



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2004**

**FONCTIONS DE DIRECTION ET GESTION DES HOMMES :
L'ÉLABORATION D'UN PROJET SOCIAL
À L'HÔPITAL LOCAL DE MURET**

Guillaume LACORDAIS

« Il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait où il va ».

SÉNÈQUE

Remerciements

Je voudrais ici exprimer ma reconnaissance à Monsieur Jean-Marc GILBON, directeur de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils efficaces et l'attention qu'il a bien voulu manifester lors de la réalisation de ce travail.

Je remercie également Madame Mireille CAZASSUS, maître de stage, qui m'a permis de mener une démarche particulièrement formante au sein de son établissement et d'approfondir les éléments d'une culture à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale.

Ma pensée va bien évidemment vers les membres du groupe projet avec lesquels j'ai été heureux de collaborer et vers l'ensemble du personnel de l'Hôpital Local de Muret auquel le projet social est dédié.

Je remercie enfin toutes les personnes dont le regard novateur et l'expérience en matière de gérontologie, de démarche qualité, de GRH... auront contribué à stimuler ma réflexion.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
PREMIÈRE PARTIE : LE PROJET SOCIAL : EXPRESSION DE LA RECONNAISSANCE PAR LE DIRECTEUR DE L'IMPORTANCE DU FACTEUR HUMAIN DANS L'ÉTABLISSEMENT.....	5
1.1 Le projet social, un outil de gestion.....	6
1.1.1 Un apport conceptuel de la GRH.....	6
A) Projet social et courant du « développement social ».....	6
B) La notion de projet : un enrichissement de la GRH à l'hôpital.....	6
C) Vers une consécration législative de la notion de projet.....	7
1.1.2 Une obligation affirmée progressivement dans les textes.....	8
A) Une évocation indirecte dans la loi du 31 juillet 1991.....	8
B) Une mention explicite au cours de la période récente.....	9
1.2 Le projet social, une opportunité pour l'Hôpital Local de Muret.....	10
1.2.1 L'Hôpital de Muret, un hôpital local jeune et atypique.....	10
A) Un établissement hors du commun.....	10
B) Un projet d'établissement tout aussi original.....	13
1.2.2 Un établissement confronté à une nouvelle crise identitaire.....	14
A) Le projet social, révélateur d'un regroupement encore mal accepté.....	14
B) Des évolutions nécessaires qui déstabilisent l'établissement.....	16
DEUXIÈME PARTIE : LE PROJET SOCIAL : ÉLABORATION D'UN RÉFÉRENTIEL INTERNE COMMUN À TOUT LE PERSONNEL.....	20
2.1 Un champ d'expression pour le management.....	21
2.1.1 De l'empirisme initial au guide méthodologique de la DHOS.....	21
2.1.2 La compétence du directeur en management de projet : un élément essentiel.....	23
A) La nécessité d'un projet porteur de sens à l'hôpital	23
B) Un projet justifié par d'importants besoins sociaux.....	24
C) Le projet social, expression de toutes les fonctions du directeur.....	25
D) La démarche sociale de projet.....	26
a) Définir un cahier des charges.....	26
b) Élaborer un diagnostic.....	27
c) Communiquer.....	28

2.2 Le projet social de l'Hôpital Local de Muret : un plan d'actions pour optimiser la compétence collective.....	29
2.2.1 La promotion de la participation, de la communication et de l'information.....	29
2.2.2 Le développement d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications.....	31
2.2.3 L'amélioration de la qualité de vie au travail.....	34
TROISIÈME PARTIE : LE PROJET SOCIAL DE L'HÔPITAL LOCAL DE MURET EN JUIN 2004 : UN ESSAI À TRANSFORMER.....	39
3.1 La nécessaire définition des modalités concrètes de mise en œuvre.....	40
3.1.1 Un calendrier prévisionnel de réalisation des actions.....	40
3.1.2 La conclusion d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens intégrant un volet social.....	43
3.2 Concevoir un projet social : les enseignements de l'expérience Muretaine.....	45
3.2.1 Les marges de manœuvre valorisables par le directeur.....	45
A) L'association du corps médical à l'élaboration du projet social.....	45
B) Le développement d'une culture de gestion participative par projets.....	46
C) La pertinence du moment pour un projet social dans une stratégie de direction.....	47
3.2.2 Des aménagements réglementaires envisageables pour élargir sa capacité d'action.....	48
A) La promotion de mécanismes d'intéressement et de contractualisation interne.....	48
B) L'approfondissement et le renforcement d'une culture d'évaluation.....	49
C) La simplification de la gestion des établissements par la fusion des risques « Dépendance » et « Handicap ».....	50
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57
LISTE DES ANNEXES.....	61

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
ACPT : Allocation Compensatrice de Tierce Personne
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARTT : Aménagement et Réduction du Temps de Travail
CA : Conseil d'Administration
CES : Contrat Emploi Solidarité
CHSCT : Comité d'Hygiène et Sécurité et des Conditions de Travail
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRH : Directeur des Ressources Humaines
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FMESPP : Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
GHM : Groupe Homogène de Malades
GLA : Groupe Locaux Administratifs
GPE : Groupe Projet d'Etablissement
GPS : Groupe Projet Social
GRH : Gestion des Ressources Humaines
HL : Hôpital Local
IME : Institut Médico-Educatif
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
PH : Praticien Hospitalier
Pôle GAIO : Pôle Gérontologique d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
RAQ : Référent Assurance Qualité
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Pour disposer d'une véritable capacité de pilotage, le directeur doit pouvoir maîtriser les leviers qui commandent la performance.

S'il est un secteur dans lequel les hommes représentent la principale richesse, tant quantitativement (en pourcentage des budgets d'exploitation) que qualitativement (qualité des prestations), c'est bien celui des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Et pour peu ancienne qu'elle paraisse, on peut rappeler la réflexion de la commission « relations sociales et emploi » du X^{ème} Plan : « Le social est aujourd'hui devenu un élément essentiel de la compétitivité et il le sera d'autant plus que l'appareil productif évolue vers des biens et des services à haute valeur ajoutée nécessitant une mobilisation accrue ».

Or, si les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux ne sont pas des entreprises au sens classique du terme du fait de leur domaine particulier d'intervention et de leur mission de service public, leurs directeurs n'en sont pas moins responsables de la bonne gestion des deniers de la collectivité, comme les chefs d'entreprises le sont de la gestion de l'argent des actionnaires.

Aujourd'hui, le contexte social de ces établissements apparaît particulièrement contraignant sous l'influence de deux facteurs.

D'une part, la contradiction entre des besoins de santé croissants (dus notamment au vieillissement de la population française) et la raréfaction des ressources (liée à la dégradation de la conjoncture économique et au chômage) impose à tous les acteurs de la santé de participer à la maîtrise des dépenses. En effet, malgré les mesures prises par la dernière loi de financement de la sécurité sociale, le déficit de l'assurance maladie devrait s'établir aux alentours de 13 milliards d'euros en 2004 et porter la dette cumulée des années passées à 32 milliards d'euros. Ce record risque historique a d'ailleurs conduit à l'adoption par le Parlement, le 30 juillet 2004 d'un « plan d'urgence » constitué par le projet de loi relatif à l'assurance maladie de Monsieur P. DOUSTE-BLAZY.

D'autre part, la montée du consumérisme médical et l'affirmation des droits de la personne accueillie (droits des malades¹, droits des usagers des structures sociales et médico-sociales², charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de 1999...) exercent une forte pression sur le personnel des établissements, avec des exigences accrues de qualité et de sécurité.

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

² Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, en application de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Aussi, dans cet environnement concurrentiel qui demande une adaptation permanente et la définition d'une stratégie pour assurer le devenir de son établissement, le directeur doit répondre à un besoin important d'écoute et d'accompagnement du personnel.

Lors de mon arrivée à l'Hôpital Local de Muret, en septembre 2003, ce besoin est accentué par un malaise identitaire structurel tenant au caractère atypique de l'établissement et que vient renforcer une nécessaire redéfinition des prises en charge, sous l'influence de plusieurs évolutions internes et réglementaires.

Pour le directeur de l'Hôpital Local de Muret, le moment semble donc être venu de donner un signe fort aux agents de l'établissement en structurant une politique de GRH claire, cohérente et dynamique, dans le cadre d'un projet social dont l'élaboration m'est confiée en janvier 2004.

Ainsi, la mise en place d'un projet social paraît constituer en soi une réponse pertinente aux besoins du personnel et sa réalisation, tant pour le contenu que la méthode, semble parfaitement balisée depuis 2001, avec la parution au niveau ministériel d'un guide méthodologique d'élaboration.

Or, la démarche concrète menée à l'Hôpital Local de Muret tendrait à prouver au contraire que le directeur n'a pas été totalement dépossédé de l'exercice de son art !

En effet, l'élaboration d'un projet social constituerait une réponse judicieuse, non pas tant par son essence, que dans la manière dont elle est mise en œuvre dans le cadre d'une stratégie de direction.

Touchant l'ensemble des fonctions d'un directeur, elle ne permettrait pas à celui-ci de faire l'économie de compétences propres, malgré un guidage officiel de plus en plus précis.

C'est ce que l'on s'attachera à démontrer à travers l'analyse de l'expérience Muretaine : l'engagement d'un projet social ayant été jugé opportun par le directeur et exprimant sa reconnaissance de l'importance du facteur humain dans l'établissement (première partie), il s'est agi de construire un référentiel interne commun à tout le personnel (deuxième partie).

Lors de mon départ au mois de juin 2004, même si ses modalités concrètes de mise en œuvre restaient encore à préciser, le projet social du l'Hôpital Local de Muret n'en apparaissait pas moins déjà riche d'enseignements et de perspectives (troisième partie).

PREMIÈRE PARTIE

**LE PROJET SOCIAL : EXPRESSION DE LA RECONNAISSANCE
PAR LE DIRECTEUR DE L'IMPORTANCE DU FACTEUR HUMAIN
DANS L'ÉTABLISSEMENT**

1.1 Le projet social, un outil de gestion

1.1.1 Un apport conceptuel de la GRH

A) Projet social et courant du « développement social »

Dans l'idée que l'on se fait d'une organisation se trouve en germe la manière dont on peut penser et diriger la gestion des hommes.

A cet égard, l'apparition du concept de « projet social » à l'hôpital correspond à la pénétration dans le secteur public, sous la pression d'un contexte socio-économique plus contraignant, d'un grand courant de la théorie des organisations qui a déjà irrigué les entreprises privées, avec la mise en place à la fin des années 70 des cercles de qualité : c'est le « développement social », exposé par Weick, Ouchi, March, Hofstede, Peters et Waterman, et qui induit un mode de management plus participatif.

Alors que les termes « gestion » et « ressources » illustraient bien une croyance forte en la rationalité, l'Occident redécouvre avec la crise et le choc de la réussite japonaise, qu'on ne peut pas gérer les hommes de manière tout à fait rationnelle : selon une conception « ouverte » et « naturelle » de l'organisation³, d'autres forces sont en jeu, d'autres tensions aussi qui échappent aux règles et aux procédures. Et malgré la forte cohérence donnée par les modes de gestion, d'autres éléments sont nécessaires : il ne suffit plus pour réussir, d'être « bien géré », encore faut-il mobiliser « les énergies ».

Sous une autre forme, c'est le retour de la question de la motivation et alors même que l'intitulé « gestion des ressources humaines » est à son apogée, on va lui adjoindre d'autres mots : culture d'entreprise, valeur, projet, vision. Ce n'est plus l'individu qui prime, mais le groupe et le thème du changement collectif devient prioritaire, central, ce qui montre bien l'importance de la conception de l'organisation comme système ouvert dans les esprits.

B) La notion de projet : un enrichissement de la GRH à l'hôpital

Cette évolution a pour conséquence d'enrichir le contenu de la GRH à l'hôpital. En effet, jusque dans les années 80, gérer les ressources humaines, c'est avant tout administrer le personnel et l'agent est d'abord, perçu comme un coût, non comme une ressource.

Il s'agit d'appliquer correctement l'ensemble des textes régissant la vie des hommes et des femmes qui travaillent à l'hôpital.

Ces statuts règlent l'essentiel des conditions d'embauche, de déroulement de carrière, de rémunération, d'horaires, de conditions de travail dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité, de cessation d'exercice professionnel...

Les mots clés au sein de la fonction publique sont ceux de grades, de catégories, de positions, de droits, de devoirs, d'ancienneté, de notation, etc.

A partir des années 80, gérer les ressources humaines, c'est aussi et surtout agir sur ce qui constitue en réalité le cœur même de la ressource considérée : la compétence.

La compétence est le capital individuel de l'agent hospitalier et le patrimoine collectif de l'établissement dans son ensemble.

C'est une richesse qui doit être entretenue, développée, optimisée et mise en valeur.

La fonction GRH doit donc désormais avant tout savoir détecter, gérer et accroître le potentiel des compétences à l'aide de nombreux instruments : le recrutement, la formation, l'organisation, la mobilisation, la communication.

Au demeurant, interpréter cette influence du développement social sous l'angle du progrès et opposer la gestion classique du personnel dite statutaire à une GRH stratégique et dynamique serait une erreur : plus que d'une évolution, il s'agit d'une superposition.

En effet, tous les salariés, quel que soit leur rang hiérarchique, sont attachés à une bonne gestion de leur dossier et au vu de l'expérience de l'Hôpital Local de Muret, aucune autre approche des ressources humaines n'est possible si ce socle n'est pas stabilisé. Une saine gestion statutaire constitue le préalable nécessaire ainsi qu'une exigence individuelle et collective pour pouvoir mobiliser, optimiser, dynamiser.

C) Vers une consécration législative de la notion de projet

Sous des vocables différents et de façon inégale, la pratique du projet à l'hôpital a précédé sa consécration législative.

En effet, les acteurs de l'hôpital n'ont pas attendu le projet d'établissement de la loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 pour faire des projets et agir selon un projet. Mais bien souvent, il s'agit encore de projets implicites et surtout de projets mal connus ou inconnus des autres et donc rarement reconnus dans leur valeur de projet. Ils font l'objet d'une diffusion inégale, parfois destinés à la seule équipe de direction ou étendus à l'ensemble des cadres voire à l'ensemble du personnel.

