



**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2002 - 2003**

**DEVELOPPEMENT DU PROJET DE RAPPROCHEMENT
ENTRE L'HOPITAL LOCAL ET LA MAISON DE RETRAITE
CCAS DE LODEVE**

**Comment concilier l'intérêt des résidents et du personnel avec celui des
structures afin d'apporter une amélioration significative au service public
sanitaire et social du Lodevois ?**

DUBOIS Frédéric

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Beerens, Directeur de l'hôpital local de Lodève et Madame Malzieux, sous directrice pour tous leurs conseils avisés.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE ETUDE DE L'ENVIRONNEMENT LOCAL ET DES DEUX ETABLISSEMENTS	4
Première sous partie : Description de l'environnement local	4
Chapitre 1 : Historique de l'offre sanitaire et sociale sur Lodève.....	4
A) De l'hospice à l'Hôpital Local de Lodève : La transformation d'une structure sanitaire en une structure sanitaire et sociale.	4
B) Développement de l'offre de structures privées.....	5
C) Apparition d'une offre médico sociale municipale.....	6
Chapitre 2 Description actuelle de l'offre sanitaire et sociale sur Lodève	7
D) Données générales.....	7
E) Les structures publiques	10
F) Les structures privées.....	11
G) Avenir de l'offre sanitaire et sociale sur Lodève.....	12
Deuxième sous Partie : Description des deux structures : l'Hôpital Local de Lodève et la maison de retraite de l'Écureuil.....	13
Chapitre 1 L'Hôpital Local de Lodève.....	13
A) Description générale.....	13
B) Projet d'établissement.....	21
Chapitre 2 la maison de retraite de l'Écureuil	23
C) Description générale.....	23
D) Projet d'établissement.....	30
DEUXIEME PARTIE QUELLE COOPERATION ENTRE LES DEUX ETABLISSEMENTS ?.....	32
Première Sous Partie Etude d'opportunité	32
Chapitre 1 Avantages d'un rapprochement entre les deux structures.....	32
A) Un rapprochement stratégique dans le cadre de la rénovation des deux structures.....	32
B) Des opportunités de développement et d'amélioration de la qualité	34
C) Des économies d'échelle.....	35

Chapitre 2 Inconvénients d'un rapprochement entre les deux structures	37
D) Perte de spécificité.....	37
E) Coût pour la structure hospitalière.....	40
Seconde sous partie élaboration de scénarios.....	42
Chapitre 1 Les éléments constitutifs des scénarios	42
A) S'inscrire dans un espace temps.....	42
B) Etre conforme aux engagements des établissements.....	43
C) Répondre aux exigences financières	46
Chapitre 2 Constitution de scénarios.....	47
D) Scénario n° 1 : « une coopération à minima »	47
E) Scénario n°2 : « La fusion sèche ».....	49
F) Les scénarios intermédiaires	50
TROISIEME PARTIE LA MISE EN PLACE DE STRATEGIES COMPLEXES.....	53
Première sous partie Avant rapprochement, les énergies à mobiliser.....	53
Chapitre 1 L'analyse des risques.....	53
A) Les risques indépendants du Directeur.....	53
B) Les risques pouvant être contrôlés par le Directeur	55
Chapitre II Les facteurs clefs de la réussite.....	56
C) La volonté des différents acteurs.....	56
D) Une compatibilité des activités	58
E) Les liens préalables	58
F) L'adhésion des usagers.....	60
Chapitre 3 L'analyse méthodologique	64
G) Les méthodes qui ont été employées	64
H) Les méthodes qui devront être employées, analyse décisionnelle	64
Seconde sous partie, Après le rapprochement, des choix d'organisation.....	66
Chapitre 1 L'analyse des risques.....	66
A) La taille de l'établissement.....	66
B) Les blocages individuels	69
Chapitre II Analyse des choix pouvant être effectués	73
C) Organisation du fonctionnement.....	73
D) Politiques de développement.....	75
CONCLUSION	77

Liste des sigles utilisés

ACCORD association de coordination gérontologique des cantons de Lodève

APA allocation personnalisée d'autonomie

ARH agence régionale d'hospitalisation

AS aide soignante

ASH agent des services hospitalier

BFR besoin de fond de roulement

C. Santé pub.: Code la santé publique

CAF capacité d'autofinancement

CCAS: centre communal d'action social

CHU centre hospitalier universitaire

CLIC Comité local d'insertion et de coordination

CLIN Comité de lutte contre les infections nosocomiales

COM Contrat d'objectif et de moyens

CRAM Caisse régionale d'assurance maladie

CROSS, Commission régionale d'organisation sanitaire et sociale

CTE comité technique d'établissement

DARH directeur d'agence régionale d'hospitalisation

DDASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DRASS Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

EPS établissement public de santé

ETP équivalent temps plein

FDR Fond de roulement

FRE fond de roulement d'exploitation

FRI fond de roulement d'investissement

FRNG fond de roulement net global

GCS groupement de coopération sanitaire

GIP groupement d'intérêt public

GIR groupe iso ressource

GMP GIR moyen pondéré

IDE infirmier diplômé d'Etat

MCO: médecine chirurgie obstétrique

MSA Mutuelle Sociale agricole

SSIAD: Service de soins infirmier à domicile

TPE trésorerie potentielle d'exploitation

INTRODUCTION

Rapprocher. Le mot a une connotation positive, humaniste. Rapprocher les Hommes pour un monde meilleur... On pense à Robert Schuman dans son discours sur l'Europe : La Paix en Europe naîtra du rapprochement des peuples, de la France, de l'Allemagne. Pourtant, comme l'écrivait Michel Chevalier, « rapprocher » c'est aussi risquer de créer du conflit : « Lorsque vous rapprochez deux hommes qui jusque-là avaient vécu éloignés l'un de l'autre, pour peu que ces hommes aient quelques qualités éminentes, leur frottement produit inévitablement quelque étincelle. Si au lieu de deux hommes, les deux pôles de votre pile sont deux peuples, le résultat s'élargit dans la proportion d'un peuple à un homme »¹.

Dans le secteur hospitalier, le mot conserve cette ambivalence : Le soignant doit se rapprocher du malade. L'hôpital doit se rapprocher de ses usagers. L'exercice médical comme l'accompagnement médico-social se déshumanise sans un contact physique. Néanmoins, le verbe rapprocher peut créer suspicions, craintes et conflits dès lors qu'il s'utilise dans un projet organisationnel. Doit-on y voir une certaine peur de cannibalisme institutionnel ? A moins que se soit l'angoisse d'une remise en question de pratiques routinières ?

Il y a une tendance à croire, à tort, que cette réaction est propre au personnel. Or, l'hostilité à un rapprochement de service ou d'établissement peut se manifester de façon beaucoup plus vive chez les politiques, les usagers et les familles ou parmi la population locale.

Rapprocher ne signifie pas pourtant fusionner. La fusion, du latin *fundere*, fondre, « union intime résultant de la combinaison ou de l'interpénétration d'êtres ou de choses »², réunit deux éléments distincts en un tout homogène, alors que le rapprochement permet de faire coexister de façon adjacente des éléments dissemblables. Dans l'inconscient collectif, le terme de fusion possède une connotation déplaisante. Il rappelle les fusions d'entreprises privées parfois catastrophiques au point de vue humain.

Rapprochement, fusion sont deux mécanismes qui, bien qu'anciens³, sont de plus en plus courant dans le secteur hospitalier. La recherche de complémentarités entre tous les

¹ Michel Chevalier (1806 1879), *Lettres sur l'Amérique du Nord*, tome premier

² Définition du Robert

³ On peut citer l'affaire de la fusion de l'Hospice Saint Victor, établissement communal ,qui avait été rattaché dans un premier temps à l'administration des hospices d'Amiens par arrêté préfectoral du 26

acteurs de santé est à la base de toute tentative d'optimisation de l'offre de soins, même si on a pu avancer que politique de santé et politique d'aménagement et de développement du territoire avait des liens étroits. Le législateur a développé des mécanismes de coopération afin de permettre et d'inciter les établissements hospitaliers à rechercher des synergies⁴.

L'étude d'une démarche de coopération, de rapprochement ou de fusion permet de décrire comment un dirigeant de service public, comme un Directeur d'établissement sanitaire et social peut appréhender la notion d'intérêt général. Est-ce que la satisfaction de l'intérêt général passe par une amélioration et une optimisation du service public ? Sans aucun doute. Mais est-ce que la fusion ou le rapprochement d'établissements sanitaires et sociaux ou médico-sociaux correspond toujours à une amélioration du service public ? Est-ce que c'est l'intérêt général que l'on cherche à satisfaire ainsi ou plutôt l'intérêt politique ponctuel de la structure hospitalière ? Cette dernière question peut paraître choquante concernant un établissement remplissant une mission de service public, mais c'est oublier que l'hôpital ou la maison de retraite sont aussi des acteurs et des enjeux au niveau local. Aussi, lorsque le rapprochement risque de modifier la prise en charge de la personne âgée, perturbe l'organisation du travail, réduit le rôle du pouvoir politique local, on peut se demander comment le Directeur peut arriver à concilier l'intérêt des résidents et du personnel avec celui des structures afin d'apporter une amélioration significative au service public sanitaire et social.

Pour répondre à cette problématique, j'ai pris le cadre de mon stage de direction où commençait à se concrétiser, après presque douze ans de discussion, une démarche de rapprochement entre l'Hôpital local de Lodève et la maison de retraite Résidence de l'Ecureuil dépendante de la même commune. Lodève est une sous-préfecture de l'Hérault. Elle constitue le bourg-centre de la région au nord de Montpellier, appelée «les hauts cantons». La population de la commune est de 7000 habitants. En 1991, Monsieur Barbaste, Président du CCAS et ancien directeur d'hôpital, avait déjà soutenu le projet de faire de la résidence l'Ecureuil un établissement public de santé. La forme juridique de l'établissement ne peut selon lui permettre l'institution d'un management de qualité par un directeur autonome et responsable. De plus, la forme actuelle de prise en charge de la personne âgée dans cet établissement ne correspond plus aux besoins gérontologiques : La population qui se présente à la maison de retraite de l'Ecureuil est de plus en plus dépendante alors que la

février 1902, puis avait été fusionné au CHR d'Amiens par Décret en Conseil d'Etat du 4 octobre 1965

⁴ L'article L 713.12 C. Santé publique ouvre la faculté aux établissements publics de santé de « participer à des actions de coopérations, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé »

structure est faiblement médicalisée. Au cours de l'année 2000, monsieur Beerens, Directeur de l'Hôpital Local, a commencé à assurer l'intérim de direction de la maison de retraite. La même année, le personnel a fait part de son désir de changer de statut et d'être incorporé au régime de la fonction publique hospitalière. Le Directeur a, par la suite, développé un projet de fusion entre l'Hôpital Local et la maison de retraite, afin de répondre aux besoins des deux structures : Un manque de réserves foncières pour l'hôpital qui cherche à réaliser une opération d'agrandissement, et pour la maison de retraite un besoin de ressources logistiques, financières et humaines dans la perspective d'une modernisation. Monsieur le Directeur a obtenu de la part de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Languedoc Roussillon , de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales et du Conseil général l'accord de principe pour une fusion entre les deux établissements. Le Président du Conseil d'administration des deux établissements s'est déclaré pour un rapprochement entre les deux établissements. Ce changement de terminologie n'est pas anodin et marque une volonté politique de conserver comme autonome une structure comme la maison de retraite de l'Ecureuil qui est en quelque sorte le symbole de la qualité de la gestion municipale : Les habitants de Lodève bénéficient d'une maison d'accueil associant un cadre et des prestations hôtelières de qualités avec un prix de journée parmi les plus bas de l'Hérault.

Afin de comprendre la démarche du projet de rapprochement, il important d'étudier au préalable l'environnement local et les deux établissements, avant de s'interroger sur le choix du mode de coopération. Enfin il conviendra de réfléchir sur les stratégies de mise en œuvre de ce projet.

PREMIERE PARTIE ETUDE DE L'ENVIRONNEMENT LOCAL ET DES DEUX ETABLISSEMENTS

Une démarche de rapprochement se fonde sur l'analyse de ce qui est existant. Préalable à toute décision, la collecte d'informations sur l'environnement local et sur les établissements eux-mêmes, permet de dégager les problématiques communes, les intérêts convergents.

Première sous partie : Description de l'environnement local

L'environnement d'un établissement public sanitaire et social conditionne son existence. L'établissement a été créé pour répondre à un besoin à un moment donné. Il s'intègre alors en tant que tel dans l'offre sanitaire et sociale. Celle-ci évolue à son tour, se diversifie ou se concentre, en fonction des besoins locaux et des moyens économiques dont elle peut bénéficier. Aussi, l'Histoire comme la description de la situation présente sont deux sources d'informations permettant d'appréhender les motifs et les conditions d'un rapprochement.

Chapitre 1 : Historique de l'offre sanitaire et sociale sur Lodève

L'offre sanitaire et sociale est le fruit d'une histoire, de rapports humains. Ce qui explique sa diversité mais aussi ses problématiques actuelles. L'offre sanitaire et sociale sur Lodève peut se résumer à trois étapes. Tout d'abord, elle débute au XVIII^{ème} siècle par l'hospice qui deviendra l'hôpital. Celui-ci se spécialisant dans l'accueil de personnes âgées, un secteur privé s'est développé. Puis, sur l'initiative de la commune est apparue une offre médico-sociale municipale ?

A) De l'hospice à l'Hôpital Local de Lodève : La transformation d'une structure sanitaire en une structure sanitaire et sociale.

L'Hôpital Local de Lodève a été créé au XVIII^{ème} siècle. Il appartenait alors à la congrégation de sœurs de saint Vincent de Paul. L'établissement avait pour vocation d'apporter des secours aux vieillards et aux indigents. Les bâtiments avaient la forme d'un

U, entourant « un beau jardin, sous la protection de la cathédrale St Fulcran⁵ ». Les patients étaient hébergés dans des salles communes de 20 à 30 personnes.

Après la Révolution, l'établissement participait au service de santé des armées tout en demeurant dans le giron de la municipalité. Au cours du XIX^{ème}, suite aux legs d'un notable de la ville, Théodore Vinas, l'hôpital pu s'agrandir et améliorer de façon appréciable l'accueil des personnes âgées. Etablissement public depuis l'ordonnance de 1958, l'hôpital avait une vocation générale bien qu'une majorité des patients ait été constituée par des personnes âgées, et des « malades chroniques », c'est à dire des personnes souffrant de maladies longues à développement lent. A partir des années 70, l'établissement va spécialiser son activité dans le domaine sanitaire et social. Progressivement, certains services sont fermés : Le service obstétrique au début des années 70, le service chirurgie ensuite. En 1978 l'établissement ne disposait plus de service d'accueil des urgences.

A l'occasion de la loi d'humanisation de l'hôpital et de la transformation des hospices publics⁶, il fut construit à la fin des années 70 un nouveau bâtiment destiné aux chroniques : Les personnes âgées dépendantes. Le nouveau bâtiment a été une avancée dans la qualité des soins et de l'hébergement en offrant désormais des chambres à deux lits et à un lit. 96 lits sur les 100 lits de longs séjours autorisés, sont installés dans cette structure.

En 1992, l'établissement était composé de trois services : Le service médecine, le service maison de retraite, le service long séjour. Sur la base de cette spécialisation médico-sociale, l'hôpital a entrepris des travaux de rénovation importants. A partir de 1996, plus de la moitié du bâtiment de l'hôpital a été totalement reconstruite. Pour reprendre l'expression « les premiers seront les derniers... », il ne reste plus qu'à réhabiliter de nouveau le service long séjour. Cette dernière tranche est inscrite au plan Etat Région pour 2005.

Fort de cette modernisation de la structure de l'immeuble, l'établissement a créé de nouveaux services. Tout d'abord un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en 1998 de 20 lits qui est passé à 40 lits en 2001. Puis, à l'occasion du contrat d'objectifs et de moyens, signé en mars 2003, l'hôpital a créé un service d'alcoologie d'une capacité de 10 lits.

B) Développement de l'offre de structures privées

A partir de 1975, l'Hôpital Local de Lodève abandonnant la médecine chirurgie obstétrique (MCO), une offre de santé privée s'est développée : Tout d'abord avec la

⁵ Fred Delbos, « Lodève et ses environs, Mémoire en Image » Editions Alan Sutton, 1999

⁶ Loi n°75-535 du 30 juin 1975, qui s'inscrivait dans le programme d'action prioritaire n°19 du VII^e Plan dont l'un des objectifs était de supprimer la totalité des chambres de plus de quatre lits.

transformation de l'ancien sanatorium en clinique pneumo thoracique, et l'ouverture de la clinique St Pierre, offrant des lits de soins courants, de chirurgie, un service d'accueil des urgences.

C) Apparition d'une offre médico sociale municipale

Par délibération du 27 juin 1973, la Commission administrative du bureau d'aide social de Lodève, « déplorant » que la ville « ne possède pas de maison de retraite pour personnes âgées » donne son accord pour la création d'un tel établissement. Il est prévu d'ouvrir deux sections, l'une à usage de maison de retraite pour hommes et femmes valides, l'autre destinée aux vieillards, personnes semi-valides.

La gestion est confiée au Bureau d'aide Sociale, par l'intermédiaire d'une régie simple, et la Caisse d'Epargne, de part sa filiale la S.C.I.R.S.C.E.P.H., est propriétaire du bâtis. En 1978, la régie est dotée de l'autonomie financière. L'établissement dispose d'un budget spécifique composé d'une section d'exploitation et d'une section d'investissement conformément aux articles R 2221-73 à R2221-87 du Code des communes

Deux emplois de titulaires sont créés, une Directrice infirmière et une Rédactrice Principale. Tous les autres agents sont contractuels de droit privé, ce qui contribue encore aujourd'hui à faire croire que la nature juridique de l'établissement était purement privée.

En 1991, la Résidence l'Ecureuil connaît un changement de statut. Elle devient un établissement public local, ce qui lui permettra en 1995 de faire l'acquisition du parc immobilier à l'aide d'un emprunt dont les remboursements obèrent le prix de journée des résidents. Un nouveau tableau des effectifs est voté et l'ensemble du personnel est titularisé.

Parallèlement le CCAS a développé d'autres activités sociales en faveur des personnes âgées ou des personnes socialement défavorisées: portage de repas, ouverture d'une épicerie sociale...

Au titre de ces interventions dans les champs médico-social, le CCAS fait partie du Conseil d'administration de l'association ACCORD qui fait office de Centre Local d'Insertion et de Coordination (CLIC), ainsi que la maison de retraite de l'Ecureuil.

Ces trois étapes historiques ont permis de construire une offre sanitaire et sociale particulièrement diversifiée. Elles expliquent aussi en partie la fragilité de la situation actuelle.

Description actuelle de l'offre sanitaire et sociale sur Lodève

L'offre sanitaire et sociale de Lodève est le fruit d'une Histoire quelque fois capricieuse qui explique en partie la fragilité de la situation actuelle. En effet, à travers quelques données générales sur le bassin lodévois et sur les établissements publics et privés, on s'aperçoit que des facteurs structurels grèvent l'avenir de l'offre sanitaire et sociale.

D) Données générales

L'Agence régionale d'hospitalisation dans son rapport d'orientation stratégique⁷ a fait un bilan de l'offre sanitaire et sociale en Languedoc Roussillon.

Taux d'équipement en lits ou places pour 1000 habitants ⁸		
	France	Languedoc Roussillon
Court Séjour <i>Médecine</i>	2,16	2,3
<i>Chirurgie</i>	1,94	2,0
<i>Gynéco-obstétrique</i>	0,46	0,36
Soins de suite et réadaptation		
<i>Réad. Fonctionnelle</i>	0,55	1,06
<i>Global</i>	1,66	2,5
Psychiatrie(lits/pl.hosp.jour+nuit)		
<i>Infanto-juvénile</i>	0,20 lit/ 0,65 place	0,13 lits/ 0,63 place
<i>adulte</i>	1,25 lits / 0,32 place	1,0 lits / 0,34 place
Gérontologie(p.1000hab.≥75ans)		
<i>Structure d'hébergement</i>	146,4 lits	108, 1 Lits
<i>Service de soins à domicile</i>	14,7 places	11,3 places
<i>Lits médicalisés</i>	57,0 lits	46,0 lits

Ainsi, relève l'Agence, la région connaît une inadéquation fonctionnelle avec les besoins de santé : L'offre sanitaire est encore trop axée sur le court séjour et insuffisamment sur le moyen /long séjour. En effet, comme le fait apparaître le

⁷ ARH Languedoc Roussillon, « Santé en Languedoc Roussillon, un contrat de progrès pour l'hospitalisation , Rapport d'Orientation Stratégique , Schéma Régional d'Organisation sanitaire 1999-2004 » ARH1998

⁸ Sources INSEE TELR 98

tableau ci dessus, la région Languedoc Roussillon dépasse la moyenne nationale en ce qui concerne le nombre de lits de court séjour. La situation est en revanche inversée pour la gériatrie.

La Région Languedoc-Roussillon est divisée en sept secteurs sanitaires. Le bassin de santé du Lodévois appartient au secteur sanitaire de Montpellier-Lodève. Ce secteur, outre le fait qu'il regroupe une agglomération et une zone rurale, englobe des disparités tant au niveau des besoins de santé qu'au niveau de l'offre de soins. De part sa nature rurale et industrielle déclinante, le bassin du lodévois est presque l'antithèse de l'agglomération montpelliéraine. La population du Lodévois est vieillissante, économiquement défavorisée.

Structure par âge, comparaison Languedoc Roussillon/ France entière (1996-1998) ⁹		
	FRANCE	Languedoc Roussillon
Age < 20 en %	27,8	25,2
Age ≥ 60 ans en %	19	23,5
Age ≥ 75 ans en %	7,1	8,2

On peut constater que la région Languedoc Roussillon possède une population relativement âgée par rapport à la moyenne nationale.

Prise en charge de la personne âgée ¹⁰	Nbre des + 75 ans	Part des + de 75 ans dans pop bassin	Part des + de 75 ans dans pop bassin	Taux de croissance annuel des + 75 ans	Taux d'équipement En structures d'accueil pour 1000 pers. De + 75 ans	Densité généralistes pour 1000 pers de +75 ans	Densité infirmière pour 1000 pers. + 75 ans	Densité places SSIAD pour 1000 pers. + 75 ans
Montpellier	30 201	5,99	49,31	3,69	128 ,4	23,24	27 ,68	11 ,99
Lodève	1681	10 ,72	51,70	1,49	273	8,92	12,49	11,9

Au 31 décembre 2001, on constate pour le bassin gériatrique de Lodève qu'il y a 357 lits installés/ autorisés hors hébergement temporaire et accueil de jour. Le taux d'équipement en lits installés/ autorisés (pour 1000 personnes de + de 75 ans) est sur

⁹ Sources STATISS 96-97 ; ORS Languedoc Roussillon Atlas de la Santé 1998

¹⁰ Sources : ARH. LR/ SROS Gériatrie 17 novembre 1998

l'Hérault de 111,7 lits installés et 118,8 lits autorisés. Pour Lodève ces taux sont de 264,8 lits¹¹.

