

EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **Georges Canguilhem (2010-2012)**

Date du Jury : **novembre 2011**

Accompagner les restructurations à l'hôpital : un défi pour le DRH de demain

L'exemple du Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var

« La grandeur d'un métier est peut-être, avant tout, d'unir des hommes : il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines »

Antoine de Saint Exupéry, dans *Terre des hommes*, 1939

Sylvain BATY

Remerciements

Je souhaite vivement remercier toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de la réalisation de ce mémoire. Le partage de leurs analyses et de leurs expériences m'a permis d'enrichir considérablement ma réflexion.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement à M. Michel Bartel, directeur du centre hospitalier Henri Guérin, et à Mme Christine Baron, directrice des ressources humaines et maître de stage, pour m'avoir permis de réaliser mon étude sur ce sujet. Je leur suis très reconnaissant de leur aide et de leurs conseils ainsi que de la confiance qu'ils m'ont témoignée en me permettant d'être acteur de l'accompagnement social des restructurations du Centre Hospitalier Henri Guérin.

Je souhaite, par ailleurs, remercier très sincèrement Mme Nathalie Villaudière, chef de la mission CLASMO à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, qui a accepté d'être mon encadrant mémoire. Ses conseils méthodologiques et son expérience de terrain ont constitué un apport essentiel à mon étude.

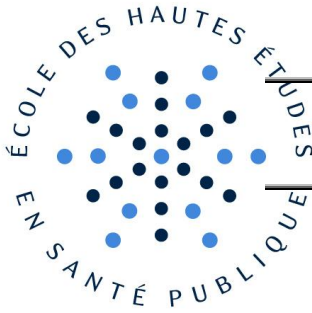
Je remercie également M. Patrick Lucas, professeur à l'EHESP, pour son concours lors de la définition de mon projet de mémoire.

Je remercie enfin toutes les personnes qui, chacune à leur façon, m'ont apporté leur aide et leur soutien lors de la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	5 -
Méthodologie.....	11 -
1 Etat des lieux des restructurations envisagées.....	13 -
1.1 Présentation succincte de l'établissement et de son territoire.....	13 -
1.1.1 Présentation du centre hospitalier Henri Guérin	13 -
1.1.2 Les caractéristiques des secteurs géographiques de responsabilité	14 -
1.1.3 Les moyens de l'établissement	16 -
1.2 Les motifs des restructurations et les objectifs poursuivis	17 -
1.2.1 Des impératifs « gestionnaires ».....	18 -
1.2.2 ... mais d'abord une réponse à des objectifs de santé publique	19 -
1.3 La nature des restructurations envisagées entre 2011 et 2013	20 -
1.3.1 La fermeture de deux unités de psychodépendance	20 -
1.3.2 L'ouverture de l'unité d'hospitalisation à temps complet à Brignoles	21 -
1.3.3 La fermeture de l'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie « Les Alizés » ...	22 -
1.3.4 L'ouverture de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie à Saint-Maximin.....	23 -
1.3.5 L'ouverture d'une Unité Centrale de Production inter-hospitalière	23 -
2 Les facteurs de réussite de l'accompagnement social.....	25
2.1 Les mesures préventives	25
2.1.1 L'analyse du contexte : un espace contraint pour conduire le changement	25
2.1.2 L'évaluation des conséquences des restructurations	28
2.1.3 L'importance d'une démarche projet formalisée	31
2.2 Les principes d'action.....	34
2.2.1 Le pilotage « ouvert » de la démarche d'accompagnement social.....	34
2.2.2 Exploiter tous les outils mobilisables	35
2.2.3 Communiquer de manière adaptée	39
3 La mise en œuvre opérationnelle d'une cellule locale d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (CLASMO).....	41

3.1	La préparation d'un dispositif CLASMO	41
3.1.1	Etude d'opportunité et de faisabilité avec l'Agence Régionale de Santé	41
3.1.2	La définition du périmètre et des missions	43
3.1.3	La mise en place d'une structure de préfiguration à la CLASMO	44
3.2	Les « maître-mots » d'une CLASMO	47
3.2.1	L'écoute.....	47
3.2.2	La communication	48
3.2.3	Le conseil « sur mesure ».....	49
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I



Liste des sigles utilisés

EHESP

ADAPEI : Association Départementale des Amis et Parents de personnes handicapées mentales

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

AP-HM : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

APHP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CAP : Centre d'Accueil Permanent en psychiatrie

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

COP : Cellule d'Orientation Professionnelle

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CHHG : Centre Hospitalier Henri Guérin

CHITS : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail

CLASMO : Cellule Locale d'Accompagnement Social pour la Modernisation des hôpitaux

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DAP : Démarche d'Accompagnement Professionnel

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRH : Direction (ou Directeur) des Ressources Humaines

EMO : Espace Métier Orientation
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP : Equivalent Temps Plein
FASMO : Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des établissements de santé
FIMHO : Fonds d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FMESPP : Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GPMC (ou GPMEC) : Gestion Prévisionnelle des Métiers (des Emplois) et des Compétences
HACCP : *Hazard Analysis Critical Control Point* ou, en français, Analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise
HJ : Hôpital de Jour
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDV : Indemnité de Départ Volontaire
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
PACA : Provence – Alpes - Côte-d'Azur
PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
RSE : Responsabilité Sociale d'Entreprise
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SROS-PRS : Schéma Régional d'Organisation des Soins – Projet Régional de Santé
UCP : Unité Centrale de Production (alimentaire)
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

Introduction

Alors que certains hôpitaux publics expérimentaient à la fin des années 1990 leurs premières opérations de restructurations, ce mouvement s'est aujourd'hui amplifié pour devenir le lot commun de la totalité des hôpitaux français. En effet, depuis les ordonnances « Juppé » de 1996, l'état n'a cessé de se resserrer sur la définition de l'offre de soins, et par voie de conséquence, sur la gestion et l'organisation structurelle des hôpitaux. Le mouvement lancé par ces ordonnances traduisait en effet la volonté de restructurer l'offre hospitalière pour mieux répondre aux besoins de santé identifiés, réduire les inégalités en termes d'accès aux soins, promouvoir la qualité et la sécurité des soins et mieux maîtriser les dépenses d'un secteur géographique donné. Cette volonté s'est illustrée par un renforcement de la déconcentration de l'Etat avec, en 1996, la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et le recours à des outils nouveaux tels que l'accréditation, les contrats d'objectifs et de moyens, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (devenus opposables) ou le programme de médicalisation du système d'information.

Depuis 2005, dans un contexte de « Révision Générale des Politiques Publiques » (RGPP), la mise en place de la tarification à l'activité et de la convergence tarifaire, l'incitation à la coopération (Communauté Hospitalière de Territoire, Groupement de Coopération Sanitaire) ainsi que la création des Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi « *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* »¹, ont encore renforcé cette velléité de recomposer l'offre hospitalière. Si ce mouvement semble à première vue davantage concerner les établissements de petite et moyenne taille, les dernières années attestent que de plus grandes structures telles que les centres hospitaliers universitaires (CHU), y compris l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris² (AP-HP) ou l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille³ (AP-HM), n'échappent pas à ce mouvement de restructurations sans précédent. Comme le note la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), « *De 1997 à 2008, les ARH ont mené quelque 568 opérations de recomposition ayant entraîné des suppressions d'autorisation pour les seules activités de soins en chirurgie (299) et*

¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ». Journal Officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.

² Plan de regroupement des 37 établissements en 12 groupes hospitaliers et induisant la suppression de 3000 emplois sur la période 2010-2012.

³ Plan de restructuration 2010-2013 intéressant les 4 sites de l'APHM, 15 disciplines universitaires et 26 secteurs d'activités.

d'obstétrique (196), qu'il s'agisse de fermetures de sites, de fusions ou de regroupements d'activités »⁴.

Dans un rapport⁵ relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 présenté au Sénat, le rapporteur faisait état de « *restructurations hospitalières inachevées* », pendant que la Cour des Comptes, en 2008, dressait un bilan mitigé de la politique de restructurations initiée par le plan « Juppé » de 1996 et mise en œuvre par les ARH. Dans ce contexte de restructurations tous azimuts, et parfois peu anticipé, il n'est pas anodin que l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ait opté pour la publication d'un « *Guide méthodologique d'accompagnement des restructurations hospitalières*⁶ » en 2011.

Une restructuration peut se définir comme une opération consistant à réorganiser ou réaménager un ensemble devenu inadapté. Cette notion, qui doit être distinguée de celle de « *réorganisation* », au périmètre beaucoup plus large, recouvre au moins trois sens dans la littérature :

- La restructuration du capital, par fusion, acquisition ou cession, qui entraîne la redéfinition de la stratégie et du modèle de développement ainsi que la modification des règles du dialogue social ;
- La restructuration au sens de la diminution de personnel et/ou de la fermeture totale ou partielle d'un site ;
- La restructuration au sens de « *la réorganisation d'une certaine ampleur affectant l'emploi positivement ou négativement* »⁷, qui présente l'avantage de prendre en compte les problématiques de management et de dialogue social à l'occasion de la création d'une nouvelle entité.

Le terme « restructuration » s'est largement répandu dans le monde de l'entreprise depuis les années 1980 du fait de la crise économique et ses conséquences en termes de plans de licenciements et de plans sociaux souvent très médiatisés. Tant est si bien qu'il est parfois employé comme un euphémisme pour annoncer des suppressions d'emplois massives dans un contexte budgétaire déficitaire.