Le concept de projet d'entreprise est mentionné (sous d'autres appellations : plan directeur, projet médical, projet d'établissement) à partir de 1988 dans plusieurs circulaires.

En 1989, la circulaire Rocard du 23 février sur le Renouveau du Service Public pose un certain nombre de principes en rupture avec le modèle classique de l'administration française, incitant au « développement des responsabilités, à une gestion plus dynamique des personnels ».

Elle transpose dans le cadre du service public les méthodes de « direction participative par objectifs » utilisées depuis les années 1960 dans les entreprises et introduit la notion de projet de service, défini comme une démarche collective associant responsable du service, partenaires et usagers pour un ensemble d'actions propres à réaliser des objectifs concertés.

Pour les hôpitaux, il s'agissait dès 1988, d'inciter les établissements à formaliser leurs orientations médicales et les choix qui en découlent en matière de logistique, d'hôtellerie et de plateau technique. Autrement dit, aller au delà de la seule forme de plans directeurs, sorte d'avant programmes architecturaux.

1.1.2 Une obligation affirmée progressivement dans les textes

A) Une évocation indirecte dans la loi du 31 juillet 1991

La réforme hospitalière (loi du 31 juillet 1991) va organiser la démarche de projet et par là même la légitimer, en prévoyant l'élaboration d'un projet d'établissement dans tous les établissements sanitaires publics.

Ainsi, dans sa rédaction antérieure à la loi du 17 janvier 2002, l'article L 6143-2 du Code de la santé publique prévoit que « le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information ».

Cet article veut instaurer une dynamique de projets à partir de réflexions pluriannuelles au sein de l'hôpital, mais il ne fait que poser le principe de la démarche de projet. Il constitue en effet l'élément d'un dispositif plus vaste qui vise à favoriser la concertation et le dialogue au sein des établissements de santé. Ce que l'on retient, c'est que le projet médical représente le cœur du projet d'établissement qui est établi pour cinq ans après avis de la commission médicale et de la commission des soins infirmiers (articles L 6144-1 et 6145-9 du Code de la santé publique).

Et on constate que le projet social n'apparaît pas en tant que tel puisque l'article parle simplement de « politique sociale » et de « plans de formation ». Cet amalgame est surprenant puisque l'on peut penser que la formation fait partie intégrante de la politique sociale.

D'autre part, sont mis au même niveau la politique, c'est à dire les grandes lignes de conduite de l'établissement et les plans qui constituent la mise en œuvre de la politique. On peut toutefois expliquer cette écart sémantique par la volonté du législateur d'inscrire la formation comme une priorité dans le développement de l'hôpital.

Cette imprécision de la loi de 1991 sur le projet social a constitué une opportunité pour les hôpitaux. En effet, chacun disposait ainsi d'une marge de manœuvre importante tant sur la méthodologie que sur le contenu et l'absence de définition à très vite été comblée sur le terrain. Reprenant à leur compte le mot projet, les directeurs des ressources humaines y ont associé celui de social.

Il en est résulté une grande diversité de réalisations. De la rédaction « en solitaire » par le directeur des ressources humaines à la mise en place de groupes de projet sous le contrôle d'un comité de pilotage, les déclinaisons furent nombreuses même si elles avaient toutes pour objectif de permettre la pleine réalisation des divers projets de l'hôpital (projet de soins infirmiers, projet de gestion), surtout celle du projet médical, qui occupe une place prépondérante.

B) Une mention explicite au cours de la période récente

Ces dernières années, la nécessité ressentie par les établissements de se doter d'un projet de développement des ressources humaines va être relayée avec plus de force, sous l'influence de la « démocratie sanitaire ».

En effet, il apparaît fondamental de mobiliser l'ensemble des personnels des établissements, particulièrement ceux qui ne se retrouvent qu'indirectement dans le projet médical (personnels des services techniques et logistiques et personnels administratifs). L'évolution de l'hôpital doit se faire avec tous les agents. C'est pourquoi la modernisation du service public hospitalier doit reposer sur un projet social cohérent, établi au sein de chaque établissement, en s'appuyant sur une nouvelle dynamique de négociation interne. En outre, l'élaboration d'un projet social relève de la responsabilité sociale de l'hôpital qui est souvent le premier employeur de la commune.

De telles préoccupations vont se concrétiser dans le manuel d'accréditation de février 1999 qui s'impose à tous les établissements de santé et le protocole d'accord AUBRY conclu entre le gouvernement et les organisations syndicales représentatives du personnel de la fonction publique hospitalière le 14 mars 2000.

Ainsi, parmi les références propres aux ressources humaines du manuel d'accréditation (référentiel II 2), il est affirmé dans la référence 1 que « l'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie ».

Quant au protocole AUBRY, il trouve une application dans la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 dont l'article 1^{er} modifie l'article L 6143-2 du Code de la santé publique et impose l'insertion d'un projet social dans le projet d'établissement. Le contenu du projet social, la procédure d'élaboration et le suivi de son application sont précisés.

Il « définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement , ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte, notamment, sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels ». Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement ; le conseil d'administration en délibère (article L 6143-1 modifié). Il est soumis à l'avis du comité technique d'établissement (article L 6144-3 modifié) et de la commission médicale de l'établissement (article L 6144-1, 9°, modifié). Le suivi annuel de l'application du projet social et le bilan annuel à son terme incombent au comité technique d'établissement.

Par ailleurs, l'article L 6114-2 est modifié pour que, désormais, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation comprennent un volet social et précisent les actions arrêtées par l'établissement en accord avec l'agence régionale de l'hospitalisation sur la base du projet social de l'établissement.

En tant qu'établissement public de santé au sens de l'article L 6141-2 du Code de la santé publique, l'Hôpital Local de Muret se devait donc de répondre à cette exigence officielle, d'autant que l'élaboration d'un projet social figurait parmi les recommandations formulées en 2001 par les experts visiteurs de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, à l'occasion de la procédure d'accréditation de l'Unité de Soins de Longue Durée de l'établissement.

Concernant la partie médico-sociale de l'Hôpital Local, régie par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, il s'agissait d'une exigence implicite puisque cette loi transpose dans le champ médico-social de nombreux dispositifs du secteur sanitaire, notamment le projet d'établissement qui devient obligatoire et précise les modalités d'organisation ou de fonctionnement retenues. De plus, elle prévoit la faculté pour les établissements de conclure avec les autorités de tarification des contrats d'objectifs et de moyens, cette démarche de contractualisation existant déjà dans le secteur des personnes âgées sous la forme de conventions tripartites obligatoires.

Ainsi, l'élaboration d'un projet social à l'Hôpital Local de Muret correspondait à une exigence du législateur, mais plus encore qu'une obligation externe, elle pouvait constituer une réponse aux besoins internes et à la situation de l'établissement qui se trouvait, à mon arrivée, à une période charnière de son histoire. Il convenait donc de se saisir de cette opportunité.

1.2 Le projet social, une opportunité pour l'Hôpital Local de Muret

1.2.1 L'Hôpital de Muret, un hôpital local jeune et atypique

A) Un établissement hors du commun

L'Hôpital Local de Muret apparaît dans le paysage sanitaire comme une structure peu ordinaire : composé de deux pôles différents (personnes âgées et enfants et adultes handicapés), il est issu du regroupement en 1995 de cinq établissements initialement réunis puis séparés en 1980.

■ Une Unité de Soins de Longue Durée qui relève de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

■ Quatre structures régies par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, soit :

- Une Maison de Retraite
- Un Institut Médico-Educatif (IME)
- Une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
- Un Foyer d'Accueil Médicalisé

En 1980, l'éclatement de l'Hôpital de Muret avait été réalisé en application de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 dans le but de confier à chaque établissement une mission spécifique et des moyens propres.

Toutefois cette intention louable a été entravée par le maintien de « services communs » (administration, ateliers, blanchisserie, cuisines, pharmacie) juridiquement rattachés à l'USLD mais desservant l'ensemble des établissements et rémunérés selon un système de pourcentage n'ayant jamais totalement reflété la réalité des coûts, malgré l'esquisse d'un rééquilibrage des charges entre les structures en 1987.

Dans ce contexte intervient la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale qui abolit partiellement la séparation stricte des secteurs sanitaire, social et médico-social et permet dès lors d'envisager un rapprochement des établissements de Muret.

Le regroupement, décidé par arrêté préfectoral du 22 février 1995 après délibération conjointe des conseils d'administrations des établissements concernés, semble devoir apporter une réponse cohérente :

- aux dysfonctionnements qui étaient apparus lors de l'éclatement de l'Hôpital de Muret : définition d'une politique cohérente conduite par un seul conseil d'administration dans le cadre d'un projet global d'établissement.

- à l'évolution constante des besoins dans une conjoncture économique peu favorable :

- complémentarité dans la prise en considération des besoins des résidents
- unicité de la gestion administrative, économique et financière favorisant une rationalisation des coûts
- unicité de la gestion des ressources humaines facilitant des recompositions internes.

Au delà de l'aspect innovant de ce regroupement qui met fin à la vacuité d'une cohabitation empirique, la création de ce nouvel établissement a pour unique ambition une meilleure considération des personnes accueillies. Il s'agit pour l'Hôpital Local de Muret, qui compte 327 lits et places répartis sur trois sites, de mieux répondre à sa triple mission de service public (éducation, hébergement, soins), en parfaite complémentarité avec un environnement sanitaire public et privé qui restreint beaucoup ses marges de développement (proximité du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, du Centre Hospitalier Spécialisé « Gérard Marchant », de la Clinique de Lagardelle, et de la Clinique Occitanie de Muret).

➤ L'USLD « Robert Debré » (81 lits et 2 places), située comme l'IME, la MAS, le Foyer et les services communs dans un parc en périphérie du centre ville de Muret, accueille des personnes âgées lourdement dépendantes physiquement et psychiquement, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou en fin de vie. Depuis 2000, fonctionne un Pôle Gériatrique d'accueil, d'information et d'orientation (GAIO) dont la mission, au sein du bassin de vie de Muret, est quadruple : la continuité des soins, la prévention, l'évaluation des besoins de santé, la recherche et l'expérimentation.

➤ La Maison de Retraite «Le Castelet » (80 lits), implantée au centre ville de Muret, accueille des personnes âgées valides ou semi-valides de plus de 60 ans ainsi que des personnes recevant des soins particuliers que requiert leur perte d'autonomie momentanée ou durable.

➤ L'Institut Médico-Educatif « Debat Ponsan » (68 places) accueille des enfants et adolescents de 3 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle profonde et moyenne pour y suivre des activités et des soins spécialisés. La commune de Seysses, située à la périphérie de Muret, accueille dans une villa un groupe de 8 adolescents, hébergés en internat.

➤ Le Foyer « Le Hurguet » (24 places), accueille des adultes handicapés mixtes à partir de 20 ans dont l'autonomie relative nécessite cependant un minimum de prise en charge des actes quotidiens.

➤ La Maison d'Accueil Spécialisée « Marcel Sendrail » (72 places) accueille des personnes mixtes adultes, lourdement handicapées, tant sur le plan médical que moteur ou sensoriel, qui nécessitent un suivi médical et des soins constants.

Pour accomplir sa mission, l'Hôpital Local mobilisait en 2003 276 ETP (effectifs non médicaux) auxquels il faut ajouter 15 contrats aidés et des effectifs médicaux qui garantissent une présence médicale permanente dans l'établissement ⁴ :

- 1 praticien à temps plein
- 1 praticien à temps partiel
- 1 pharmacien à temps partiel
- 10 attachés (spécialités)

B) Un projet d'établissement tout aussi original

Le regroupement de 1995 apportant une nouvelle cohérence institutionnelle et financière, il devait devenir le support d'un projet d'établissement fédérateur des énergies et plaçant le résident au cœur de ses préoccupations.

Or, dès 1997, un constat émerge pour l'équipe de direction : si les missions de chaque structure de l'Hôpital Local sont bien repérées, en revanche, une vision globale de l'établissement, autant dans ses missions que dans ses fonctionnalités n'existe pas.

Dans ces conditions et au vu d'une histoire aussi complexe, il apparaît peu concevable d'élaborer tout de suite un projet d'établissement au sens classique du terme, avec un projet médical, un projet de soins infirmiers, un projet de gestion communs...

Avec l'aide d'un consultant externe, le choix semble plus judicieux de construire un projet d'établissement respectueux des identités de chaque structure. Toutefois, le projet d'établissement ne pouvant s'identifier à la somme des projets existants, il convenait de définir un axe de réflexion commun à toutes les structures et susceptible de donner une identité forte à l'Hôpital Local.

Ce pouvait être :

- la réflexion autour des orientations générales de l'établissement en fonction des prestations proposées par les différents services et l'insertion dans un réseau local de l'établissement.
- La réflexion autour d'une opération de transformation ou de création de locaux.
- La réflexion autour du fonctionnement d'un service transversal (infirmier, technique, administratif) et les articulations avec les modes de fonctionnement des différentes structures de l'établissement.

⁴ Source : tableau des effectifs approuvé pour 2003 (Annexe I)

Le choix de l'équipe de direction s'est porté sur le regroupement géographique et fonctionnel des services administratifs comme porte d'entrée à la réflexion du projet d'établissement.

En effet, ces services communs à toutes les structures de l'Hôpital Local et à l'ensemble du personnel, pouvaient permettre d'approfondir les notions d'accueil, de démarches sociales et socialisantes, d'orientation des usagers et de leurs familles.

C'est pourquoi, sur le plan méthodologique, deux groupes de travail furent constitués : le Groupe Locaux Administratifs (GLA) et le Groupe Projet d'Etablissement (GPE).

Au final, le projet d'établissement qui est approuvé par les instances en juin 2000 constitue la synthèse originale d'un hôpital qui ne l'est pas moins. Il comprend deux volets :

- Les missions communes aux différentes composantes de l'établissement, déclinées en 3 missions essentielles :

- cohérence de fonctionnement de l'établissement
- individualisation du service rendu
- articulation des conditions de vie des résidents et conditions de travail du personnel.

Parmi le contenu de ces missions, figurent bien évidemment le regroupement des services administratifs mais également, en filigrane, plusieurs orientations concernant la gestion des ressources humaines.