Le tableau ci-après précise le taux de dépendance des populations âgées de plus de 65 ans. Les chiffres datent de 1995 avec projection pour 2005¹².

	POPULATION		
DEPENDANCE	1995	2005	%
Faible (GIR 6 et 5)	56 887	70 697	+24,2
Moyenne (GIR 4 et 3)	7 150	9 301	+30
Forte (GIR 2 ET 1)	5 562	7 309	+24,4
TOTAL PERSONNES	69 599	87 307	+25,4

On constate dans ces domaines le pourcentage élevé d'accroissement de la dépendance. Les principales causes de décès et affections de longue durée pour ce type de population sont :

DECES	%	AFFECTIONS DE LONGUE DUREE	%
Maladies vasc. cérébr.	11,9	Cancers	27,8
Cardio-ischémiques	10,1	Artériopathie	15,9
Insuf. cardiaques et mal déf.	8,4	Troubles mentaux	10
Autres mal. appareil circul.	3,6	Diabète	9,1
Autres symptômes	3,3	Hypertension artérielle	8,2
Cancer du poumon	3,2	Insuffisance cardiaque	7,8
Pneumonie et broncho.	2,9	Acc. vasculaire cérébral	6,5
Bronchite chronique	2,9	Insuffisance respiratoire	3,5
Cancer de l'intestin	2,9	Infarctus du myocarde	2
Mes mal. de l'app. digestif	2,9	Maladie de Parkinson	1,8
Autres Causes	47,8	Autres Causes	7,4
TOTAL	100	TOTAL	100

¹¹ Conseil Général de l'Hérault « Schéma gérontologique du département de l'Hérault, 2003/ 2007 »

¹² Etude réalisée par l'Hôpital local de Lodève en 1998

E) Les structures publiques

L'Hôpital Local de Lodève

Qui comprend 208 lits dont :

22 de court séjour
18 de moyen séjour, dont un service d'alcoologie de 8 lits (10 depuis signature du contrat d'objectifs et de moyens)
100 de long séjour
68 de maison de retraite dont 42 de cure médicale

A ces 208 lits il faut rajouter :

40 lits de SSIAD

Huit médecins généralistes libéraux disposant d'une autorisation exercent sur l'établissement. Une pharmacienne praticien hospitalier est employée à mi temps. Vingt-six infirmières, pour un effectif théorique de 31,37, sont rémunérées par l'hôpital. L'établissement est dirigé par un Directeur et un directeur adjoint.

La maison de retraite de l'Ecureuil

Comprend 70 lits dont 12 de forfaits soins courants. Les lits de forfaits soins permettent d'assurer le financement par l'Assurance maladie de l'emploi d'une infirmière et de trois aides soignantes. Les médecins interviennent à titre libéral.

Le CCAS et ses démembrements

Le CCAS a une mission d'aide sociale. En ce qui concerne la prise en charge de personnes âgées, il organise le portage de repas à domicile et le financement de l'emploi d'aides ménagères. Le CCAS a créé en 2003 une épicerie solidaire de distribution de produits de première consommation.

L'hôpital de jour dépendant du CHU Montpellier

L'hôpital de jour dépend du CHU La Colombière de Montpellier. Structure déconcentré de proximité, l'hôpital de jour accueil et suit des malades souffrant de maladie psychiatrique. L'hôpital de jour ne fait pas d'hébergement.

F) Les structures privées

La Clinique de chirurgie pneumo thoracique

Spécialisée uniquement dans la chirurgie pneumo-thoracique, l'ancien sanatorium met à la disposition de chirurgiens et de médecins libéraux, un bloc chirurgical et une trentaine de lits.

La Clinique St Pierre

La Clinique St Pierre est un établissement privé, participant au service public hospitalier. Elle est actuellement menacée de fermeture de part la volonté de son actuel propriétaire, la Clinique St Pierre comprend un bloc chirurgical, dix lits de chirurgie, trente lits de médecine, un service de radiologie. L'établissement assure une permanence d'accueil des urgences même s'il n'existe pas en tant que tel un service d'urgences formalisé. deux anesthésistes, deux chirurgiens, un radiologue et un rhumatologue exercent sur la clinique ainsi que des médecins libéraux ayant leur cabinet en ville,

L'institut de rééducation/ institut médico-éducatif Campestre

L'IR/IME de Campestre est une structure privée de nature associative. Elle prend en charge des quarante enfants et adolescents en difficulté sociale et médico-sociale.

La maison de retraite de la Providence

Maison de retraite associative, cet établissement possède soixante places d'accueil.

La Maison de retraite de Soubès

Cet établissement géré par le CCAS de la commune de Soubès possède 60lits

Le Foyer logement du Caylar

Cet établissement géré par le CCAS de la commune du Caylar possède 12 lits

L'Association de coordination gérontologique des Cantons de Lodève et du Caylar (ACCORD) qui fait office de Comité local d'information et de coordination (CLIC)

L'association fait office de CLIC. Depuis juin 2003 participent à l'association : l'Hôpital local de Lodève, la Maison de retraite de l'Ecureuil, le CCAS de Lodève, le CCAS de Soubès et sa maison de retraite, la maison de retraite de la Providence,

Les cabinets médicaux et médecins libéraux

Il existe sur Lodève treize cabinets de médecins généralistes. Ainsi que plusieurs spécialistes : deux cardiologues, une dermatologue, un gynécologue, un médecin du travail, un ophtalmologue, un ORL, un pneumologue.

Les infirmières libérales et autres professions paramédicales

La ville possède dix infirmières libérales et six masseurs kinésithérapeutes

Les ambulanciers

Une société d'ambulance réside sur la commune

G) Avenir de l'offre sanitaire et sociale sur Lodève

A l'heure actuelle, il semble que l'avenir d'un pôle MCO soit compromis sur Lodève. En effet, Monsieur Ponceillé, propriétaire de la clinique St Pierre, a déclaré en juin 2002 à l'ARH qu'il envisageait la possibilité d'une fermeture des lits de médecine de son établissement. La raison évoquée est d'ordre purement économique : la rentabilité de ces lits n'est plus assurée du fait d'une baisse constante de l'activité. Monsieur Ponceillé a demandé par la suite à l'ARH le transfert de ces lits de médecine vers la Clinique du Millénaire actuellement en construction à Montpellier. Parallèlement, en novembre 2002, l'un des deux principaux chirurgiens a fait savoir qu'il arrêterait son activité. Ces deux événements semblaient condamner la Clinique à une fin proche. Du fait d'une forte mobilisation de tous les acteurs, tant les politiques, que les tutelles, les médecins, les associations d'usagers et la population, il semblerait qu'en l'état actuel, la clinique se maintienne. Des pistes sont étudiées pour une transformation de la Clinique en Maison de Santé. Cette transformation pourrait demander la participation des autres acteurs de santé du lodévois, que se soit les médecins libéraux, la Clinique pneumo-thoracique et même l'Hôpital local.

L'avenir de l'environnement local semble dépendre de l'évolution de trois établissements : la clinique, l'hôpital, la maison de retraite. L'analyse approfondie des deux structures publiques permettra d'avoir un diagnostic plus précis de l'offre sanitaire et sociale.

Deuxième sous Partie : Description des deux structures : l'Hôpital Local de Lodève et la maison de retraite de l'Ecureuil.

Une analyse synthétique de chaque établissement, permettra de mieux appréhender leur état, leurs problématiques, leur intérêt à entreprendre une démarche de rapprochement. Chaque étude portera sur une description de leur situation juridique, de leur situation sociale, sur leur situation financière.

Chapitre 1

L'Hôpital Local de Lodève

L'Hôpital local de Lodève est un établissement qui aujourd'hui a été modernisé à 70%. Au-delà d'une simple description de l'existant, il convient d'étudier le projet d'établissement qui permet d'appréhender les objectifs et les problématiques de l'établissement.

A) Description générale

Trois points seront étudiés : Sa situation juridique, sociale et financière

a) Situation juridique

L'Hôpital Local de Lodève est un établissement public de santé. On rappellera que la loi du 31 décembre 1941 a reconnu pour la première fois la qualité d'établissement public aux institutions hospitalières publiques. La Loi du 31 juillet 1991 a confirmé cette évolution¹³.

Quatre conséquences en résultent¹⁴ :

- L'Hôpital Local de Lodève est doté de la personnalité morale. Il dispose donc d'un patrimoine, de son propre budget et de son propre organe délibérant, de la capacité d'ester en justice, de conclure des marchés et des contrats. En ce qui concerne le patrimoine de l'établissement, « tous les bâtiments et installations qui appartiennent aux établissements publics hospitaliers, lorsqu'ils sont affectés au service public et spécialement aménagés à cette fin, sont soumis aux

¹³ La Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, (article L714-1 Code de la santé publique) énonce : « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière »

¹⁴ C.Paire, M.Dupont, C.Esper, L.Muzzin, « droit hospitalier » Dalloz, seconde édition 1999

règles du domaine public »¹⁵. Tous les autres bâtiments font partie du domaine privé et sont gérés selon les règles du Code civil.

- L'Hôpital Local de Lodève est soumis à un régime budgétaire, financier, comptable particulier¹⁶.
- L'Hôpital Local de Lodève dispose d'une autonomie de gestion qui est encadrée par le contrôle de l'Etat¹⁷ et par l'obligation de respecter le principe de spécialité. En énonçant que « l'objet principal des établissements publics de santé n'est ni industriel ni commercial »¹⁸, le législateur a entendu que l'établissement public de santé conserve les attributs de l'établissement public administratif.
- La transformation, comme la suppression même partielle de l'Hôpital Local de Lodève sont soumises à une autorisation qui relève du ministre chargé de la santé ou du directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation¹⁹.

L'Hôpital de Lodève fait partie de la catégorie des hôpitaux locaux, selon le classement résultant de la loi du 31 juillet 1991²⁰. Les hôpitaux locaux ont pour vocation de dispenser avec ou sans hébergement :

- Des soins de courte durée en médecine, sous réserve de s'être liés par convention avec un ou plusieurs établissements de santé participant au service public hospitalier²¹
- Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale
- Des soins de longue durée, comportant hébergement, à des personnes nécessitant une surveillance médicale constante.
- L'hôpital local participe dans le cadre des missions prévues aux articles L711-1 et L711-3 aux actions de Santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées, aux actions de médecine préventive et

¹⁵ Avis du Conseil d'Etat, section sociale du 28 avril 1977 (AJDA, 1978,p.586), confirmé par l'arrêt du Conseil d'Etat du 6 février 1981 Epp, Rec., p.745)

¹⁶ articles L714-1 et 714-1-1 C santé publique

¹⁷ Article L 714-1 C santé publique

¹⁸ Article L 714-1 C de la santé publ.

¹⁹ Article R 714-1-1 C santé publique

²⁰ Article L711-6 du code de santé publique

²¹ Article L711-6 C santé Publique

d'éducation pour la santé, aux actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux.

Indépendamment de ces dispositions, la couverture médicale au sein de l'établissement est assurée par des médecins généralistes autorisés à dispenser à l'hôpital local, à titre libéral, des soins de courte durée en médecine et des soins de suite et de longue durée²². L'autorisation est délivrée à ces médecins par le préfet²³. L'activité de médecine prévue à l'article L111-6 ne peut être réalisée qu'en passant convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers. La circulaire du 3/ 06/ 93²⁴ recommande que les hôpitaux locaux soient en mesure d'assurer avec les professions libérales des réponses médicales de proximité.

Du fait de sa vocation sanitaire, l'Hôpital local de Lodève est soumis aux dispositions de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation. L'établissement doit engager une procédure d'évaluation et d'accréditation (article L710-5 C santé publique), il doit en outre conclure un contrat d'objectif et de moyen (COM), signé en mars 2003, avec l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH).

b) Situation sociale

Le tableau des effectifs de l'établissement fait apparaître au 24 octobre 2002 un total d'équivalent temps plein (ETP) pour le personnel non médical de 174,17, auquel il faut rajouter un ETP de pharmacien. 13,72% du personnel titulaire est à temps partiel. La composition de cet effectif est composée à 76% de soignant, 15% d'agents techniques, 7% d'administratifs, 1% Pharmacien, 1% Médico technique. La population est fortement féminisée (84,57% de femmes en 2002). La moyenne d'âge tous grades confondus, est de 42ans 7mois.

En 2002, 21 personnes ont bénéficié d'un contrat emploi solidarité, 9 ont bénéficié d'un Contrat Emploi Consolidé.

Le nombre de journées d'absences est en forte progression depuis quatre ans. Il est passé de 3198,5 en 1999 à 5441,5 en 2002. Cette hausse s'explique en partie par la prise en compte en 2002 des journées de formation dans le calcul de l'absentéisme (1235,5

²² Article R 711-6-9 C santé publique

²³ Article R 711-6-10 C santé publique

²⁴ circulaire n°21/ DHEO du 3/06/93 relative à l'adaptation de l'offre de soins hospitalier en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire

journées). Cependant on constate une augmentation du nombre de congés maladie passant de 1928 journées en 1999 à 3053 soit 55% des motifs d'absence en 2002. Cet absentéisme élevé entraîne un déséquilibre que la direction ne peut résoudre car elle ne dispose pas de réserve humaine parmi le personnel titulaire permettant de répondre aux besoins constatés. C'est pour cela que l'établissement fait appel massivement au personnel contractuel.

Budgétairement, les dépenses de personnel représentaient en 2002 69,97% du budget total.

En vue de la réalisation du projet social, deux audits ont été réalisés en 1996 et en 1997 sous la conduite de la cellule d'organisation et méthode du département. Le premier devait permettre de favoriser la liberté d'expression sur les conditions de travail à partir d'un dialogue avec le personnel. Sur la base de ce qui a été évoqué dans ce premier audit, le second devait permettre le recueil d'informations très exhaustives sur le fonctionnement des services soins/ hébergement.

Ces audits permirent de constater que l'organisation en vigueur n'était pas satisfaisante. Le type d'organisation résultant de la carence en personnel a obligé les responsables à une rationalisation rigoureuse qui a provoqué un cloisonnement des tâches et a abouti à une situation ne favorisant ni la participation, ni la motivation et créant de surcroît des situations conflictuelles. Les horaires de travail ne correspondaient pas aux besoins des personnes âgées : Les levers commençant à 6h00 alors que la plupart des personnes âgées dorment. L'audit mettait en valeur les inadéquations entre les effectifs et la charge de travail : celles-ci entraînent une organisation et une administration de soins en série et in fine une dépersonnalisation laissant de côté l'aspect relationnel contenu dans le soin.

Aussi le projet social, qui a été élaboré en avril 1999, tend à promouvoir la motivation et de définition des responsabilités. En matière de carrières et d'effectifs une gestion prévisionnelle des emplois a été initiée afin d'assurer le remplacement des agents partant à la retraite et surtout afin de faire évoluer la pyramide des grades de façon à éviter une démotivation du personnel. Dans le même domaine, le projet social prévoyait un renforcement de l'encadrement infirmier autour d'un(e) surveillant(e) chef et de trois surveillant(e) et du personnel aide soignant. En matière de formation, l'établissement a créé une politique pluriannuelle de formation par filière. Ce plan tient compte des formations de type promotionnel et de la nécessité de former la totalité des agents sur des thèmes généraux, par exemple la sécurité incendie ou la manutention des malades. En ce qui concerne la communication interne et externe, le projet social de l'établissement prévoyait la création d'instrument de diffusion de l'information (publication, réunion...) et d'organisation de la vie sociale par le biais d'associations et de création d'évènements.

Au final l'organisation du travail, modelée par les nouveaux plannings issus de la négociation des 35 heures, a permis une amélioration qualitative tant pour le personnel qui a pu concilier d'avantage sa vie professionnelle et sa vie extra professionnelle, que pour la prise en charge de l'usager.

c) Situation financière

L'Hôpital Local de Lodève étant un établissement public de santé applique l'ordonnance budgétaire M21²⁵. L'établissement dispose d'un budget principal (Budget H) et de trois budgets annexes : Budget B Long séjour, Budget J Maison de retraite, Budget N Service de soins infirmiers à domicile.

Globalement l'activité de l'établissement est passée de 68 760 journées en 1996 à 79311 journées en 2001. Cette activité en pleine croissance s'explique du fait de la modernisation des locaux qui ont amélioré l'image de l'hôpital.

	Nombre de journées	Nombre d'entrées	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation moyen
MEDECINE	7828	607	12,9	97,48%
Moyen séjour	4785	185	25,86	72,83%
Hébergement	57.696	132		92,16%
SSIAD	7262		130,64	99,48%

Le compte administratif 2002 fait apparaître un GIR Pondéré Moyen (nombre total de points divisé par l'effectif de la population) de 98 pour le long séjour et de 41 pour la maison de retraite²⁶.

Pour 2003, le montant des budgets s'élève comme suit :

Section d'investissement	440 117 30 €
Budget H	3 618 320,66€
Budget B	3 595 431, 95€
Budget J	1 760 834,54€
Budget N	480 811,38€

²⁵ Décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 et décret n°92-776 du 31 juillet 1992 (art R714-3-1 à R714-4-5 C santé Publique)

²⁶ Chiffres obtenus par le logiciel GALAAD© ENSP

Dans le cadre du stage, une analyse financière a été effectuée sur les deux établissements à l'aide du logiciel ANADES© fournit par l'ENSP.

En ce qui concerne l' Hôpital Local de Lodève, l'analyse porte sur les exercices 1999 2000 et 2001

	2000		2001		2002
Fonds de roulement investiss	180	-178%	-141	+140%	56
Fonds de roulement exploitat°	485	+83%	889	+13%	1 005
Fonds de roulement net global	665	+12%	748	+42%	1 061
Besoin en fonds de roulement	354	+107%	732	+9%	795
Excédent de financement expl°					
Trésorerie	311	-95%	16	+1563%	266

	1999	2000	2001
structure financière			
1) endettement	63,3%	62,3%	61,2%
2) apurement de la dette	0,1	1,4	1,4
3) vétusté immobilisations	82,3%	23,0%	25,9%
4) FDR en jours d'exploitation		31,0	45,2
5) BFR en jours d'exploitation		30,3	33,9
cycle d'exploitation			
6) valeur technique lit (ou place)		59	60
7) stocks en jours		17,8	21,5
8) créances en jours		56,5	64,8
9) dettes fournisseurs en jours		28,9	27,5
10) dettes sociales en jours			
11) dettes fiscales en jours		151,8	155,4
12) TPE	60,0	498,0	518,0
trésorerie			
12) trésorerie en jours		0,7	11,3
13) trésorerie relative	2,3	2,6	3,0

FDR : Fonds de roulement

Points clefs du diagnostic

1) Trésorerie

Elle est positive mais reste fluctuante.

-94% entre 2000 et 2001

+ 86% entre 2001 et 2002

Cette trésorerie permet une très bonne couverture des dettes à court terme, le ratio de trésorerie est largement supérieur à un. Les créances et les disponibilités couvrent

largement les dettes à court terme. A savoir nous avons 2,3 pour 2000, 2,6 pour 2001 et 3,0 pour 2002.

Cependant la situation de cette trésorerie n'est quand même pas aussi florissante : en jours de cycle d'exploitation, elle représente en 2002 11,3 jours du cycle d'exploitation. En fait l'établissement se reposait sur l'avance faite par l'emprunt pour les travaux de reconstruction de l'hôpital.

2) Fonds de roulement d'investissement (FRI)

Il est positif en 2000 et en 2002. En revanche il est négatif en 2001. Cela s'explique par le retard d'amortissements d'une année sur des immobilisations réceptionnées en 2001.

La politique d'investissement de l'établissement s'apprécie au suivi de l'évolution de la capacité d'autofinancement (CAF), de l'endettement et du taux de vétusté.

La CAF

La CAF est égale à la somme de l'excédent à affecter et des dotations aux amortissements et provisions dont on soustrait les reprises sur provisions, les résultats sur cessions d'immobilisation et les subventions virées au compte de résultat.

En 2002 la CAF est de 200K€

L'augmentation de la CAF est due à un fort excédent.

L'endettement

L'établissement est très endetté (61,2% en 2002) du fait des travaux de rénovation et de reconstruction qu'il avait dû entreprendre.

Le taux d'apurement de la dette est supérieur à 1 ce qui permet à l'établissement de rembourser ses emprunts sans problème.

Le taux de vétusté

Pour les constructions, le taux de vétusté passe d'un niveau élevé en 2000 de 82,32% à des taux relativement bas en 2001(22,96%) et 2002 (25,93%) du fait de la réception et de l'immobilisation de la nouvelle tranche rénovée du bâtiment.

En revanche le taux de vétusté des installations techniques, matériel et outillage est de 48,8% en 2002. Ce qui signifie que l'équipement est usagé pour la moitié du parc. Il faut pondérer ce jugement en considérant que certains matériels et outillages mis au rebut ne sont pas sortis du bilan.

En conclusion, il apparaît que le FRI est relativement sain.

3) Fonds de roulement d'exploitation (FRE)

Il est positif et croissant sur les trois années de l'étude.

+ 83% entre 2000 et 2001

+13% entre 2001 et 2002

Le FRE couvre largement le besoin de fonds de roulement :

	2000	2001	2002
FRE	486	889	1005
BFR	354	731	795
Différence	132	158	210

Il faut noter que le FRE est en grande partie composée par la réserve de trésorerie voulue par le Directeur afin de pouvoir payer les fournisseurs et les salaires quels que soient les problèmes éventuels.

	2000	2001	2002
Réserve de trésorerie*	522	522	521

- Solde des comptes 10685 et 141

4 Le Besoin de fonds de roulement (BFR)

Le BFR idéal doit tendre vers 0. En l'espèce il est positif et ne cesse de croître.

Le BFR dépend en majorité de la vitesse de recouvrement des créances, de la vitesse de paiement des fournisseurs ainsi que de la rotation des stocks.

Recouvrement des créances

Il s'agit du délai moyen d'encaissement en jours. Sa diminution permet de réduire le BFR. Ce délai dépend soit de causes externes à l'établissement (problèmes au niveau de la perception) soit de causes internes (retard de facturation). En l'espèce, il s'agit surtout d'un dysfonctionnement au niveau de la perception.

Paielement des fournisseurs

Il s'agit du délai moyen de paiement en jours. Ici aussi ce délai dépend de causes externes et/ou internes. Il semble que se soit encore des problèmes liés à la perception quoique les délais soient tenus.

Rotation des stocks

Il s'agit du taux moyen de rotation des stocks en jours.