En raison des modalités de financement et du statut de l'hôpital public, le présent mémoire s'attachera à ne prendre en compte que les deux derniers sens du mot

⁴ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, DGOS. « Les chiffres clés de l'offre de soins 2010 », [visité le 10 septembre 2011], disponible sur internet : <http://sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-offre-de-soins.html>

⁵ Rapport n°83 (2008-2009) de M. Alain VASSELE, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 5 novembre 2008.

⁶ Guide non encore publié à la date de rédaction du présent mémoire.

⁷ BULLETIN OFFICIEL DES CONVENTIONS COLLECTIVES, n°86/47, « Accord National Interprofessionnel du 10 février 1969 sur la sécurité de l'emploi ».

« *restructurations* », qui reflètent les notions de « *downsizing* » et de « *reengineering* » développées par les théories managériales anglo-saxonnes, et dorénavant entrées dans le langage courant des managers.

L'hôpital, qui lui a longtemps préféré la notion de « *recomposition hospitalière* », a fini par adopter le terme « *restructuration* » qui était jusqu'à présent réservé au monde de l'entreprise. Mais plutôt que de « *restructuration* », la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (devenue Direction Générale de l'Offre de Soins) utilisait, dans une note sur les restructurations hospitalières⁸, la formule de « *recomposition de l'offre hospitalière* » pour désigner « *un mouvement inéluctable que les pouvoirs publics accompagnent pour répondre de manière optimale aux besoins de la population (...) préserver la qualité dans l'intérêt du malade au meilleur coût, par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers* ».

Cette notion de « *restructuration* » caractérise plusieurs modalités d'intervention, au périmètre très large, et parfois flou : des réorganisations de services, des fermetures en cas de non-respect des normes ou d'activité trop faible, des réorganisations destinées à prendre en compte une évolution majeure des techniques médicales ou le développement de plateaux techniques plus innovants, des formes de coopération, voire des regroupements.

Il est désormais devenu admis que l'hôpital, qu'il soit public ou privé, doive envisager son évolution – accepter le changement – au regard de l'objectif général d'une meilleure intégration de l'offre de soins, ou tout simplement au regard de l'objectif particulier de la survie de certains hôpitaux dans un contexte budgétaire déficitaire, et un contexte démographique très contraint marqué par la multiplication des « *déserts médicaux* », et l'apparition de « *métiers en tension* » ... Jusqu'au milieu des années 2000, l'hôpital public avait l'habitude de déterminer seul sa stratégie de développement en se plaçant davantage dans une perspective de concurrence que de complémentarité avec les établissements de soins voisins. Le contexte était donc peu propice au changement en général, et aux opérations de restructuration en particulier. Ainsi, une restructuration ne doit pas seulement être envisagée et/ou vécue comme une contrainte mais une opportunité dont les forces vives de l'hôpital doivent s'emparer afin que celui-ci s'ouvre, change, se décloisonne, et *in fine* s'adapte en permanence pour mieux servir le public.

Reste que si le principe de devoir évoluer est communément admis, la déclinaison du changement à l'hôpital en objectifs opérationnels à atteindre et en modalités pour y parvenir suscite moult débats et questionnements. Aussi, le champ de l'accompagnement

⁸ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE. DHOS, « Note sur les restructurations hospitalières », juin 1998.

des restructurations apparaît-il comme un enjeu primordial pour le directeur d'hôpital de demain. Or, comme l'observaient P. Minvielle et A-P. Contandriopoulos en 2004, « *le choix d'une doctrine gestionnaire sur ce que pourrait être une conduite opérationnelle de ce changement, à l'échelon du ou des hôpitaux concernés, n'apparaît pas très clair. Les directeurs d'hôpitaux et les professionnels de soins ne sont pas, à de rares exceptions près, formés à la prise en compte de telles considérations*⁹. ».

Le directeur des ressources humaines est peut-être plus que tout autre directeur adjoint en première ligne sur la question des restructurations, du fait non seulement du poids que représentent les ressources humaines dans les charges de l'hôpital (70% en moyenne¹⁰), mais également de l'impact supporté par les agents hospitaliers : obligation de mobilité, suppression de postes, sentiment de déqualification, mal-être au travail, risque psychosocial, gestion des compétences, valorisation des carrières... constituent autant de domaines pour lesquels le DRH se doit de rester vigilant. Cette vigilance doit, en outre, tenir compte de deux contraintes particulières à l'hôpital public : d'une part, les contraintes propres à la gestion des carrières de la fonction publique hospitalière, et d'autre part la nécessaire adaptation des savoirs-faires aux évolutions technologiques pour de nombreux métiers.

Quelle posture doit adopter le directeur des ressources humaines pour accompagner les agents hospitaliers dans un processus de restructuration important ? Au côté de l'administration « traditionnelle » des ressources humaines, la gestion prospective et dynamique, dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) efficiente, prend alors tout son sens. Le DRH constitue un maillon essentiel de la direction pour que l'opération de restructuration réussisse et parvienne à l'objectif qui avait été initialement fixé. Actif dès les prémices du projet de restructuration, il doit en maîtriser le contenu, les objectifs, les enjeux et les conséquences afin de mettre en place, avec ses équipes et les différents acteurs de l'hôpital, un accompagnement qui soit à la fois une réponse adaptée aux souhaits des agents et aux besoins de l'établissement. La difficulté de la mission réside en effet dans le fait que le DRH doit rassembler autour d'un projet commun deux types d'acteurs aux logiques différentes et dont les intérêts peuvent apparaître comme divergents : d'une part, l'agent qui recherche avant tout la stabilité professionnelle, géographique et statutaire, et d'autre part, l'établissement dont l'objectif est de favoriser la mobilité afin de mettre en adéquation ses moyens avec les besoins de la population.

⁹ MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS A-P, « La conduite du changement ; Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? » in *Revue française de gestion*, 2004/3 n°150, p. 29-53.

¹⁰ 85% pour le Centre hospitalier Henri Guérin.

Ce questionnaire intéresse l'établissement au sein duquel j'ai effectué un stage d'application à double titre.

D'une part, le Centre Hospitalier Henri Guérin¹¹ (CHHG) de Pierrefeu-du-Var est un établissement spécialisé en santé mentale. De ce fait, il endosse la mauvaise image, souvent caricaturale, qu'ont, en France, la majorité des hôpitaux psychiatriques : un fonctionnement inertiel, un climat social délétère, un déficit structurel et l'absence de projets d'investissements. Le dernier mouvement de réorganisation d'ampleur connu, au sein de l'établissement, remonte à la fin des années 1980, avec le mouvement de « désinstitutionnalisation de la psychiatrie » conduisant à la reconversion de lits de psychiatrie en places dans des structures alternatives à l'hospitalisation¹².

D'autre part, avec pas moins de cinq chantiers programmés, le CHHG entre dans une période de restructurations sans précédent en 2011, intéressant aussi bien les services de soins que logistiques, et se traduisant aussi bien par la suppression de services, que le transfert d'activités, l'ouverture de nouveaux services, ou la mutualisation d'activités au sein d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Environ 15% des 800 agents sont concernés par ces évolutions qui ont essentiellement pour objet de répondre à un besoin de la population dans le Centre-Var où le rythme d'expansion démographique est très élevé. Il convient de préciser que la structure juridique de l'établissement, n'est pas, du moins à ce stade, remise en cause, que ce soit sous la forme d'une fusion ou d'une coopération renforcée.

Les restructurations revêtent des réalités dont le contenu n'est pas uniforme, ce qui les rend, la plupart du temps, incomparables. Toutefois, celles-ci peuvent être classées selon quatre grands types de redéploiements :

- Ceux donnant lieu à la réaffectation de postes budgétaires libérés par des départs naturels et n'entraînant pas de mouvements de personnels ; dans ce cas, les solutions se présentent en termes de réorganisation du travail et de transformation des emplois de l'établissement.
- Les redéploiements se traduisant par de nouvelles répartitions d'effectifs au sein d'un même secteur d'activité, pour lesquels il conviendra de répondre par une politique d'accompagnement du changement et d'adaptation aux emplois adaptée.
- Ceux nécessitant de procéder à une nouvelle distribution des postes et des agents, parfois entre secteurs d'activité différents et conduisant de ce fait

¹¹ Henri Guérin a été l'édile de la commune à la fin du XIX^{ème} siècle et à l'origine de la construction de l'hôpital en 1887.

¹² Conformément au programme d'action prioritaire n°11 du IX^{ème} Plan (1984-88) « *Mieux moderniser et mieux gérer le système de santé* », le CH Henri Guérin a multiplié les structures extrahospitalières et dans le même temps réduit ses capacités en lits d'hospitalisation des deux tiers.

l'établissement à reconvertir ses agents, par une politique de gestion des ressources humaines dynamique, pour les adapter à leur nouveau métier.

- Enfin, les redéploiements donnant lieu à une mobilité géographique des agents et qui caractérisent les opérations les plus complexes, conduisant parfois l'agent à changer de métier, voire d'hôpital.