- L'autre volet est constitué des projets spécifiques aux différentes structures de l'Hôpital Local :

- le projet médical de l'USLD
- le projet de vie de la Maison de Retraite
- le projet éducatif de l'Institut Médico-Educatif
- le projet de vie de la Maison d'Accueil Spécialisée
- la projet de vie du Foyer

I.2.2 Un établissement confronté à une nouvelle crise identitaire

A) Le projet social, révélateur d'un regroupement encore mal accepté

A mon arrivée dans l'établissement en septembre 2003, si les travaux de la nouvelle administration, qui constituent la première étape du schéma directeur voté en 1999, sont en passe de se concrétiser, leur impact modéré sur le sentiment d'appartenance à une entité commune est perceptible.

Le regroupement de 1995 est encore douloureusement ressenti par certaines composantes de l'Hôpital Local, notamment le pôle handicap. Celui-ci a l'impression que le statut d'établissement de santé fait la part belle aux entités sanitaire et sociale de l'Hôpital Local (USLD, Maison de Retraite) alors qu'en fait quatre structures sur cinq relèvent de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, ce qui confère plutôt à l'établissement une tonalité sociale et médico-sociale.

Et le lancement du projet social est interprété, du moins au départ, comme une nouvelle emprise de la logique sanitaire, avec les exigences de formalisation et d'écrit qui la caractérisent.

Pourtant, on a pu voir que la loi du 2 janvier 2002 opère d'elle même ce copié-collé de dispositifs sanitaires vers le médico-social dans un but de rationalisation du secteur.

Il est vrai que pour des raisons tenant à la nécessité de maintenir les équilibres budgétaires, le regroupement de 1995 n'a pas permis une véritable rééquilibrage des charges provenant des services communs entre les cinq structures. En effet, conformément à l'article 37 de la loi 94-43 du 18 janvier 1994, l'activité sanitaire de l'établissement étant celle de l'USLD, le budget de cette unité devient le budget principal et gère en budgets annexes les quatre autres structures. Les services communs, qui font partie du budget principal, génèrent des charges réparties entre les structures en fonction de critères (repas consommés, pourcentages établis sur la base de consommations ou de charges de personnel...) qui n'ont pas sensiblement évolué avec le regroupement de 1995. La persistance de cette non réalité des coûts contribue à alimenter le clivage culturel entre un pôle gériatrique et un pôle handicap qui se sent lésé dans ses intérêts.

C'est pourquoi le projet social suscite d'abord quelque méfiance chez ce dernier secteur, dont la culture orale socio-éducative est pourtant riche de potentialités d'ouverture et de dialogue social. Seuls les représentants des organisations syndicales semblent plutôt se réjouir de cette initiative de la direction.

Quant aux services logistiques, ils conservent une relative neutralité face à un conflit culturel qui ne doit pas avoir d'incidences sur la qualité de leurs prestations au résident, toutes structures confondues.

Mais finalement, ce qui apparaît à travers quelques réactions lorsque le directeur de l'établissement me confie la mission de conduire une démarche de projet social en janvier 2004, c'est un manque de transversalité interne persistant mais surtout un besoin d'accompagnement social après une fusion parfois traumatisante. Par ailleurs, alors que le premier projet d'établissement de l'Hôpital Local (2000-2005) arrive bientôt à son terme, le projet social s'avère essentiel pour relever les défis à venir.

B) Des évolutions nécessaires qui déstabilisent l'établissement

Le projet social, par son aspect transversal, ranime d'autant plus les tensions mal éteintes du regroupement que l'Hôpital de Muret est confronté à la nécessité de redéfinir ses prises en charges, compte tenu de l'évolution de la population accueillie et de la réforme de la tarification dans le secteur des personnes âgées dépendantes.

Concernant le Pôle Gériatrie de l'établissement, la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance (devenue l'Allocation Personnalisée d'Autonomie avec la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001) a placé les USLD dans son champ d'application et a prévu leur redéfinition dans le cadre des « Unités de Soins Prolongés ».

Or, bien que la définition des « soins prolongés », initialement prévue pour 1998, ne soit toujours pas intervenue, les USLD, dont le caractère sanitaire est affirmé par l'article L 6111-2 du Code de la Santé Publique, ont vocation à conclure sans attendre une convention tripartite avant le 31 décembre 2005.

La loi considère en effet que si les personnes actuellement accueillies dans les services de soins de longue durée sont, en règle générale, lourdement dépendantes, elles ne nécessitent pas dans la majorité des cas une surveillance médicale constante, ni des soins techniques lourds, relevant d'un plateau technique hospitalier. C'est pourquoi il n'y a plus lieu de maintenir des distinctions inutiles et puisque la réforme de tarification a pour but une meilleure considération des besoins des personnes âgées quel que soit le statut juridique de leur établissement d'accueil, les USLD sont appelées à devenir des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Pour un établissement tel que l'Hôpital Local de Muret, qui ne tient son caractère sanitaire que du long séjour, une telle réforme signifie un basculement dans le champ médico-social et la perte de son récent statut d'établissement de santé.

Il n'en faut pas moins pour ranimer les divisions issues du regroupement et pour remettre en cause la logique d'unité que la direction s'efforce de mettre en place depuis 1995.

Or, que peut attendre l'Hôpital Local de Muret de ce changement de statut juridique ?

Au 31 avril 2003, seules 9 % des USLD et 18 % des autres EHPAD ont passé une convention tripartite selon les statistiques de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et le Parlement a adopté un nouveau report de la date définitive de mise en œuvre de la réforme.

C'est dire le faible rythme de la montée en charge de celle-ci et la crainte des établissements de subir une diminution de crédits, d'assurance maladie notamment.

La Maison de Retraite de l'Hôpital Local de Muret ne déroge pas à cette tendance puisqu'en 2004, la convention tripartite est toujours en cours de signature : la structure, qui ne peut faire valoir ni un effet mécanique ni un clapet anti retour pour augmenter ses crédits, est par ailleurs invitée à inclure les médicaments dans les dépenses couvertes par le forfait soins (passer du tarif partiel au tarif global).

Concernant l'USLD, son basculement dans le champ des EHPAD et une fusion avec la Maison de Retraite pourraient entraîner une hausse du tarif hébergement pour les résidents du Castelet, sans changement hôtelier d'aucune sorte justifiant cette évolution. Mais surtout, l'USLD Robert Debré fait le constat de besoins internes non satisfaits auxquels il convient de répondre et qui ne militent pas en faveur de sa transformation en EHPAD : situations d'aggravation des états pathologiques chroniques, de décompensation aiguës de pathologies vasculaires, cardiaques, respiratoires, situations « de crise » demandant des adaptations ou réajustements thérapeutiques. Ces situations imposent aux résidents des hospitalisations à l'extérieur en court et moyen séjour et parallèlement, l'USLD doit rejeter régulièrement des demandes d'admission auxquelles elle ne peut répondre.

Dès lors, comment maintenir le caractère sanitaire de l'Hôpital Local ?

Le concept des « soins prolongés » était encore trop flou et incertain pour pouvoir constituer une garantie stable du maintien de ce caractère.

En effet, seule une circulaire du 3 mai 2002 relative aux états végétatifs chroniques et aux états pauci-relationnels, donne pour le moment quelques indications : ancrée dans la catégorie des soins de suite, tant au niveau de la prise en charge (besoin de soins techniques lourds et prolongés) que des ressources soignantes (moyen séjour), la problématique des soins prolongés serait transversale à l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales (y compris les établissements pour personnes handicapées) et concernerait des personnes de tous âges. Et seuls les centres hospitaliers disposant d'un plateau technique ou situés à proximité immédiate de celui-ci pourraient prétendre à l'attribution d'une unité de soins prolongés en raison du risque de défaillance vitale caractérisant les patients.

C'est donc plutôt la circulaire DHOS du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local qui paraît pouvoir conforter l'Hôpital Local de Muret dans sa vocation d'établissement de santé.

En effet, cette circulaire affirme les hôpitaux locaux, qui représentent un tiers du parc hospitalier⁵, comme premier niveau de prise en charge sanitaire et envisage expressément le cas des établissements qui, tels que l'Hôpital Local de Muret, voient leur caractère sanitaire menacé par la réforme des USLD. Sa position est claire : la création des EHPAD ne doit pas avoir pour conséquence la transformation systématique des hôpitaux locaux ne disposant pas actuellement de lits de médecine, en établissements médico-sociaux.

Compte tenu de leur faculté d'adaptation, de l'analyse des besoins de proximité et de la redéfinition de leurs missions, leur statut d'établissement de santé doit être préservé, et dans le cadre de la mise en place des prochains SROS (de 3^e génération), il convient d'envisager la création de lits de médecine polyvalente dans ces établissements.

Cette remédicalisation nécessite de conclure une convention avec un ou plusieurs établissement(s) de santé-pivot(s), conformément à l'article L 6141-2 du Code de la santé publique, dans une optique de complémentarité et d'intégration de l'hôpital local dans une filière de soins graduée.

Aussi, dès le début de l'année 2004, l'Hôpital Local de Muret a engagé une réflexion autour de la réorientation du projet médical de l'USLD, en vue de mieux répondre aux besoins recensés non satisfaits et de renforcer sa médicalisation. Les nouveaux axes du projet médical s'articuleraient parfaitement avec la restructuration et l'extension des locaux de l'USLD approuvées par le Conseil d'Administration en 2003, qui constituent la deuxième phase du schéma directeur de l'établissement.

Il s'agirait de transformer 30 lits de l'USLD en :

- 10 lits de court séjour, dont 5 lits de médecine polyvalente correspondant à des lits de crise et 5 lits identifiés « soins palliatifs » dans le cadre du réseau « Reliance »
- 20 lits de moyen séjour :
 - 10 lits « relais » permettant la continuité des soins tant que l'état des patients n'est pas stabilisé, dont 3 lits mis à disposition du réseau Gérontomip.
 - 10 lits pour l'accueil des patients atteints de polyopathologies, dont la durée des prises en charge est indéterminée.

D'autres activités seraient également envisageables (création d'un service de soins infirmiers à domicile, mise en place de consultations mémoire et d'évaluation gériatrique) et bien sûr, il s'agirait de conforter les compétences acquises, notamment la forte expertise développée dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et des fins de vie.

⁵ Source DHOS : 355 hôpitaux locaux répartis sur le territoire français, soit 3,75 % des lits de médecine d'hospitalisation publique, 14 % des lits de soins de suite et réadaptation, 19 % des lits de soins de longue durée.

Le pôle handicap de l'Hôpital Local est lui aussi confronté à des enjeux qui rendent nécessaire un accompagnement social soutenu : le 27 novembre 2003, le Conseil d'Administration a voté, en présence du Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales un projet d'extension de la Maison d'Accueil Spécialisée de 60 à 80 places, avec création d'un secteur autisme de 20 places. Ce projet doit s'accompagner d'une reconstruction de la structure qui constitue la troisième étape du schéma directeur de l'Hôpital Local. Sur le terrain, le personnel doit faire face à une aggravation des pathologies et à un vieillissement des résidents. Il s'agit d'un constat partagé au Foyer où la création d'un secteur d'adultes handicapés vieillissants est à l'étude.

Dans ce contexte lourd de potentialités conflictuelles et de défis à relever, un constat s'impose : le regroupement des services administratifs ne suffira pas à donner une identité à l'Hôpital Local de Muret et la dynamique de l'établissement doit prendre racine, non plus dans la pierre, mais dans la richesse humaine de ses agents. Ici, le projet social prenait tout son sens.

DEUXIÈME PARTIE

**LE PROJET SOCIAL :
ÉLABORATION D'UN RÉFÉRENTIEL
INTERNE COMMUN À TOUT LE PERSONNEL**

2.1 Un champ d'expression pour le management

2.1.1 De l'empirisme initial au guide méthodologique de la DHOS

Comme on a pu le voir, jusqu'à une période récente, les établissements ont disposé d'une grande latitude d'action pour élaborer un projet social, du fait de l'imprécision de la loi de 1991.

Néanmoins plusieurs travaux et études, dont celle de Monsieur Hervé LETEURTRE⁶, avaient tenté de faire la synthèse des divers projets sociaux et d'en faire émerger les thèmes récurrents et incontournables, constitutifs d'un socle méthodologique pour les établissements de santé.

C'est ainsi que pouvaient être retenus les thèmes suivants, non hiérarchisés :

- l'organisation du travail
- la prise en compte de l'individu
- l'amélioration de la formation
- la circulation de l'information
- l'amélioration de la communication
- les conditions matérielles de travail
- les conditions matérielles de vie

Par ailleurs, il était intéressant de remarquer qu'en regroupant ces thèmes dans une matrice descriptive de la motivation des agents élaborée par F. HERZBERG (1966), les cinq derniers thèmes apparaissaient comme prioritaires, car correspondant à des éléments de satisfaction indispensables à toute motivation ultérieure. En revanche, l'organisation du travail et la prise en compte de l'individu étant assimilées à des facteurs de pure motivation des agents, cela accréditait la thèse selon laquelle les hôpitaux étaient encore condamnés à privilégier les éléments de satisfaction avant de proposer aux salariés des éléments de motivation...

Cet empirisme n'est plus de mise lorsque la direction de l'Hôpital Local de Muret me demande d'initier le projet social en janvier 2004.

En effet, dans le prolongement du protocole d'accord du 14 mars 2000, une circulaire DHOS du 3 juillet 2001 puis un guide méthodologique en décembre 2001 ont fourni des supports pédagogiques pour élaborer, négocier et assurer le suivi du projet social dans les établissements de santé.

⁶ Étude publiée dans *Gestions Hospitalières*, n°346, mai 1995.

Nourri par des expériences du terrain, le guide méthodologique de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins propose à son tour les grands axes de réflexion qui forment le contenu de toute politique sociale exhaustive.

Ainsi les établissements sont invités à aborder :

- la modernisation des relations sociales
- la gestion professionnelle des emplois et des compétences et la validation des acquis professionnels
- l'approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines
- la qualité et l'amélioration des conditions de vie au travail
- la formation initiale et continue

Mais plus que sur le contenu et les mesures du projet social, le guide méthodologique, qui se situe bien en cela dans l'optique du protocole du 14 mars 2000, insiste sur la méthode employée pour le conduire : à toutes les étapes du projet, il est essentiel de favoriser l'implication et l'expression de l'ensemble des personnels de l'établissement. Bien sûr, les partenaires sociaux et les instances sont pleinement partie prenante de la démarche, mais le projet social peut être également l'occasion de revoir les modes d'expression habituels, en particulier le fonctionnement des conseils de service ou d'expression directe. Il s'agit donc de promouvoir le dialogue social et la négociation interne pour initier « une démarche sociale de projet », génératrice d'un processus identitaire collectif et porteur de sens.