	2001	2002
Stocks en jours	17,8	21,5

Pour affiner l'étude on peut le calculer par type de stocks (stocks*365/ crédits de classe 3)

Pour l'alimentation, le délai est de 7 jours, ce qui est normal

Pour la pharmacie, le délai est de 38,07 jours. Ce qui s'explique par une gestion peu rigoureuse de la part du précédent pharmacien.

Pour les fournitures hôtelières ce délai est de 5,20 ce qui est correcte.

B) Projet d'établissement

L'Hôpital Local de Lodève a engagé, entre 1995 et 1999, un programme de restructuration et de modernisation de son établissement. Plusieurs tranches de travaux ont été lancées successivement et environ les deux tiers des locaux sont à ce jour réhabilités. La reconstruction a permis d'assurer le rééquipement des services de médecine, moyen séjour et maison de retraite.

A l'occasion d'une inscription au contrat de plan « Etat Région » à échéance de 2005, le Conseil d'administration a décidé de lancer la dernière phase de l'opération qui concerne le service « long séjour ». Ce service, implanté dans un bâtiment de trois niveau sur rez de jardin, présente une capacité de 96 lits répartis en grande majorité en chambres doubles. Les patients reçus dans ce service sont des personnes âgées qui sont pour la plupart grabataires et dépendantes.

Le schéma régional d'organisation sanitaire et social définit quatre grands objectifs :

- Assurer l'égalité d'accès à des soins pour tous
- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins pour tous

- Concrétiser la coopération entre les établissements et l'organisation en réseau
- Participer aux actions d'informations, de formation, d'éducation et de prévention.

Le projet d'établissement de l'Hôpital local de Lodève s'inscrit dans ces priorités. Il prévoit d'offrir une meilleure prise en charge des personnes âgées en :

- Optimisant les séjours hospitaliers
- Optimisant l'offre gériatrique en constituant un seul bassin gériatrique pour le lodévois.
- Optimisant le diagnostic des démences
- Améliorant la prise en charge des dépendants lourds

Pour cela, l'Hôpital local de Lodève dispose d'un potentiel en personnel important, d'un service de radiologie, d'une structure de rééducation (Kiné, ergo). Ceci doit inciter l'établissement à poursuivre des activités ne nécessitant pas de plateau technique important mais surtout du savoir faire.

Le projet d'établissement prévoit aussi le développement du service d'alcoologie, d'un service d'hébergement temporaire et d'un accueil de jour.

Actuellement, l'établissement a signé le COM qui lui assure le financement du service d'alcoologie. Les autres points sont négociés dans le cadre de la Convention tripartite qui devrait être signée fin 2003.

En contrepartie, l'établissement s'est engagé à entreprendre une démarche qualité. Au premier semestre 2003, l'établissement a mis en place un règlement intérieur et un contrat de séjour.

Chapitre 2 la maison de retraite de l'Écureuil

Etablie depuis 1973 dans un ancien hôtel particulier, la Maison de retraite de l'Ecureuil souffre d'une politique municipale qui a voulu offrir à ses citoyens un établissement de grande qualité mais sans qu'il n'y ait de charges trop lourdes pour le contribuable et l'usager

C) Description générale

Trois points seront étudiés : Sa situation juridique, sociale et financière

a) Situation juridique

Lorsqu'une municipalité désire faire fonctionner un service public, le code des communes lui permet de choisir entre une réalisation en régie ou par l'intermédiaire d'un établissement public. En 1973, la municipalité avait décidé d'opter pour le système de la régie simple. A l'époque, ce qui prévalait c'était d'opter pour un mode de gestion permettant de subventionner plus facilement cette activité. Ultérieurement, en 1978, la municipalité a octroyé l'autonomie financière à cette structure. En 1991, la Résidence l'Ecureuil devient établissement public local distinct du CCAS. Le régime des établissements publics locaux est détaillé dans le Code des communes.

La Résidence l'Ecureuil a, personnalité morale oblige, ses propres organes de gestion distincte de ceux de la commune. L'organe délibérant, le Conseil d'administration, est composé de membres élus par le conseil municipal, et d'une personne qualifiée désignée par le Maire. Ce dernier est Président du Conseil, il est ordonnateur des dépenses et recettes, il représente l'établissement. En pratique, il délègue sa signature à la Maire adjointe, Présidente du CCAS. Le Directeur exécute les délibérations du conseil, il recrute et licencie le personnel, il prépare aussi le budget. Il est comptable matière.

Depuis 1996 l'établissement est propriétaire du parc immobilier et du mobilier lui permettant d'assurer sa mission de service public.

Le personnel relève des statuts de la fonction publique territoriale. L'établissement bénéficie aussi du régime fiscal des collectivités locales (récupération de la TVA...).

b) Situation sociale

La maison de retraite de l'Ecureuil emploie 41, 66 ETP dont 14,66 en temps partiel.. Le taux d'absentéisme moyen en 2002 était de 10 jours par agents dont 6,88 jours de congés maladies. On recense un total de 108 jours de congés pour accident du travail. L'accord sur

les 35 heures passé en 2002 prévoit un cycle de travail de 12 semaines avec une durée moyenne de travail de 34 heures par semaines et des journées de 8h30. Le travail de nuit se fait sur la base de 28 heures hebdomadaire sur un cycle de 3 semaines. L'évaluation des effectifs complémentaires nécessaire pour la mise en œuvre du protocole d'accord des 35 heures se résumait aux postes suivants :

IDE 1 POSTE

AS 1,5 POSTES

ASH 2,06 POSTES

Il n'existe pas d'organe de représentation des salariés à l'instar du CTE. Il n'y a pas non plus de plan de formation. L'application rigide des statuts de la fonction publique territoriale n'a pas permis d'offrir une évolution professionnelle aux agents. Ceux-ci en sont d'autant plus frustrés qu'ils ont le sentiment que leur salaire est en inadéquation par rapport au travail qu'ils fournissent.

c) Situation financière

Cet établissement possède son budget propre, distinct du budget du CCAS. L'établissement applique l'instruction comptable M22²⁷. Son budget est composé d'une section d'investissement et d'une section de fonctionnement.

En 2002, il y a eu 64 personnes hébergées.

Le GMP est de 506,56. La durée moyenne de séjour est de 976 jours. Depuis quatre ans le nombre de journées réalisées tend à diminuer, alors que le nombre d'entrées est en augmentation

Données générales				
	1999	2000	2001	2002
Entrées	24	6	17	23
Journées	23 637	23 004	22 901	22 442

Le taux d'occupation pour 2001 était de 89,63% en 2001.

Une étude financière, comparable à celle qui a été faite sur l'Hôpital Local de Lodève a été réalisée sur la maison de retraite de l'Ecureuil à partir des comptes de gestion des années 1999-2000-2001

²⁷ Arrêté interministériel du 14 novembre 2001 (JO du 20 décembre 2001)

Présentation des principaux ratios d'analyse financière

	1999		2000		2001
Fonds de roulement investisst	40	+10%	44	+36%	60
Fonds de roulement exploitat°	34	+21%	41	-176%	-31
Fonds de roulement net global	74	+15%	85	-67%	29
Besoin en fonds de roulement	75	+14%	85	-73%	23
Excédent de financement expl°					
Trésorerie	0	+212%	0	+1333%	6

	1999	2000	2001
structure financière			
1) endettement	84,3%	82,6%	80,7%
2) apurement de la dette	1,0	1,0	1,1
3) vétusté immobilisations	22,6%	25,6%	29,2%
4) FDR en jours d'exploitation	23,7	30,2	9,7
5) BFR en jours d'exploitation	23,8	30,1	7,8
cycle d'exploitation			
6) valeur technique lit (ou place)	19	20	20
7) stocks en jours			
8) créances en jours	71,6	46,9	52,8
9) dettes fournisseurs en jours	166,3	68,2	140,1
10) dettes sociales en jours	26,3	11,3	6,6
11) dettes fiscales en jours			
12) TPE	90,4	84,8	14,8
trésorerie			
13) trésorerie en jours	-0,2	-0,5	1,8
14) trésorerie relative	1,6	1,9	1,2

1) Fonds de roulement d'investissement (FRI)

Le FRI demeure positif et va en augmentant. Cela signifie que les Biens stables, c'est à dire l'outil de travail de l'établissement, sont financés par des ressources stables de long terme. Cependant cette croissance du FRI est à relativiser. En effet, l'établissement avait fait le choix d'un amortissement progressif de ses constructions. Le montant de ses amortissements a été aligné sur le tableau d'amortissement de l'emprunt ayant permis l'achat des constructions. Cette méthode a fait l'objet d'une remarque par la chambre régionale des comptes, et n'a pas été reconduit sur l'exercice 2002.

Autre aspect qui fait croître le FRI, c'est l'importance de l'endettement de l'établissement.

	1999	2000	2001
structure financière			
endettement en % par rapport aux capitaux permanents	84,3%	82,6%	80,7%

Le taux d'apurement de la dette est cependant légèrement supérieur à 1 ce qui lui permet d'assurer le remboursement de ses dettes.

2) Fonds de roulement d'exploitation (FRE)

Le FRE est positif sur les deux premiers exercices étudiés 1999 et 2000. Il devient négatif en 2001 du fait d'un résultat déficitaire.

Une étude plus précise du résultat de l'exercice, nous permet de voir que celui-ci est en diminution :

	1999	2000	2001
Résultat de l'exercice	24	17	-64

En pratique cette diminution vient d'une diminution du nombre de journées réalisées qui passe de 23410 en 1999 à 22140 en 2001. On peut y voir la conséquence d'une sous médicalisation de la structure, ainsi qu'une dégradation de l'image de la maison de retraite de l'Ecureuil du fait de la vétusté croissante des locaux.

Pour les trois prochaines années, il est peu probable que le FRE s'améliore puisqu'il était principalement soutenu par les reports d'excédents c'est à dire par le solde créditeur du compte 12.

	1999	2000	2001
Report/ réduction charges d'exploitation Compte 120c	10	24	32

Pour l'exercice 2002 Le report / réduction charge d'exploitation sera minoré par le report du résultat déficitaire (compte 119) inscrit dans la partie gauche du bilan financier.

3) Besoin de fonds de roulement (BFR)

Le BFR est en diminution sur l'exercice 2001 après deux exercices à peu près stables.

Pour apprécier le montant du BFR, il faut le comparer au Fond de roulement net global (FRNG). Le FRNG est égal à la somme du FRI et du FRE. Le FRNG a vocation à couvrir le BFR, selon l'équation $FRNG - BFR = Trésorerie$.

	1999		2000		2001
Fonds de roulement net global	74	+15%	85	-67%	29
Besoin en fonds de roulement	75	+14%	85	-73%	23
Trésorerie	0	+212%	0	+1333%	6

On constate un équilibre général entre les deux éléments FRNG/ BFR avec dégagement d'une trésorerie en 2001. Il apparaît donc une situation a priori saine. Celle-ci est bien entendu à relativiser avec les développements précédents. Notamment, en raison de la faiblesse chronique du FRE et de la situation d'endettement pesante dans le calcul du FRI. Idéalement, il vaudrait mieux un FRI faible compensé par un FRE plus élevé.

Afin de comprendre les variations du BFR nous avons étudié les variations au sein des Dettes d'exploitation et des valeurs d'exploitation.

a) Dettes d'exploitation

	1999	2000	2001	Commentaires
Fournisseurs d'exploitation	64	37	93	N°1
Dettes sociales	12	5	3	n°2
Dettes diverses d'exploitation	36	7		
Fonds déposés par les résidents	1	7	4	
(Dépenses à classer, avec le signe -)	4	40	29	n°3
TOTAL DETTES D'EXPLOITATION	116	96	129	

Commentaire 1 Le ratio rotation dettes d'exploitation dépasse largement 45 jours. L'établissement, du fait de sa faiblesse de trésorerie engrange des dettes auprès de ses fournisseurs. Dans la pratique se sont les résidents, qui, en faisant l'avance des frais d'hébergement et du ticket modérateur dépendance constitue un artifice de trésorerie. En fonction des retards de paiement ou des impayés, l'établissement tarde à couvrir ses dettes auprès de ses fournisseurs.

Commentaire 2 L'établissement a cependant réduit l'importance de ses dettes fiscales/sociales en volume et en rotation.

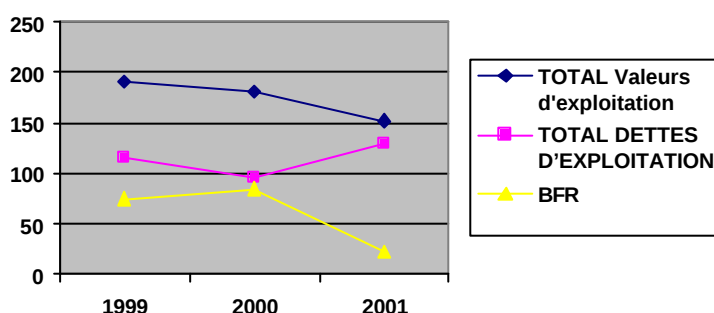
1) ROTATION DETTES D'EXPLOITATION	166,3	68,2	140,1
2) ROTATION DETTES SOCIALES	26,3	11,3	6,6

Il s'agit d'une politique financière délibérée de l'établissement. Il cherche ainsi à éviter les contraventions associées aux retards de paiement. Ce choix a certainement une répercussion sur le remboursement des dettes fournisseurs.

b) Valeurs d'exploitation

	1999	2000	2001
Organismes payeurs, usagers	79	108	124
Créances diverses d'exploitation	94	9	7
Créances irrécouvrables admises en NV	18		
Charges constatées d'avance	0	64	21
TOTAL Valeurs d'exploitation	191	181	152,0

Le total Valeurs d'exploitation tend à diminuer passant de 191 à 152. Cette baisse est induite par la diminution des créances diverses d'exploitation, alors même que les créances organismes payeurs, usagers, ne font que s'accroître. Cela confirme le constat que l'on a pu déjà faire : L'établissement a de plus en plus de difficultés à recouvrer ses financements. La rotation créances d'exploitation demeure élevée. Ce problème de recouvrement se retrouve au niveau de l'Hôpital local de Lodève. Une concertation avec la perception permettrait d'améliorer le BFR



Il apparaît donc que le BFR de l'établissement est lié par une croissance des créances des financeurs (institutionnels/ usagers), alors même que les dettes fournisseurs s'accroissent. L'équilibre avec le FRNG n'est que fictif puisque celui ci ne repose que sur un endettement élevé.

4) Trésorerie

Elle est négative sur les deux premiers exercices étudiés et augmente en 2001.

Résultat du solde entre les avoirs (Disponibilités comptes 51 à 54) et les dettes à très court terme (Fournisseurs d'immobilisation, compte 404), la trésorerie varie sur l'exercice 2001 du fait d'un apport important de disponibilité, et alors même que les dettes fournisseurs d'immobilisations ont triplé.

Il nous semble judicieux de la comparer avec le besoin mensuel en trésorerie effective. Pour cela nous avons calculé le ratio de financement par dotation globale (crédits de dotation globale et forfait de soins/ masse budgétaire.) Ce ratio détermine le niveau de trésorerie apporté par les financeurs. Puis dans un second temps, on a calculé le besoin mensuel en trésorerie (masse budgétaire* [1-ratio de dotation] /12)

	1999	2000	2001
Ratio de financement	0,77	0,88	0,84
Besoin mensuel en trésorerie	21,94	10,34	14,34
Trésorerie	0	0	6
Différence	- 21,94	-10,34	-8, 34

L'on constate que l'établissement n'a vu qu'une amélioration relative de sa situation de trésorerie sur l'exercice 2001 : le ratio de financement diminuant de 4,54% en 2001 par rapport à 2000 et le besoin mensuel de trésorerie augmentant de 38,68%. L'établissement ne comble pas ses besoins de trésorerie.

A cela, on peut rajouter que le ratio de trésorerie en jours d'exploitation est extrêmement faible : il est de 1,84 jours en 2002.Ce ratio devrait être proche de 30 jours pour être bon.

Le ratio de trésorerie relative est quant à lui plus positif et demeure stable:

	1999	2000	2001
Le ratio de trésorerie relative	1,6	1,9	1,22

Cela signifie que la somme des créances et des disponibilités permettrait de couvrir les dettes. Les disponibilités étant nulles (sauf pour l'exercice 2001), l'équilibre de ce ratio provient des créances. On peut se demander si l'établissement n'a pas une difficulté de recouvrement de ses financements, comme le montre la rotation des créances en jours à l'instar de ce que l'on a pu voir pour l'Hôpital local de Lodève :

	1999	2000	2001
créances en jours	71,6	46,9	52,8

Normalement, ce montant de créance devrait être compris entre 20 et 40 jours.

La situation de la trésorerie en 2001 semble alors exceptionnelle par rapport à la tendance générale. Une étude sur les exercices suivants pourra marquer le caractère particulier de l'exercice 2001.

5) Synthèse

L'établissement utilise une forte partie de ses ressources pour couvrir ses dettes. Ses ressources d'exploitation, outre le fait qu'elles ne permettent pas la constitution d'un fonds de roulement car non adaptées au fonctionnement de l'établissement, sont de plus en plus versées avec du retard. L'établissement devra certainement s'endetter encore pour pouvoir se moderniser, et organiser une politique d'investissement. Celle-ci devra être soutenue par une politique de dotation aux amortissements importante.

Aussi l'établissement devrait se constituer dans un premier temps une ligne de trésorerie et augmenter ses prix de journées. Dans un second temps, à l'occasion de la signature de la convention tripartite et de la fusion éventuelle avec l'Hôpital Local de Lodève, la maison de retraite de l'Ecureuil pourra demander une augmentation de son forfait soins pour que ses financements correspondent au plus près avec son activité.

D) Projet d'établissement

Le projet d'établissement validé en 2000 envisage une modernisation des locaux autour de deux idées : Tout d'abord, l'établissement doit s'adapter à l'évolution de l'état de dépendance des personnes accueillies. Cette adaptation nécessite une médicalisation plus importante de la maison de retraite, des formations auprès du personnel afin que celui-ci soit plus compétent et assure une prise en charge optimale. Ainsi le projet prévoit le développement d'activités d'animations, de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, musicothérapie...) plus adaptées. Le projet évoque aussi la possibilité de création d'un CANTOU, pour l'accueil de personnes désorientées.

L'autre idée était de rester fidèle à la représentation collective de la Maison de retraite de l'Ecureuil en tant que établissement public assurant un accueil et des prestations hôtelières de bon niveau. Le projet d'établissement prévoit ainsi des aménagements paysagistes du parc afin de le mettre en valeur. Celui-comprendrait un parcours de forme. Le bâtiment lui même bénéficierait d'agencement matériel afin d'accroître le confort des pensionnaires. Actuellement il n'existe qu'une baignoire pour les 70 résidents. Il est prévu

d'en installer dans chaque chambre. Il a été question aussi d'installer des kiosques, pour la vente de produits ou de services.

Conclusion de la Première Partie

L'analyse de l'existant laisse apparaître un service public offrant des moyens humains et matériels de qualité permettant d'envisager une politique de développement et de modernisation ambitieuse. Il est évident en revanche que les problèmes financiers des deux établissements, la problématique plus large de l'offre de santé lodévoise vont nécessiter des arbitrages politiques. La dynamique qui a déjà été initiée par le Directeur nous permet cependant de nous interroger au regard du bilan qui vient d'être fait, sur la nature et la mise en place d'une coopération entre les deux établissements.

DEUXIEME PARTIE QUELLE COOPERATION ENTRE LES DEUX ETABLISSEMENTS ?

Après avoir effectué un bilan de l'existant, il est possible d'étudier les pistes pour une coopération entre l'Hôpital local de Lodève et la Maison de retraite de l'Ecureuil. Cette étude peut se fractionner en deux étapes : Dans un premier temps, l'étude d'opportunité permettra d'apporter une réponse à la question de savoir si le rapprochement permettra une amélioration substantielle au Service public. A partir de là, dans un second temps, des pistes de scénarios pourront être étudiées.

Première Sous Partie Etude d'opportunité

Plusieurs approches sont envisageables pour évaluer l'opportunité d'un rapprochement. Nous avons choisi de faire un bilan avantages/ inconvénients, car si les avantages d'un rapprochement sont relativement classiques et correspondent aux arguments traditionnellement avancés, il apparaissait intéressant d'évoquer aussi les conséquences négatives qui pourront en découler.

Chapitre 1 Avantages d'un rapprochement entre les deux structures

Trois avantages sont régulièrement évoqués en matière de rapprochement ou de fusion : Le rapprochement permet de mettre en commun des moyens pour la rénovation des bâtiments, cette concentration de moyens autour d'un outil de travail modernisé offre des opportunités de développement et d'amélioration de la qualité et permet de réaliser des économies d'échelle.

A) Un rapprochement stratégique dans le cadre de la rénovation des deux structures

Dans le cadre du programme Etat Région, le service Long séjour de l'Hôpital Local de Lodève doit être entièrement repensé²⁸. Notamment, les chambres doubles devraient disparaître, la configuration des locaux serait ainsi complètement modifiée. Un tel chantier

²⁸ Aurélie Masson Galléan « Penser l'architecture en long séjour comme un outil au service du projet de vie et de soins, Le cas de la restructuration du service de long séjour de l'Hôpital Local de Lodève », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique 2000/2001.

sous entend une indisponibilité des locaux alors que la suppression du fonctionnement du service paraît peut envisageable.

Dans le cadre de la réalisation des travaux de rénovation, il est donc nécessaire d'effectuer une opération tiroir, c'est à dire le déplacement de tout ou partie du service pendant la durée des travaux vers un autre lieu d'accueil.

A l'analyse, cette opération ne peut être résolue dans le seul cadre de l'établissement. En effet, l'établissement ne possède pas de réserve foncière permettant la construction d'un bâtiment annexe²⁹. La situation particulière de voirie lodévoise empêche d'envisager l'installation de structures provisoires sur les parkings. Aussi, l'établissement doit rechercher un site devant permettre l'hébergement provisoire du service long séjour.

La résidence l'Ecureuil possède une problématique semblable. Le bâtis est vieillissant, et malgré des travaux de modernisation du système de sécurité incendie, la structure est obsolète, dangereuse, et de plus en plus inadaptée à la population qu'elle accueille. Une opération de rénovation et de remise au norme nécessitera là aussi une opération tiroir. Cependant, contrairement à l'hôpital, la maison de retraite de l'Ecureuil possède une réserve foncière importante composé d'un parc d'un hectare et de dépendances inoccupées. Le régime fiscal de la maison de retraite est aussi plus avantageux. Collectivité locale, la maison de retraite récupère la taxe sur la valeur ajoutée sur ses investissements au bout de deux ans. Ce procédé permet de réduire le coût final d'un investissement immobilier.