Ce n'est que très récemment que l'administration centrale du ministère de la santé s'est intéressée aux mesures d'accompagnement social des restructurations hospitalières. Le premier dispositif d'accompagnement remonte à 1998, avec la création du Fonds pour l'Accompagnement Social et la Modernisation des hôpitaux (FASMO) et du Fonds d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux (FIMHO) dont l'objet était l'octroi de subvention d'accompagnement aux hôpitaux dont les projets contribuaient « *de manière indiscutable à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers* »¹³. Faute de typologie officielle des formes de recomposition et de critères pour définir le montant des ressources allouées, l'accompagnement restait une notion floue et un outil largement sous-utilisé.

Aujourd'hui, l'accompagnement connaît un nouvel élan avec le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) dont l'objet est notamment d'accorder des aides financières aux établissements connaissant une période de restructuration significative. Ce fonds, dont la gestion a été déconcentrée auprès des ARS en janvier 2011, permet également la création de Cellules Locales d'Accompagnement Social pour la Modernisation des hôpitaux (CLASMO), qui viennent, en appui de la direction et à l'écoute des agents, renforcer les possibilités d'un compromis social acceptable.

Ma réflexion s'articulera autour de trois parties. La première aura pour objet d'établir un état des lieux nécessaire à la compréhension des restructurations envisagées au sein de l'établissement étudié. Puis, dans une seconde partie, je mettrai l'accent sur les modalités d'intervention que le directeur des ressources humaines doit mettre en œuvre pour que l'opération d'accompagnement réussisse. Enfin, je terminerai mon propos par la description de la mise en œuvre opérationnelle d'une CLASMO.

¹³ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE, DHOS. Circulaire DH/AF n°134, 3 mars 1999.

Méthodologie

Au-delà des sources figurant en bibliographie, ce mémoire professionnel a été réalisé selon la méthodologie suivante :

➤ l'observation et l'action directes sur le terrain

Ayant eu pour mission tout au long de mon stage de mettre en œuvre l'accompagnement social des restructurations de l'établissement, j'ai immédiatement été placé en situation d'acteur, positionné en appui du chef d'établissement et de la directrice des ressources humaines. En corrélation avec les objectifs du stage, il m'a été permis de participer à la concertation sur la définition du projet médical, aux réunions mensuelles avec les organisations syndicales, à la création et au pilotage d'une cellule de préfiguration CLASMO, ou encore de conduire des entretiens avec des agents, de procéder à la rédaction du projet social, ou d'engager une concertation avec l'ARS PACA sur le contenu du dossier d'éligibilité FMESPP.

L'ensemble de ce travail de terrain a contribué, au premier chef, à alimenter la réflexion menée et à valider ou infirmer les hypothèses que j'avais envisagées. L'action sur le terrain s'est accompagnée de l'observation directe d'acteurs prenant part au projet : appréhension de l'état d'esprit des agents à l'occasion de visites dans les services restructurés, prise en considération des interrogations des directeurs, des médecins, des cadres à l'occasion d'entretiens, évaluation du positionnement de la communauté médicale et des partenaires sociaux à l'occasion de diverses instances (Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail), ou réunions (réunions préparatoires à l'élaboration de l'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses 2011, comité de suivi de l'absentéisme...).

➤ la conduite d'entretiens

Les entretiens menés ont permis de collecter de multiples informations, tant des informations de terrain que des informations d'ordre technique, culturel ou psychologique ou des conseils méthodologiques.

La liste des personnes avec lesquelles j'ai mené un entretien figure en annexe I du présent rapport.

1 Etat des lieux des restructurations envisagées

Il serait certainement illusoire de vouloir parvenir à l'esquisse d'un modèle unique d'accompagnement des restructurations d'un hôpital. En effet, chaque opération de restructuration est spécifique et doit être abordée avec pragmatisme en tenant compte du contexte de l'organisme restructuré au moment de la restructuration. Mener à bien un projet d'accompagnement nécessite de réaliser un état des lieux préalable des restructurations envisagées par un établissement donné.

1.1 Présentation succincte de l'établissement et de son territoire

Le département du Var, peuplé d'un million d'habitants, est découpé en deux territoires de santé : « Var Est » qui comprend les centres hospitaliers de Fréjus/Saint-Raphaël et Draguignan, et « Var Ouest » qui regroupe, outre le CHHG, le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne (CHITS), et les centres hospitaliers « Marie-José Treffot » (Hyères), « Renée Sabran »¹⁴ (HCL à Hyères), « San Salvador »¹⁵ (APHP à Hyères) et « Gabriel Marcel » (Brignoles).

1.1.1 Présentation du centre hospitalier Henri Guérin

Le CH Henri Guérin constitue, avec 330 lits et places, un établissement de taille moyenne pour un établissement spécialisé en psychiatrie. Il se caractérise par la dispersion géographique de ses structures extrahospitalières de prise en charge sur huit communes (Brignoles, Saint-Maximin, Cuers, Hyères, Giens, Cuers, La Garde, Solliès-Pont) et par la multiplicité des modes de prise en charge. Outre les unités de soins à temps complet, l'hôpital dispose d'hôpitaux de jour (HJ), de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), de centres médico-psychologiques (CMP), de centres d'accueil permanent (CAP), de centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), d'une unité de consultation et soins ambulatoires (UCSA) située au Centre Pénitentiaire de La Farlède, mais également de places en Accueil Familial Thérapeutique (AFT), en appartement communautaire ou auprès de familles gouvernantes.

A la fin de l'année 2010, une organisation en filières de soins homogènes a été mise en œuvre afin de remédier à la cohabitation de patients aux pathologies différenciées et de rationaliser l'offre de soins. Ces filières s'organisent désormais autour d'un nouveau découpage en sept pôles médicaux :

¹⁴ Hôpital qui relève des Hospices Civils de Lyon

¹⁵ Hôpital qui relève de l'AP-HP

- Les pôles de psychiatrie générale « Nord » (secteurs G06 et G09¹⁶) et « Sud » (secteurs G07 et G08), qui composent la filière de psychiatrie générale adulte d'hospitalisation libre et les structures extrahospitalières associées
- Le pôle médico-légal (filière d'hospitalisation sous contrainte)
- Le pôle de pédopsychiatrie (inter-secteurs 83 I03¹⁷)
- Le pôle de gérontopsychiatrie
- Le pôle d'addictologie
- Le pôle des activités spécifiques qui comprend notamment le Département de psychodépendance (patients polyhandicapés)

En dépit de cette organisation en pôles médicaux, il convient de préciser que la mise en œuvre d'une délégation de gestion à leur profit n'est pas encore parvenue à son terme. Les contrats de pôle ainsi que les projets de pôle associés, actuellement en cours de définition et de rédaction, devraient être adoptés d'ici la fin de l'année 2011.

Accrédité en 2004, puis certifié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008, l'établissement fera l'objet d'une nouvelle visite de certification au cours du 1^{er} semestre 2012.

1.1.2 Les caractéristiques des secteurs géographiques de responsabilité

- Des bassins de population hétérogènes et distants

Le siège de l'hôpital est historiquement rattaché à la ville de Pierrefeu-du-Var, petite ville de 5000 habitants en zone rurale, se situant à environ 30 kilomètres à l'Est de Toulon. Ses secteurs de responsabilité s'étalent sur une soixantaine de communes sur un territoire long de 90 kilomètres du Nord au Sud et large de 70 kilomètres d'Est en Ouest. Les secteurs Sud sont les plus peuplés¹⁸ et urbanisés, et sont marqués par de fortes variations saisonnières liées à la proximité de la côte méditerranéenne. Les principales villes sont Hyères (52 000 habitants) et La Garde (26 000 habitants). Les secteurs Nord sont à dominante rurale et relativement isolés, notamment pour les communes du Haut-Var. Les principales villes sont Brignoles (16 000 habitants), Saint-Maximin-la-Sainte-Baume (14 000 habitants). La commune de Pierrefeu-du-Var en fait également partie, bien que se situant plus proche du bassin « hyérois » (15 kilomètres) que du bassin « brignolais » (40 kilomètres).

¹⁶ Cf. la répartition en secteurs représentée par la carte en annexe n°II.

¹⁷ Cf. annexe n°II.

¹⁸ 2/3 de la population des secteurs de responsabilité.

➤ Un territoire à fort dynamisme démographique

Le département du Var se singularise, dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), par une forte croissance démographique qui s'explique à 95% par le solde migratoire. Au dernier recensement de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE, 2008), la population des quatre secteurs de psychiatrie générale s'élevait à 318 904 habitants, et présentait une croissance annuelle de 1,5 %, rythme supérieur à l'ensemble du département (1,4% par an) et quasiment quatre fois plus élevé que l'ensemble du territoire national (0,4%). Parmi les quatre secteurs, ce sont les deux secteurs ruraux et les moins peuplés qui enregistrent la plus forte évolution, les cantons situés au nord de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume et au sud de Brignoles enregistrant les plus forts taux de croissance. Il convient de préciser que la proportion des populations âgées de moins de 20 ans et de plus de 75 ans y est plus élevée que dans l'ensemble du Var.

➤ Une demande en « santé mentale » élevée en raison :

- d'une forte précarité de la population qui induit des comportements d'isolement, d'échec, de conduites à risques, des conduites addictives et des situations de violence ;
- d'une forte prévalence des affectations psychiatriques de longue durée¹⁹ ;
- du développement croissant de troubles psychiatriques chez les personnes détenues au Centre Pénitentiaire de La Farlède²⁰, au sein duquel le CHHG dispose d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- de l'incidence croissante du suicide, à un niveau plus élevé qu'au niveau national ;
- de l'incidence de la maladie mentale aux âges extrêmes de la vie : les jeunes et les personnes âgées.