De l'expérience de tous les établissements, l'aspect le plus important du projet social – mais aussi le plus délicat à mettre en œuvre, résiderait dans cette appropriation de la démarche par le personnel. Cette hypothèse a été vérifiée à Muret où l'enjeu principal du projet social tenait justement à l'affirmation d'une identité forte de l'établissement.

En effet, il faut éviter que le projet ne devienne une affaire d'experts tout en sachant qu'on ne peut matériellement faire participer en permanence à la démarche l'ensemble des membres de l'hôpital. Là encore, les différentes réalisations ont montré qu'en règle générale, si les représentants du personnel sont régulièrement tenus informés de l'avancement des travaux, le travail de fond sur l'analyse, le choix et la priorisation des axes du projet social est en revanche effectué par des groupes de travail composés de personnes volontaires.

L'Hôpital Local de Muret, comme on s'en rendra compte, ne s'est à cet égard, pas singularisé.

En outre, à côté de ce premier biais pouvant conduire à des oppositions entre les syndicats et des représentants auto-désignés du personnel, le sentiment d'être impliqué ou non dans la procédure tient parfois à peu de choses, et bien souvent à la façon dont la procédure a été présentée.

A Muret, l'entreprise était d'autant plus périlleuse que, pour quelques acteurs, le projet social ne semblait devoir favoriser une fois de plus que la partie sanitaire de l'établissement.

D'où la nécessité d'une compétence forte du directeur en management de projet.

2.1.2 La compétence du directeur en management de projet : un élément essentiel

A) La nécessité d'un projet porteur de sens à l'hôpital

S'il y a certainement une spécificité des établissements hospitaliers due à leur secteur d'intervention (prestation de soins) et à leur mission de service public qui entraîne des règles de gestion différentes, il est permis de penser qu'en matière sociale, le principe moteur d'un bon fonctionnement est le même que celui d'une entreprise privée : l'adhésion collective à un projet porteur de sens.

Le projet social doit donc s'ancrer dans des valeurs de GRH fédératrices qui constituent le socle culturel d'orientations stratégiques et prospectives :

- valeur d'accueil, notamment perceptible dans le souci d'insertion des nouveaux arrivants,
- valeur de dialogue : écoute, concertation, ouverture, négociation, pédagogie, patience
- valeur de qualité de vie : sécurité physique et morale, ergonomie, clarté des procédures, dynamisme, souci de compétence
- valeur de confiance : management participatif, délégation, partage, initiative, respect des personnes
- valeur de clairvoyance : anticipation, prévision, préparation des évolutions.

Ces valeurs qui ont guidé toute la démarche de projet social à l'Hôpital Local de Muret ont été enrichies d'un souci de cohérence et de transversalité, compte tenu de la spécificité de la structure, et cela en vue de la réalisation d'un seul objectif, affirmé dans le projet d'établissement : l'individualisation de la prestation rendu au résident.

Les orientations stratégiques pour 5 ans qui ont découlé sont les suivantes :

- l'amélioration de la communication (externe, verticale et transversale)
- l'amélioration de la vie des services et de la participation des personnels
- la structuration du dialogue social
- l'amélioration de la gestion du personnel
- l'amélioration de la qualité de vie au travail.

B) Un projet justifié par d'importants besoins sociaux

Dans les établissements publics de santé, donner du sens au travail quotidien par un projet apparaît d'autant plus indispensable qu'ils doivent faire face à des besoins sociaux d'une acuité particulière : un besoin de décloisonnement et un besoin de motivation, encore accentués à Muret du fait de l'histoire longue et difficile de l'établissement et d'une situation budgétaire contrainte.

En effet, l'hôpital est avant tout un monde cloisonné : aux logiques professionnelles (médicale, soignante, administrative...) qui constituent déjà autant de forces centrifuges se superpose un repliement par service très marqué. Ainsi, chaque service peut être identifié à un territoire disposant d'instruments de connaissance spécifiques et produisant un savoir spécialisé, de sorte qu'il est difficile de transmettre aux autres une partie de sa réalité, de capter leurs problèmes et leurs contraintes. La trajectoire de l'intérêt du malade ou résident subit par là de multiples réfractions et à l'Hôpital Local de Muret, le phénomène est encore renforcé par un clivage bipolaire gériatrie/handicap, le pôle logistique restant traditionnellement neutre.

En outre, ce cloisonnement est facteur de déresponsabilisation puisque la faute est toujours celle de l'autre, et de coûts cachés par les redondances et gaspillages qu'il induit. Le projet social pouvait donc constituer un moyen d'améliorer le dialogue et la connaissance mutuelle des différentes composantes de l'Hôpital Local afin de les amener à penser l'établissement comme une entité commune, et notamment mieux maîtriser les coûts.

Il pouvait aussi influencer sur un autre facteur de développement de l'Hôpital Local, à savoir la motivation des agents.

En effet, contrairement aux entreprises, les établissements publics de santé n'ont pas la possibilité de jouer de manière déterminante sur les rémunérations, du fait d'obstacles réglementaires, culturels, mais surtout budgétaires...

La politique d'intéressement demeure marginale et faute de pouvoir proposer des incitations significatives en matière de « reconnaissance quantitative » (promotion/rémunération), l'Hôpital Local de Muret se trouvait donc conduit à faire appel à d'autres motivations : la fierté d'appartenance à une organisation, la valorisation de l'engagement personnel, l'intérêt du travail.

Autant de considérations qui s'inscrivent directement dans le cadre de l'élaboration d'un projet social : par une démarche de concertation, de participation et d'adhésion, il était attendu un engagement plus soutenu du personnel dans la vie de l'établissement.

C) Le projet social, expression de toutes fonctions du directeur

Face à de tels enjeux, l'élaboration d'un projet social peut se révéler une opération périlleuse. En effet, en mettant à jour les dysfonctionnements de l'établissement et en promouvant les changements nécessaires, elle présente deux risques majeurs :

- être un « défouloir » en offrant l'opportunité de critiquer des personnes au lieu d'une politique ou des actions
- susciter des espoirs largement supérieurs aux actions engagées et par là même aboutir exactement à l'effet inverse de celui souhaité : la démotivation voire un sentiment de frustration.

C'est pourquoi la compétence du directeur en management de projet apparaît particulièrement nécessaire, et ce d'autant plus qu'un projet social touche à toutes ses fonctions⁷ :

- l'animation et la gestion des ressources humaines bien sûr, ainsi que la définition et conduite du projet d'établissement (puisque le projet social en est partie intégrante)
- la définition et conduite de l'intervention sanitaire et sociale : le projet social concourt aux objectifs de l'établissement dont le principal réside en une prise en charge de qualité des personnes accueillies
- la gestion économique et financière : le projet social a pour principal objectif le personnel qui constitue environ 70 % des dépenses de fonctionnement et la pression est forte pour exiger du directeur qu'il fasse mieux avec des moyens stables voire réduits. Par ailleurs, le projet social a un coût par les moyens qu'il mobilise, tant pour sa conception que pour sa réalisation, même s'il peut aussi générer des économies en introduisant une meilleure organisation.

⁷ ENSP, référentiel métier, année 2003.

C'est donc cette compétence essentielle car transversale aux fonctions de direction qu'il m'est demandé de démontrer en janvier 2004 en tant que chef du Groupe Projet Social (GPS) de l'Hôpital Local.

D) La démarche sociale de projet

L'objectif imparti est le suivant : formaliser d'ici mon départ de l'établissement (juin 2004) un projet social à soumettre aux différentes autorités de contrôle (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Agence Régionale de l'Hospitalisation), pour éventuellement un pré-cadrage financier.

Pour cela il me revient de :

- définir un cahier des charges pour parvenir à son élaboration
- élaborer le projet social en tenant compte d'un diagnostic préalable
- communiquer tout au long de la démarche, négocier et présenter le projet aux instances de l'Hôpital Local.

a) Définir un cahier des charges

Ainsi, dans un premier temps, un cadre de travail est établi, qui détermine :

- le calendrier de la démarche projet social (de janvier à juin 2004)⁸
- la composition d'un groupe de travail (Groupe Projet Social) et d'un organe de validation (Comité de pilotage)⁹. Le Groupe Projet Social est structuré autour des trois grands pôles d'activité de l'Hôpital Local (gériatrie-handicap-logistique), à raison d'un représentant par pôle, mais aussi des fonctions transversales à tout l'établissement (présence du Référent Assurance Qualité). Les représentants de chaque pôle sont désignés au mois de janvier 2004 sur la base du volontariat. Un chef de projet (Elève-Directeur) et un chef de projet adjoint (Directeur des Ressources Humaines) font l'interface avec le comité de pilotage, chargé de valider les différentes étapes du projet au fur et à mesure de son avancée. Présidé par le Directeur de l'Hôpital Local, commanditaire du projet, celui-ci comprend, dans un souci d'objectivité, les membres de l'équipe de direction ne participant pas à l'élaboration du projet social.
- le rythme de réunions du Groupe Projet Social : hebdomadaire, à raison de deux heures, le jeudi matin.

⁸ Annexe II

⁹ Annexe III

- des modes de communication réguliers autour de la démarche : transmission systématique des comptes rendus du Groupe Projet Social à ses membres et au comité de pilotage , information sur le projet social en réunion de service, réunion d'initialisation avec les syndicats au mois de janvier, rencontres de ces derniers et bilans d'étape avec le comité de pilotage (à titre prévisionnel : fin mars, mi mai et mi juin 2004).

Il est entendu que la réflexion de chaque membre du Groupe Projet Social fera l'objet de supports écrits, cette réflexion prenant appui sur les items du guide méthodologique de la DHOS et pouvant amener la contribution d'autres acteurs au fur et à mesure des besoins (membres du CHSCT, chefs de service, médecine du travail...).

Une fois le projet élaboré et approuvé officiellement, un Comité de suivi, composé des membres ayant participé à son élaboration (ex Groupe Projet Social), du médecin du travail et d'un représentant de chaque organisation syndicale, sera chargé de procéder à une évaluation annuelle de mise en œuvre et de proposer d'éventuelles modifications au programme d'actions.

b) Elaborer un diagnostic

Ce cadre posé, il convenait d'établir un diagnostic social de l'établissement en termes de forces et de faiblesses, pour pouvoir dégager des axes d'amélioration pertinents. En effet, tout processus de création d'un projet se doit de débuter par une analyse précise de l'organisation à laquelle il doit s'appliquer, et pour le projet social, qui porte sur une donnée aussi sensible que les ressources humaines, il est encore moins concevable de faire l'économie d'une étude approfondie de l'existant et du passé : ce diagnostic conditionne l'adéquation du projet à la réalité sociale d'un établissement et aux besoins de son personnel.

Aussi, beaucoup de structures choisissent de se faire accompagner par un consultant externe. Le coût élevé est l'inconvénient majeur de cette solution. Cela nécessite donc pour le chef d'établissement de délimiter parfaitement le problème, et de retenir sur un marché très vaste, un cabinet qui dispose d'une bonne expérience de l'audit santé, acquise dans des pays détenteurs d'une tradition plus importante que la nôtre dans ce domaine.

D'autre part, en dépit d'un regard neutre sur l'organisation étudiée, il est fréquent de voir appliquer une méthode standard qui gomme les spécificités de chaque établissement.

Ce n'est pas l'option retenue par l'Hôpital Local de Muret qui fait par ailleurs appel à des prestations de conseil (réorganisation de l'activité blanchisserie, restructuration de l'Unité de Soins de Longue Durée et du pôle logistique, finalisation du plan directeur).

Bien sûr, il est attendu de ces dernières opérations une amélioration des conditions de travail mais la démarche de projet social n'a mobilisé en tant que telle que des ressources internes. D'un coût nettement plus faible, cette solution demande aussi par expérience un investissement important aux membres du groupe de travail, parfois difficile à concilier avec leurs tâches quotidiennes.

En outre, si elle présente l'avantage de cerner de plus près les réalités du terrain, elle rend également plus difficile une approche totalement neutre. La coordination des travaux par l'Elève-Directeur, qui a acquis une connaissance de l'Hôpital Local sans être directeur en fonction, aura pu limiter ce risque...

A Muret, l'état des lieux s'est essentiellement appuyé sur deux éléments :

- les données internes fournies par le bilan social, le bureau du personnel, le cadre hygiéniste, la médecine du travail, les comptes rendus des instances, le rapport des experts de l'ANAES. La plupart de ces documents ont été rassemblés au cours du mois de février mais ont nécessité un effort collectif important, du fait de l'éclatement de la gestion administrative du personnel.
- la réflexion du groupe projet qui, sur la base de l'analyse documentaire et selon le principe « d'entretiens collectifs », a introduit dans le diagnostic une dimension plus qualitative, en permettant à chacun d'exprimer son ressenti par rapport aux différents items de la gestion sociale.

En revanche, la technique d'un questionnaire diffusé à l'ensemble du personnel n'a pas été retenue, compte tenu notamment de la lourdeur de ce procédé par rapport à l'échéance fixée

(juin 2004) et au bénéfice à en retirer en terme de démarche sociale de projet.

c) Communiquer

L'animation du groupe projet, la négociation du projet social et sa présentation aux instances de l'établissement ont confirmé l'importance de la communication dans le succès de la démarche. De l'expérience de l'Hôpital Local de Muret, communiquer, c'est avant tout prendre le temps de l'écoute.

Dans une organisation où il n'y a pas d'identité bien structurée ni de culture de projet bien ancrée, il faut accepter de laisser du temps aux personnes pour s'exprimer, même si tout ce qui est dit n'a pas d'utilité directe pour l'élaboration du projet.

En effet, cette perte de temps n'est qu'apparente puisqu'en permettant une connaissance mutuelle, elle favorise l'émergence d'une volonté d'avancer ensemble.

La tentation de mener l'opération tambour battant expose à l'incompréhension voire à l'hostilité des acteurs : tant en déclarant vouloir travailler ensemble, ils vont se débrouiller pour continuer à rester seuls en générant de l'opacité sur leur activité.