Monsieur Beerens a donc demandé une étude de faisabilité au cabinet A.G.E.M.O. pour la construction d'un bâtiment sur le domaine de la maison de retraite. Cette structure annexe aurait pour vocation d'accueillir dans un premier temps l'opération tiroir du service long séjour de l'hôpital puis dans un second temps celle de la maison de retraite. Cette structure pourrait comporter une quarantaine de lits, des services neufs (cuisine, lingerie...) qui bénéficieront aussi à la maison de retraite.

Pour cette dernière, le projet de rapprochement est l'assurance d'une modernisation et d'une mise à niveau de la sécurité, ce qui lui permettra de pallier à la baisse du nombre de journées et d'entrées, et l'éventualité d'une fermeture pour cause d'insalubrité.

²⁹ Cf Plan masse en annexe

B) Des opportunités de développement et d'amélioration de la qualité

La qualité a fait l'objet d'une norme quasi universelle définie en France comme « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites »³⁰

L'aménagement du parc de la Résidence l'Ecureuil et la réhabilitation respective des locaux des deux structures permettra une amélioration appréciable de la qualité. La construction d'un nouveau bâtiment pourra servir de base au développement de nouveaux projets de prise en charge du sujet âgé: Création d'un CANTOU, d'une unité Alzheimer, service d'ergothérapie...Ce bâtiment pourra être le support d'une réforme de certaines activités: Construction de nouvelles cuisines, d'une petite blanchisserie pour le linge personnel des résidents...

Le réaménagement des structures apportera un meilleur confort à la personne âgée et pour le personnel une possible amélioration ergonomique, à condition de ne pas sacrifier à l'esthétique ou à l'économie. Sur ce dernier point, dans les études préparatoires, la formulation et l'analyse des besoins de chaque équipe sera un élément important. Il sera peut être judicieux d'associer au travail de l'architecte celui d'un ingénieur ergonomiste³¹ afin d'apporter une amélioration matérielle des conditions de travail.

Au delà de ces aspects matériels, le rapprochement peut permettre des évolutions humaines. Le rapprochement de deux cultures d'établissement peut permettre l'échange d'informations, de pratiques, et de conceptions. L'hôpital peut transférer par l'intermédiaire de ses agents son savoir sanitaire, la résidence son savoir hôtelier.

En terme de gestion de la qualité et d'évaluation, l'hôpital a une culture relativement plus développée. L'auto évaluation dans les hôpitaux avait été fortement impulsée par la loi du 31 juillet 1991. L'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 l'a rendu obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé, mais également pour les réseaux de soins et les groupements de coopération sanitaire³². L'établissement a réalisé depuis 1997 la mise en place d'une politique d'accréditation concernant son activité sanitaire. Dans les différents services, des référents qualité ont reçu une formation sur la mise en place de la démarche qualité à partir du référentiel ANAES. L'accréditation est une obligation qui se fonde sur la démarche qualité.

La demande d'accréditation, qui se poursuit au travers des engagements du contrat d'objectifs et de moyens signé en mars 2003, s'est couplée en 2001 avec la démarche d'auto évaluation ANGELIQUE mise en place par la mission MARTHE. La Maison de retraite

³⁰ NF X 50-120 du 20 septembre 1987

³¹ Sur toutes ces questions nous renvoyons au travail de Mme Masson Galléan

³² Article L710-5 C. Santé publique

de l'Ecureuil a elle aussi engagé une auto évaluation sur le principe d'ANGELIQUE en vue de la signature de la Convention tripartite. L'apport culturel du personnel de l'Hôpital local de Lodève, sera une aide précieuse pour une amélioration significative de la qualité.

De plus, ce rapprochement permettrait d'adapter la Maison de retraite de l'Ecureuil à la population accueillie, qui est de plus en plus dépendante. Dans son bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, rendu en 1995, l'IGAS constatait alors que « pour certaines catégories de personnes fragilisées, la séparation du sanitaire et du social vient perturber la continuité des prises en charges. Les situations les plus fréquemment signalées sont celles des soins aux personnes âgées ». Le rapprochement permettrait de faire bénéficier les résidents de la culture sanitaire de l'hôpital et du développement d'activités ou de thérapies nouvelles.

C) Des économies d'échelle

Dans la sphère de l'entreprise le but du rapprochement de deux structures est de créer des économies d'échelles par la création de services communs. Cela ne peut réellement fonctionner que si cette mise en commun permet un gain de productivité matérialisé généralement par des suppressions de postes.

L'hôpital, la maison de retraite ne sont pas des entreprises. La mission de Service public et l'intérêt général ne doivent pas être sacrifiés sur l'autel du « Tout économique ». Mais la recherche de l'efficience, c'est à dire la recherche d'une meilleure utilisation des deniers publics afin d'avoir un Service public plus performant, doit guider les dirigeants du service public. La recherche d'économies d'échelle n'est concevable que si in fine il y a une amélioration du service public conjuguée à une « rentabilité » des deniers publics. De facto, il ne peut y avoir d'amélioration de la productivité dans le secteur de la santé : La prise en charge de la personne âgée nécessite un traitement individuel peu compatible avec les principes de production industrielle. En revanche, les services administratifs, les services techniques et médico-techniques peuvent être sources d'efficience.

En l'espèce, la recherche d'économies d'échelle devrait permettre d'amortir le coût des modernisations des deux structures, diminuer les charges d'exploitation et contenir l'augmentation du prix de journées.

Pour qu'il y ait économies d'échelle il faut des possibilités d'organisations nouvelles, d'une meilleure utilisation des capacités de production, des équipements ou du personnel.

Un rapprochement devrait permettre une rationalisation administrative. En cas de fusion d'établissement, il n'y aurait plus qu'un Directeur et un seul Conseil d'administration, une fusion des instances consultatives. Dans ce dernier cas se serait une amélioration significative pour le personnel de la Maison de retraite de l'Ecureuil qui ne bénéficie pas

d'instance de représentation à l'instar du CTE. Dans le cadre d'une autre forme de rapprochement, cette rationalisation se contenterait d'unifier la Direction.

Les secrétariats, l'économat, la gestion du personnel pourront être réunis ce qui permettrait outre une rationalisation et une optimisation des postes d'administratifs, de créer des interlocuteurs uniques pour les fournisseurs. Les documents concernant la facturation, la gestion de la paie, les commandes, le mandatement et l'émission de titres de recettes seraient mis en commun. Le service informatique et la société de maintenance informatique pourraient rayonner sur les deux établissements et permettre une modernisation du système de la maison de retraite.

Sur la blanchisserie, des économies d'échelle peuvent être facilement réalisées. L'hôpital Local possède déjà une buanderie importante traitant le linge de l'Hôpital local de Lodève et de l'Hôpital local de Clermont l'Hérault ainsi que depuis début 2003, le linge plat de la Maison de retraite de l'Ecureuil. Cette buanderie est dotée de six machines à laver (15 et 20 KG), et de deux calandres. Une étude de faisabilité réalisée en interne a conclu que la buanderie pouvait sans renforcement des équipes ou du matériel prendre en charge tout le linge de la Résidence l'Ecureuil. L'actuelle blanchisserie de la Maison de retraite (Trois machines, pas de calandre) pourrait se consacrer uniquement au linge des résidents. Le personnel, 2,5 agents, pourrait être réduit à 2. Ce qui permettrait le transfert d'un mi temps sur le service ménage.

Les services techniques pourraient être regroupés, ce qui apporterait aux services de la maison de retraite, 1,5 agents, une aide substantielle.

Une gestion des stocks, et une mise en commun de l'approvisionnement serait source d'économies et éviterait les gaspillages. La maison de retraite pourrait aussi bénéficier des achats groupés effectués par la pharmacienne de l'Hôpital local de Lodève et l'intermédiaire de la centrale d'achat de Sète.

Il est indiscutable que la mise commune de moyens humain et matériel contribue à optimiser le service public en lui offrant des opportunités de développement. Cependant, si l'on s'arrêtait à ce constat, ce serait avoir une vision angélique du rapprochement d'établissement qui n'expliquerait pas les réserves importantes du personnel ou des résidents.

Chapitre 2 Inconvénients d'un rapprochement entre les deux structures

Deux inconvénients majeurs sont à évoquer. D'une part, le rapprochement est vécu comme une perte de spécificité du fait de l'alignement des fonctionnements institutionnels. D'autre part, le rapprochement a un coût pour l'établissement le plus important, car ce dernier va supporter les transferts de charges. Enfin, un autre inconvénient sera juste évoqué ici, car il fait l'objet d'un dé

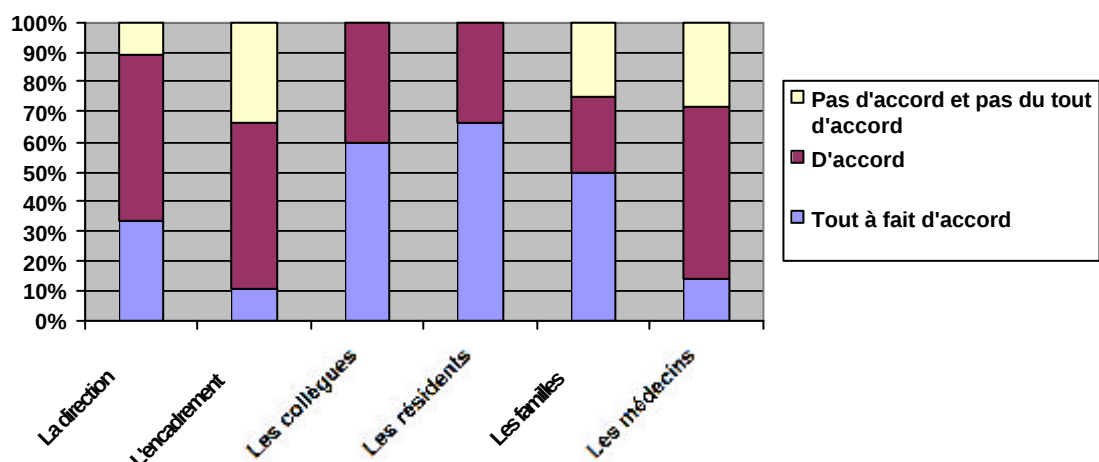
D) Perte de spécificité

Comment définir la perte de spécificité ? Nous rappellerons la définition du Robert, ce qui est spécifique «a son caractère en ses lois propres, ne peut se rattacher à autre chose ou en dépendre ».

L'hôpital et la Maison de retraite de l'Ecureuil ont deux traditions de prise en charge spécifiques de part leur histoire respective. L'un est axé d'avantage sur l'aspect sanitaire, et apparaît comme une solution de prise en charge en cas d'aggravation pathologique ou de dépendance. L'autre a été créée afin d'être un lieu de vie offrant sécurité et animation en tant que substitut du domicile.

J'ai été amené à réaliser une enquête de satisfaction afin de déterminer quelle représentation les usagers, les familles et les agents avaient de leur établissement. 10 agents et 10 pensionnaires de la Résidence l'Ecureuil ont répondu.

Pensez vous que la qualité de votre travail soit reconnue par :



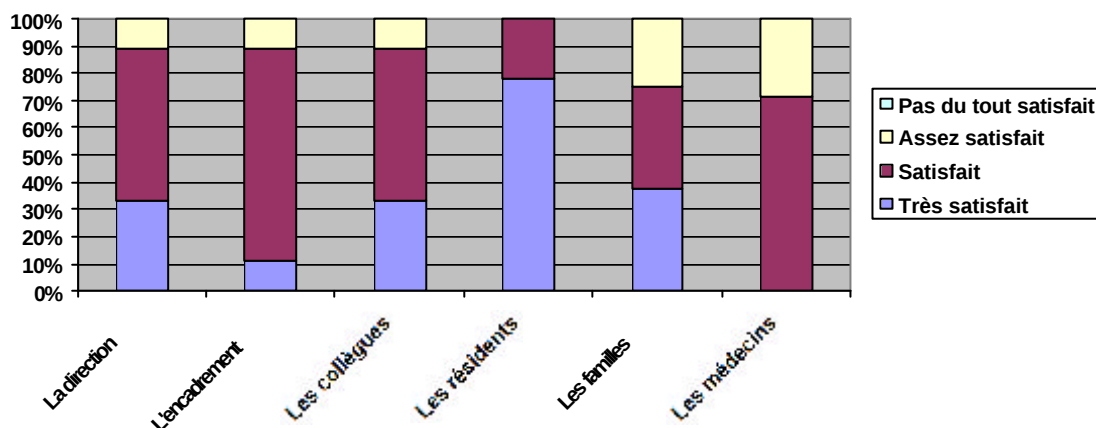
Les agents ont la conviction que les résidents sont les premiers à reconnaître la qualité de leur travail. Cet élément montre l'importance du lien qui existe entre l'agent et l'utilisateur. Nous verrons dans le questionnaire soumis aux résidents une symétrie de réponse, les résidents estiment que le personnel est le garant de la qualité dans la maison de retraite.

L'autre élément de reconnaissance ou de valorisation provient de la relation de travail, des collègues et non de la hiérarchie, principalement de l'encadrement. Plutôt qu'y voir une non reconnaissance par l'échelon hiérarchique immédiat-chef d'équipe- qui est inexistant, ou la Direction, qui est différenciée dans le questionnaire, il faut comprendre que la perception de l'« encadrement » couvre en fait l'infirmière et les deux agents administratifs chargés de la gestion au quotidien de l'établissement. Le fait qu'il y ait absence d'une Direction permanente, d'une structuration hiérarchique statutairement a conduit à un glissement de fonction de personnels, secrétaires ou infirmières, qui n'ont pas été formés pour le management.

Les agents (surtout le personnel soignant pour 45% des réponses) considèrent que les personnes extérieures (famille, médecins) à la structure n'ont pas une bonne appréciation du travail qu'ils fournissent.

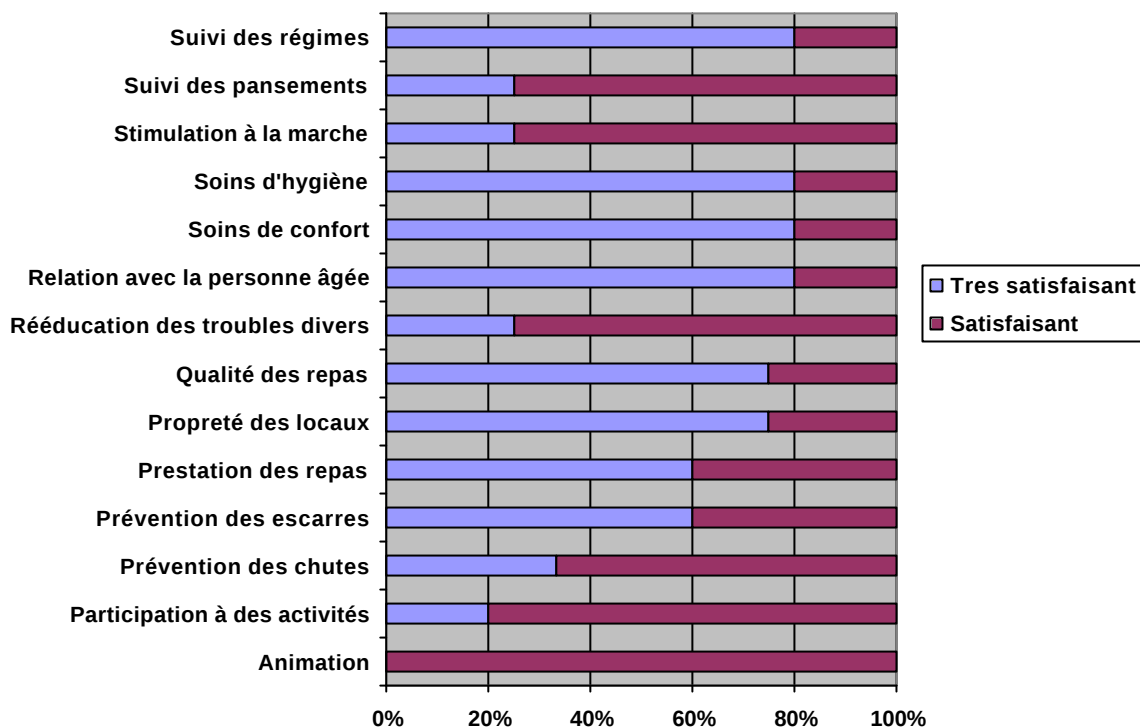
Les relations au sein de la Résidence l'Ecurieuil

Etes-vous satisfait des relations que vous entretenez avec :



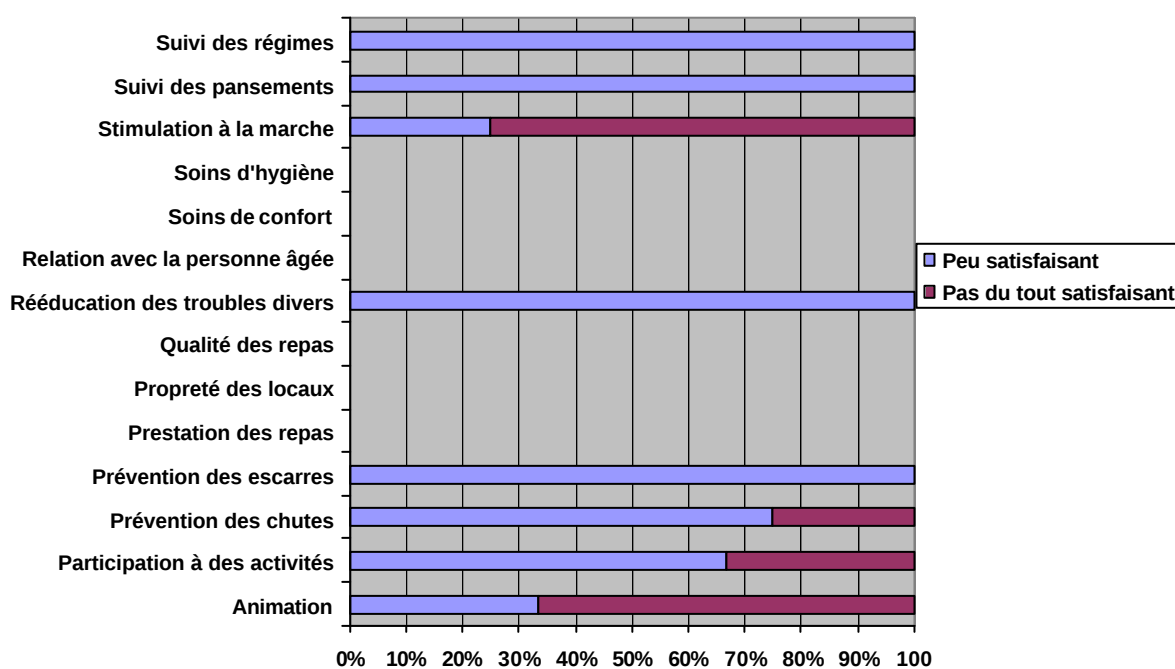
Les agents font part du lien privilégié qu'ils ont avec les résidents et avec leurs collègues. En revanche on constate une similitude de type de réponse avec les réponses à la question « Pensez vous que la qualité de votre travail soit reconnue par : » : Les relations sont moyennes avec l'encadrement, les familles et les médecins.

Les éléments de qualité au sein de la Résidence l'Ecurieuil :



Tous les éléments se reportant à l'activité de l'établissement sont relativement bien perçus par le personnel. Celui-ci considère que ce qui contribue à la qualité de prise en charge à la Maison de retraite de l'Ecureuil ce sont principalement les soins, la relation des agents avec les résidents, la qualité de certaines prestations hôtelières (repas, ménage...)

Les points faibles de la Résidence l'Ecureuil



Les « soignants » (100% des réponses) sont plus sévères et relèvent des points faibles,

concernant principalement des questions de préventions et de rééducation. A noter que les « soignants » sont les premiers à demander des actions de formation.

Ce qu'il faudrait améliorer :

Voici les réponses apportées par les agents

Ambiance de travail : un peu plus de coopération de la part de certains

Amélioration des conditions de travail : Salle de repos et vestiaires à moderniser, il faudrait une augmentation des effectifs, manque de matériel médical et de fourniture,

Animation : absence d'implication de certains membres du personnel, manque de sorties

Communication et relation avec les personnes âgées : Manque de temps pour établir une vraie relation

E) Coût pour la structure hospitalière

Le rapprochement risque d'induire des charges nouvelles, notamment pour l'hôpital. L'analyse financière des deux structures³³ laisse apparaître une faiblesse de la trésorerie et des réserves d'autofinancement. En effet, l'Hôpital local de Lodève a commencé à amortir les travaux de modernisation en 2003. La Maison de retraite de l'Ecureuil, quant à elle, souffre de la charge d'un crédit trop important à taux progressif.

Mme Masson Galléan, dans son mémoire sur la restructuration du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève³⁴ avait fait une première évaluation du coût et du financement de la rénovation du service long séjour. Son évaluation s'élevait à 6 329 683€. Elle rappelait que du fait de l'inscription de la rénovation dans le plan Etat/ Région , l'établissement pouvait compter sur une prise en charge à 60% par l'Etat et la Région, 25% par l'assurance maladie, 10% par emprunt et 5% par auto financement. Du fait de l'échéance d'un premier crédit, Mme Masson Galléan estimait que la réalisation d'un nouvel emprunt de 632 968€ à un taux de 6% n'aurait aucune incidence sur le prix de journée. Cette hypothèse pourrait être consolidée si l'on envisage un partenariat avec l'Ecureuil, c'est à dire une répartition des charges de rénovation sur les deux structures et la réalisation d'économie d'échelle.

³³ Cf Première partie

³⁴ Aurélie Masson Galléan op cit, p66 et suivantes

Cependant, les établissements médico-sociaux, comme la Résidence l'Ecureuil, sont exclus du fonds de modernisation des établissements de santé (Plan hôpital 2007). La signature de la convention tripartite pour les deux établissements devrait prendre en compte les surcoûts du groupe 1 et du groupe 4 afin de lisser sur les cinq ans les augmentations tarifaires.

Mais comme l'a analysé Philippe Rogier ³⁵ si la prise en charge des surcoûts générés en fonctionnement constitue un effet de levier non négligeable, le maintien du niveau d'endettement des structures hospitalières et médico-sociales implique que « le financement d'investissements et de modernisation ne se fasse pas seulement par recours à l'emprunt et utilisation de l'autofinancement généré, mais qu'il soit également complété par des aides sous forme de subvention ». En outre il peut être aussi envisagé de recourir à un montage débudgétisé. Le Gouvernement devrait inscrire dans son programme législatif du Plan Hôpital 2007 des mesures permettant de favoriser ce mode de réalisation.

A l'issue de cette étude d'opportunité, il apparaît que malgré les inconvénients que l'on vient d'invoquer, le rapprochement apparaît comme un enjeu important pouvant améliorer le Service public du Lodèvois. A partir, de ce constat il reste à dresser des pistes de scénarios.