➤ Une offre de soins inférieure à celle observée au niveau national :

Trois hôpitaux publics généraux présentent une offre de soins en psychiatrie²¹ au sein du département, soit un total de 660 lits et places contre environ 500 pour le secteur privé lucratif. S'ajoutent six établissements privés à but lucratif²², dont deux seulement au sein

¹⁹ La région PACA se trouve dans le 4^{ème} quartile de prévalence pour cette pathologie.

Source : CNAMTS-DSES (données du régime général au 31/12/2009).

²⁰ Une enquête réalisée au mois de juin 2001, dans les SMPR, auprès des détenus rencontrés lors de l'entretien d'accueil à l'entrée en détention ou suivis régulièrement dans leurs services, a permis d'identifier des troubles psychiatriques chez un entrant en détention sur deux.

Source : DREES, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus », *Etudes et Résultats*, n° 181, juillet 2002.

²¹ CH de Draguignan, CHI Fréjus-Saint-Raphaël, CHITS.

²² Au sein des secteurs du CHHG : Clinique postcure « Bois Saint-Joseph » à La Crau, Clinique « Les Trois Solliès » à Solliès Toucas. Hors secteurs : Clinique « Saint-Martin » à Ollioules, Sylvain BATY - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2011

des secteurs de responsabilité du CHHG. Seules les cliniques « Bois Saint-Joseph » avec 81 lits et places²³ et « Les Trois Solliès » avec 106 lits et 10 places²⁴, constituent une réelle alternative au CHHG.

Au bilan, on compte 14,3 lits et places pour 10 000 habitants en région PACA, mais seulement 12,9 pour 10 000²⁵ dans le Var contre 13,2 au niveau national.

1.1.3 Les moyens de l'établissement

Les moyens de l'établissement connaissent en 2011 un profond bouleversement.

➤ Les capacités

Les capacités d'hospitalisation à temps complet sont en nette diminution depuis les cinq dernières années, passant de 239 à 213 lits. Les places en hôpital de jour (HJ) et en accueil familial thérapeutique se stabilisent respectivement autour de 112 et de 5. Le taux d'occupation est très élevé et dépasse structurellement les 90%, ce qui laisse peu de marge pour la prise en charge de situations urgentes. La durée moyenne de séjour est de 46,2 jours et le taux de rotation de 7,16.

➤ Les ressources humaines

Le CHHG compte environ 750 agents non médicaux, correspondant à 715 Equivalents Temps Plein (ETP). Avec une moyenne de 94% de titulaires (98% pour les infirmiers et les aides-soignants, 97% pour les agents de bio-nettoyage), l'établissement présente une surreprésentation de personnels titulaires au regard des autres établissements spécialisés en santé mentale. Sa marge de manœuvre est donc relativement faible pour faire face à un projet de restructuration et à un plan de redressement.

Par ailleurs, si les personnels soignants et éducatifs représentent 75% des effectifs, la catégorie « infirmiers » est sous représentée de 2 à 3% au regard des autres établissements de même type. A l'inverse, la catégorie « aides-soignants » est surreprésentée, de l'ordre de 5%.

En outre, l'établissement présente une pyramide des âges très vieillissante : 35 % des agents ont plus de 50 ans et 16% plus de 55 ans. La catégorie aides-soignants est la plus concernée par ce vieillissement. Par ailleurs, 20 infirmiers (soit 10% des effectifs) pourront exercer leur droit à départ en retraite entre 2011 et 2013.

L'établissement emploie également 46 médecins, somaticiens ou psychiatres.

➤ Le budget

Clinique « L'Arthémise » à Toulon, « La Salvate » à Le Revest-les-Eaux, « Clinique du Golfe » à Cogolin.

²³ Environ 35% des patients de cette clinique sont originaires du Var.

²⁴ 85% des patients proviennent du secteur psychiatrique de rattachement.

²⁵ DREES, RAPSY 2008, données administratives.

A l'examen de l'EPRD 2010 et du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP), l'Agence Régionale de Santé PACA a constaté un déséquilibre financier faisant apparaître de manière cumulative un déficit de 2,91 % du total des produits du compte d'exploitation principal et une insuffisance des capacités d'autofinancement liée à la réalisation de trois opérations de travaux. Dans ce contexte, un plan de redressement a été présenté par le CHHG au deuxième semestre 2010 et validé par l'ARS en avril 2011. Les modalités de retour à l'équilibre budgétaire prévoient en priorité :

- La réorganisation des temps, cycles et roulements de travail ;
- La diminution du taux d'absentéisme de l'établissement ;
- Un programme de cessions d'actifs immobiliers pour environ deux millions d'euros ;
- L'accompagnement social des restructurations.

➤ Les locaux

L'établissement s'attache à adapter en permanence ses locaux d'hospitalisation, mais il ne peut le faire que dans le cadre d'un environnement contraint à la fois par la structure physique de ses bâtiments et du fait de ses capacités budgétaires. Si les bâtiments hébergeant les unités de prise en charge des patients lourdement handicapés ont fait l'objet, sur la période 2003-2004, d'un programme d'aménagement et de réhabilitation, une marge de progrès importante reste à réaliser, avec les contraintes du bâti existant. En effet, de nombreux locaux sont globalement insuffisants et mal adaptés : manque d'espace, manque de sanitaires privatifs, accès insuffisant à des espaces extérieurs protégés. Une partie non négligeable du parc hospitalier est vétuste et insuffisante au regard des exigences requises aujourd'hui pour assurer la sécurité et la dignité des patients. En réponse à ce constat, le CHHG s'est lancé depuis 2010 dans un vaste programme de constructions neuves :

- Construction d'un bâtiment de psychiatrie générale de 46 lits sur le site principal du CHHG, à vocation médico-légale : 2730 m² pour un coût de 3,3 M€
- Construction d'un bâtiment de psychiatrie générale de 20 lits à Brignoles : 1070 m² pour un coût de 5,8 M€
- Construction d'un bâtiment « Pôle Adultes Enfants » pour les structures de soins ambulatoires à Saint-Maximin-la-Sainte-Baume : 1550 m² pour un coût de 2,8 M€

1.2 Les motifs des restructurations et les objectifs poursuivis

Pourquoi restructure-t-on ? La réponse à cette question est centrale dans la mesure où une restructuration doit être comprise par tous, et en premier lieu, par les professionnels

soignants. Il ne s'agit pas d'un phénomène de mode, d'un caprice des gestionnaires ou d'un remède miraculeux aux maux de l'hôpital.

A.VALETTE et J-L. DENIS²⁶ distinguent trois types de restructuration dans le domaine clinique dont le niveau de légitimité va généralement décroissant : tout d'abord, les « *restructurations adaptatives* » qui correspondent aux réponses apportées par les gestionnaires à une évolution des besoins et des pratiques cliniques en cours ; ensuite, les « *restructurations normalisantes* », celles des experts, sont les projets tentant de contraindre les services cliniques à adopter ce qui peut être considéré à un moment donné comme une bonne pratique ; enfin, les « *restructurations déconnectées des pratiques* » sont celles qui ont pour objet de résoudre des difficultés, souvent d'ordre gestionnaire, sans lien direct avec les pratiques cliniques.

1.2.1 Des impératifs « gestionnaires »...

La mise en œuvre des restructurations fait partie intégrante du plan de redressement du Centre Hospitalier Henri Guérin, approuvé par l'ARS en début d'année 2011. *De facto*, elles intègrent une priorité d'ordre gestionnaire – une meilleure allocation des ressources financières – conduisant à la constitution de filières de soins homogènes et justifiant le rapprochement et/ou la fermeture de certains services.

Le projet d'Unité Centrale de Production inter-hospitalière, l'UCP « Santalys », est l'exemple-type de restructuration de fonctions supports répondant à des considérations de l'ordre de l'efficacité économique. Il s'agit d'une opération de construction d'un centre de production alimentaire associant, dans le cadre du GCS « Santalys », trois hôpitaux fondateurs – le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne, le centre hospitalier « Marie-José Treffot » d'Hyères et le CHHG – tous trois distants de 20 à 30 kilomètres les uns des autres. Du fait de la mutualisation des coûts de fonctionnement et d'investissement, il est prévu que le coût de revient du repas distribué soit abaissé de près de 20% (5,38€, avec un objectif de 5,08€ sur 7 ans, contre 6.31€ aujourd'hui avec le service de restauration du CHHG). En outre, la chaîne de production bénéficiera d'équipements neufs, modernes et répondant aux exigences « HACCP²⁷ » que les installations actuelles ne permettront plus de respecter à très court terme. L'économie principale proviendra essentiellement du gain sur les effectifs employés : 120 ETP, contre 145 à ce jour, soit une économie de 25 ETP. Les agents des services de restauration existants auront la possibilité d'exercer au sein du futur GCS dans le cadre d'une mise à disposition. Ainsi, pour le CHHG, cela se traduira, sur le titre 1 de dépenses, par une

²⁶ A. VALETTE, A-P. CONTANDRIOPOULOS, J-L. DENIS, D. CONTANDRIOPOULOS, 2005, *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*, Presses Universitaires de Montréal.