En ne perdant pas de vue l'idée que le changement demande du temps, la finalisation du projet social de l'Hôpital Local après un travail tout à fait constructif avec les représentants syndicaux¹⁰ et son approbation par les instances au mois de juin 2004, montrent que le poids d'une histoire complexe n'est pas insurmontable. Désormais l'établissement dispose d'un « plan d'actions » au service de la compétence collective.

2.2 Le projet social de l'Hôpital Local de Muret : un plan d'actions pour optimiser la compétence collective

2.2.1 La promotion de la participation, de la communication et de l'information

Compte tenu d'un fort cloisonnement par structure et de la faible culture de projet commun, participation, communication et information sont apparues comme les mots clés du changement d'une organisation aussi complexe que l'Hôpital Local de Muret.

En cela, dans le droit fil du dialogue et de la mobilisation préconisés par le protocole du 14 mars 2000, la démarche de projet social a déjà pu constituer une expérience formante. Mais le constat dressé en la matière par le groupe de travail imposait de retenir ce thème comme l'axe majeur de projet social. En effet, on relevait :

- une difficulté à identifier des circuits d'information cohérents et stables
- des supports d'information parfois insuffisants ou non actualisés, inégalement ou irrégulièrement diffusés (notes de service, organigrammes...)
- un manque de communication inter-services, notamment avec le pôle logistique
- des besoins en formation, humains et logistiques (locaux, informatique...)
- une généralisation incomplète des réunions de service (pôle logistique) et des comptes rendus (pôle handicap)
- l'absence de définition d'un service minimum en cas de grève prolongée
- une connaissance partielle des agents de leurs droits et devoirs, de la vie des instances et syndicale
- une dispersion des ressources documentaires de l'Hôpital Local et une accessibilité de celle-ci à améliorer.

¹⁰ Réunions de travail du 13 mai et du 7 juin 2004

Des faiblesses recensées, les actions d'amélioration¹¹ ont immédiatement été déduites :

- redéfinir les modalités de diffusion et le contenu des notes de service et d'information
- favoriser l'information régulière du personnel sur la vie de l'Hôpital Local
- favoriser l'orientation vers la personne ressource compétente
- favoriser des échanges réguliers entre la direction et le pôle logistique
- définir des règles de fonctionnement interne communes pour le personnel
- promouvoir les réunions de service et leur efficacité
- accroître l'utilisation des outils modernes de communication
- rationaliser l'organisation des interventions du pôle logistique dans les services
- valoriser les ressources documentaires de l'Hôpital Local
- développer des outils de repérage de l'établissement
- améliorer le fonctionnement des instances
- réactualiser le protocole sur l'exercice du droit syndical.

En effet, le management des aspects les plus récents de la GRH nécessite de la concertation, du dialogue, de l'information et donc de la communication entre tous ses acteurs. L'organisation de circuits directs et courts, connus de tous, à tous les niveaux d'intervention, contribue à placer le résident au centre de la sphère d'informations qui le concernent et à développer la qualité et la pertinence de ces informations. Cet aspect ne relève pas de la seule responsabilité de la direction et doit s'appuyer sur la participation active des cadres et des médecins, dans l'optique d'une GRH décentralisée et d'un management de proximité responsabilisant.

Communiquer, c'est aussi prêter une attention particulière à l'accueil des nouveaux agents, enjeu essentiel en terme de bien-être personnel et professionnel, et donc de motivation et d'implication au travail. Cet accueil qui participe entre autres (amélioration des conditions de travail, définition de parcours professionnels...), à la fidélisation à l'institution et à son attractivité externe, constitue une difficulté réelle pour les emplois précaires (emplois-jeunes, CES...).

En effet, que peut-il signifier pour ces « salariés à part » qui ne sont que de passage dans l'établissement ? Est-ce possible d'insérer sans intégrer ? L'Hôpital Local de Muret qui comptait encore quinze contrats aidés en 2003 et s'est doté d'une procédure d'accueil spécifique, n'échappe pas à cette problématique : à côté de l'avenir souvent morose de ces publics, le risque est fort de se créer des besoins permanents.

¹¹ Annexe IV

2.2.2 Le développement d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications

Si le volet précédent a répondu à un besoin spécifique de décroisement de l'Hôpital Local de Muret induit par les particularités de son histoire, l'axe GPEC constitue le socle fondateur de tout projet social.

En effet, il traduit la dimension prospective des ressources humaines qui découle d'une vision stratégique d'établissement, d'un projet porteur de sens dont on a souligné le caractère essentiel.

La GPEC a pour finalité de déterminer les mouvements d'effectifs et de compétences à l'horizon des cinq ans à venir afin de répondre aux besoins futurs de l'établissement.

Il s'agit aujourd'hui d'un véritable défi : l'apprentissage d'un métier nécessite du temps et parallèlement, la fonction publique hospitalière va connaître d'ici 2015 une montée en charge spectaculaire des départs à la retraite¹², dans un contexte de raréfaction de certaines compétences (médicales, soignantes...) non résolue par la réduction du temps de travail.

A Muret, l'incertitude pesant sur les futures prises en charge (USLD, MAS, Foyer) et le constat d'une gestion purement statutaire du personnel qui souffre encore parfois d'un relatif éclatement, ont conduit à privilégier des outils permettant une meilleure connaissance des effectifs. Il s'agit là du préalable nécessaire à toute politique de GPEC. D'autre part, il convenait d'introduire davantage de cohérence ainsi qu'une dimension pluriannuelle dans le plan de formation de l'Hôpital Local afin de garantir son articulation avec une logique de projet (d'établissement, de service...).

En effet, le plan de formation ne peut se résumer à une collection de demandes individuelles ajoutées bout à bout. La définition de modalités de suivi et d'évaluation régulière des formations est également nécessaire pour s'assurer de leur bien fondé et procéder à d'éventuels ajustements.

¹² Annexe V : données démographiques extraites du document de communication sur le répertoire des métiers hospitaliers RAMSÈS – 2003

Pour structurer la politique de GPEC de l'Hôpital Local, le Groupe Projet Social s'est appuyé sur un guide édité par la DHOS depuis 1997 et a déterminé les actions suivantes¹³ :

- généraliser les profils et les fiches de postes
- anticiper sur cinq ans les besoins en personnels et en qualifications
- optimiser les entretiens d'évaluation
- structurer la politique de formation
- optimiser la politique des remplacements.

A côté de l'élaboration de tableaux de bord de gestion prospective des effectifs sur la base du nouveau logiciel « Convergences » (action n°14), la généralisation des fiches de postes représente la première étape fondamentale du développement de la GPEC à l'Hôpital Local de Muret. Ce travail s'inscrit dans la perspective de la mise en place d'un référentiel des emplois et des compétences qui constitue un outil de management dont les utilisations sont multiples : évaluation, recrutement, formation, mobilité, promotion professionnelle...

Sur ce point, il convient de souligner que l'Hôpital Local de Muret, comme tous les établissements de santé, pourra bientôt s'appuyer au nouvel outil diffusé par la DHOS à partir d'octobre 2004 : le répertoire des métiers hospitaliers RAMSÈS.

Ce document, commandité par l'Observatoire National des Emplois et Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, correspond en effet à un véritable besoin des établissements quel que soit leur statut (public/privé) ou leur secteur d'intervention (établissements de soins, maisons de retraite, établissements sociaux et médico-sociaux). Selon une organisation en « poupées russes », le répertoire recense 210 métiers (hors médicaux), chacun défini comme « un ensemble d'activités professionnelles, regroupant des postes pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences »¹⁴.

A l'inverse du poste, le métier n'est donc pas lié à la structure, l'organigramme d'un service.

Trois éléments principaux concourent à la description du métier dans le répertoire :

- les activités principales (dont les activités cœur)
- les savoir faire requis (dont les savoir faire cœur)
- les connaissances associées aux savoir faire et leur niveau requis (en terme de délai d'acquisition).

¹³ Annexe IV ¹⁴ Document de communication sur le répertoire RAMSÈS – 2003

Ils permettent d'appréhender la notion essentielle que sous tend l'idée de métier et qui constitue le cœur de toute politique de GRH : la compétence.

En effet, la compétence peut être définie comme « la maîtrise d'un savoir faire opérationnel requis à la réalisation d'activités dans une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements (cognitifs, relationnels, physiques) »¹⁵.

On voit ici le rôle que peut jouer la formation dans l'accroissement et le développement des compétences. D'où l'importance d'une politique de formation structurée, s'appuyant sur les besoins recensés notamment lors de l'entretien annuel d'évaluation.

Cet entretien d'évaluation est un autre élément-clé de la GRH car il représente un outil de management particulièrement dynamisant : permettant d'appréhender les souhaits et les besoins des agents (formation, mobilité...), il contribue aussi à introduire un élément plus qualitatif dans une procédure de notation souvent ressentie comme paralysante.

L'entretien d'évaluation instaure en effet entre l'évaluateur et le titulaire du poste un engagement contractualisé précisant les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre. Il est également l'occasion de mesurer les capacités d'initiative, l'aptitude à occuper des responsabilités nouvelles et par là même d'envisager la promotion des agents, dans la limite des crédits disponibles...

Aujourd'hui, bien que ses apports soient reconnus et sa mise en place préconisée par le manuel d'accréditation (référentiel II.2 référence 7), l'évaluation du personnel n'a pas à ce jour donné lieu à une formalisation réglementaire et législative.

Seule une circulaire du 13 janvier 1999 relative à la notation des personnels au titre de l'année 1998 a reprecisé la procédure de notation, d'établissement de la note chiffrée et a proposé la mise en place d'entretiens annuels en attendant un projet de réforme de l'évaluation des personnels.

L'Hôpital Local de Muret a prévu, dans le cadre du projet social, de procéder à un petit audit de tous les agents (questionnaire) afin de mieux valoriser l'entretien d'évaluation comme support d'appréciation réelle et outil de construction du plan de formation.

En outre, si l'entretien d'évaluation représente un temps institutionnel, l'idéal serait qu'il s'inscrive dans un processus continu permettant un réajustement éventuel des objectifs fixés en fin d'année : à ce titre, il serait souhaitable de mettre en œuvre à mi année un deuxième entretien, formatif et cette fois déconnecté de la notation.

L'introduction d'un entretien collectif annuel pourrait permettre de favoriser la cohésion d'équipe et rapprocher les cadres des agents.

¹⁵ Document de communication sur le répertoire RAMSÈS – 2003

En effet, l'évaluation collective s'appuie sur les réponses apportées par le groupe aux objectifs déterminés. Elle constitue pour chacun des points de repère par rapport au groupe auquel il appartient.

Enfin, si le plan de formation, dans sa conception interne, doit préparer à la constitution de chaînes de compétences en articulant ses différents éléments, il convient de souligner que la compétence collective ne peut pas être produite uniquement par de la formation. C'est pourquoi le plan de formation doit s'intégrer dans un ensemble plus vaste : un schéma directeur de développement des compétences agissant sur d'autres variables que la formation (l'organisation du travail, le système d'information et de communication, le dispositif d'appréciation du personnel, le système de rémunération, les locaux...) mais optimisant ainsi les résultats de celle-ci.

Telle est l'ambition du projet social de l'Hôpital Local de Muret qui dans son troisième volet s'est intéressé à la qualité de vie au travail.

2.2.3 L'amélioration de la qualité de vie au travail

Dimension la plus concrète de la GRH puisqu'elle concerne un cadre de vie quotidien, l'amélioration des conditions de travail constitue un élément moteur de la motivation des agents et donc de la performance d'une organisation.

Aussi l'Hôpital Local de Muret devait-il faire de ce thème une préoccupation majeure du projet social, à l'appui de plusieurs constats :

- une augmentation de l'absentéisme
- un alourdissement de la charge de travail des ateliers
- un besoin de rénovation et de réorganisation de l'activité « blanchisserie »
- une utilisation aléatoire et une absence d'analyse du document « Analyse d'un accident de travail »
- une connaissance insuffisante et une réactualisation nécessaire du protocole sur la conduite à tenir en cas d'accident du travail
- une coordination insuffisante du programme de gestion des risques
- l'absence de référents en hygiène sur les pôles handicap et logistique
- de nombreux risques non encore abordés

Parmi les actions retenues, la mise en œuvre du programme de gestion des risques (action n°20) occupe une place prépondérante et répond à une recommandation formulée par les experts-visiteurs de l'ANAES en 2001 (référentiel III.1 référence 4 du manuel d'accréditation de 1999).

En effet, le risque étant très présent dans l'activité des établissements de santé du fait de leur forte composante humaine et de possibilités d'automatisation limitées, c'est bien sa gestion ou plutôt sa prévention qui semble de nature à améliorer les conditions de travail.

Les autres actions¹⁶ se situent donc dans ce cadre, à savoir :

- comprendre et prévenir l'absentéisme
- optimiser les procédures relatives aux accidents du travail pour mieux les prévenir
- instituer des référents en hygiène sur les pôles handicap et logistique
- optimiser le travail du pôle logistique.

Comme tout employeur, le directeur d'un établissement de santé se doit de préserver la santé et la sécurité des agents en appliquant les dispositions du code du travail relatives à la mise en place d'une démarche de prévention collective et concertée des risques professionnels. Il s'agit donc pour lui de faire respecter :

- la directive européenne n°89-391 du 12 juin 1989 qui postule que l'employeur doit éviter les risques et évaluer ceux qui ne peuvent être évités
- la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 transposant la directive qui attribue au chef d'établissement la responsabilité d'assurer la sécurité et de protéger la santé des travailleurs.
- le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 et la circulaire n°6 du 18 avril 2002 qui prescrivent au chef d'établissement d'établir et de tenir à jour un « document unique » relatif à l'évaluation des risques pour la santé des travailleurs (article L 230-2 du code du travail). Ce document doit servir de base à l'élaboration du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (article L 236-4 alinéa 4 du code du travail).

Ainsi, le chef d'établissement est désigné par les textes comme le principal responsable de la prévention des risques professionnels.

En effet, comme l'a montré J. REASON¹⁷, 80 % des défaillances d'un système sont d'origine organisationnelle et mettent en cause des carences en management dont l'erreur de l'opérateur de première ligne n'est que le révélateur. C'est donc au chef d'établissement qui est le mieux placé pour agir sur la conception et l'organisation du système, que doit revenir principalement la responsabilité de la prévention des risques professionnels.