³⁵ Philippe Rogier, ³⁵ Directeur des collectivités locales et des hôpitaux à DEXIA crédit Local, « Avec quels partenaires financer les investissements nécessaires à la modernisation du tissu hospitalier ? » , La lettre de l'union-Janvier 2003

Seconde sous partie élaboration de scénarios

Connaissant l'existant et après avoirs déterminé l'opportunité d'un rapprochement en étudiant les besoins de chaque structure, il convient d'élaborer différentes pistes de scénarios. Pour ce faire nous avons recensé dans un premier temps les éléments qui devaient être pris en compte par chaque scénarios, puis, nous avons tracé des scénarios de rapprochement possible à l'aide des instruments juridiques existant .

Chapitre 1 Les éléments constitutifs des scénarios

Chaque scénarios devront répondre à trois exigences : s'inscrire dans un espace temps, être conforme aux engagements des établissements, répondre aux exigences financières.

A) S'inscrire dans un espace temps

L'espace, premier élément constitutif conditionne le rapprochement des deux structures. Cet espace est à deux dimensions : L'une est à l'échelle de la Cité, l'autre est à l'échelle de la réserve foncière des deux établissements.

La première dimension est donc celle de la Politique. Les deux structures ont une importance tant humaine qu'économique au sein de la commune. Associées, elles deviennent le premier employeur et le premier offreur de soins et d'accueil social de la commune. Nous avons vu aussi que ces deux établissements étaient liés historiquement avec le développement de la ville. C'est pourquoi, au cours de l'élaboration et du choix d'un scénario, il ne peut être fait l'économie d'une réflexion au sein de la Cité sur la place que l'on veut accorder à ces deux structures.

La seconde dimension est celle de la stratégie. Nous avons vu que la réserve foncière de la Maison de retraite de l'Ecureuil apparaissait comme un avantage comparatif susceptible de créer entre les deux structures une complémentarité. Les scénarios peuvent inclure deux variables : Tout d'abord, un bâtiment actuellement occupé par les services techniques de la ville devrait être réaffecté à l'hôpital et pourrait accueillir le service

d'alcoologie libérant ainsi de la place dans l'hôpital. Ensuite, des lits pourraient être réorientés vers la clinique. Cette dernière hypothèse permettrait de libérer 40 lits. L'espace devient une opportunité de développement, que les scénarios devront intégrer car cette opportunité influencera la démarche d'analyse décisionnelle.

Le temps est le second élément constitutif des scénarios. Le temps se mesure en fonction des échéances à venir et des délais de réalisation du projet de rapprochement.

Le rapprochement doit se faire en harmonie avec le programme Etat Région portant sur la rénovation du service long séjour de l'Hôpital Local de Lodève. Parallèlement, la Maison de retraite de l'Ecureuil doit aussi entreprendre la réhabilitation de ses locaux. Ces travaux, pourront faire l'objet d'un calendrier lors de la signature de la convention tripartite. La programmation de cette convention encadrera temporellement la réalisation des scénarios.

Le temps mesure aussi les délais de réalisation de chaque scénario. En fonction de la composition du scénario, des choix proposés, les délais de réalisation du projet varieront.

L'élément espace- temps nécessitera donc une évaluation permanente.

B) Etre conforme aux engagements des établissements

Le rapprochement doit se faire en conformité avec les autres engagements des établissements : le contrat d'objectif et de moyen, les conventions de coopération entre l'Hôpital Local de Lodève et l'Hôpital Local de Clermont l'Hérault, la convention tripartite.

Les ordonnances de 1996 portant réforme de l'hospitalisation ont créé un nouvel outil de financement des hôpitaux afin de permettre de faire correspondre l'allocation des moyens avec les besoins et les projets des établissements. Les contrats d'objectifs et de moyens sont conclus entre les Agences Régionales d'Hospitalisation et les établissements publics de santé. Les contrats d'une part, déterminent les orientations stratégiques des établissements en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et , d'autre part, définissent les conditions de mise en oeuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvés. Ils s'appliquent aux activités de soins et d'hébergement, ainsi qu'aux activités logistiques, administratives et médico-techniques nécessaires à l'accomplissement des activités de soins. Les contrats sont conclus pour une durée de trois ans, font l'objet d'un rapport annuel d'évaluation et, en conformité au principe d'annualité budgétaire, sont nécessairement soumis à la reconduction de l'enveloppe régionale.

La démarche tendant à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-roussillon et l'Hôpital Local de Lodève a été initiée en 2000, sur la base du projet d'établissement finalisé et approuvé par le Conseil d'administration après avis des instances consultatives.

Un diagnostic partagé des forces et faiblesses de l'établissement a été validé sur la base des propositions de l'Hôpital Local, telles qu'elles ont été précisées dans le projet d'établissement.

Le Comité de Pilotage est composé de représentants de l'Hôpital Local (Directeur, Président de CME) et de représentants de L'ARH, des membres de la DDASS, de la DRASS, de la CRAM et de la MSA s'est réuni à périodicité régulière pour valider les grands axes du contrat proposés lors des réunions techniques.

En novembre 2002, l'Agence Régionale d'hospitalisation a confirmé à l'hôpital sa volonté de signer le contrat d'objectif et de moyens en début d'année 2003.

Le contrat d'objectifs et de moyens se propose de répondre aux objectifs fixés par l'établissement en accordant un nombre conséquent de moyens nouveaux, en contrepartie de quoi, l'établissement s'engage à remplir un certain nombre d'obligations.

Les objectifs sont :

- la prise en charge de la personne âgée
- le développement de son activité en alcoologie

L'Hôpital local s'engage à promouvoir un programme de renforcement de la sécurité et d'amélioration de la qualité des soins conforme à la réglementation en vigueur avec deux axes essentiels :

- renforcer la sécurité incendie et la sécurité des locaux
- renforcer la sécurité transfusionnelle, la matériovigilance et la sécurité bactériologique dans les secteurs logistiques
- développer la qualité en matière de prise en charge de la douleur, des prestations logistiques et d'accueil du patient en liaison avec les intervenants extérieurs.

L'établissement s'engage à développer la gestion prévisionnelle des risques en harmonisant les procédures relatives à l'ensemble des vigilances et à structurer progressivement un système documentaire assurant la traçabilité des incidents. L'Hôpital local de Lodève promet de poursuivre un programme de lutte contre les infections nosocomiales et à créer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Les actions de l'établissement en matière de gestion des ressources humaines prévues dans le cadre du projet social d'établissement élaboré en avril 1999 s'articulent autour des deux objectifs suivants :

- Requalifier une partie des emplois de l'établissements;
- Améliorer la procédure et le contenu du plan de formation

- Améliorer l'organisation du travail.

L'hôpital local de Lodève se propose comme objectif général de gestion l'amélioration mesurable de ses performances économiques afin d'affecter les disponibilités dégagées sur les priorités du contrat. L'Hôpital Local s'engage à améliorer le contenu du rapport financier qu'il établit en marge du compte administratif en y intégrant un ensemble de ratios d'analyse financière permettant une lecture pluriannuelle de ses principaux indicateurs de pilotage. Le principal objectif de gestion concerne la mise en oeuvre en 2003 de la comptabilité analytique. L'Hôpital local vise à préciser ses paramètres de gestion et à favoriser le recours aux groupements d'achat, dès lors que cette mesure est de nature à réduire les coûts unitaires en maintenant la qualité des produits. L'établissement se donne pour objectif de poursuivre une gestion active de la dette comprise comme un instrument d'optimisation permanente de ses charges d'exploitation.

Le rapprochement ne doit pas nuire au COM tel qu'il vient d'être exposé mais aussi aux conventions de collaboration entre l'Hôpital local de Lodève et ses partenaires hospitaliers. La création de liens entre structures sanitaires et sociales au sein du bassin du lodévois s'inscrit dans un contexte spécifique marqué par une pénurie de l'offre de santé. Le nombre de médecins est relativement bas pour le canton de Lodève. Cette population de médecins est vieillissante, et ne connaît pas de renouvellement du fait d'un manque d'attractivité professionnelle de cette région. Afin de gérer la pénurie de moyens des liens de coopération se sont tissés entre structures du même bassin gériatrique.

Afin que l'hôpital puisse maintenir une activité de médecine, une convention a été conclue avec le CHU.

Des accords de coopérations ont été conclus avec la Clinique St Pierre et la clinique pneumo-cardiologique du Docteur Mallet. Ces accords portent sur le transfert d'informations médicales ou administratives, sur des actions communes de formations, sur des collaborations en matière d'hygiène (création d'un Comité de lutte contre les infections nosocomiales en participation avec le médecin hygiéniste de la clinique du Docteur Mallet)...

L'Hôpital local de Lodève entretient des accords de coopération avec des partenaires extérieurs à Lodève :

- Un accord de coopération avec le centre hospitalier de Lamalou, cet établissement développe un projet de prévention de la dépendance des personnes âgées valides ou semi valides.
- Un accord de coopération au réseau d'alcoologie héraultais

- Des accords de coopération avec l'hôpital local de Clermont l'Herault, concernant la pharmacie, sous la responsabilité du pharmacien qui exerce conjointement à Lodève et à Clermont l'Hérault, dans le domaine informatique et dans le domaine de la blanchisserie, qui se trouve à Lodève.

L'Hôpital local de Lodève participe aussi à une importante collaboration médico-social avec les maisons de retraite du lodévois.

En ce qui concerne la convention tripartite, l'Hôpital local de Lodève et la Résidence l'Ecureuil devaient normalement la signer au mois de mars 2003. Le gel des budgets du département a conduit à un report. Dans l'expectative, le Directeur de l'Hôpital local de Lodève a demandé, que soit fait un seul document incluant aussi la maison de retraite.

C) Répondre aux exigences financières

La principale exigence financière est de permettre la réalisation du projet de rénovation, d'une part, du service long séjour dans un premier temps puis, d'autre part, de rénovation de la maison de retraite de l'Ecureuil. Pour le reste, l'équilibre économique de l'après rapprochement dépendra de la volonté des tutelles lors de la signature de la convention tripartite.

Chapitre 2 Constitution de scénarios

Depuis 1970, le législateur a mis en place des outils de coopération inter-établissements qui permettent d'envisager un éventail de scénarios possibles. Afin de rester synthétique, nous avons dressé trois scénarios types. Celui d'une coopération à minima, celui d'une fusion, et des scénarios intermédiaires possibles.

D) Scénario n° 1 : « une coopération à minima »

C'est le principe d'une convention de coopération. Si le Conseil d'administration conserve une position réservée, ou si une forte opposition du personnel vient à se manifester, la situation existante se pérennisera, et la coopération entre les deux structures se développera par le biais de conventions.

Les conventions sont des contrats passés entre deux entités dotées de la personnalité morale. Pour le Code civil, le contrat est «une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose». *Cum-trahere* en latin, tirer ensemble, évoque bien l'idée d'un effort partagé en vue d'une fin désirée par tous. Depuis la loi de 1970, les établissements hospitaliers peuvent passer des conventions de coopération. L'instruction ministérielle du 11 septembre 1986 a fourni un cadre juridique aux conventions. Ce procédé classique de coopération peut s'appliquer à des établissements de statut différent et pour toute sorte d'activité.

En l'espèce, les deux structures étant de droit public, les conventions passées dans le cadre de la réalisation du service public seront de droit public. Leur mode de passation devra être conforme au droit des contrats administratifs. Le contentieux relèvera du juge administratif. Il est dit dans l'article L713-12 du Code de la Santé publique que «dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements public de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions ils peuvent signer des conventions ».

Il existe déjà des conventions entre l'hôpital et la maison de retraite. Notamment tout le linge plat de celle ci, excepté les draps, est traité par l'hôpital. D'autres conventions sont à l'étude. L'une permettrait de centraliser toute l'activité buanderie sur l'hôpital, ce qui dégagerait des économies d'échelles. Une autre convention pourrait réorganiser le fonctionnement du service de restauration de la Maison de retraite de l'Ecureuil : L'élaboration et la confection des plats étant effectuées dans la cuisine centrale de l'hôpital, la Maison de retraite de l'Ecureuil procéderait au réchauffage et à la préparation des plateaux repas. Un autre type de convention viserait à faciliter le transfert de personnel d'une

structure à l'autre, notamment pour le cas, très particulier, du remplacement de l'infirmière de la Maison de retraite de l'Ecureuil. Enfin, au niveau de l'animation une convention devrait envisager de mettre en commun certain moyens tant matériels qu'humains et certaines activités. Il pourrait être envisagé aussi la mise à disposition par l'hôpital de moyens médicalisés pour certaines circonstances (épidémies, grandes chaleurs et grands froids). Les résidents pourraient ainsi éviter le stress d'une hospitalisation en demeurant dans leur cadre habituel.

Les deux établissements peuvent s'associer par contrat pour la location d'un immeuble ou d'une structure de type préfabriquée permettant la réalisation des opérations-tiroirs dans le cadre de la rénovation de leurs bâtiments.

Dans cette situation, les deux établissements peuvent conserver leur autonomie et leur statut juridique. Les conventions sont des instruments de coopération souples et simples, permettant un rapprochement de l'activité des deux structures en faisant l'économie d'un formalisme trop lourds : La durée, l'objet et l'étendu de la coopération se trouvent délimités.

Si sur le court terme, ce scénario peut paraître acceptable et opérationnel, il paraît moins crédible si on se positionne sur une perspective de long terme.

D'une part, il ne convient pas à l'amélioration durable de la qualité au sein de la Maison de retraite de l'Ecureuil qui souffre, on l'a vu, d'une pénurie de moyens et de personnel. Le personnel de la Maison de retraite de l'Ecureuil relève du statut de la fonction publique territoriale, avec les inconvénients que l'on a pu constater en terme d'évolution.

D'autre part, quelle que soit la solution technique retenue pour la réalisation des immeubles, le système des conventions exclue « la notion de copropriété ». Il peut constituer « un cadre juridique insuffisant lorsqu'une coopération institutionnelle s'avère nécessaire »³⁶. Il n'existe pas de liens juridiques suffisamment forts pour que l'un des établissements puisse aider l'autre sur le plan financier. Aussi, en cas de « chocs asymétriques », c'est à dire de problèmes bouleversants l'économie de l'une des deux entités³⁷, Il ne peut y avoir de régulation mécanique de la part de l'autre entité.

Enfin, le système de convention ne permet pas d'entreprendre un management global des deux structures. Au delà de la coopération effective qui se réalise au travers de chaque convention, les établissements demeurent des parties autonomes au sein d'un contrat, avec la volonté de rechercher avant tout la satisfaction de leurs intérêts propres³⁸. A partir du

³⁶ Gilles Calmes « Coopération hospitalière- L'épreuve de vérité », Editions Massons, 1998

³⁷ On peut imaginer tout forme d'événement susceptible de perturber l'activité, le fonctionnement ou la situation financière d'un établissement

³⁸ P.Malinvaud, «Droit des obligations, les mécanismes juridiques des relations économiques »,6^e édition, 1992

moment où les intérêts des deux acteurs divergent, une relation d'agence peut se créer. L'une des parties faisant de la rétention d'information. Ceci constitue la fragilité d'une approche minimaliste de coopération.

E) Scénario n°2 : « La fusion sèche »

C'est le projet initial du Directeur de l'Hôpital Local de Lodève. Il demeure toujours possible même si on a pu voir que le contexte politique serait plutôt favorable au maintien d'une certaine autonomie de la maison de retraite.

Juridiquement, la fusion permet de transformer deux personnes morale en une seule : « La fusion de deux établissements peut s'analyser en termes juridiques comme la disparition de deux personnes de droit public i au profit de la création d'un nouvel établissement. »³⁹ Les liens contractuels existant antérieurement entre les deux entités s'éteignent alors que la nouvelle structure hérite de tous les contrats passés par chacun des deux établissements avec des tiers. Elle reprend alors l'intégralité de leur dettes et de leur créances.

Le patrimoine de la nouvelle structure est composé de la réunion des patrimoines de chacun des deux établissements. Donc il n'y a plus qu'une seule section de fonctionnement. La section de fonctionnement de la maison de retraite devient un budget annexe de l'Hôpital local de Lodève. Cela signifie une modification comptable, la Résidence l'Ecureuil passant du régime comptable de la M22 à celui de la M21.

La fusion est évoquée dans le Code de la santé publique⁴⁰ mais aucun texte ne vient décrire le processus et la méthodologie à suivre. Aussi, il convient d'étudier ce qui a déjà été fait en la matière.

En l'espèce, il faudra dans un premier temps assurer le changement de statut de la Maison de retraite de l'Ecureuil qui deviendra hospitalière. Cela induit un changement de statut du personnel. Une solution serait de prendre l'image de la fusée à étage : Le premier étage serait constitué par un série de délibérations des Conseils d'administration des deux établissements permettant de réaliser la fusion matérielle des deux entités, avec transfert de propriété du domaine de la maison de retraite à l'Hôpital local de Lodève et création d'un Conseil d'administration commun. La fusion ne sera validée qu'après l'arrêté de fusion pris par le DARH, suite à l'avis du CROSS sur la mutation des lits. Le personnel se trouvera

³⁹ Lettre DH-FH1 n°98-18540 du 27 novembre 1998 relative aux conséquences d'une fusion d'établissements sur les CAP et CTE, Bulletin officiel n° 99/1 3à janvier 1999

⁴⁰ Article L 712-20, article R 714-1-2

alors en situation de détachement dans la fonction publique hospitalière. Au bout de deux ans, second étage de la fusée, les agents disposeront d'une option. Ils pourront choisir entre soit intégrer la fonction publique hospitalière dans des grades et emplois équivalents dans une situation indiciaire au moins égale à celle qui prévalait lors de leur détachement. Le Conseil d'administration de l'hôpital devra alors délibérer sur la création d'une CAP commune sur la base des effectifs cumulés des deux établissements⁴¹.

La fusion apparaît comme l'étape ultime du rapprochement, de la rationalisation de l'offre sanitaire et sociale. Elle cumule tous les avantages du rapprochement, mais aussi tous les inconvénients, notamment en exacerbant le sentiment de perte d'identité et d'autonomie.

F) Les scénarios intermédiaires

Entre conventions et fusion il faut rechercher d'autres scénarios qui permettraient un rapprochement plus souple et moins contraignant. Depuis plus de trente ans le législateur a développé des dispositifs de coopération. Nous allons étudier la faisabilité des moyens mis à disposition.

Les syndicats inter hospitaliers ont été créés par la loi de 1970. Ils ont été l'un des premiers outils de coopération. Leurs règles ont été assouplies par les ordonnances de 1996. Ils sont créés à la demande de deux ou plusieurs établissements de santé assurant le service public hospitalier. D'autres organismes concourant aux soins, y compris ceux qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation, peuvent en faire partie sous réserve d'y être autorisés par le DARH. L'objet d'un syndicat inter hospitalier est d'exercer des activités qui concernent le fonctionnement et au développement du service public hospitalier. Cela peut être : Création et gestion de services communs, formation du personnel, étude et réalisation de travaux d'équipement, centralisation des ressources d'amortissement, gestion de trésorerie, emprunt et subventions, création et gestion de nouvelles installations...

En pratique, on constate que les syndicats interhospitaliers qui ont été créés se limitent à la gestion de services logistiques.

Matériellement, la création d'un syndicat interhospitalier n'est envisageable que si la Résidence l'Ecureuil change de statut et devient EPS. Dans cette situation, il faut envisager une réalisation « en fusée à étage ». Dans un premier temps, le Conseil d'administration de la Maison de retraite de l'Ecureuil doit prendre une délibération pour changement de statut. Après avis du DARH, le CROSS doit enregistrer le changement de statut. Dans un second temps les Conseils d'administration de la Maison de retraite de l'Ecureuil et de l'Hôpital local de Lodève doivent conformément à l'article L143-1 C.santé publique délibérer sur la création

⁴¹ Article 3 décret n° 92-794 du 14 août 1992

et l'affiliation à une telle structure. Dans ces délibérations, il est fixé en outre l'attribution des compétences et la mission confiée au syndicat, ainsi que la composition du conseil d'administration de la future structure. La création est soumise autorisation du DARH, qui émet un arrêté de création.

Le système du syndicat interhospitalier est lourd et complexe. Il ne correspond pas à la taille d'un rapprochement comme en l'espèce.

La loi du 23 juillet 1987⁴² a étendu la formule des groupements d'intérêt public (GIP)⁴³ au domaine de l'action sanitaire et sociale. Le GIP est une personne morale de droit public⁴⁴ dotée de l'autonomie financière et née d'une convention constitutive entre plusieurs établissements dotés de la personnalité morale. La finalité du GIP est d'exercer pour une durée limitée des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, avec des équipes ou des services communs. Cependant, il ne peut en aucun cas être chargé de mission de diagnostic de surveillance et de soins qui sont en vertu de l'article L6111-1 celle d'un EPS.⁴⁵

Le GIP est créé par le biais d'une convention constitutive approuvée par délibérations des Conseil d'administration et du DARH. L'acte d'approbation du DARH permet au GIP d'exister en tant que personne morale. La convention constitutive détaille les modalités de participation, les apports respectifs des parties (participation financière, mise à disposition de personnes, de locaux, de matériels...). La convention organise la composition du Conseil d'administration. Celui-ci désigne par la suite son Directeur.

Le GIP est régi par les règles de la comptabilité publique, et il est donc soumis au contrôle économique et financier de l'Etat et de la Cour des comptes. Ce contrôle est considéré comme trop contraignant et à nuit au développement de cette forme de coopération. Sa durée limitée (5 à 15 ans) ne lui assure pas non plus une pérennité suffisante. Cependant, le GIP peut être envisageable dans le cadre d'une stratégie de rapprochement évolutive, en permettant la gestion en commun d'infrastructures.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a prévu une forme de coopération réservée aux établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions pour constituer entre eux un syndicat interhospitalier : Le groupement de coopération sanitaire (GCS). Le GCS est doté de la personnalité morale sans être cependant un EPS. Son but est, d'une part, de permettre, pour le compte de ses membres, la création et la gestion d'équipements d'intérêt

⁴² Article 22 de la loi n°87-571 du 23 juillet 1987, décret d'application n°88-1034 du 7 novembre 1988

⁴³ Le GIP a été créé à l'origine par la loi n°82-610 du 15 juillet 1982

⁴⁴ Avis du Conseil d'Etat du 5 juillet 1985

⁴⁵ Avis du Conseil d'Etat du 11 août 1995

commun ,d'autre part, d'offrir un cadre légal aux interventions communes. Néanmoins bien que doté de la personnalité morale, le GCS n'a pas la qualité d'employeur.

Comme le GIP, le GCS est créé par une convention⁴⁶. Le GCS est administré par une assemblée générale des membres du groupement, qui élit un administrateur en son sein et institut un règlement intérieur.

La gestion financière et comptable relève des règles du droit public mais les charges d'exploitation sont couvertes exclusivement par les participations des membres. Enfin, le GCS est soumis aux obligations d'accréditation.