²⁷ *Hazard, Analysis, Critical Control Point* ; méthode de maîtrise des risques sanitaires qui s'impose notamment aux établissements régissant une activité de restauration collective.

économie équivalente à la rémunération des agents du CHHG qui auront fait le choix d'évoluer professionnellement au sein du GCS « Santalys »²⁸.

Même si le motif est rarement évoqué pour des raisons politiques et idéologiques, la restructuration des services de soins peut répondre également à des impératifs économiques. Ainsi, au bénéfice du développement d'une prise en charge de type médico-social, deux activités d'hospitalisation à temps complet feront l'objet d'une fermeture. Il s'agit d'une part de l'unité d'hospitalisation à temps plein « Les Alizés » employant 15 agents pour la prise en charge de seulement trois enfants. D'autre part, deux services d'hospitalisation pour patients polyhandicapés seront transférés au profit du secteur associatif non lucratif dans le cadre d'une prise en charge médico-sociale. Outre le temps praticien hospitalier économisé (0,2 ETP), les effectifs soignants dédiés à ce type de prise en charge, et notamment les infirmiers, seront réduits des deux tiers (cf. supra paragraphe 1.3.5.).

1.2.2 ... mais d'abord une réponse à des objectifs de santé publique

Toutefois, les projets de restructuration des services de soins du CHHG répondent, en première intention, à des objectifs de santé publique inscrits au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006-2010, dit « de 3^{ème} génération », pour le territoire de santé Var Ouest, contractualisés dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et repris par le projet d'établissement 2005-2010.

Pour la psychiatrie générale, les objectifs fixés par le SROS 3 sont les suivants :

- ✓ Renforcer l'offre de soins pour le territoire de proximité de Brignoles (territoire qualifié de « zone blanche »), en raison de la forte croissance démographique attendue (15,7% sur la période), et notamment l'offre de lits de psychiatrie aigüe à proximité du centre hospitalier « Gabriel Marcel » de Brignoles ;
- ✓ Développer la prise en charge ambulatoire par la poursuite du développement des hôpitaux de jour et des modes de prises en charge alternatifs à l'hospitalisation, notamment en structures d'aval (Maison d'accueil spécialisé²⁹, Foyer d'accueil médicalisé, Foyer occupationnel).

Pour la pédopsychiatrie, le SROS 3 pose comme priorités :

- ✓ le renforcement des moyens sur le secteur de Brignoles-Saint-Maximin à partir d'une délocalisation de l'hôpital de jour intra-muros du centre

²⁸ 13 agents sur 21 agents au moment de la rédaction du mémoire.

²⁹ Le projet de création d'une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) avait été approuvé dans le cadre du projet d'établissement précédent, mais n'avait pas pu être réalisé en raison de capacités de financement insuffisantes et du manque de soutien de la part de l'ARH.

hospitalier de Pierrefeu, avec un objectif de 108 places, contre 68 installées en 2005 ;

- ✓ le renforcement de la couverture du territoire en Centres Médico-Psychologiques, notamment sur la zone de Brignoles, où la population de jeunes devrait rester stationnaire contrairement à la tendance à la baisse observée pour le reste de la région. Ce territoire recouvre par ailleurs une véritable « zone blanche » en termes de prise en charge des enfants et adolescents (canton de Saint-Maximin).

Pour reprendre la classification d'A. VALETTE et J-L. DENIS évoquée précédemment, il apparaît clairement que les projets de restructuration des services de soins du CHHG sont, pour une partie, des « *restructurations adaptives* » ayant pour objet de tenir compte des besoins d'une population donnée (bassins de population du Centre-Var), et pour l'autre partie, des restructurations « *normalisantes* » répondant à l'objectif de développer les structures alternatives à l'hospitalisation.

1.3 La nature des restructurations envisagées entre 2011 et 2013

L'année 2010 a constitué un véritable tournant pour le Centre Hospitalier Henri Guérin du fait de l'ampleur du mouvement de modernisation entrepris. Après l'aménagement d'une Maison des Usagers en début d'année 2010, l'établissement a entrepris la construction de trois chantiers simultanés représentant un investissement de près de 10 millions d'euros :

- construction d'une unité d'hospitalisation de 46 lits, dans le cadre du projet « *Humanisation des conditions d'hospitalisation* » pour la filière des soins sous contrainte³⁰ ;
- construction d'un pôle Adultes-Enfants à Saint-Maximin-la-Sainte-Baume ;
- construction d'un bâtiment d'hospitalisation à temps complet de 20 lits à Brignoles.

Par ailleurs, en mars 2011, les travaux de construction d'une Maison d'Accueil Spécialisé ont débuté sur le site du CHHG, et en 2012, aura lieu la pose de la première pierre du futur centre de production alimentaire inter-hospitalier.

Le périmètre des unités restructurées concerne au total cinq projets détaillés ci-après.

1.3.1 La fermeture de deux unités de psychodépendance

La construction d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) sur le site de l'hôpital se traduira par le transfert, en septembre 2012, de 40 patients polyhandicapés vers un

³⁰ Ce projet ne sera pas examiné dans le cadre de l'étude, étant donné qu'il ne se traduira « que » par le déménagement et le regroupement de deux unités d'hospitalisation, situées toutes les deux sur le site principal du CHHG.

établissement médico-social géré par l'ADAPEI³¹ du Var. Ce transfert d'activité se traduira, pour le CHHG, par la fermeture de deux unités de 20 lits du Département de psychodépendance³² et la suppression de 30 postes budgétaires, dont 16 aides-soignants en CDD et 18 agents titulaires concernés par un redéploiement.

La MAS « Les Acacias » sera composée de cinq unités de vie accueillant chacune 12 résidents, pris en charge par une équipe pluridisciplinaire composée de 3 éducateurs spécialisés, 4 aides-soignants et 3 aides médico-psychologique. Six infirmiers assisteront l'équipe médicale pour assurer les soins des patients. Ce nouvel établissement se situera à quelques dizaines de mètres des services d'hospitalisation actuels et n'entraînera donc pas de bouleversement au quotidien pour les patients comme pour les agents.

D'ici l'ouverture de la MAS « Les Acacias » prévue en septembre 2012, trois types d'actions seront envisagés par la direction des ressources humaines :

- ✓ Accompagnement du redéploiement des agents titulaires, soit par une mise à disposition auprès de l'ADAPEI, soit par la proposition d'un nouveau poste au sein de l'hôpital. Le dispositif de mise à disposition est encore à négocier avec l'ADAPEI et pourrait être réalisé dans le cadre d'un GCS.
- ✓ Accompagnement des agents titulaires pour un recrutement direct par l'ADAPEI. A cet égard, il convient toutefois de préciser que l'hypothèse d'une démission d'un agent, qui serait bénéfique pour l'établissement, ne l'est pas pour l'agent qui y perdrait au niveau des garanties statutaires et de la rémunération.
- ✓ Accompagnement des agents en CDD pour un recrutement éventuel par l'ADAPEI. Les agents qui ont acquis leur expérience dans des unités d'hospitalisation au sein desquelles les conditions de travail sont réputées difficiles, qui connaissent les patients parfois depuis plusieurs années, et qui souhaiteraient poursuivre leur évolution professionnelle dans ce domaine d'activité spécialisé, peuvent en effet constituer une aubaine pour l'ADAPEI.

En tout état de cause, les redéploiements des personnels titulaires, et ce quel qu'en soit le mode (mise à disposition, recrutement direct), ne pourront se faire que sur la base du volontariat des agents concernés.

1.3.2 L'ouverture de l'unité d'hospitalisation à temps complet à Brignoles

L'ouverture d'une unité d'hospitalisation de psychiatrie générale à temps complet de 20 lits à Brignoles devait initialement intervenir en juin 2011³³, à la suite de la réception technique du bâtiment et de la pose des derniers équipements. Confronté à la difficulté d'optimisation de ses ressources humaines et à l'absence de projet médical pour cette

³¹ Association loi 1901 à but non lucratif, l'Association départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales est affiliée à l'UNAPEI et à la FEGAPEI.

³² Appellation donnée au département réunissant trois unités de 20 lits accueillant des patients polyhandicapés. Ce département fait partie intégrante du Pôle « activités transversales ».

³³ Echéance annoncée dans le plan de redressement.

nouvelle structure, l'établissement a dû repousser son ouverture à la fin de l'année 2011, sans qu'il soit certain que celle-ci se réalise dans l'année. La mise en œuvre de cette unité devait « *se réaliser à partir des effectifs de l'unité existante qui doit ainsi être redéployée* » selon les termes du dossier d'autorisation. Si « l'unité existante à redéployer » avait initialement été ciblée (il s'agit de l'unité de 20 lits « L'Olivier » située sur le site principal du CHHG et relevant du Pôle de psychiatrie générale « Nord »), ce redéploiement ne pourra finalement pas avoir lieu en raison de l'orientation de « L'Olivier » en unité de « Psychiatrie communautaire³⁴ ». Ainsi, sauf à dégager des marges de manœuvre en termes de ressources humaines, l'établissement se trouve en quelque sorte dans l'impasse pour ouvrir cette nouvelle structure à effectif constant.