¹⁶ Annexe IV ¹⁷ « *Managing the risk of organizational accidents* », Aldershot Ashgate, 1997

¹⁸ Principes méthodologiques de la gestion des risques en établissement de santé, document de l'ANAES - Janvier 2003.

Mais dans un établissement de santé tel que l'Hôpital Local de Muret, l'exigence de sécurité ne concerne pas uniquement le personnel mais également les personnes accueillies. C'est pourquoi les risques professionnels ont vocation à s'intégrer dans une approche beaucoup plus large des risques, constituée par le programme de gestion des risques. Il s'agit sur la base des recommandations de l'ANAES¹⁸ et de la DHOS¹⁹, de passer d'une approche sectorielle à une approche systémique qui prenne en compte toutes les catégories de risques dans le cadre d'une démarche transversale, coordonnée et pluridisciplinaire : risques cliniques, techniques, environnementaux, informatiques, sociaux, financiers...

En effet, l'absence de gestion globale des risques rend leur maîtrise difficile. C'est pourquoi, dans un effort de simplification de l'organisation interne voulu par le Plan Hôpital 2007, il convient de mettre en place une structure transversale unique chargée de la gestion des risques, de l'accréditation et de l'amélioration de la qualité.

A l'Hôpital Local de Muret, cette structure prendra la forme d'une cellule de gestion des risques et associera autour du cadre référent en hygiène et sécurité, les personnes concernées par la gestion des risques (Réfèrent Assurance Qualité, chefs de service, représentants du personnel au CHSCT, membres du CLIN, médecins du travail...).

L'objectif est d'instaurer un mécanisme de lutte contre l'erreur qui s'intéresse, non pas tant à la faute de l'opérateur qu'au contexte de travail et aux défauts d'organisation qui ont favorisé cette erreur.

La démarche de gestion des risques, qui est issue du monde industriel et assurantiel et s'est développée aux Etats-Unis dans le domaine de la santé depuis les années 50, comprend la déclinaison successive de plusieurs étapes spécifiques :

- l'identification des risques à partir des événements redoutés ou réalisés .

Elle conduit l'établissement à élaborer sa propre classification.

- l'analyse des risques.

Elle vise à quantifier la gravité et la fréquence de chaque risque, à déterminer ses causes notamment liées à l'organisation, et ses conséquences (dommage ou préjudice).

¹⁹ Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, document de la DHOS, bureau E2 et E4 - Mars 2004 - Circulaire DHOS 2004/176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.

²⁰ Annexe IV : fiche action n°18.

A l'Hôpital Local de Muret, l'augmentation de l'absentéisme (risque social) à conduit le groupe projet à préconiser une étude et l'élaboration d'un tableau de bord afin de mieux comprendre et prévenir ce phénomène (type d'absence, localisation...) ²⁰.

➤ la hiérarchisation des risques.

Elle permet de sélectionner les risques qui exigent la mise en œuvre d'actions préventives prioritaires, en fonction de la fréquence (probabilités de survenue) et de la gravité de l'événement (conséquences humaines, organisationnelles, financières...).

➤ l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action :

Le choix du plan d'action résulte d'un arbitrage entre la criticité des risques à traiter, les points de vue des différents acteurs, et diverses contraintes d'ordre réglementaire, budgétaire, social, politique ou sociologique.

Quant à sa mise en œuvre, elle repose essentiellement sur la capacité de l'institution à mobiliser les acteurs concernés autour des enjeux de maîtrise des risques.

➤ le suivi et l'évaluation du plan d'action :

Il s'agit de vérifier la pertinence du plan d'action, d'identifier les risques résiduels à surveiller mais aussi de s'assurer de l'efficacité des actions, ce qui nécessite la définition préalable d'indicateurs.

Mais à l'appui d'une telle démarche, l'intégration de la gestion des risques dans le système d'information de l'établissement s'avère indispensable, compte tenu du volume de l'information, de la diversité des sources de données, de la complexité des connaissances en matière de risque et du nombre important des acteurs concernés.

Et si les différents secteurs d'activité de l'établissement génèrent des informations concernant la gestion des risques, il est souhaitable de mettre en place un module spécifique à la gestion des événements indésirables informant l'utilisateur en temps réel des conduites à tenir.

Dans cette perspective, l'Hôpital Local de Muret devra améliorer et étendre son système d'information afin de fédérer les différents secteurs (action n°7). L'installation du nouveau logiciel « convergences » constituera un support mais l'Hôpital Local doit se doter rapidement d'un schéma directeur du système d'information ainsi que l'ont recommandé en 2001 les experts visiteurs de l'ANAES.

TROISIÈME PARTIE

**LE PROJET SOCIAL DE L'HÔPITAL LOCAL DE MURET
EN JUIN 2004 :
UN ESSAI À TRANSFORMER**

3.1 La nécessaire définition des modalités concrètes de mise en œuvre

3.1.1 Un calendrier prévisionnel de réalisation des actions

La réflexion menée par le groupe projet en partenariat avec les représentants syndicaux et sous l'égide du comité de pilotage a permis de faire émerger un plan d'actions répondant aux faiblesses recensées dans l'établissement.

Il convient de souligner ici, sans méconnaître l'importance de son contenu, combien le projet social a pu se révéler profitable en tant que méthode : il a permis de renouer avec le dialogue transversal qui avait présidé à l'élaboration du projet d'établissement et de porter un regard prospectif, en s'échappant d'un quotidien souvent paralysant.

Il a permis à l'institution d'affronter un passé complexe et de lui montrer qu'elle était capable d'en ressortir fortifiée avec des perspectives d'avenir communes. Enfin, il a permis à chacun de mieux reconnaître et mesurer l'importance de la communication et du temps passé ensemble dans la réussite d'une telle démarche.

Mais le document « projet social » approuvé par les instances de l'Hôpital Local (CTE, CME, CA), respectivement les 21, 22 et 30 juin 2004, ne constitue que la première étape d'un processus qu'il sera important de faire vivre, non seulement pour aboutir à des réalisations concrètes mais aussi pour ne pas laisser retomber une dynamique de transversalité toujours fragile. Ainsi pourra-t-on espérer une amélioration continue de la prestation rendue au résident par un accompagnement soutenu du personnel, face à des exigences de qualité et de sécurité toujours plus fortes.

A cet égard, le comité de suivi du projet social, notamment le DRH et les partenaires sociaux, auront une responsabilité particulière.

Il convient donc d'engager maintenant la seconde étape du projet social. Chaque membre du groupe projet a été désigné par le comité de pilotage référent des actions pour lesquelles son positionnement dans l'établissement ou sa motivation personnelle paraissait offrir des garanties supplémentaires de réalisation. Il lui appartient de prioriser celles-ci et de proposer au comité de pilotage un calendrier de mise en œuvre. Le comité de pilotage établira une synthèse de ces différents travaux et lorsque les arbitrages au niveau budgétaire auront été rendus, il soumettra à l'avis des instances un échéancier global de réalisation.

Compte tenu des particularités de l'établissement et notamment le regroupement dont il est issu, beaucoup d'actions se définissent davantage en termes de meilleure organisation, d'outils à mettre en place que de crédits supplémentaires à solliciter. Elles ne demanderont donc pas d'autres ressources que le temps des personnels qui les mettront en œuvre.

Ce temps de travail correspond un coût pour l'établissement mais il s'agit d'un coût imputable sur le fonctionnement courant : il appelle donc un effort supplémentaire de meilleure gestion du temps pour concilier le service quotidien du résident et la conduite de projet. Cet effort mérite d'être fait car en mettant fin aux incohérences et aux redondances, il permettra de réduire les coûts cachés de la structure et de dégager des marges de manœuvre humaines et matérielles particulièrement appréciables dans le contexte actuel.

Sans anticiper sur une mission qui n'appartient plus désormais au directeur stagiaire, il lui est néanmoins possible de formuler quelques propositions de priorisation, compte tenu de son implication dans le projet social et sur la base de la connaissance qu'il aura pu acquérir de l'Hôpital Local de Muret.

- Volet « Participation, Communication, Information ».

Le besoin important de décloisonnement inter-structures identifié à l'Hôpital Local de Muret appelle à faire de ce thème l'axe fort du projet social.

La création d'une cellule communication (action n°2) et d'une cellule informatique (action n°7) apparaît comme le préalable nécessaire à toute politique structurée dans ce domaine, notamment à l'extension du réseau de l'Hôpital Local et à la mise en place d'un véritable schéma directeur du système d'information.

Compte tenu de son impact sur le budget et sur la qualité de vie des résidents et du personnel (blanchisserie, cuisines, ateliers), le pôle logistique demande que lui soit consacrée une réflexion toute particulière en vue de favoriser des échanges réguliers avec la direction (action n°4) ainsi qu'une meilleure articulation avec les besoins des structures (action n°8).

Par ailleurs, le diagnostic ayant fait apparaître un besoin de structuration de la vie des instances, il est souhaitable d'envisager rapidement les moyens qui permettront d'améliorer leur fonctionnement, leur périodicité (commission des soins, CHSCT...) et de relancer la dynamique institutionnelle (action n°11).

L'Hôpital Local doit également veiller à une bonne circulation de l'information descendante. C'est pourquoi la redéfinition des modalités de diffusion des notes de service peut être considérée comme une priorité (action n°1).

Une fois ces actions engagées, il serait possible d'envisager la réalisation des actions n°3, 5, 6, 9, 10, 12. En effet, au regard des besoins de l'établissement, elle ne semblent pas présenter le même caractère d'urgence, ou bien elles supposent la mise en œuvre des premières ou d'autres réalisations préalables ne figurant pas au titre du projet social (exemple : action n°11 nécessité de formaliser les règlements de fonctionnement des structures pour élaborer un livret du Personnel).

- Volet « Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Compétences et des Qualifications ».

La généralisation des profils et des fiches de postes dans la perspective de mettre en place un référentiel des emplois et des compétences (action n°13) apparaît comme la véritable porte d'entrée dans la GPEC. En effet, la définition claire et systématique des fonctions de chaque agent constitue le support objectif de toute politique de recrutement, d'évaluation, de formation, de mobilité et de promotion professionnelle. A ce titre, elle se détache comme une véritable priorité.

Toujours dans le souci d'aboutir à une meilleure visibilité des effectifs afin de répondre aux besoins, l'élaboration et l'utilisation de tableaux de bord prospectifs sur la base du logiciel « Convergences » (action n°14) s'avèrent particulièrement essentielles.

Il paraît également important de reposer les éléments de l'entretien d'évaluation (action n°15) pour mieux valoriser cet outil comme support d'appréciation réelle des agents et d'identification de leurs besoins en formation, mobilité...

Dans une seconde étape, les actions 16 et 17 sont envisageables.

En effet, structurer la politique de formation dans une optique pluriannuelle d'accompagnement des projets ne sera possible qu'une fois la définition des prises en charge futures stabilisée et les éléments de l'entretien d'évaluation reconsidérés.

D'autre part, la création d'un pool de remplacement suppose d'avoir cerné les besoins réels et d'avoir mené en amont une démarche visant à mieux comprendre et prévenir l'absentéisme (action n°18).

- Volet « Qualité de vie au travail »

La plupart de ces actions auront un impact favorable sur un environnement et un cadre de vie communs aux personnels et aux résidents. Aussi, il est souhaitable de constituer rapidement la cellule de gestion des risques (action n°20) dont l'une des premières missions pourrait consister en l'analyse des causes de l'absentéisme (risque social) et du document enquête « Accident du travail » (actions 18 et 19).

La réorganisation du secteur ateliers-blanchisserie paraît revêtir le même caractère prioritaire, compte tenu de son aspect transversal personnels/résidents (action n°22).

En revanche, l'institution des référents en hygiène sur les pôles handicap et logistique (action n° 21) correspond à la mise en place de formations qui ne pourront pas être envisagées avant le prochain plan de formation (2005/2006).

Quant au programme de la gestion de la qualité et de prévention des risques (action n°20), il fera l'objet d'une mise en œuvre graduée, en fonction des risques qui auront été considérés comme prioritaires.

3.1.2 La conclusion d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens intégrant un volet social

Le calendrier de réalisation du projet social dépendra aussi pour une part des actions qui pourront s'intégrer dans le volet social du futur Contrat d'Objectifs et de Moyens de l'Hôpital Local.

En effet, depuis le protocole AUBRY du 14 mars 2000 relayé par la loi de modernisation sociale, ce volet constitue désormais un élément obligatoire des Contrats d'Objectifs et de Moyens issus de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 et le Code de la santé publique a été modifié en conséquence (article L 6114-3).

Le volet social détaille donc les actions arrêtées en commun par l'établissement et l'ARH qui pourront bénéficier d'un financement par le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP)²¹.

Conformément à la circulaire DHOS du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des COM, le FMESPP ne finance qu'une partie des opérations éligibles et les crédits sont non reconductibles : dans l'hypothèse de dépenses pérennes (création d'emplois...), il appartient à l'établissement de démontrer qu'il sera en mesure d'assumer à long et moyen termes les conséquences financières des opérations de modernisation sociale proposées.

²¹ Le FMESPP, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, est issu de la réunion du Fonds de Modernisation des Etablissements de santé (ex FASMO) et du Fonds de Modernisation des Cliniques Privées.

Pour 2004, sa dotation est fixée à 470 millions d'euros dont 135 millions d'euros au titre des actions de modernisation sociale et de promotion professionnelle.

Celles-ci pourront concerner :

- l'information et la communication en direction des personnels, et en particulier les nouveaux arrivants,
- les modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux personnels,
- l'accompagnement au changement,
- la mobilité géographique, fonctionnelle,
- le développement de la promotion professionnelle,
- l'accompagnement de la politique de résorption de l'emploi précaire,
- les actions de professionnalisation destinées aux emplois-jeunes,
- le développement du dialogue social,
- l'amélioration du fonctionnement des instances d'expression,
- la santé au travail et la prévention des risques professionnels,
- l'aménagement des postes de travail,
- la prévention et la prise en charge de l'inadaptation à l'emploi,
- les mesures ou structures internes mises en place dans le cadre de l'ARTT.

Parmi ces axes, l'ARH de Midi-Pyrénées, qui disposait d'un financement de 2,9 millions d'euros au titre de l'année 2003, souhaite en privilégier quatre²² (lettre du directeur de l'ARH de Midi-Pyrénées aux directeurs d'établissement en date du 14 décembre 2001) :

- le développement de la promotion professionnelle,
- l'accompagnement du changement et particulièrement la formation des cadres,
- l'évaluation des modes d'organisation et des pratiques,
- l'amélioration des conditions de travail.