Ce procédé peut permettre la réalisation de politiques de prise en charge commune, ou la gestion de locaux en commun.

Conclusion de la deuxième partie

Il apparaît probable que le Directeur optera certainement pour une solution progressive , soit en s'orientant vers une convention de direction qui présente l'avantage de la souplesse mais qui semble pourtant impropre à la gestion d'un immeuble en commun, soit par l'intermédiaire d'un GCS ou d'un GIP. Quelque soit la solution retenue, il possible que le choix soit fait en vue d'une fusion à terme. De toutes les façons, on s'aperçoit que les scénarios nécessitent la mise en place de stratégie complexe.

⁴⁶ Décret n° 97-240 du 17 mars 1997, précisant les règles applicables en matière de constitution de GCS

TROISIEME PARTIE LA MISE EN PLACE DE STRATEGIES COMPLEXES

La mission du Directeur est d'agir et décider dans l'intérêt du Service public. Mais des intérêts catégoriels, une mauvaise préparation ou un revirement politique peuvent entraver son action. Pour l'éviter, il convient de mettre en place des stratégies complexes. Stratégies, car le Directeur doit respecter un processus de décisions et d'actions qu'il aura établi en fonction de son choix de scénario. Complexes, car ces stratégies doivent pouvoir s'adapter suivant l'évolution de l'environnement et prendre en comptes de nombreux facteurs, souvent imprévisibles car reposant sur des comportements humains.

Ces stratégies doivent se répartir sur deux phases différentes : avant le rapprochement, où le Directeur doit chercher à mobiliser toutes les énergies pouvant favoriser la réalisation du projet et après le rapprochement, lorsque le Directeur doit raisonner en terme d'organisation.

Première sous partie Avant rapprochement, les énergies à mobiliser

Avant le rapprochement, le Directeur doit conduire une stratégie de dynamisation des différents acteurs. Pour cela il convient d'évaluer les risques pouvant remettre en cause son projet, puis de déterminer les facteurs clefs qui permettront la réalisation du projet. Enfin, en fonction de ces deux catégories de facteurs, il peut mettre en place une stratégie. A travers une analyse méthodologique nous analyserons les méthodes déjà employées et celles qui devront être employées.

Chapitre 1 L'analyse des risques

Une analyse des risques complètes peut être faites de façon synthétique en étudiant les risques sur lesquels le Directeur a peu de moyens d'actions, et les risques sur lesquels le Directeur peut intervenir

A) Les risques indépendants du Directeur

Les compétences du Directeur sont définies à l'article L714-12 du code de la santé publique. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent du Conseil d'administration. Sa compétence s'exerce sur l'établissement sur lequel

il est nommé. Elle est réduite pour l'établissement dans lequel il assure l'intérim. N'étant pas omnipotent, un certain nombre de facteurs échappent à son contrôle. Il s'agit de facteurs externes. Ce ne sont que des hypothèses, aussi, nous nous contenterons de les évoquer.

En premier lieu, il peut toujours y avoir une opposition formelle des tutelles. Malgré, les accords de principe déjà émis, il n'est pas exclu que la tutelle rejette in fine le projet de rapprochement. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées :

- D'une part au niveau macro économique, la non réalisation des prévisions de croissance du PIB national⁴⁷, associée à une politique de baisse des prélèvements obligatoires et de maîtrise du déficit public risque d'inciter le Gouvernement à geler certains budgets. Cette situation tend à se reproduire au niveau du budget départemental, qui a déjà des difficultés à assurer le financement de l'APA. Il n'est donc pas difficile d'imaginer un report du financement du plan Etat Région relatif à la réhabilitation du service long séjour, ou encore concernant le projet de modernisation de la Maison de retraite de l'Ecureuil. Le fait de différer ces investissements peut freiner le rapprochement des deux établissements. Il est à rappeler que l'Agence Régionale d'hospitalisation a donné son accord à cette opération sous condition qu'il n'y ait pas de surcoût pour l'assurance maladie. La Sécurité sociale refuse de couvrir l'impécuniosité créée par une collectivité locale.

- D'autre part, il n'est pas exclu que de nouvelles priorités régionales de santé s'imposent à l'Hôpital local de Lodève. Un rapprochement avec un autre établissement hospitalier peut être souhaité, comme au début des années 90 quand le projet de rapprochement avec l'hôpital local de Clermont l'Hérault avait été suggéré. Il est possible aussi qu'une séparation fonctionnelle et institutionnelle se fasse entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social : L'hôpital local et son activité sanitaire demeureraient sous statut hospitalier. Son activité médico-sociale et la maison de retraite seraient sous compétence du Département.

En dernier lieu, l'évolution de l'offre sanitaire sur Lodève peut exiger que l'Hôpital local modifie ses orientations. L'avenir de la clinique encore incertain, peut nécessiter de la part de l'hôpital l'apport d'une solution : rapprochement au sein d'une maison de santé, mise en commun des lits de médecine, voire fusion et transformation en centre hospitalier...

⁴⁷ Au 18 août 2003 l'INSEE estime une croissance du PIB autour de 1,27% au lieu des 3% prévu en 2002. a l'inverse, il faut bien sûr prendre en compte la possibilité de financements importants en faveur des personnes âgées à la suite des fortes chaleurs de l'été 2003.

B) Les risques pouvant être contrôlés par le Directeur

Les compétences du Directeur de l'article L714-12 du code de la santé publique, lui permettent de contrôler les risques les plus fréquents pouvant contrecarrer le rapprochement. Pascal Forcioli détaille les risques de conflits pouvant naître dans un rapprochement entre deux structures⁴⁸. Ces risques de conflits peuvent être :

- Sociaux : outre la grève, il peut y avoir des comportements violents contre l'outil de travail ou des personnes.
- Interpersonnels
- Hiérarchiques
- Communautaires
- événementiels : déclenché par un facteur exogène.
- Stratégiques, opposant les leaders entre eux : conflit au sein de la Direction ou entre la Direction et une partie du Conseil d'administration.

Outre ces facteurs humains que le Directeur peut réguler en veillant à l'harmonisation des règles de gestion du personnel et en instaurant des instances de dialogue et d'élaboration de projet commun, il peut y avoir des facteurs matériels : rejet d'un dossier mal préparé, mauvais ficelage financier...

⁴⁸ Pascal Forcioli, « Fusion d'hôpitaux et conflits à l'hôpital » Gestion hospitalières Avril 1999, p.256.

Chapitre II Les facteurs clefs de la réussite

Jean Mathieu Defour⁴⁹ pose comme postulat trois facteurs clefs de réussite : La volonté des différents acteurs, la compatibilité des activités, l'existence de liens préalable. On en intégrera un quatrième, qui devrait semble-t-il être le « *primus inter pares* », celui de l'adhésion des usagers.

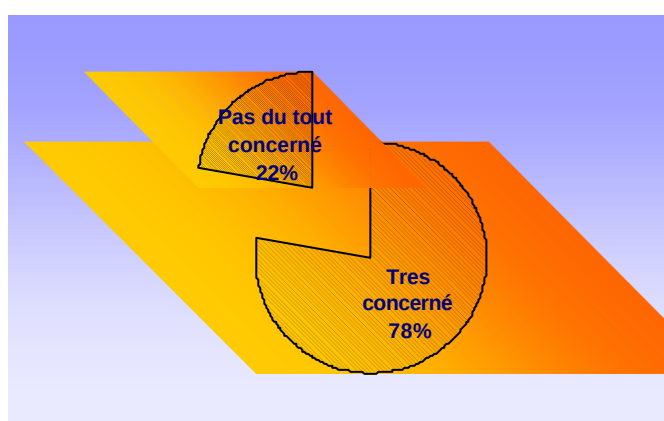
C) La volonté des différents acteurs

Il existe un consensus entre les tutelles et les politiques pour un rapprochement plus prononcé. Nous avons vu, lors de l'historique du projet de rapprochement, que le Directeur a demandé l'accord des tutelles, ARH, DDASS et Département, avant d'entreprendre l'étude d'un rapprochement.

Les Conseils d'administration des deux établissements ont pris des délibérations à plusieurs reprises pour autoriser le Directeur à entreprendre les démarches de rapprochement. Les Conseil d'administration ont notamment validé le choix du Directeur de prendre un assistant maître d'ouvrage pour effectuer l'étude de faisabilité.

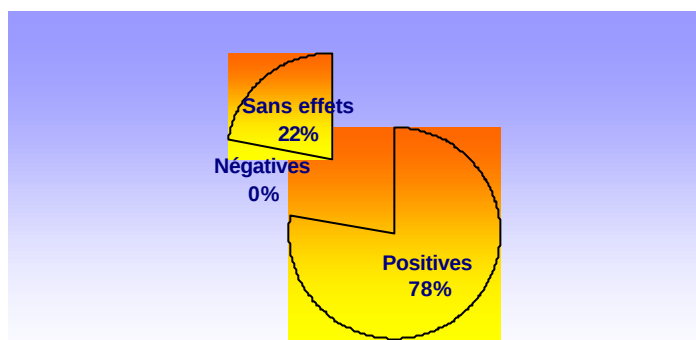
Le personnel des deux structures a été sensibilisé à l'importance d'un rapprochement. Des représentants des agents des deux structures participeront au comité de pilotage.

Sur la Résidence l'Ecureuil, en Mars 2003, j'ai effectué un sondage auprès du personnel. Je n'ai pas eu le temps de mettre une pareille étude sur le personnel de l'Hôpital local de Lodève. Cette enquête a été adressée à l'ensemble du personnel. Seuls 10 agents ont répondu. La première question demandait s'ils se sentaient concernés par le rapprochement avec l'hôpital :



⁴⁹ Jean-Mathieu Defour « La fusion de l'hôpital local de Grandis et de la Maison de retraite de Letra »
Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique 1999

La question suivante était ainsi libellée : «Pensez vous que les retombées de ce projet seront : »



A la suite de quoi les agents devaient formuler leur craintes et leurs espoirs de changement. Les réponses apportées sont reportées directement ci dessous :

Les craintes

Comment sera réorganisé le service, changement d'horaires
Que le personnel soignant de l'hôpital ne s'adapte pas au fonctionnement de l'Ecureuil et vice versa
De devoir aller travailler à l'Hôpital local de Lodève.
Que la résidence de l'Ecureuil devienne secondaire dans l'avenir aux yeux de l'hôpital
Perte d'identité

Les espoirs

Plus de sécurité pour les résidents,
Un changement de statut du personnel qui correspondra au travail effectué
Personnel plus compétent (formations), motivé et en nombre suffisant
Une meilleure orientation des résidents selon leur état de santé

Les agents sont très favorables à un rapprochement avec l'Hôpital local de Lodève. Ils en attendent des retombées importantes que se soit au niveau de leur carrière personnelle ou de l'amélioration de leurs conditions de travail. En revanche, ils craignent une confrontation culturelle avec le personnel de l'hôpital.

D) Une compatibilité des activités

La compatibilité des activités doit être recherchée avant toute démarche de rapprochement. En vertu du principe de spécialité, les établissements publics n'ont pas la faculté de choisir leur activité ou de décider de se concentrer sur une partie de celle-ci.

En l'espèce les deux établissements ont une mission de service publique qui est proche : ils ont vocation à accueillir des personnes âgées.

Comme l'énonce les projets d'établissements respectifs, les activités des deux structures peuvent présenter une certaine complémentarité et des synergies. En effet, la différence actuelle repose sur le niveau de médicalisation des structures. Du fait de raisons qui ont motivé sa création, la Résidence l'Ecureuil a une vocation plus restrictive par rapport à l'hôpital puisqu'elle ne peut accueillir des personnes âgées très dépendantes ou nécessitant une assistance médicale importante.

Cette différence s'estompe si on étudie les projets d'établissements de chacune des deux structures. L'une et l'autre ont l'intention de développer un service d'accueil pour les personnes désorientées. Si on retient une analyse ricardienne des avantages comparatifs, on peut, comme nous l'avons étudié dans la deuxième partie de ce mémoire, dégager des axes de synergies.

E) Les liens préalables

L'existence de liens préalables permet déjà de créer des interdépendances entre les deux structures susceptibles de favoriser leur rapprochement. Ces liens préalables peuvent toutefois constituer des obstacles à une alliance éventuelle, s'ils ne sont pas fructueux ou s'ils font l'objet d'une contestation de la part des acteurs des deux établissements.

Outre l'intérim de direction actuellement exercé par le Directeur de l'Hôpital Local de Lodève, il existe des liens informels et formels entre les deux structures.

Des liens informels ont été créés entre les deux équipes du fait, d'une part, de la volonté du Directeur. Ainsi des représentants de l'Ecureuil sont invités à certaines réunions susceptibles d'intéresser le personnel des deux structures. D'autre part, du fait de l'amorce d'une dynamique commune. Par dynamique commune, il faut entendre que le Directeur s'efforce de créer de synchroniser le fonctionnement des deux institutions par des réformes ponctuelles : mise en place du règlement intérieur et du contrat de séjour, achat et formation d'un nouveau logiciel de gestion des plannings...La réalisation du livret d'accueil par un groupe de travail réunissant des agents des deux établissements a permis de faire un audit

de l'accueil de la personne hébergée au service maison de retraite et au service Long séjour. Un bilan des pratiques d'accueil a été dressé. En réponse, le projet de règlement de fonctionnement et le contrat de séjour permettent de formaliser certaines de ces pratiques: Etat des lieux, formulaire des absences, prestations complémentaires. Ce travail devrait permettre de favoriser l'amélioration de la qualité dans les deux établissements. En vue de l'éventuelle signature de la Convention tripartite, le groupe de travail devait mettre en place la rédaction du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour du service Maison de retraite et du service Long séjour. Dans le cadre d'un probable rapprochement avec la maison de retraite de l'Ecureuil, la rédaction de ces documents devait s'effectuer en concert avec cet établissement.

Le Directeur a aussi demandé à ce que l'association du personnel de l'Hôpital Local de Lodève s'ouvre au personnel de la Résidence de l'Ecureuil. L'association organise des événements (expositions, voyages, ventes, arbre de Noël...) auxquels peuvent participer le personnel de la maison de retraite de l'Ecureuil. Au quotidien l'action de l'association est contesté par le personnel de l'Ecureuil qui lui reproche son corporatisme, et dans une certaine mesure dessert la volonté de rapprochement en créant un climat de méfiance envers le personnel de l'hôpital.

Il existe aussi des liens formels, c'est à dire des liens qui ont été créés, organisés, et développés par l'intermédiaire de conventions. Une première catégorie de conventions est réalisée de façon ponctuelle, pour répondre à un problème précis. Il s'agit tout d'abord des conventions de transfert de malades. La maison de retraite de l'Ecureuil, étant un établissement non médicalisé, transfère toute personne dont l'état de santé est jugé incompatible avec un maintien au sein de l'établissement, est transférée vers une structure adaptée à sa pathologie. C'est une raison qui explique que peu de personne décède à la maison de retraite de l'Ecureuil, L'établissement préfère organiser un placement au service Long séjour de l'hôpital dès que l'état de dépendance de la personne s'aggrave, et, de la même façon, au service médecine lorsque son état de santé décline. D'autres liens ont pu se formaliser pour répondre généralement à un problème technique, notamment lors de la réalisation de travaux dans la cuisine de la maison de retraite de l'Ecureuil.

Une seconde catégorie de liens formels concerne les conventions passées entre les deux institutions afin de réaliser des actions communes ou de collaboration. On pourra citer l'intérim de Direction de la maison de retraite de l'Ecureuil, qui est assuré par le Directeur de l'Hôpital Local de Lodève, et accessoirement par les élèves directeurs en stage... D'autres conventions concernent la logistique : Particulièrement celle concernant la blanchisserie de

la maison de retraite qui est appelée à se développer. Le service de blanchisserie de la maison de retraite de l'Ecureuil est actuellement assuré par trois agents. Ils ont à leur disposition quatre machines d'une capacité de 10Kg, d'une salle d'étendage, de deux tables de repassage. Ce service a pour mission de traiter tout le linge de maison utilisé au sein de l'établissement, ainsi que les blouses et les tenues professionnelles, et le linge confié par les résidents. En cours d'année 2002, une convention a été passée entre l'hôpital et la maison de retraite afin de traiter le linge plat à l'exception des draps. Cette convention devrait être étendu à l'ensemble du linge de maison par la suite.

Une troisième catégorie de liens formels se rapporte à toutes les formes de coopération externe. Ainsi, la maison de retraite de l'Ecureuil et l'Hôpital Local de Lodève participe au fonctionnement du même Centre Local d'Insertion et de Coordination, l'association ACCORD. A ce titre, chaque établissement possède deux représentants au Conseil d'administration de cette association.

Une dernière catégorie de liens préalables doit se constituer avec la création d'un comité de pilotage au rapprochement des deux structures. Cette démarche participative permettra de réaliser à travers un travail thématique afin de déterminer les bases d'un rapprochement fonctionnel.

F) L'adhésion des usagers

La notion d'utilisateur est récente en Droit administratif. Elle est apparue lors des lois sur le Médiateur et sur la transparence administrative..

Intégrer l'adhésion des usagers à un projet de rapprochement, en tant facteur déterminant peut paraître incongru si la conception classique de l'administration est conservée : « Supprimez le public, et tout redeviendra normal dans l'administration »⁵⁰. Aujourd'hui la conception de la gestion publique s'est modifiée. La relation avec les usagers passe maintenant aussi bien par le décor ou la courtoisie, mais aussi par des « arbitrages en termes de choix de service »⁵¹. Cette nouvelle approche que certains estiment

⁵⁰ B. Gournay, J.-F. Kesler et J.Siwiek-Pouydesseau, « Administration publique », Presses Universitaires de France, 1963

⁵¹ S. Trosa, Conseil d'Analyse économique « Etat et gestion publique » La documentation Française 1999

clientéliste⁵², est à la base de la mise en place des politiques de démarche qualité et du rapprochement de l'administration des citoyens⁵³. Dans le champ sanitaire il y a eu un mouvement afin d'associer le citoyen aux services qu'il finance en tant que contribuable. Ce mouvement débouche sur plusieurs orientations de réforme : privilégier le dialogue et l'expertise, rechercher la participation aux processus de décision, permettre l'exercice d'une fonction de vigilance, créer des lieux de dialogue pour partager l'information

En 1987, Mme Simone Malaquin, alors Vice-présidente du Comité national des retraités et personnes âgées⁵⁴, s'interrogeait déjà sur la distorsion entre la mise en œuvre de mécanismes d'écoute et d'expression de la personne âgée, tels que les conseils d'établissement, et sur la prise en compte réelle, par l'institution, des avis et opinions de l'usager. Il existe toujours un déficit de communication entre l'établissement et ses pensionnaires. Or, l'écoute de l'usager est certainement un élément indissociable à la fonction de Direction. Hervé Leteurtre et Michel Vaysse écrivent ainsi : « Mesurer la qualité réelle des prestations hospitalières au travers d'indicateurs objectifs ne suffit pas dans la conduite d'une politique de qualité globale des établissements hospitaliers. Il est en effet, indispensable de mesurer tout autant la qualité perçue par les patients ou par les clients potentiels »⁵⁵.

En l'espèce, au cours de mon stage, j'ai voulu savoir quel était l'avis des résidents de l'Ecureuil et de l'Hôpital local de Lodève. J'ai donc réalisé un questionnaire. Douze résidents de la Maison de retraite de l'Ecureuil, vingt résidents et six familles de l'hôpital et y ont répondu :

Pensez vous que le rapprochement avec l'Hôpital local de Lodève soit une bonne chose?

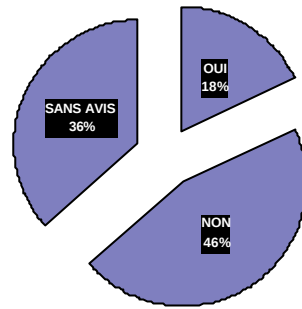
Question posée uniquement aux résidents de l'Ecureuil.

⁵² Entre autres : Pierre Bourdieu, "Contre-feux 2", Ed. Raison d'agir, 2001 , p.27 et s.

⁵³ Pierre Séguin: "Les politiques de qualités et la gestion des réformes" , in « Etat et Gestion publique », Conseil d'Analyse économique , la documentation française 1999

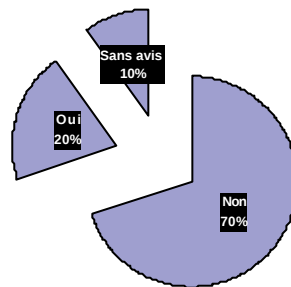
⁵⁴ S.Malaquin "Quels droits, quelle liberté ? Le point de vue des usagers », Gériatrie et société n°42, 1987, p85 et s.

⁵⁵ Hervé Leteurtre, Michel Vaysse " Les tableaux de bord de gestion hospitalière", Berger-Levrault 1994



Cette question révèle une forte opposition au rapprochement avec l'Hôpital local de Lodève. Les résidents demandent, à travers les remarques qu'ils pouvaient formuler, à ce que le caractère convivial et municipal soit conservé.

Etes vous tenus informer des projets d'évolution de l'établissement
Question posée uniquement aux pensionnaires de l'hôpital.



La question du rapprochement avec l'Ecureuil n'avait pas beaucoup de sens pour les pensionnaires de l'hôpital, aussi il leur a été demandé s'il se sentait tenu informer des projets de l'établissement. 70% ont déclaré que non. 20% ont déclaré qu'ils sont tenus informés par le Conseil d'établissement.

Au vu de ces résultats on peut en déduire que la Direction devra entamer une politique de dialogue et d'écoute : Selon l'adage : ce qui intéresse tout le monde doit être discuté et approuvé par tous⁵⁶, le projet de rapprochement est un thème trop important pour le quotidien des personnes âgées qu'il ne peut y avoir de réussite objective sans l'adhésion des résidents mais aussi des familles et de la population locale. Pour cela, la Direction devra conduire une politique de communication. Comme « comprendre une personne c'est déjà lui

⁵⁶ *Quod omnes tangit ab omnibus tractari et approbari debet*

parler »⁵⁷, la Direction devra commencer par expliquer comment ce rapprochement sert l'intérêt général et va amener une amélioration substantielle de la qualité de prise en charge sur le Lodèvois.

⁵⁷ Emmanuel Lévinas "Entre nous", Grasset, 1991

Chapitre 3 L'analyse méthodologique

L'analyse méthodologique permet de décrire la stratégie du Directeur. J'ai fondé mon analyse sur les méthodes qui ont été employées pour déterminer celles qu'il faudra employer par la suite.