Pour satisfaire à cet objectif, 31 postes (en équivalent temps plein) sont à pourvoir : 1 cadre de santé, 23 infirmiers ou aides-soignants, 1 assistant socio-éducatif, 1 psychologue, 4 agents des services hospitaliers, 1 secrétaire médicale. Auxquels s'ajoutent deux équivalents temps plein de psychiatre.

1.3.3 La fermeture de l'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie « Les Alizés »

L'unité d'hospitalisation à temps complet « Les Alizés » prend en charge aujourd'hui trois enfants dans un bâtiment pouvant en accueillir dix. Il s'agit d'enfants autistes présentant des troubles graves du comportement pour lesquels l'équipe soignante doit trouver un établissement d'accueil adéquat avant d'envisager la fermeture définitive de la structure, dont le principe est posé depuis 2008 et a été fixé à juin 2011 dans le plan de redressement. Non seulement le maintien d'une telle unité est très coûteux pour l'établissement, mais il ne répond plus aux objectifs de santé publique visant à éviter la prise en charge à temps complet d'enfants en hôpital psychiatrique. La structure emploie aujourd'hui une équipe de 15 agents, réticents pour la plupart à la fermeture de l'unité. Une certaine résistance au changement est également exprimée par le médecin chef du pôle « pédopsychiatrie » et le cadre de pôle. Pourtant, ces effectifs devront être redéployés d'une part pour constituer une équipe mobile pédopsychiatrique et d'autre part pour permettre l'ouverture de l'hôpital de jour pour enfants récemment construit à Saint-Maximin-la-Sainte-Baume, et qui n'a toujours pas été investi.

³⁴ Traduction de « *community psychiatry* » pour désigner une branche de la psychiatrie destinée à mettre en œuvre un programme de soins coordonné au profit d'une population spécifique souffrant de troubles mentaux graves.

1.3.4 L'ouverture de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie à Saint-Maximin

Le pôle de psychiatrie Adulte-Enfant de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume fait partie des récents investissements immobiliers réalisés par l'établissement. Construit au cours de l'année 2010, le bâtiment a fait l'objet d'une ouverture partielle en février 2011. La partie « adulte » a été intégralement ouverte, notamment son hôpital de jour qui a été mis en place, sans accompagnement social, avec les moyens de l'hôpital de jour « Les Goélands » se trouvant à Pierrefeu, sur le site principal du CHHG. En revanche, les locaux destinés à l'hôpital de jour pour enfants sont restés vacants, faute d'effectifs suffisants au sein du pôle de pédopsychiatrie. Neuf agents à temps plein seraient nécessaires pour faire fonctionner cette structure. Aucune échéance n'a été fixée pour parvenir à cet objectif. En fonction des priorités du prochain Plan de santé mentale et des moyens qui seront accordés par l'ARS, il est probable qu'une partie des effectifs jusqu'à présent mobilisés par l'unité « Les Alizés » soit sollicitée à la suite de sa fermeture et nécessite un accompagnement social.

1.3.5 L'ouverture d'une Unité Centrale de Production inter-hospitalière

Face à l'obligation de reconstruire chacun leur unité de production alimentaire, les trois établissements de santé publics de Toulon/La Seyne sur Mer, Hyères et Pierrefeu ont décidé de construire un projet commun autour de trois idées fortes :

- Maintenir l'activité au cœur du domaine hospitalier public, en raison d'une forte et réelle spécificité hospitalière en matière de restauration ;
- Bâtir un projet très innovant tant du point de vue des *process* utilisés que de la performance globale ;
- Centrer le projet autour du métier de cuisinier hospitalier, en reconnaissant les savoir-faire et en valorisant les compétences des personnels transférés.

Ainsi, « Santalys », le Groupement de Coopération Sanitaire qui sera créé à cette occasion, aura vocation à intervenir uniquement dans le champ sanitaire et social mais pourra servir des clients privés ou publics. L'UCP fabriquera et assemblera environ 8 000 repas/jour (soit plus de 2 millions par an) et assurera leur distribution. Elle devrait employer environ 120 personnes et servir l'ensemble des repas pour les patients et les personnels des trois établissements. Sa mise en service devrait intervenir en septembre 2013. Chaque établissement hospitalier desservi comprendra un site relais responsable du stockage des repas et d'un self-service.

La conduite de ce projet suppose une politique active des ressources humaines s'appuyant notamment sur un dispositif d'accompagnement social et une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, afin de parvenir à une adéquation entre le potentiel humain et le projet de l'établissement. Pour encourager ces agents dont

les emplois seront supprimés et qui ont accepté de s'investir professionnellement dans des nouvelles compétences liées à l'évolution des métiers de la restauration, des technologies de la restauration collective et des produits alimentaires, le versement d'une indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité est envisagé. Ainsi, en dehors des mises à disposition de personnels volontaires, l'établissement a amorcé une politique de restructurations et des réorganisations avec pour objectif une suppression d'effectifs concernant le service de restauration.

Sur les 21 agents que compte actuellement le service de restauration, la répartition « hypothétique » des effectifs serait ventilée comme suit :

- 13 agents seront mis à disposition du GCS « Santalys » au début du 2^{ème} semestre 2013, mais 9 seulement rallieront effectivement le site de la nouvelle entité (« La Chaberte » sur la commune de La Garde) et pourront prétendre à une aide à la mobilité ; les 4 autres agents seront affectés au self-service du personnel du CHHG.
- 1 agent démissionnaire potentiellement éligible à l'indemnité de départ volontaire (IDV) ;
- 1 agent en situation de reconversion ;
- 4 agents seraient reclassés pour inaptitude médicale ;
- 1 agent réunit les conditions pour partir en retraite à l'ouverture du GCS ;
- 1 diététicienne conserverait, sous réserve de confirmation, son emploi parmi les effectifs soignants du CHHG.

Par ailleurs, il convient de souligner que deux agents, parmi les 13 agents mis à disposition du GCS « Santalys », effectueront une formation permettant d'intégrer leurs nouvelles fonctions au sein de l'unité centrale de production. En sus de l'indemnité de mobilité à laquelle ils peuvent prétendre, un financement de ces formations sera sollicité.

2 Les facteurs de réussite de l'accompagnement social

Le directeur des ressources humaines dispose de deux types d'outils pour que l'accompagnement social des restructurations soit une réussite pour l'établissement : d'une part, des mesures préventives permettant la préparation en amont de l'accompagnement ; d'autre part, des principes d'action devant guider la conduite du projet.

2.1 Les mesures préventives

Un directeur des ressources humaines ne peut faire l'économie de l'évaluation du contexte hospitalier et de l'impact des restructurations en termes de ressources humaines avant de formaliser la démarche d'accompagnement qu'il souhaite mettre en œuvre.

2.1.1 L'analyse du contexte : un espace contraint pour conduire le changement

La connaissance et l'évaluation du contexte de l'établissement restructuré constituent un pré-requis à toute démarche d'accompagnement de projet. Quatre contraintes fortes viennent peser sur le bon déroulement des restructurations envisagées par le CHHG.

A) Une culture locale très forte

Depuis sa construction en 1894, et comme beaucoup d'hôpitaux psychiatriques en France, le CHHG est longtemps resté replié sur lui-même et entretient avec la commune de Pierrefeu-du-Var des liens que l'on pourrait qualifier « d'identitaires ». Du fait de la petite taille de la commune (5000 habitants), l'hôpital constitue, avec ses 800 agents, de très loin, le principal employeur local. Une grande majorité des agents hospitaliers est soit habitante ou originaire de Pierrefeu, soit parente d'une famille « pierrefeucaïne ». Ce tropisme local accentue la difficulté à obtenir la mobilité géographique des agents, notamment lorsqu'une restructuration consiste à ouvrir des unités extrahospitalières dans le Haut-Var.

Aujourd'hui encore, et alors que les constructions nouvelles se multiplient, le personnel travaille avec la crainte de la disparition prochaine du CHHG et de son absorption par le CHITS. A cet égard, si une Communauté Hospitalière de Territoire est en cours de constitution entre le CHITS, le CH d'Hyères et le CH de Brignoles, le CHHG n'y est pas véritablement associé.

Cette « marginalisation volontaire » trouve un écho en matière d'intercommunalité, puisque la commune de Pierrefeu-du-Var a favorisé l'émergence d'une communauté de communes, la communauté de communes « *Méditerranée Porte-des-Maures*³⁵ »,

³⁵ Composée par ailleurs de Bormes-les-Mimosas, Cuers et La Londe-des-Maures.

d'avantage tournée vers l'Est du Var, contre une adhésion à la communauté d'agglomération « *Toulon-Provence-Méditerranée*³⁶ ».

B) Un dialogue social difficile

Bien que n'appartenant pas à cette catégorie, le CHHG est réputé être un établissement difficile en raison de la tension sociale forte qui pèse sur celui-ci depuis de nombreuses années. Alors qu'un mouvement de grève avait conduit en 2008 à la séquestration du chef d'établissement³⁷, l'année 2011 illustre que le dialogue social devient encore plus compliqué dans un contexte de forte restructuration :

- Février 2011 : rejet du plan de redressement par les représentants du personnel
- Mai 2011 : avis négatif du CTE sur l'EPRD 2011
- Juin 2011 : dépôt d'un préavis de grève illimitée, boycott des différentes instances et comités de suivi
- Juillet 2011 : vote d'une délibération, en CHSCT extraordinaire, demandant l'expertise de la nouvelle organisation du travail initiée dans les services de soins³⁸

Confrontées à une vague de restructurations que l'on peut qualifier « d'inédites », les organisations syndicales expriment leur méfiance à l'égard du changement et leur désaccord avec la quasi-totalité des initiatives et des projets décidés par les instances décisionnaires. Il en résulte une certaine inexpérience de ces acteurs en termes de changement et donc d'accompagnement social des restructurations.

