coopération hospitalière – L'épreuve de vérité* », Paris, Editions Masson, 1998

RAPPORTS ET REVUES

- ❑ CREDOC, « Consommation et modes de vie », n°63, déc.1991
- ❑ OCDE, « Politiques urbaines pour les personnes âgées », Paris, 1992
- ❑ INSEE, « La société française », données sociales, 1993
- ❑ Les dossiers INSEE Rhône-Alpes, « Les personnes âgées dans le Rhône », n°33, déc.
- ❑ Informations sociales, « Les personnes âgées dépendantes », n°6/7, sep. oct. nov. 1990 - CNAF