Il appartiendra donc à l'Hôpital Local de Muret d'intégrer les actions du projet social dans le cadre de ces orientations afin d'élaborer un volet social et un contrat d'objectifs et de moyens qui lui permettent d'accompagner au mieux les personnels face à l'évolution des prises en charge et d'asseoir sa vocation de premier maillon de la chaîne sanitaire.

A cet égard, la direction pourra solliciter l'aide et le conseil de la cellule ressources humaines de l'ARH ainsi que de la DDASS, chargées de l'instruction conjointe des dossiers FMESPP. Ce travail mené en partenariat avec les autorités de contrôle devrait conduire à l'agrément du dossier par l'ARH qui ouvrira droit au financement du FMESPP. Les versements du Fonds sont prévus au début de chaque année du COM, conclu pour une durée de trois à cinq ans.

²² Lettre du directeur de l'ARH de Midi-Pyrénées aux directeurs d'établissement en date du 14 décembre 2001.

Comme le projet social dont il constitue une déclinaison opérationnelle, le volet social fera l'objet d'un bilan annuel. A l'Hôpital Local de Muret, ce travail d'évaluation sera effectué par le comité spécifiquement prévu à cet effet. Les référents des actions s'appuieront sur des fiches annuelles d'évaluation²³ dont la synthèse sera valorisée auprès du personnel, des instances, des autorités de contrôle et du comité de pilotage (direction). Il conviendra de définir des indicateurs de réalisation simples et synthétiques.

Evaluer, c'est s'interroger sur la valeur, la portée et le sens de l'action que l'on vient d'engager. Aussi, dans l'attente d'une mise en œuvre concrète qui apportera ses propres enseignements, il est d'ores et déjà possible de s'interroger sur la démarche de l'Hôpital Local de Muret et d'en tirer les éléments susceptibles de nourrir la réflexion autour du projet social.

3.2 Concevoir un projet social : les enseignements de l'expérience Muretaine

3.2.1 Les marges de manœuvre valorisables par le directeur

A) L'association du corps médical à l'élaboration du projet social

Par manque de temps mais aussi sans doute pour des « raisons culturelles », on relève l'absence des médecins dans l'élaboration du projet social de l'Hôpital Local de Muret, tant au niveau du groupe de travail que du comité de pilotage. La CME est intervenue seulement en bout de chaîne, pour valider le projet une fois celui-ci formalisé.

Certes, la charge de travail des deux praticiens hospitaliers de l'établissement est déjà très importante et dans un hôpital local qui fonctionne avec le concours du secteur libéral et fait appel à dix spécialités (vacations), il est particulièrement difficile de fédérer les énergies et de sensibiliser le corps médical à un projet social. Le problème se trouve accentué à la Maison de Retraite « Le Castelet » où plus de vingt généralistes interviennent auprès des résidents, ce qui complexifie d'autant la tâche du médecin coordonnateur.

Mais cette absence est révélatrice d'une distance persistante avec l'administration : les médecins ne sont pas associés aux réunions de direction et ne sont sollicités qu'à l'occasion des projets qui les concernent directement (exemple : restructuration et extension des locaux de l'USLD, redéfinition du projet médical).

²³ Annexe VI

Or, dans le contexte économique actuel et vu leur rôle essentiel dans un management de proximité, on peut penser qu'une implication plus importante des médecins dans la gestion quotidienne de l'établissement contribuerait à favoriser le dialogue et une meilleure compréhension qui optimiseraient les résultats d'un projet social.

Pour l'instant, leur formation se sensibilise que très peu les jeunes médecins à l'exercice d'une pratique gestionnaire.

Aussi, dans l'attente d'une refonte des enseignements universitaires, il appartient aux directeurs d'établissement de prendre les initiatives nécessaires car l'introduction de la tarification à l'activité dans le champ MCO par le plan Hôpital 2007 va encore accroître cette exigence.

B) Le développement d'une culture de gestion participative par projets

Par delà les tensions issues du regroupement, l'expérience de l'Hôpital Local de Muret montre que le temps des acteurs de projet social est souvent précieux et que, dans un contexte «d'effectifs minimums », il est difficile de s'échapper de l'emprise du travail quotidien pour adopter un regard prospectif. Il s'agit de répondre aux besoins immédiats du résident, de la vie de l'établissement, ce qui fait que les avantages d'une culture de projet ne sont pas au départ toujours bien mesurés ni bien compris.

De plus, ce sont souvent les mêmes personnes, en particulier les cadres, dont l'agenda est sollicité pour participer à des réunions, des projets ou aux nouvelles instances de concertation créées par la loi du 31 juillet 1991 (Commission du Service des Soins Infirmiers, ...).

Aussi, le projet social est d'abord perçu comme une contrainte réglementaire, l'obligation d'avoir une fois de plus à rendre un écrit mais non comme un élément dynamisant et porteur de sens. La culture de projet est toute récente, elle n'est pas intégrée ni bien enracinée.

D'où la nécessité d'une démarche pédagogique et d'un effort de communication important en direction du personnel, du groupe de travail et des chefs de services de la part du directeur de l'établissement et du chef de projet.

En effet, mais cela a déjà été dit, toute défaillance dans la communication peut conduire à des incompréhensions, des blocages et faire avorter le projet social dès sa phase de démarrage. Il y a donc dans la démarche de projet une part irréductible d'aléa, de subjectivité car toutes les techniques de communication, de management ne peuvent maîtriser la diversité et la complexité des relations humaines.

C) La pertinence du moment pour un projet social dans une stratégie de direction

De l'expérience de tous les établissements qui ont vécu cette situation et même dans le meilleur des cas, une fusion génère un traumatisme profond en impliquant une remise en question générale des institutions concernées. A tel point que, même si la décision de fusion repose sur un choix délibéré, stratégiquement justifié, elle reste souvent difficile à valoriser.

C'est ce à quoi l'Hôpital Local de Muret se trouve confronté depuis 1995, avec le regroupement des cinq structures qui le composent.

En effet, bien qu'un souci de gestion plus simple et cohérente au service du résident ait présidé à sa création, l'établissement doit faire face régulièrement à des oppositions ou des clivages internes qui remettent en cause sa légitimité ou son existence, presque dix ans après le regroupement.

Certes, une fusion exige du temps pour être réalisée et on peut supposer que la présence aujourd'hui encore de beaucoup d'acteurs ayant connu le fonctionnement autonome des cinq structures compte pour beaucoup dans la persistance de ces divisions.

Cependant les dirigeants hospitaliers s'accordent à dire que la fusion d'établissement exige une communication permanente et un accompagnement social considérable²⁴.

Il faut en effet assurer la plus grande transparence sur les objectifs poursuivis et garantir à chaque agent la protection qu'il est en droit d'attente face à un bouleversement de cette ampleur.

A l'Hôpital Local de Muret, le choix de la porte d'entrée dans le regroupement et le projet d'établissement s'est porté sur la réunification des services administratifs sur un seul bâtiment, avec le but que l'on a vu et le soutien d'un consultant.

Aujourd'hui, le projet social de l'Hôpital Local répond à ce besoin d'accompagnement du personnel. Il comporte un volet communication qui engage la mise en place d'un véritable système d'information sous l'égide d'une cellule informatique et d'une cellule communication qui devront travailler en étroite collaboration.

Il aborde également un autre aspect important de la vie de l'Hôpital Local, à savoir la restructuration du pôle logistique dont les prestations transversales jouent un rôle fondamental dans la qualité de vie du personnel et de résidents à la durée de séjour souvent longue (enfants, adolescents et adultes handicapés, personnes âgées).

²⁴ M. SALOU et J-L FRUIT « La fusion d'établissements – Quels enjeux pour la GRH ? » - *Gestions hospitalières* n°346 – mai 1995 pp 370-371.

Le projet social pourrait donc constituer une porte d'entrée dans le deuxième projet d'établissement de l'Hôpital Local (2006-2010) qu'il serait possible d'architecturer autour des prestations d'hébergement et hôtelières et leur pendant architectural (restructuration du pôle logistique), et d'autre part la communication, avec notamment l'amélioration du système d'information fondée sur un schéma directeur informatique.

Ainsi ce projet d'établissement ancrerait plus profondément l'identité de l'Hôpital Local en renforçant la transversalité, y compris dans les prises en charge pour leur volet hôtelier. L'autre volet de la transversalité, à savoir les soins, semble plus difficile à réaliser dans l'immédiat mais la constitution d'un pool de remplacement peut constituer un support pour la réflexion en favorisant l'émergence de besoins communs ou de filières internes à structurer...

3.2.2 Des aménagements réglementaires envisageables pour élargir sa capacité d'action

A) La promotion de mécanismes d'intéressement et de contractualisation interne

Ces deux orientations, très largement développées et intimement liées dans le Plan Hôpital 2007, pourraient contribuer à dynamiser la GRH dans les établissements et donc à donner un nouvel élan lors de l'élaboration d'un projet social.

L'intéressement procède d'une appréciation collective de la performance qui se traduit par une reconnaissance financière individuelle (intéressement individuel) ou collective (c'est le service qui est récompensé). Défini par une ordonnance de 1986 ²⁵, il a été introduit dans le champ hospitalier par la loi du 31 juillet 1991 (article L 6143-1 du Code de la santé publique) mais les réalisations sont restées très modestes, en raison d'obstacles à la fois culturels et réglementaires.

Quant à la contractualisation interne, elle constitue un cadre pour l'intéressement dans l'ordonnance du 24 avril 1996, parallèlement à la contractualisation externe des COM.

En effet, ce texte prévoit la possibilité pour des « centres de responsabilité » de bénéficier d'une délégation de gestion de la part du directeur, sur la base de contrats négociés définissant notamment « les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion » (article L 6145-16 du Code de la santé publique).

²⁵ Ordonnance n° 86-1136 du 21 octobre 1986 relative à l'intéressement et à la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et à l'actionnariat des salariés.

Aujourd'hui, le Plan Hôpital 2007 annoncé par Monsieur JF MATTÉI le 20 novembre 2002, ouvre la voie de la contractualisation interne avec le conseil d'administration, à l'échelon de pôles d'activité intéressant les personnels aux résultats de leur gestion, et notamment les médecins responsables de pôle. Il s'agit par ce biais de promouvoir une culture du résultat et de la qualité, en favorisant la prise de responsabilité et en faisant recouvrer à chacun le fruit de ses efforts. Ainsi la motivation du personnel peut être renforcée.

Dans le Plan Hôpital 2007, le support de cette gestion interne plus dynamique réside dans la tarification à l'activité qui ne s'applique pour l'instant qu'aux activités MCO.

Les hôpitaux locaux ont été temporairement maintenus en dehors du champ de la réforme mais au vu de l'exigence de rationalisation qui pénètre progressivement tous les secteurs (sanitaire, social et médico-social), il est probable que le financement sera toujours plus lié à la nature des prises en charge, avec des tarifs basés sur une classification en groupes homogènes (GHM, GIR, ...).

C'est pourquoi, il peut être judicieux d'anticiper les évolutions futures et de promouvoir dès à présent des mécanismes d'intéressement, de contractualisation interne, une structuration par pôles, même l'on si l'on se trouve pas dans le champ immédiat de la réforme.

Ainsi l'Hôpital Local de Muret peut-il commencer à initier une réflexion autour de ses pôles (gériatrie et handicap), en veillant par la création de filières transversales, à ne pas renforcer les clivages...

B) L'approfondissement et le renforcement d'une culture d'évaluation

L'évaluation peut également constituer le support d'une politique de GRH plus dynamique, sur le plan individuel comme sur le plan collectif. En effet, elle pourrait permettre d'introduire dans le système d'allocation des ressources aux établissements et de notation des agents des éléments plus qualitatifs, en prenant en compte leur contribution à l'amélioration de l'accueil, de la qualité des repas ou de la propreté... Ces éléments, non appréciables dans le cadre d'un système de financement reposant sur des critères quantitatifs ou de carrière à l'ancienneté, mériteraient d'être valorisés car ils interviennent pour beaucoup dans l'attractivité d'un établissement, donc dans sa performance et sa « productivité ».

Il conviendrait de veiller bien évidemment à ce que ces aménagements s'effectuent dans le respect des missions de service public des établissements, des principes de la fonction publique et de l'aménagement du territoire.

En matière d'évaluation, notre pays a accompli en quelques années des progrès considérables, avec le développement de l'accréditation dans le champ hospitalier, du conventionnement dans le secteur des personnes âgées (auto-évaluation Angélique), des entretiens individuels d'évaluation (circulaire du 13 janvier 1999). Il serait intéressant de faire de ces outils les supports de systèmes de rémunération et de financement dynamisants pour les ressources humaines, sans quoi l'évaluation demeurera perçue comme une contrainte dénuée d'utilité et de portée opérationnelle.

Il est vrai que pendant longtemps, pour des raisons à la fois culturelles et conjoncturelles, l'évaluation n'a pas constitué une priorité en France, contrairement aux pays anglo-saxons : il s'agissait avant tout de gérer une pénurie en infrastructures de santé, de moderniser les hôpitaux existants et d'en construire de nouveaux.

Aujourd'hui, en raison d'une exigence croissante de qualité et de rationalisation, l'évaluation se développe mais les établissements publics de santé devraient pouvoir se doter de l'infrastructure-qualité spécifique correspondante dont ils ne disposent pas toujours (ingénieurs-qualité...).

Ainsi, à l'Hôpital Local de Muret, la politique qualité est confiée au directeur des soins qui doit donc partager son temps et ses missions...

C) La simplification de la gestion des établissements par la fusion des risques « Dépendance » et « Handicap »

Il apparaît que la multiplicité des modes de financement, particulièrement au sein d'une même structure telle que l'Hôpital Local de Muret, est une source de complexité majeure pour la gestion et un obstacle réel pour une politique de GRH plus ambitieuse.

En effet, la présence de cinq établissements aux systèmes d'allocation de ressources différents au sein de l'Hôpital Local, entraîne des financements croisés préjudiciables à une répartition plus équitable des charges communes (clés de répartition) et à une harmonisation de la carrière des agents sur l'ensemble de la structure (péréquation des notes, etc).