C) Une forte contrainte budgétaire : le plan de redressement

Mener à bien ces multiples restructurations constitue pour l'établissement un véritable défi puisqu'il s'agit de les mettre en œuvre dans un contexte de plan de redressement.

L'objectif de ce plan de redressement est de parvenir dès 2011 à l'équilibre budgétaire et de rétablir durablement la capacité d'autofinancement pour couvrir le remboursement des charges d'emprunt. Or, les investissements réalisés pour ces nouvelles structures (près de 10 millions d'euros), à la demande de l'autorité de tutelle, sont ceux-là même qui ont conduit à la fragilisation du financement structurel de l'établissement.

Les principaux axes du plan de redressement sont :

- ✓ la recherche de l'optimisation des moyens par un plan de prévention et de lutte contre l'absentéisme et la réorganisation du temps de travail. En effet, le CHHG présente un taux d'absentéisme parmi les plus élevés de la

³⁶ Agglomération regroupant 12 communes (dont Toulon, La Seyne-sur-Mer et Hyères) et 430 000 habitants.

³⁷ Ce mouvement visait à rejeter le principe d'un contrôle du temps de travail des agents par la mise en place d'une badgeuse.

³⁸ Il s'agit de l'expérimentation de plages horaires (10 ou 12 heures) et de roulements nouveaux, sur le principe du volontariat.

fonction publique : 16,75% pour l'année 2010, avec un pic à 19,88% en mai 2010, soit près de 40 jours d'absence par agent³⁹ ;

- ✓ la poursuite de la constitution de filières de soins homogènes initiée en fin d'année 2010 ;
- ✓ la réorganisation des horaires, cycles et roulements de travail pour les équipes soignantes ;
- ✓ l'accompagnement social des restructurations : à ce titre, il convient de souligner l'importance d'inscrire cet objectif dans un document stratégique tel que le plan de redressement afin de préparer les acteurs au changement souhaité ;
- ✓ la cession d'actifs immobiliers pour une valeur estimée à 2 millions d'euros.

Au bilan, le CHHG a présenté un EPRD initial 2011 légèrement excédentaire de 5 000 euros (contre un excédent de 480 000 euros requis par le plan de redressement) ayant pour conséquence le non-remplacement de 15 ETP. Toutefois, si ce plan de redressement peut, de prime abord, représenter un handicap pour l'établissement, il peut également être considéré comme une aubaine permettant de motiver et mieux faire accepter les restructurations envisagées.

D) Un projet médical non stabilisé

Le dernier projet médical de l'établissement définissant les objectifs stratégiques à 5 ans a été voté en mars 2002 et annexé au projet d'établissement 2005-2010. Depuis cette date, et en dépit de multiples relances, la communauté médicale peine à poser les jalons d'un nouveau projet dont la dernière échéance a été fixée pour octobre 2011.

Dans ce contexte, le périmètre des services de soins à restructurer demeure très flou et mouvant, ce qui rend difficile la mobilité des agents ainsi que l'exercice d'accompagnement correspondant⁴⁰. Ainsi, des restructurations qui semblaient actées sont aujourd'hui retardées ou ajournées, pour divers motifs :

- Absence de volontariat médical pour permettre l'ouverture de l'unité d'hospitalisation à temps complet de Brignoles, initialement programmée en juin 2011, puis reportée à la fin de l'année 2011 avec 10 lits seulement sur 20 lits prévus ;
- A la suite de la consultation de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) sur l'EPRD 2011, la communauté médicale a abandonné le projet de création

³⁹ A noter néanmoins que la mise en place d'un plan d'action contre l'absentéisme a permis d'abaisser le taux à 14,5% sur les 9 premiers mois de l'année 2011.

⁴⁰ Il convient de préciser que d'autres projets sont en gestation : projet de déménagement de l'Unité d'Accueil et d'Orientation d'Hyères au sein du CH d'Hyères en 2013-2014, accueil d'adolescents au sein du pôle médico-légal dans le cadre d'une convention avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse, et création d'un foyer d'accueil médicalisé.

d'une « unité de long séjour » (12 lits) qui devait permettre, grâce à « l'extraction » de patients atteints de troubles graves du comportement, le transfert de la quasi-totalité de l'unité de Psychiatrie Communautaire vers l'unité d'hospitalisation de Brignoles (nouvelle unité d'admission et d'hospitalisation libre). Il en a été de même pour le projet de réduction du nombre de lits de 24 à 12 à « l'Odyssée » (Unité d'hospitalisation à temps complet pour patients en hospitalisation libre relevant du pôle Sud) ;

- Alors que la fermeture de l'unité d'hospitalisation à temps complet pour enfants « Les Alizés » avait été annoncée pour juin 2011 dans le cadre du plan de redressement et représentait l'un des objectifs majeurs du SROS 3, celle-ci a été reportée dans l'attente du placement des patients au sein des structures d'aval.

2.1.2 L'évaluation des conséquences des restructurations

La mesure précise de l'impact en termes de ressources humaines de chaque opération de restructuration est un préalable nécessaire à l'action d'accompagnement. La mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement social doit être précédée d'une analyse qualitative et quantitative de l'existant : tableau nominatif des emplois, organigramme et organisation du travail, niveaux de qualification et de formation initiale et continue des personnels individuellement concernés, grades détenus par ceux-ci, analyse de l'activité réalisée, pyramide des âges, perspectives de mobilité... Cette analyse est réalisée conjointement par la direction des ressources humaines et la direction des soins au regard de leurs attributions respectives au CHHG.

➤ L'évaluation des conséquences

Les conséquences de la réorganisation doivent également être précisées en amont. A cette fin, il doit être procédé en tant que de besoin à une démarche d'analyse-métier. A cet égard, former l'encadrement à l'analyse prospective des emplois et de leurs exigences constitue aujourd'hui une nécessité. Aussi, la détermination des activités et des compétences requises à l'avenir peut-elle être confiée à des groupes de travail composés en particulier des professionnels concernés et de leur encadrement. De même, un tableau des emplois prévisionnels (métiers/grades de rémunération/nombre de postes) sera élaboré par la DRH en relation avec les groupes de travail.

Les conséquences « sociales » d'une restructuration peuvent être classées en quatre types :

- ✓ La mobilité géographique induite

Quand on évoque la restructuration d'un service, le premier réflexe est de penser à sa relocalisation et à ses effets en termes de mobilité géographique pour les agents. Même

s'il continue à appartenir au même établissement, changer de lieu d'exercice professionnel signifie très souvent, pour l'agent, une remise en cause de ses habitudes et peut générer des appréhensions, des inquiétudes au regard de ses contraintes personnelles et familiales, et éventuellement une augmentation de ses frais de transport. Les restructurations liées à l'implantation de deux nouvelles entités au sein des bassins de vie de Brignoles et Saint Maximin-la-Sainte-Baume, éloignés de 40 à 50 kilomètres de Pierrefeu-du-Var, sont à ce titre problématiques, notamment au regard du nombre d'agents qui ont construit leurs attaches sociales et familiales autour du bassin « pierrefeucain ». De même, le projet de création de l'UCP à La Garde, à 18 kilomètres de Pierrefeu, semble être un frein pour certains agents qui, de fait, ont fait le choix de ne pas intégrer le GCS « Santalys ».

✓ Le changement d'environnement professionnel

Une restructuration peut également se traduire par un changement d'environnement professionnel et conduire l'agent à quitter l'établissement. Dans le même temps, le type d'activité exercé ainsi que le lieu d'exercice professionnel peuvent demeurer inchangés. C'est le cas notamment pour le projet de fermetures de deux services prenant en charge des patients polyhandicapés : si la prise en charge de ces patients aura toujours lieu sur le site du CHHG, les agents qui auront fait le choix d'évoluer professionnellement au sein de la MAS « Les Acacias » devront intégrer une nouvelle logique de prise en charge. En effet, il s'agira pour les agents d'abandonner un contexte purement sanitaire, faisant une large part aux personnels infirmiers et aux aides-soignants, pour s'orienter vers des modalités de prise en charge médico-sociale, davantage tournées vers l'accompagnement éducatif du patient et offrant une majorité des postes aux aides-médico-psychologiques et aux animateurs.

✓ L'adaptation à de nouveaux métiers

Parfois, en fonction de la démographie du métier auquel appartient l'agent, celui-ci devra faire le choix d'une adaptation professionnelle. Ainsi, pour les agents du service de restauration, il s'agira, dans le cadre de leur mutation vers le GCS « Santalys » d'évoluer non seulement dans un contexte nouveau - la restauration de type industriel, et non plus seulement la restauration collective encore « familiale » - mais également d'adapter leurs compétences au vu des fiches de postes proposées dans la nouvelle unité de production. Pour ceux qui n'auront pas fait l'objet d'une mutation au sein du GCS, cette adaptation pourra même aller jusqu'au reclassement vers un nouveau métier. Ainsi, un ouvrier professionnel cuisinier a fait le choix de s'orienter vers le métier d'agent de sécurité.