G) Les méthodes qui ont été employées

Le Directeur applique un management fondé sur une stratégie de développement du potentiel humain. L'idée est de permettre aux agents de se projeter davantage dans l'avenir, en favorisant la réactualisation des connaissances professionnelles et l'utilisation des savoirs faire. Ainsi les premières mesures du Directeur lorsqu'il a pris l'intérim de la Maison de retraite de l'Ecureuil a été de faire un bilan des compétences des agents. Sur cette base, il a réorganisé le fonctionnement de l'établissement en responsabilisant davantage chaque agent. En axant sur la formation professionnelle, il a pour objectif de permettre un alignement qualitatif des connaissances professionnelles et du savoir faire au niveau de la structure hospitalière. Le Directeur a aussi développé les rapports professionnels entre les deux structures à travers des réunions communes.

Par ailleurs, le Directeur, a mis en place une stratégie de rapprochement reposant sur la prise de conscience progressive. Le Directeur a fait, avec l'accord des Conseils d'administration, les démarches pour convaincre les tutelles de l'intérêt d'un rapprochement entre les deux structures. Suite à l'accord des tutelles, le Directeur a tenu informé les résidents de l'étude d'une fusion ou d'un rapprochement entre les deux établissements.

Le Directeur a ensuite demandé les services, sur accord des Conseils d'administration, d'un assistant de maître d'ouvrage, le cabinet AGEMO. Le Directeur et le cabinet AGEMO ont élaboré en commun une méthodologie basée sur la constitution de scénarios à partir d'un cahier des charges recensant l'état existant et les objectifs.

Le schéma présent en annexe n° résume les étapes de la méthodologie appliquée.

H) Les méthodes qui devront être employées, analyse décisionnelle

Il reste au Directeur d'opter pour un scénario, en faire un projet de Direction et assurer autour de ce projet un consensus afin de permettre sa réalisation. Il ne pourra y avoir de consensus si l'intérêt du rapprochement n'apparaît pas conforme à l'intérêt général et paraît menacer ainsi des intérêts catégoriels des résidents, du personnel, du corps médical ou des politiques.

L'acte décisionnel sera bien sûr influencé par le rapport des experts, en l'occurrence de l'assistant de maître d'ouvrage. Néanmoins, si cet acte est du ressort final du Conseil d'administration et des tutelles, le Directeur du fait sa position au sein de l'établissement oriente et induit la décision elle même. Il bénéficie en quelque sorte d'une situation d'agence.

En théorie, le Directeur a tout d'abord une information directe sur son environnement. Fort de ces connaissances, il peut analyser les avantages et inconvénients de chaque hypothèse et percevoir les conséquences de ses choix. Cette faculté d'introspection permet au Directeur de dégager une stratégie. Celle-ci sera confortée par l'ensemble des acteurs (Conseil d'administration, tutelles, usagers, familles, personnel et population) et conduira à l'acte décisionnel, si le Directeur peut démontrer l'influence positive de sa stratégie sur le service public sanitaire et social du Lodèvois.

La première partie de la stratégie du Directeur a pour but l'adoption par tous les acteurs du projet de rapprochement. Cette adoption ne sera réellement possible que si le Directeur arrive à démontrer que ce projet se concilie avec les intérêts des différents acteurs et qu'il répond à la nécessité d'améliorer le Service public. Cette première partie est indubitablement liée à la mise en place après le rapprochement d'une stratégie d'organisation.

Seconde sous partie, Après le rapprochement, des choix d'organisation

La stratégie d'organisation doit être développée avant le rapprochement et peut être même doit elle précéder la stratégie de mobilisation des acteurs. L'un des enjeux du rapprochement va être la réorganisation du fonctionnement et de la répartition du travail au sein de l'établissement. Il convient d'analyser les risques susceptibles de perturber le rapprochement, avant d'étudier les choix organisationnels possibles.

Chapitre 1 L'analyse des risques

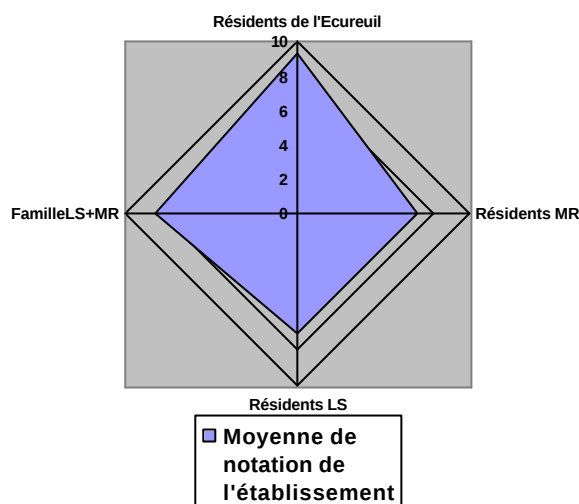
Nous pourrions reprendre les inconvénients d'un rapprochement que nous avons étudié dans la seconde partie. Cependant, il existe deux risques pouvant perturber l'après rapprochement : La taille de l'établissement et l'apparition de blocages individuels.

A) La taille de l'établissement

En matière d'établissement sanitaire et social, la taille de l'établissement est une problématique. Les grandes concentrations sont considérées comme à éviter car elles entraînent des phénomènes de dépersonnalisation toujours nuisibles à la qualité de prise en charge. A cela s'ajoute un problème de répartition du nombre total de professionnels ou de techniques permettant de couvrir les besoins, et d'organisation optimales.

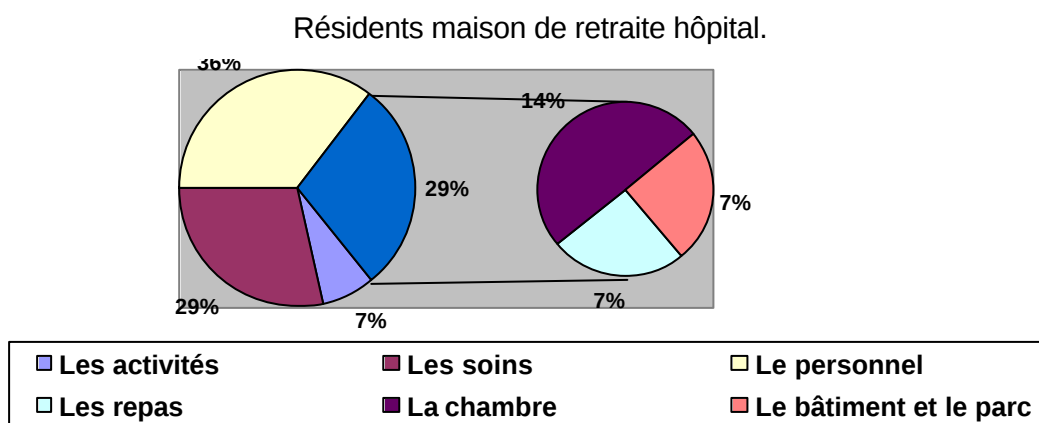
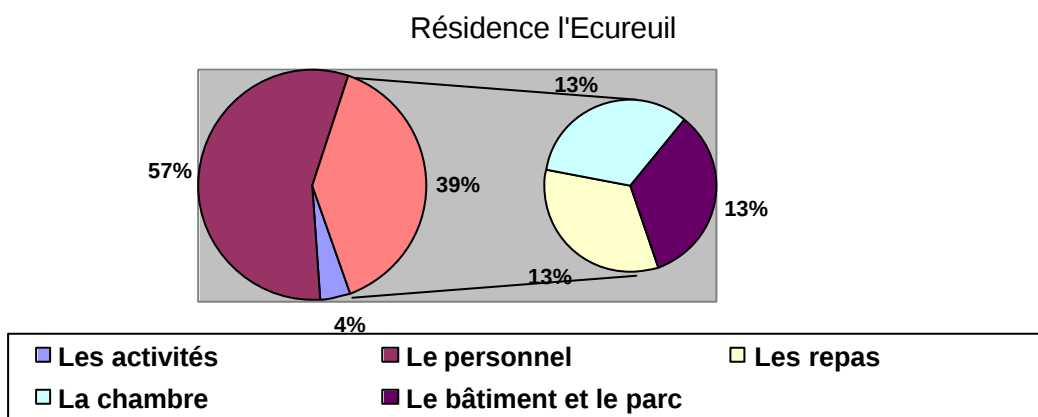
Pourtant, il apparaît difficile d'établir un seuil scientifique du nombre de lits, où sera assuré la concordance de ces deux éléments. La Maison de retraite de l'Ecureuil, avec ses 70 lits, parvient à conserver une allure humaine, familiale. L'Hôpital local de Lodève, quoique tout modernisé, engendre moins d'enthousiasmes comme le montre l'enquête de satisfaction que j'ai réalisé.

Sur une échelle de 1 à 10 quel est votre degré de satisfaction vis à vis de l'établissement ?

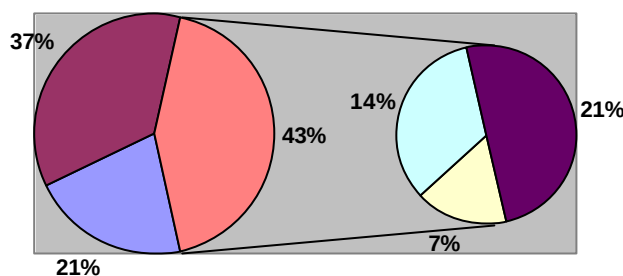


On constate une distorsion d'appréciation entre les résidents de la Résidence l'Ecureuil et les Résidents de l'Hôpital local de Lodève. Ces derniers sont plus sévères attribuant une moyenne de notation de 7 pour les résidents MR ainsi pour ceux qui résident au service LS. Les familles sont plus indulgentes et attribuent une note de 8,25. La Résidence l'Ecureuil obtient une note moyenne de 9,25.

Quels sont les points forts de l'établissement ?



Les familles de l'Hôpital local de Lodève



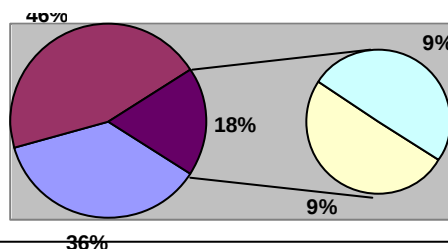
■ La proximité ■ Les soins ■ Les repas ■ La chambre ■ Le bâtiment et le parc

Le contraste des réponses entre les résidents de l'Ecureuil et ceux de la maison de retraite de l'hôpital est marquant. Les prestations hôtelières sont d'avantage appréciées à l'Ecureuil alors qu'à l'hôpital ce qui importe aussi ce sont les soins. Dans l'ensemble les résidents apprécient le personnel, quelque soit l'établissement. On constate quand même un attachement plus particulier de la part des résidents de l'Ecureuil.

Quant aux familles elles sont attachées plus à l'aspect pratique et fonctionnel de l'établissement. Aucune famille sondée n'évoque comme point fort le personnel.

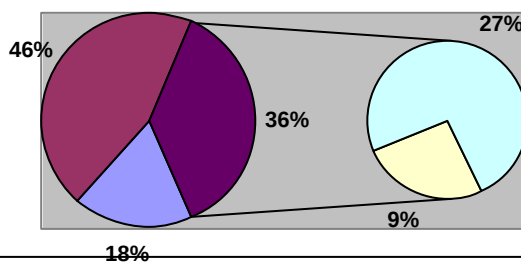
Quels sont les points faibles de l'établissement ?

Résidents l'Ecureuil



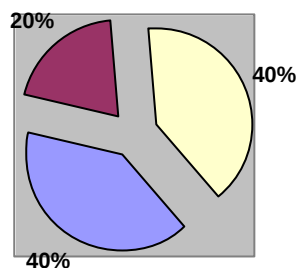
■ L'animation ■ Le coût ■ Les repas ■ La chambre

Les résidents de l'Hôpital local de Lodève



■ L'animation ■ Le coût ■ Les repas ■ L'environnement-la décoration

Les familles



■ L'organisation du service ■ Le coût ■ L'attention du personnel aux résidents

Alors que les familles sont plus soucieuses du rapport entre les agents et les pensionnaires, ces derniers sont plus exigeant en ce qui concerne leurs conditions d'hébergement. A noter que le nombre de personne ayant répondu à la question quels sont les points faibles est proportionnellement inférieur (45% des personnes interrogées ont répondu) à celui de la question « quels sont les point forts ? » (85% des personnes interrogées ont répondu).

Ces sondages montrent finalement que la taille tend à desservir l'établissement au point de vue de l'appréciation des usagers. Il apparaît nécessaire selon ce point de vue de pérenniser des établissements éclatés sur plusieurs sites.

B) Les blocages individuels

Les blocages individuels naissent des différences d'organisation des deux structures. A partir du moment où semble menacé des intérêts catégoriels. Pour reprendre le modèle de Burns et Stalker⁵⁸, on peut comparer l'Hôpital Local de Lodève à une « structure mécaniste » et la maison de retraite de l'Ecureuil à une structure de type « organique ».

Selon les théoriciens de la contingence structurelle, une structure mécaniste s'illustre par le fait qu'elle est complexe, formalisée et centralisée. Elle réalise des tâches de routine et d'exécution. Le travail est rationalisé, spécialisé, standardisé et la résolution des conflits s'effectue par la voie hiérarchique. Les décisions se prennent au sommet de la structure. Le prestige et la valorisation des individus sont essentiellement liés au statut social de chaque personne et au système de qualification⁵⁹.

⁵⁸ T. Burns et G. Stalker « The Management of Innovation », 1966

⁵⁹ L'organisation mécaniste est une organisation bureaucratique au sens webérien : M.Weber « Economie et Société » 1922

Quant à la structure de type organique, elle est plus flexible et adaptative que la précédente. Les communications latérales sont essentielles, l'influence et le système d'autorité sont d'avantage basés sur l'expertise et les connaissances plutôt que sur l'autorité de la position hiérarchique. Les responsabilités sont définies de manière assez large et la communication est fondée sur l'échange d'informations plutôt que sur les directives. Enfin, la valorisation et le prestige au sein de ce type de structure sont liés à la contribution personnelle et à la loyauté de tout un chacun à un groupe et à un projet.

L'Hôpital Local de Lodève est une structure mécaniste pour trois raisons :

D'une part, l'organisation du travail repose sur une double hiérarchisation verticale. La première est formelle. Elle repose sur l'organigramme arrêté par le Directeur⁶⁰. Elle constitue une ligne hiérarchique, composée de cadres opérationnels chargés d'animer des équipes de travail. La ligne hiérarchique constitue selon H. Mintzberg⁶¹ la coordination entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. La seconde est informelle. Elle s'appuie sur la qualification professionnelle des individus ou sur leur situation au sein de la structure. Ce phénomène a été décrit récemment lors d'un audit effectué par l'ingénieur de la cellule d'organisation et méthode du département sur la fonction ménage : Il apparaît une hiérarchisation au sein du personnel de ménage, entre le personnel titulaire et le personnel contractuel, ainsi qu'au sein du personnel contractuel entre les contrats d'emploi consolidé et les contrat d'emploi solidarité (CES). Cette double hiérarchisation, qui tend à exister dans les autres services, conduit à une spécialisation et une standardisation du travail. Ainsi, par exemple pour le ménage il est constaté l'attribution des charges les plus dégradantes pour les CES. Ce type de hiérarchisation conduit aussi à une régulation des conflits par la voie hiérarchique qui explique que le Directeur n'intervient qu'en dernier ressort.

D'autre part, seconde raison, il apparaît que les décisions se prennent pour l'essentiel au sommet de la structure⁶². Le processus d'élaboration de la stratégie s'appuie sur une logique de planification et de programmation stratégique. Outre les consultations réglementaires des instances, le Directeur a initié la formulation d'un système semi-directif avec la création de groupe de travail ou la consultation du personnel pour des questions ponctuelles⁶³. Il s'agit d'un style de commandement, que Kurt Lewin qualifiait de « dynamique de groupe » ou « direction participative par objectifs »⁶⁴. Ce style ne fait que

⁶⁰ Cf annexe3

⁶¹ Henry Mintzberg « Structure et Dynamique des organisations » Paris, Editions Organisation, 1982

⁶² On retrouve le principe d'un « sommet stratégique », développé par H. Mintzberg Cf supra

⁶³ Par exemple pour les 35 H, pour l'élaboration du contrat de séjour, et à chaque début d'année pour recenser les besoins de chaque services

⁶⁴ K. Lewin « A Dynamic Theory of Personality », 1935

dissimuler le fait que toutes les décisions sont élaborées, développées et validées par le sommet stratégique.

Enfin dernière raison, qui permet de qualifier l'Hôpital Local de Lodève de structure mécaniste, c'est son système de valorisation des individus. Celui-ci repose sur le statut social de chaque personne. Cela a déjà été dit en ce qui concerne le service ménage, il existe une hiérarchisation entre titulaires et contractuels. La titularisation est pour beaucoup synonyme de promotion sociale au sein du groupe. Le système de qualification (ASH, AS, IDE...) propre à la fonction publique, est facteur de valorisation ou de prestige. D'autant plus s'il est conforté par l'octroi d'une responsabilité, parfois indéterminée, comme la qualification « référent ménage ».

A contrario, la maison de retraite de l'Ecureuil apparaît comme une structure de type organique. L'absence de direction à plusieurs reprises et sur plusieurs années, a conduit le personnel à fonctionner de façon autonome, selon le système de l'autogestion. Le nombre d'agent peu important, l'homogénéité des catégories socioprofessionnelles, l'ancienneté du personnel, le fait que la majorité du personnel est originaire de Lodève, sont autant de raisons qui expliquent l'absence de ligne hiérarchique ou de sommet stratégique. Ainsi, la fête traditionnelle de l'été, rassemble l'ensemble du personnel. Celui-ci, lors de réunions organisées en l'absence de toute autorité hiérarchique, élabore le programme de la fête, décide du menu, des animations, répartit les tâches de chacun. Le projet est in fine validé par le Directeur. Autre exemple, lors de travaux de sécurité incendie, le personnel s'est lui-même occupé de réaliser une opération tiroir consistant au déplacement de dix lits.

Le rapprochement entre les deux structures devra prendre en compte cette différence organisationnelle. Le passage d'un fonctionnement de type organique à un fonctionnement mécaniste outre le fait qu'il sera ressenti par le personnel de l'Ecureuil comme déresponsabilisant et démotivant, sera peu propice à l'innovation et à l'adaptabilité des changements⁶⁵. S'il y a pérennisation de cette dualité organisationnelle au sein d'un même groupe, il paraît difficile d'envisager un fonctionnement sans rivalités des personnels et sans des blocages individuels. Le plus difficile à appréhender pour un manager, écrit M. Baratta⁶⁶, ce n'est pas les aspects techniques du rapprochement entre deux structures, mais bien le rapprochement culturel.

⁶⁵ Mintzberg (Cf supra) a démontré que le principe de la bureaucratie mécaniste est de rechercher l'efficacité, l'efficience, et la précision en s'appuyant sur des économies d'échelle. En contrepartie son fonctionnement devient moins souple.

⁶⁶ Baratta « La fusion entre établissement, un évènement culturel » DS n°95 15 30 Avril 1996

Jean Jacques Laffont⁶⁷ applique une analyse économique pour décrire les rapports interindividuels au sein de l'Administration. Cette approche, qui peut paraître sévère et critiquable, permet d'expliquer l'apparition de blocages individuels, notamment lorsqu'il y a confrontation de deux cultures d'établissement. Le postulat est que l'individu est motivé par la seule force de l'intérêt qui le pousse à maximiser les bénéfices attendus et à tirer profit de rentes informationnelles. Chaque fonctionnaire occupe un poste qui lui offre la maîtrise d'informations cachées dont il est amené à tirer profit au détriment de la collectivité. Une des causes majeures de dysfonctionnements dans la Fonction publique proviendrait de la mauvaise information dont dispose la hiérarchie sur le niveau réel d'effort des agents. Il en résulterait que tout système de motivation à l'effort serait inopérant. Le rapprochement des deux établissements sera créateur d'asymétries d'informations, que les agents vont entretenir ou dont ils vont vouloir tirer partis par corporatisme ou intérêts catégoriels.

⁶⁷ Jean Jacques Laffont «Etapes vers un Etat moderne : Une analyse économique », in Etat et gestion publique, Conseil d'Analyse économique, La documentation française 1999

Chapitre II Analyse des choix pouvant être effectués

Au regard des risques qui viennent d'être évoqué, et aussi de la situation générale de l'offre sanitaire et sociale en bdèvois des choix d'organisation du fonctionnement peuvent être envisagés ainsi que des axes de politiques de développement

C) Organisation du fonctionnement

Différents types d'organisations sont envisageables en fonction de la forme de rapprochement qui sera retenu. Nous avons dressés une liste de schémas qui ne sont que des pistes de réflexions J'ai choisi de décrire ceux qui me semblaient les plus probables en terme d'évolution. Dans leur présentation, ils ne sont pas exhaustifs et permettent juste d'avoir une vision synthétique des possibilités de méthode d'organisation.

Dans le premier schéma⁶⁸, je suis parti de l'hypothèse d'un rapprochement étroit de type fusion ou l'entité Résidence l'Ecureuil serait « absorbé par l'hôpital. Dans cette situation, la Direction peut choisir une approche mécaniste. Le personnel de la Maison de retraite de l'Ecureuil est directement intégré au sein de l'organigramme de l'hôpital, et devient un nouveau service de l'établissement. Ce schéma permet la centralisation de la décision, un fonctionnement homogène des deux structures, même si géographiquement il y a un éclatement sur deux sites. Ce schéma n'évite pas l'apparition de chocs culturels. Il exporte à la fois les avantages d'une organisation rodée mais aussi ses défauts (blocage hiérarchique, dépersonnalisation du travail...), qui peuvent s'accroître au contact d'une nouvelle structure

Le deuxième schéma⁶⁹ répond encore à l'hypothèse d'un rapprochement de type fusion d'établissement. Je l'ai qualifié d'organisation semi-matricielle : Il se caractérise par une seule administration centralisée (bloc commande) qui dirige un bloc exécution qui est une structuration par divisions : administration, soins, ménage, hygiène ,... Les divisions sont autonomes dans la conduite de leurs activités, mais restent sous le contrôle de la Direction qui demeure la seule titulaire à passer des marchés ou à exercer le pouvoir disciplinaire. Chaque division possède un référent (pour les équipes paramédicales une surveillante). Il a pour inconvénient majeur de morceler l'activité des deux établissements créant des rentes informationnelles, des blocages ou des conflits entre équipe.

⁶⁸ Annexe n°4

⁶⁹ Annexe n°5

Une organisation différenciée est plus adaptée en cas de rapprochement simple. Il s'agit de notre troisième schéma⁷⁰. Chaque établissement conserve son organisation spécifique.. Seuls demeurent en communs les services généraux et la Direction. Les agents de remplacement tournants sur les deux établissements doivent alors s'adapter au fonctionnement différent.