Ainsi, l'IME est financé par la Sécurité Sociale.

La MAS relève d'un financement Sécurité Sociale, le forfait journalier des résidents pouvant être pris en charge par le département au titre de l'aide médicale (aide sociale).

Au Foyer, l'intégralité du prix de journée est financée par la Sécurité Sociale et le département.

Quant à la Maison de retraite et à l'USLD, elles relèvent d'un financement résident (hébergement), département (dépendance), Assurance Maladie (soins). Les frais d'hébergement peuvent être pris en charge par le Conseil Général en cas d'insuffisance de revenus dans le cadre de l'aide sociale et les crédits d'assurance maladie sont versés soit par l'intermédiaire de la DDASS (EHPAD) soit de l'ARH (USLD).

A ce stade on rappellera que les USLD ont vocation à devenir des EHPAD et à passer également sous la compétence tarifaire du préfet pour le forfait soins.

Or, le 13 mai 2003, une proposition de loi a été déposée par le sénateur Paul BLANC, qui prévoit la création d'une nouvelle allocation compensatrice individualisée au profit des personnes handicapées.

Il s'agit de garantir à ces dernières le libre choix de leur projet de vie en opérant une distinction claire entre la compensation des conséquences du handicap (droit proclamé par la loi de modernisation sociale et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades) et leurs moyens d'existence tirés du travail ou de la solidarité nationale (AAH).

L'objet de cette proposition de loi a été repris par le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées déposé au Sénat par Monsieur J.F MATTÉI le 28 janvier 2004 et adopté en première lecture par le Sénat et l'Assemblée Nationale respectivement le 1^{er} mars et le 15 juin 2004.

Les contours de la prestation de compensation, dessinés au fil de débats qui ne sont d'ailleurs pas terminés (le texte doit encore faire l'objet d'une deuxième lecture) permettent d'envisager l'opportunité d'une fusion des risques handicap et dépendance et la création à terme d'une seule prestation « handicap-incapacité-dépendance ».

En effet, à l'occasion de la discussion du projet de loi devant l'Assemblée Nationale, la barrière des 60 ans pour bénéficier de la prestation de compensation a été supprimée.

Cette mesure, effective d'ici cinq ans, conduira la prestation de compensation à remplir le rôle de l'APA pour les personnes âgées handicapées. A cet égard, il est intéressant de rappeler que la nouvelle prestation de compensation vient remplacer l'ACTP qui avait été en son temps détournée au profit des personnes âgées, avant la création de la PSD puis de l'APA.

De plus, l'incapacité apparaît comme la résultante unique de causes multiples (accidents, maladies invalidantes, restrictions d'activités dues à l'âge...).

Aussi, comme le préconisent Monsieur Maurice BONNET, membre du Conseil Economique et Social, dans un rapport publié en mars 2004, ou le Pôle Vieillesse-Handicap de la Fédération Hospitalière de France, il serait souhaitable d'abolir la distinction Handicap-Dépendance qui est encore présente au sein de la nouvelle Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie créée par la loi n°2004-626 du 30 juin 2004 ²⁶.

La création d'une seule prestation « incapacité » relevant de la compétence des départements ainsi que du forfait correspondant (remplaçant le forfait dépendance) contribuerait à unifier les modalités de tarification des établissements sociaux et médico-sociaux et à faciliter la gestion d'une structure telle que l'Hôpital Local de Muret.

Dans un souci de simplification encore plus grand, il serait également possible de confier aux départements la gestion des crédits d'assurance-maladie de ces établissements et d'envisager le passage à une tarification binaire du type hébergement/incapacité-soins ou soins/incapacité-hébergement.

La grille AGGIR pourrait devenir un outil commun d'évaluation des incapacités et d'éligibilité à la nouvelle prestation.

Ainsi, la création d'un véritable cinquième risque géré au plan local par le département, interlocuteur unique des établissements sociaux et médico-sociaux, pourrait constituer le socle d'une gestion simplifiée, gage d'une politique de GRH plus dynamique.

Cette orientation s'inscrit dans le cadre du Plan « Vieillesse et solidarités » présenté par le Premier Ministre le 6 novembre 2003 et du projet relatif aux responsabilités locales. Le projet de loi prévoit notamment de faire du Conseil Général l'interlocuteur unique local pour le secteur des personnes âgées et handicapées et ouvre les ARH aux représentants des Conseils Régionaux.

Adopté par l'Assemblée Nationale et le Sénat, cet acte fondateur de la décentralisation vient de faire l'objet d'une saisine du Conseil Constitutionnel ²⁷.

Mais au delà de la question d'un interlocuteur unique en matière d'incapacités, la fusion des risques handicap et dépendance pose le problème de son coût.

En effet, la loi du 30 juin 2004 a instauré une journée de solidarité pour assurer le financement pérenne de la nouvelle prestation de compensation et de l'APA.

²⁶ Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

²⁷ Saisine en date du 3 août 2004 par plus de soixante députés.

Or, alors qu'une personne handicapée règle moins de 10 % du prix de son hébergement dans un centre spécialisé, la personne âgée accueillie en maison de retraite acquitte elle 60 % de la totalité des frais²⁸.

En cas d'harmonisation entre les deux secteurs et comme il n'est guère vraisemblable que cette harmonisation s'effectue à la baisse, des crédits seront nécessaires pour subventionner notamment l'hébergement en maison de retraite.

Le socle d'une gestion plus harmonieuse et simplifiée des établissements médico-sociaux suppose donc un effort supplémentaire de la solidarité nationale qui constitue l'enjeu majeur des années à venir.

²⁸ Source : Pôle Vieillesse-Handicap et Santé Mentale de la FHF.

CONCLUSION

Ainsi, bien que le projet social de l'Hôpital Local de Muret demeure encore à traduire en termes opérationnels, il aura déjà contribué à mettre en lumière le rôle important joué par le directeur dans son élaboration.

Projet transversal aux fonctions de direction, le projet social prend avant tout son sens en tant que démarche et c'est pourquoi il fait plus particulièrement appel aux capacités de mobilisation et de communication du directeur.

Les prises de décision en matière de gestion sanitaire et sociale sont soumises à des logiques économiques, politiques et humaines qu'il faut savoir concilier pour améliorer le bien-être des personnes accueillies.

Faute d'écoute et de prise sur le réel, le projet social n'incarne qu'un collectif superficiel, tant il est vrai que les changements ne prennent corps qu'à travers les hommes, leur mentalité et leur culture pour se traduire ensuite dans les structures.

Il appartient au directeur de savoir créer les conditions de ces changements et aux pouvoirs publics de l'accompagner dans cette mission.

Bibliographie

OUVRAGES

- DERENNE O. LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines, T1 : Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2001, 332 p
- DERENNE O. LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines, T2 : Le développement des ressources humaines*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2002, 294 p
- DERENNE O. LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines, T3 : La gestion et l'organisation des ressources*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2003, 221 p
- DERENNE O. LAMY Y. *Les 12 points-clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2003, 279 p
- LETEURTRE H. VAYSSE M. *Les tableaux de bord de gestion hospitalière*, Paris, Berger Levrault, 1994, 253 p
- MULLER JL. BURCKEL MF. *Encadrement hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*, Paris, Masson, 1999, 145 p, Encadrer à l'hôpital
- PETITBON F. *Le guide d'action du manager public*, Paris, Les Editions d'Organisation, 2000, 206 p, Service public
- VALLEMONT S. *La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences dans les trois fonctions publiques*, Paris, Berger Levrault, 1996, 223 p, Gestion publique
- VALLEMONT S. *La notation des agents dans les trois fonctions publiques*, Paris, Berger Levrault, 1998, 172 p, Gestion publique

MÉMOIRES

- FERRAND J. *Le projet social, un support pour le développement de la gestion des ressources humaines à l'hôpital local*, Mémoire ENSP de Directeur d'établissement sanitaire et social, 2001, 84 p
- FOUCHER B. *Du diagnostic social au Centre Hospitalier d'Angoulême : analyse d'une méthodologie pour élaborer le projet social*, Mémoire ENSP de Directeur d'hôpital, 1995, 79 p
- LECOCQ JC. *De la complexité des établissements sociaux et médico-sociaux à leur direction : itinéraire d'un directeur stagiaire*, Mémoire de Directeur d'établissement social et médico-social, 1999, 89 p
- ZAMARON S. *Quel projet social à l'hôpital ? Réflexion à partir de l'exemple du Centre Hospitalier de Montauban*, Mémoire ENSP de Directeur d'hôpital, 1994, 65 p

DOCUMENTS

- Rapport de synthèse en faveur du regroupement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics de Muret, 10 octobre 1994
- Projet d'établissement de l'Hôpital Local de Muret, juin 2000
- Rapport d'accréditation de l'Hôpital Local de Muret, décembre 2001
- Bilan d'étape du projet d'établissement de l'Hôpital Local de Muret, décembre 2003
- Note sur les orientations du projet médical de l'Hôpital Local de Muret, 18 février 2004
- Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Document DHOS, mai 1997
- Guide méthodologique d'élaboration, de négociation et de suivi du projet social, Document DHOS, décembre 2001
- Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, Document DHOS, mars 2004
- Manuel d'accréditation des établissements de santé, Document ANAES, février 1999
- Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, Document ANAES, janvier 2003
- Discours de Me M. AUBRY, Ministre de l'emploi et de la solidarité, Hôpital-Expo 2000, 16 mars 2000
- Message de M. J-F MATTÉI, Ministre de la santé, Assises Nationales des Hôpitaux Locaux, Le Croisic, 31 mai 2003
- Référentiel de compétences du Directeur d'établissement social et sanitaire et social, Document ENSP, 2003

ARTICLES

- Dossier L'hôpital et l'intéressement, *Revue Hospitalière de France*, mai-juin 1994, n°3, pp 196-211
- Dossier Hôpital local : lieu de travail, lieu de vie, *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, septembre 2002, n°23, pp 17-30
- Dossier spécial consacré au Projet social, Le projet social : une contribution à la gestion stratégique de l'hôpital, *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, mai 2003, pp 15-35
- Dossier Risques professionnels : du constat a posteriori à l'évaluation a priori, *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, novembre 2003, pp 9-28
- Numéro spécial consacré au Projet social, *Gestions Hospitalières*, mai 1995, n°346, pp 359-421
- Compte rendu du 3^{ème} colloque de l'ADRHESS, Partager la GRH dans les établissements sanitaires et sociaux, *Gestions Hospitalières*, février 1999, n°383, pp 84-91
- Responsabilisation des cadres et évaluation des performances : commencer par les profils de poste, *Gestions Hospitalières*, février 2000, n°393, pp 128-131

- BARBIER M. L'évaluation du personnel soignant ou comment garantir le sens et la cohérence de ce processus, *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2003, n°427, pp 473-484
- BONHOMME D. La nomenclature des emplois types de l'hôpital : quelle utilisation pratique ? , *Gestions Hospitalières*, février 1999, n°383, pp 116-120
- DREVET G. Cadres de proximité, des compétences à optimiser, *Soins Cadres*, février 2002, n°41, pp 54-59
- FUKS M. Audit santé, mode d'emploi, *Décision Santé*, 1^{er} mars 1993, n°38, pp 26-31
- LIMOGES P. Problématique en gestion des ressources humaines : enjeux pour un établissement de taille moyenne, *Entreprise Santé*, novembre-décembre 2000, n°30, pp 29-32
- MALHOMME ML. Notation, évaluation : quels enjeux ? , *Soins Cadres*, 3^{ème} trimestre 2000, n°35, pp n38-40
- SALON S. SAVIGNAC JC. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et la fonction publique, *Actualité Juridique du Droit Administratif*, mai 2002, n°5, pp 439-444
- VILCHIEN D. Vers une gestion des ressources humaines de plus en plus partagée, *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, novembre 1998, n°15, pp 3-9

TEXTES

- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale
- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
- Protocole d'accord AUBRY du 14 mars 2000
- Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées adopté au Parlement (1^{ère} lecture) le 15 juin 2004
- Projet de loi relatif à l'Assurance Maladie adopté au Parlement le 30 juillet 2004 (urgence déclarée)
- Projet de loi relatif aux responsabilités locales adopté au Parlement le 30 juillet 2004
- Circulaire MARTHE/DAS/DH n°99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérées par des établissements de santé
- Circulaire DHOS n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Circulaire DHOS n°2004-176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques
- Instruction DHOS n°332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières gérées par les établissements de santé sous forme de budget annexe
- Circulaire DHOS/P1 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des COM des établissements de santé sous dotation globale

- Lettre du DARH de Midi-Pyrénées relative à l'application de la circulaire DHOS/P1 du 3 juillet 2001

INTERNET

- Synthèse des travaux du groupe de travail ministériel n°6 «Modalités et sources de financement » pour l'élaboration du plan Vieillesse et Solidarités, 8 et 15 septembre 2003, Disponible sur < <http://www.fhf.fr> >
- Diaporama Le plan Vieillesse et Solidarités et les enjeux de l'année 2004 pour les établissements sociaux et médico-sociaux, Document Powerpoint, 2003, Disponible sur < <http://www.fhf.fr> >
- Document de communication sur le futur répertoire des métiers RAMSÈS, Document Powerpoint, 2003, Disponible sur < <http://www.sante.gouv.fr> >
- Rapport de M. M BONNET, membre du Conseil Économique et Social, *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap*, 3 mars 2004, Disponible sur < <http://www.ces.fr> >

Liste des annexes

Annexes non publiées

ANNEXE I : TABLEAU DES EFFECTIFS DE L'HÔPITAL LOCAL DE MURET APPROUVÉ POUR 2003

ANNEXE II : CALENDRIER DES TRAVAUX DU GROUPE PROJET SOCIAL

ANNEXE III : COMPOSITION DU GROUPE PROJET SOCIAL ET DU COMITÉ DE PILOTAGE

ANNEXE IV : FICHES ACTIONS DU PROJET SOCIAL DE L'HÔPITAL LOCAL DE MURET

ANNEXE V : PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE A L'HORIZON 2015 (DOCUMENT DE COMMUNICATION SUR LE RÉPERTOIRE DES MÉTIERS HOSPITALIERS RAMSÈS – 2003)

ANNEXE VI : FICHE ANNUELLE D'ÉVALUATION DES ACTIONS DU PROJET SOCIAL