Le schéma d'organisation par équipes rotatives⁷¹ part du principe que la mobilité professionnelle permet d'éviter l'apparition d'un fonctionnement routinier néfaste. En décroissant les services, en faisant tourner le personnel, cela permet d'accroître l'expérience de ce dernier qui de facto corrigera ses propres erreurs. A chaque rotation, l'équipe portera un regard neuf sur le service et le travail de l'équipe précédente et tâchera d'apporter des améliorations substantielles. Sur le schéma ci-dessous nous avons imaginé deux équipes L'une officie sur la maison de retraite de l'hôpital, l'autre sur la Résidence l'Ecuireuil. Chaque équipe représente plusieurs groupes homogènes d'agents : un groupe d'infirmières, un groupe d'ASH, un groupe d'agent techniques, un groupe ménage... L'équipe est sous la responsabilité d'un « coach » qui dispose d'une liste d'objectifs assignée par la Direction à qui il doit rendre compte. Il adapte les plannings de l'équipe afin de répondre au mieux aux besoins de chaque établissements : Ainsi, la maison de retraite de l'Hôpital local de Lodève nécessitant moins de personnel pour fonctionner, les plannings organiseront une équipe réduite en cumulant les jours de repos.

Ce système ne peut réellement bien fonctionner, et créer un cercle vertueux d'amélioration de la qualité que s'il y a un renouvellement régulier de l'équipe, afin d'éviter des conflits entre deux équipes. Il faut surtout que la Direction veille à ce qu'il existe des moyens d'information et de communication performants entre les équipes : Réunions, bilan régulier entre équipe et au sein de chaque équipe : des réunions équipes/Direction, des bilans réguliers entre équipes et au sein de chaque équipe, des audits internes annuels permettant la réalisation d'un tableau de bord du climat social.

Quelque soit le choix organisationnel retenu par le Directeur, je pense qu'il ne peut y avoir une réussite in fine de la réorganisation des structures si trois conditions ne sont pas remplies : Premièrement, l'Hôpital local de Lodève doit chercher à structurer son organisation en mettant en œuvre les compétences des agents qui oeuvrent et non à l'inverse de l'attitude qui consiste à ajuster les ressources humaines une fois le choix organisationnel arrêté. Deuxièmement, il faut que l'hôpital privilégie le caractère formateur des situations de travail et de gestion. Les incidents et les aléas qui surviennent en cours

⁷⁰ Annexe n°6

⁷¹ Annexe n°7

d'activité doivent être appréhendés comme des moments privilégiés d'apprentissage. Enfin la Direction doit susciter la recherche de coopération dans le travail, ce qui conduit à considérer l'activité de communication et d'échange d'information entre agents comme intense.

D) Politiques de développement

Je pense que les choix qui seront effectués conditionneront les politiques de développement du Service public sanitaire et social en Lodévois. La réflexion qui est en cours, que se soit parmi les Politiques, les tutelles ou les professionnels de santé, consiste à savoir si l'Hôpital local de Lodève peut couvrir l'ensemble de la demande sanitaire et sociale du bassin de santé. Cela sous entend à moyen/ long terme une politique de rapprochement avec des acteurs de santé tel que la clinique Saint Pierre. Une nouvelle forme de structure pourrait apparaître, mêlant Service public et intérêt privé, et qui permettrait le retour à l'époque où il n'existait que l'hospice comme structure de soins, d'accueil des vieillards et des indigents :

« *Primo amulso non deficit alter*⁷² » (Virgile)

Conclusion troisième partie

Le Service public sanitaire et social est un secteur complexe où se mêle des intérêts humains, économiques, sociaux mais aussi une part d'émotivité. C'est pour cela que je pense qu'un directeur, à l'instar de ce qu'a mis en place M. Beerens, doit établir en réponse des stratégies complexes, en prenant en compte ces différents facteurs. Il est vrai que le Directeur n'a pas souvent le temps de se consacrer à une étude approfondie de son environnement, d'effectuer des tests et même d'aller régulièrement à la rencontre de tous les acteurs. Les imprévus, l'urgence, la gestion d'évènements ponctuel noient le travail managérial. Aussi une solution est de faire appel à des assistants de maître d'ouvrage ou d'ingénieur d'organisation et de méthode.

⁷² Le rameau détaché est remplacé par un autre

CONCLUSION

La nécessité d'un rapprochement doit être analysée après l'étude de l'existant et au regard d'un contrôle d'opportunité permettant de dégager les conditions de réalisation d'un tel projet.

Je pense que la réussite finale d'un rapprochement d'établissements repose sur la faculté du Directeur à bâtir un projet commun. Généralement, les ouvrages portant sur les mécanismes de coopération ou les rapprochements d'établissements, ont tendance à oublier l'aspect de la participation de l'utilisateur ou des familles.

« La métaphore de l'entreprise fait aujourd'hui des ravages. La vigilance doit être grande quant à la qualité du passage d'une situation à une autre. Et j'émets les plus grandes réserves quant à cette analyse paresseuse fondée sur le rapprochement du monde de la santé et de l'entreprise. L'hôpital n'est pas une entreprise et le directeur d'hôpital n'est pas un chef d'entreprise »⁷³. Cette sentence prononcée par le sociologue Guy Minguet nous rappelle que quelles que soient les décisions que doit prendre le Directeur, celles-ci doivent être prises dans l'intérêt du Service public.

Le Directeur d'établissement sanitaire et social n'est donc pas un simple dirigeant d'entreprise. Il est surtout le garant de la qualité du projet de prise en charge de la personne malade, dépendante et âgée.

⁷³ Guy Minguet, cité dans l'article « La fusion entre établissements, un événement culturel », DS n°95-15-30 avril 1996

Bibliographie

OUVRAGES

ARH Languedoc Roussillon, « *Santé en Languedoc Roussillon, un contrat de progrès pour l'hospitalisation, Rapport d'Orientation Stratégique, Schéma Régional d'Organisation sanitaire 1999-2004* » ARH1998

BARATTA J « *La fusion entre établissement, un évènement culturel* » DS n°95 15 30 avril 1996

CALMES GILLES « *Coopération hospitalière- L'épreuve de vérité* », Editions Massons, 1998

CHEVALIER MICHEL (1806 1879), *Lettres sur l'Amérique du Nord*, tome premier

CONSEIL GENERAL DE L'HERAULT « *Schéma gérontologique du département de l'Hérault, 2003/ 2007* »

DEFOUR JEAN-MATHIEU « *La fusion de l'hôpital local de Grandis et de la Maison de retraite de Letra* » Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique 1999

DELBOS FRED, « *Lodève et ses environs, Mémoire en Image* » Editions Alan Sutton, 1999

GOURNAY B., KESLER J.-F ET.SIWEK-POUYDESSEAU J « *Administration publique* », Presses Universitaires de France, 1963

LAFFONT JEAN JACQUES « *Etapas vers un Etat moderne : Une analyse économique* », in Etat et gestion publique, Conseil d'Analyse économique, La documentation française 1999

LETEURTRE HERVE, MICHEL VAYSSE « *Les tableaux de bord de gestion hospitalière* », Berger-Levrault 1994

LEVINAS EMMANUEL « *Entre nous* », Grasset, 1991

MALINVAUD P., « *Droit des obligations, les mécanismes juridiques des relations économiques* », 6^e édition, 1992

MASSON GALLEAN AURELIE « *Penser l'architecture en long séjour comme un outil au service du projet de vie et de soins, Le cas de la restructuration du service de long séjour de l'Hôpital Local de Lodève* », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique 2000/2001.

MINTZBERG HENRY « *Structure et Dynamique des organisations* » Paris, Editions Organisation, 1982

PAIRE C., DUPONT M., ESPER C., MUZZIN L., « *droit hospitalier* » Dalloz, seconde édition 1999

SEGUIN PIERRE: « *Les politiques de qualités et la gestion des réformes* », in «Etat et Gestion publique », Conseil d'Analyse économique, la documentation française1999

TROSA S, *Conseil d'Analyse économique «Etat et gestion publique »* La documentation Française 1999

ARTICLES

FORCIOLI PASCAL, « *Fusion d'hôpitaux et conflits à l'hôpital* » Gestion hospitalière avril 1999,p256 et s

MALAQUIN S.«*Quels droits, quelle liberté ? Le point de vue des usagers* », Gériatologie et société n°42, 1987, p85 et s.

MINGUET GUY, cité dans l'article « *La fusion entre établissements, un événement culturel* », DS n°95-15-30 avril 1996

ROGIER PHILIPPE, ¹Directeur des collectivités locales et des hôpitaux à DEXIA crédit Local, « *Avec quels partenaires financer les investissements nécessaires à la modernisation du tissu hospitalier ?* » La lettre de l'union-Janvier 2003

TEXTES DE LOI

Loi du 2 janvier 2002

Loi n°75-535 du 30 juin 1975,

L'article L 713.12 C. *Santé*

La Loi n°91-748 du 31 juillet 1991

Article L 714-1 C santé publique

Article R 714-1-1 C santé publique

Article L711-6 du code de santé publique

¹ Article R 711-6-9 C santé publique

¹ Article R 711-6-10 C santé publique

¹ circulaire n°21/ DHEO du 3/06/93 relative à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire

Décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 et décret n°92-776 du 31 juillet 1992 (art R714-3-1 à R714-4-5 C santé Publique)

Arrêté interministériel du 14 novembre 2001 (JO du 20 décembre 2001)

Lettre DH-FH1 n°98-18540 du 27 novembre 1998 relative aux conséquences d'une fusion d'établissements sur les CAP et CTE, Bulletin officiel n° 99/1 3à janvier 1999

Article L710-5 C. Santé publique

Article L 712-20, article R 714-1-2

Article 3, décret n° 92-794 du 14 août 1992

Frédéric DUBOIS - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2003

Article 22 de la loi n°87-571 du 23 juillet 1987, décret d'application n°88-1034 du 7 novembre 1988

Décret n° 97-240 du 17 mars 1997, précisant les règles applicables en matière de constitution de GCS

JURISPRUDENCE

AVIS DU CONSEIL D'ETAT, section sociale du 28 avril 1977 (AJDA, 1978, p. 586)

ARRET DU CONSEIL D'ETAT du 6 février 1981 Epp, Rec., p.745)

AVIS DU CONSEIL D'ETAT du 5 juillet 1985

AVIS DU CONSEIL d'ETAT du 11 août 1995

Liste des annexes

ANNEXE 1

Synthèse des moyens nouveaux octroyés par le contrat d'objectifs et de moyen

ANNEXE 2

Exemple de montage débudgétisé réalisable

ANNEXE 3

Schéma de la méthodologie suivie

ANNEXE 4

Schéma mécaniste de l'organisation du mémoire

ANNEXE 5

Schéma semi matriciel

ANNEXE 6

Organisation différenciée (évolution probable)

ANNEXE 7

Organisation par équipes rotatives

ANNEXE 1

Synthèse des moyens nouveaux octroyés par le contrat d'objectifs et de moyen

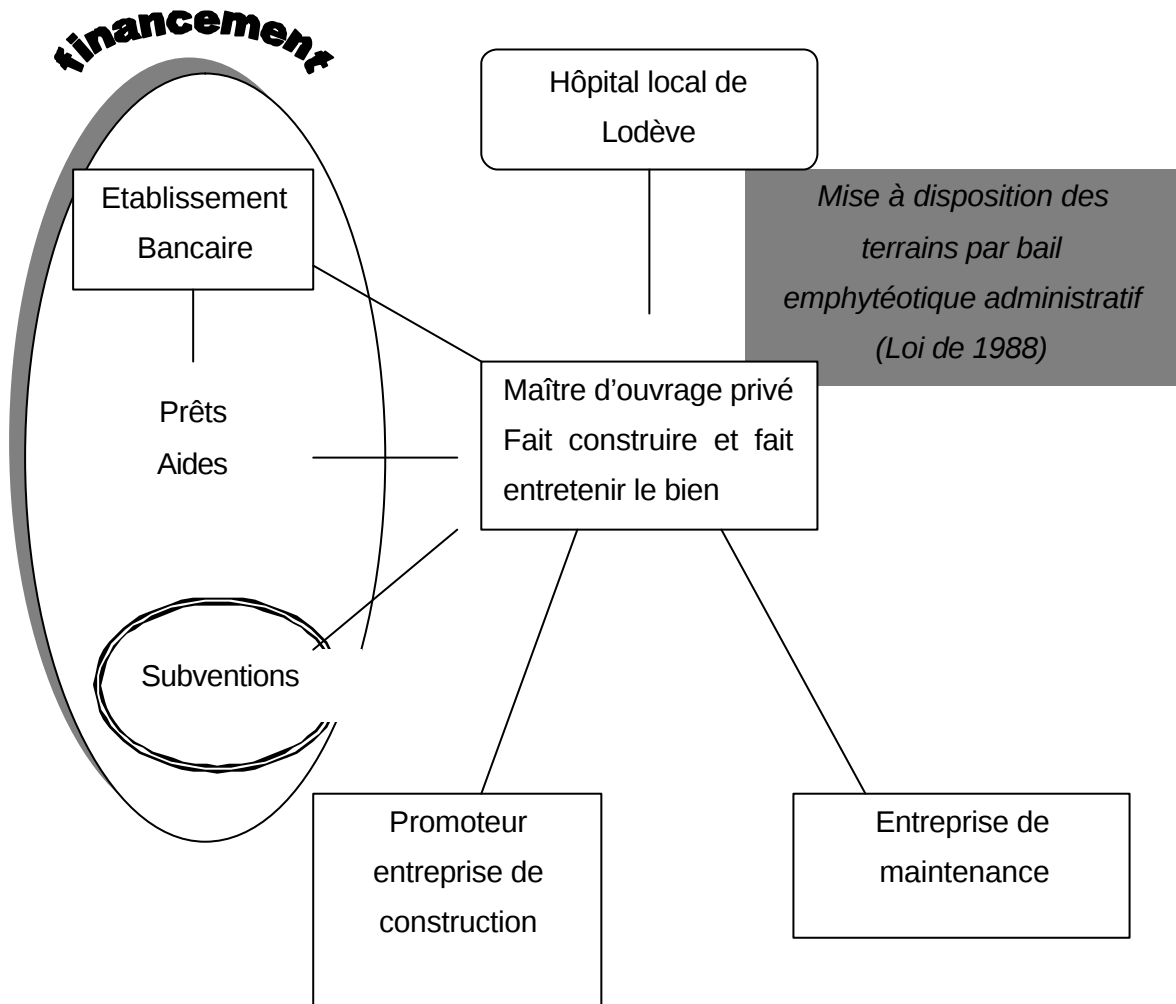
2003	
1 vacation de médecin psychiatre	3 568 euros
1 poste de kinésithérapeute pour 6 mois	20 673 euros
1 poste d'ergothérapeute pour 6 mois	18 300 euros
dotation du groupe II	20 000 euros
	S/total :
	62 541 euros
2004	
1 poste de kinésithérapeute pour 6 mois	20 673 euros
1 poste d'ergothérapeute pour 6 mois	18300 euros
0,2 poste d'assistant social	8 095 euros
0,25 poste de psychologue	12 196 euros
	S/total :
	59 264 euros
2005	
1 poste de secrétaire médical	38786 euros

MONTANT TOTAL (sur 2003, 2004 et 2005) 160 591 euros (soit 1,053MF)

ANNEXE 2

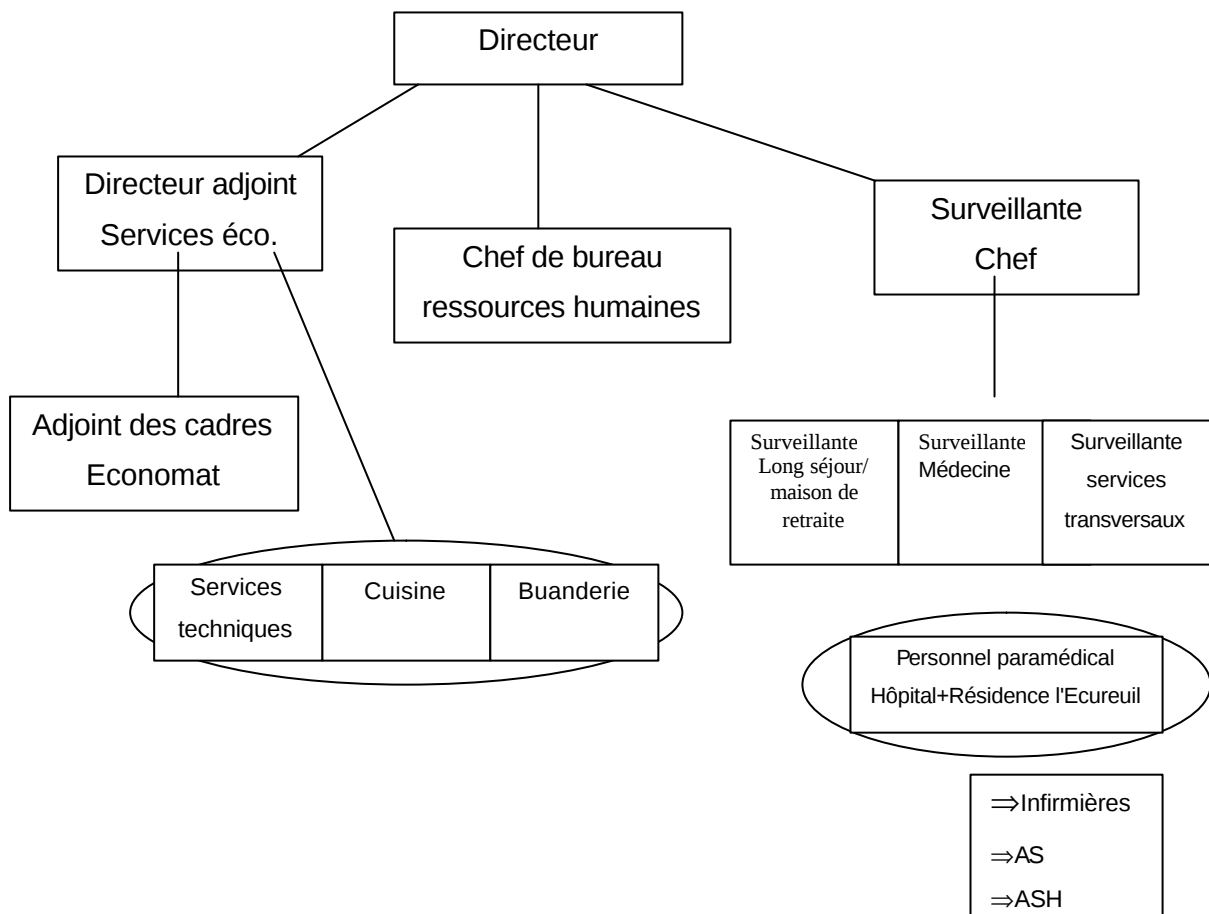
Exemple de montage débudgétisé réalisable

Schéma inspiré de Philippe Rogier, ¹Directeur des collectivités locales et des hôpitaux à DEXIA crédit Local, « Avec quels partenaires financer les investissements nécessaires à la modernisation du tissu hospitalier ? », La lettre de l'union-Janvier 2003



ANNEXE 4

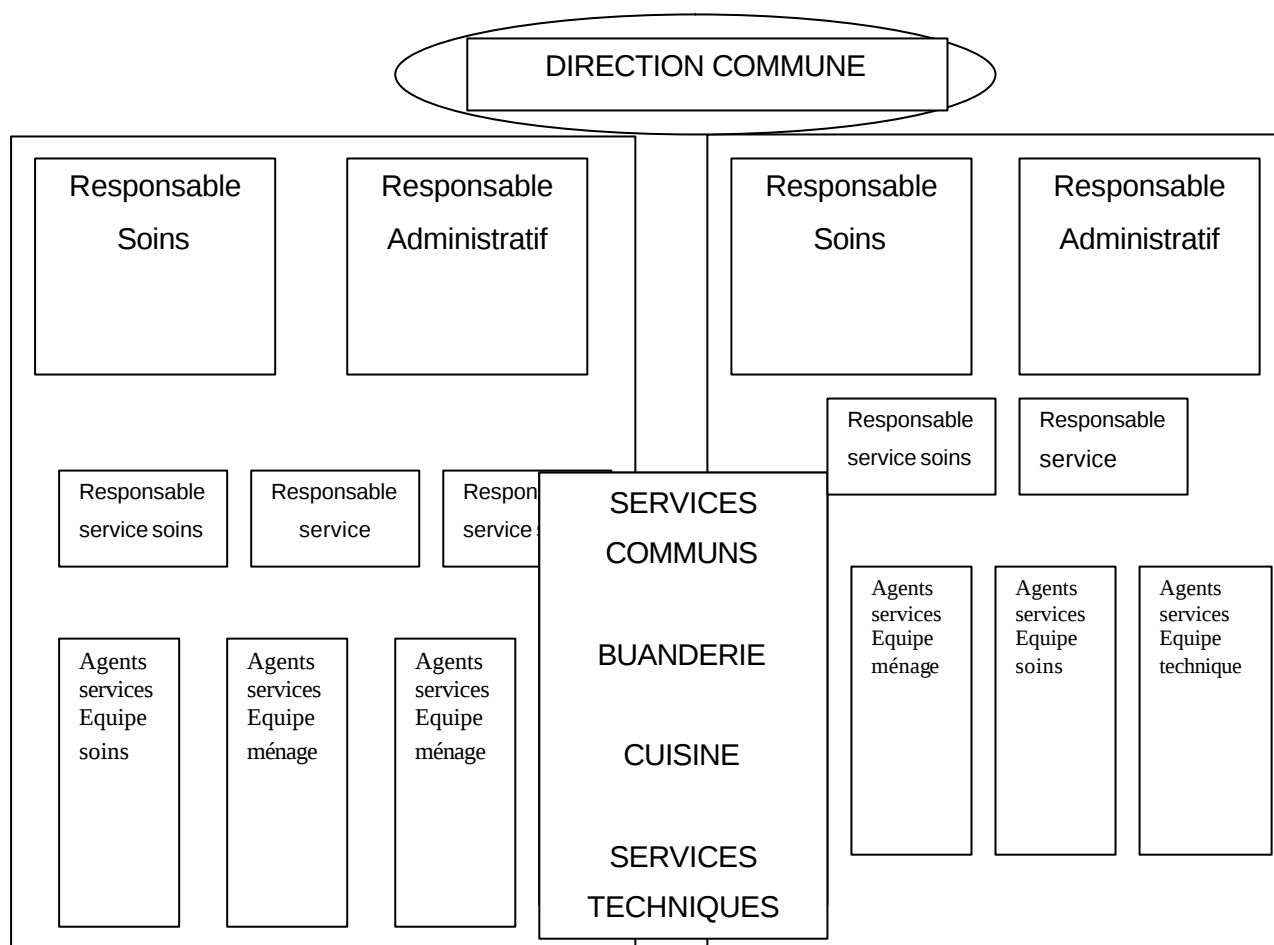
Schéma mécaniste (organisation de l'hôpital)



(non exhaustif)



ANNEXE 6
Organisation différenciée (évolution probable)



ANNEXE 7
Organisation par équipes rotatives