✓ La réduction d'effectifs

Lors des opérations de restructurations hospitalières, les suppressions d'emplois ne se traduisent pas pour les personnels titulaires par des licenciements⁴¹ comme dans le secteur privé. De même, gérant des titulaires, les hôpitaux n'ont pas la possibilité de se séparer des agents qui seraient devenus indésirables ou improductifs. Ceux dont l'affectation paraîtrait incohérente dans la nouvelle structure sont reclassés où le niveau d'exigence et de technicité est moins élevé. En général, un reclassement professionnel est proposé à l'agent, avec ou sans aide à la mobilité. Par ailleurs, si la voie de sortie peut paraître compliquée pour certaines catégories de salariés précaires, il n'en est pas de même pour certaines professions qualifiées, marquées par la pénurie, comme par exemple les infirmiers, qui elle n'éprouveront pas de difficultés à retrouver un emploi correspondant à leur statut et à leur qualification. En tout état de cause, la mise en place d'un soutien psychologique est devenue indispensable pour accompagner la reconversion d'un agent.

➤ La gestion en amont des ressources humaines

Par ailleurs, la décision, souvent difficile à faire admettre, de réduire les effectifs doit, autant que possible, s'effectuer sur le moyen terme en jouant sur le non remplacement des départs en retraite ou des démissions, et le non renouvellement des agents sous contrat à durée déterminée. En effet, grâce aux travaux préparatoires et aux réflexions prospectives menées en amont, l'ampleur des redéploiements induits sera réduite de manière à ne pas remplacer définitivement des départs dans des secteurs soumis à restructuration. Afin d'assurer la transition, les marges de manœuvre dégagées en amont pourront servir à financer des heures supplémentaires ou les surcoûts liés à des sureffectifs provisoires. Car intervenir en amont, ou « jouer avec le temps », permet de limiter l'ampleur quantitative d'une opération de redéploiement, notamment par le biais de la mobilité naturelle : mutations, départs en retraite ou en disponibilité, détachements, démission. Si nécessaire, des solutions de remplacement temporaires seront mises en œuvre par recours à la main d'œuvre contractuelle ou intérimaire. La mutation d'agents vers d'autres établissements peut être facilitée par l'établissement à travers un dispositif de conseil individuel ou de partenariat inter-établissements. Il peut également être fait appel à la procédure de « mise à disposition » pour financer la mise à l'essai d'agents avant leur mutation définitive.

⁴¹ Etant précisé que le statut de la fonction publique hospitalière n'interdit pas de licencier des fonctionnaires. En cas de perte d'emploi, trois postes doivent être proposés aux personnels titulaires avant d'envisager de les licencier.

2.1.3 L'importance d'une démarche projet formalisée

Tout projet de réorganisation est assorti d'une démarche d'accompagnement social dès l'instant qu'il modifie les activités principales et/ou le nombre de personnels requis. La démarche d'accompagnement social, dont l'ampleur est fonction de l'importance de la démarche de réorganisation, doit être formalisée et initiée dans les 9 à 18 mois avant la réorganisation effective. Elle doit respecter les principes figurant dans une charte qui aura été soumise à l'avis du CHSCT. A cet égard, les Démarches d'Accompagnement Professionnel (DAP)⁴², instaurées au CHRU de Lille depuis 2005, constituent une mise en œuvre aboutie de l'accompagnement des restructurations à l'hôpital.

La mise en œuvre d'une démarche formalisée répond à trois objectifs majeurs.

A) Pour associer l'ensemble des acteurs

Le DRH est le pivot de l'accompagnement des restructurations en termes de ressources humaines. Il doit à ce titre rechercher le soutien et le concours de multiples acteurs.

✓ Le directeur général

Le soutien sans faille du directeur général est impératif pour la mise en œuvre de l'accompagnement social des restructurations : désignation d'une personne de confiance à la tête de la CLASMO, implication de ce dernier dans les réflexions stratégiques du projet médical.

✓ Le chef de projet en charge des restructurations (s'il ne s'agit pas du DRH)

✓ La direction des soins

Il s'agit d'une direction sans laquelle le DRH ne peut entreprendre de réflexion sur la restructuration des services de soins : détermination du turn-over, des souhaits de mobilité, des pré-requis en termes de qualification ou d'expérience...

✓ La commission médicale d'établissement, et notamment son Président, ainsi que les médecins chefs de pôle et les cadres de pôle concernés

En tant qu'acteurs de terrain, les responsables hiérarchiques directs des équipes soignantes sont des acteurs incontournables de la préparation et de la mise en œuvre de l'accompagnement des agents.

✓ Les représentants du personnel

Plus que pour tout autre projet, une restructuration ne peut s'envisager sans le concours précieux des représentants du personnel, lesquels doivent être considérés davantage comme des partenaires plutôt que des opposants sur ce type de projet. Ils doivent être associés dès le début aux réflexions sur la conduite du projet : en dehors de leur prise de position « politique » sur la voie choisie par l'établissement, il sera opportun de recueillir

⁴² ANAP, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle, recueil de pratiques observées*, p.43-48

par leur biais, les avis et principales préoccupations des agents. Car une restructuration ne se limite pas à une modification de l'organigramme : elle impacte très fortement l'organisation même du travail, le contenu des métiers, les identités professionnelles. Après un vaste mouvement national de régression des effectifs de personnels techniques au cours des années 1990, les organisations syndicales ont finalement intégré une certaine priorité à la création d'emplois liés aux soins. Par ailleurs, comme le notent C. VINCENT et P. VOLOVITCH, « *si on regarde les positions défendues par les organisations syndicales au niveau national, on voit se dessiner un certain consensus sur la nécessité d'une recomposition de l'offre hospitalière. Les raisons invoquées pour la justifier rejoignent une partie de celles de l'administration : évolution des besoins de santé, en particulier impact du vieillissement et de la démographie, objectifs de qualité et de sécurité sanitaires, complémentarité entre le public et le privé, entre la ville et l'hôpital... La légitimité d'un contrôle budgétaire afin de s'assurer de la bonne utilisation de l'argent public n'est d'ailleurs contestée par aucune d'entre elles. Tous sont favorables à l'optimisation des dépenses qui conduit à ne pas maintenir des structures obsolètes* ⁴³ ». En revanche, les responsables syndicaux sont en général unanimes pour dénoncer le fait que les restructurations actuelles obéissent avant tout à des logiques de maîtrise comptable des dépenses et n'ont pas pour motivation principale l'adaptation du système hospitalier aux besoins de la population.

Partant du constat que les intérêts des personnels hospitaliers et ceux de la population, censés représenter l'intérêt général, s'avèrent très souvent contradictoires, deux options s'offrent aux organisations syndicales :

- soit s'opposer purement et simplement, via un « comité de défense », à la réalisation de la restructuration ; mais dans ce cas, ce comité devra susciter une large mobilisation des agents et des usagers pour arriver à ses fins ;
- soit accepter l'évolution comme une nécessité et en revanche peser sur le contenu et le déroulement de l'opération. L'organisation syndicale se placera alors en position d'accompagnement du projet mais sera vigilante sur les effets concrets de la restructuration pour le personnel : impact sur les règles sociales, sur les nouvelles organisations du travail, l'accompagnement des réorientations professionnelles. C'est le cas de figure qui semble s'opérer au CHHG.

✓ L'Agence Régionale de Santé

La concertation et la communication avec l'autorité de tutelle sont devenues indispensables compte tenu des prérogatives attribuées aux agences régionales de santé récemment créées. Non seulement l'ARS définit et met en œuvre la politique régionale

⁴³ VINCENT C. et VOLOVITCH P., 2003, « Les syndicats face aux restructurations hospitalières », *Revue Française des Affaires sociales* 3/2003, p.121-140.

d'offre de soins hospitaliers, mais elle coordonne l'activité des établissements publics et privés et détermine les ressources allouées. Aussi, l'état d'avancement de l'opération, les difficultés rencontrées sur le terrain, les solutions mises en œuvre doivent-ils lui être rapportés de manière régulière, sachant que l'opération de Modernisation sociale et l'attribution des crédits FMESPP pour l'accompagner ont fait l'objet de son agrément en amont du projet. Enfin, il va de soi que si ces restructurations sont partie intégrante d'un plan de redressement, leur suivi en termes d'accompagnement des ressources humaines se réalisera tout naturellement dans le cadre du suivi de la réalisation du plan par l'ARS.

B) Pour agir avec méthode

Préalablement à sa mise en œuvre, tout projet de réorganisation est formalisé et présenté pour avis par son promoteur (Direction) au sein des structures concernées. Il est également soumis pour avis au CHSCT dans le cadre de ses attributions. Il est fait état, à cette occasion, et de manière précise, des éléments d'opportunité (objectifs poursuivis au regard notamment du projet médical, du projet de soins, et plus généralement du projet d'établissement) et des conséquences présumées pour les personnels, tant en termes de contenu professionnel, des métiers exercés que d'organisation du travail et des redéploiements induits. Un échéancier prévisionnel des étapes de réorganisation à franchir doit également être communiqué aux personnels.

C) Pour affirmer des principes contractualisés

Un projet de réorganisation induit inévitablement des incidences pour les personnels. La modification de leur activité principale peut rendre nécessaire l'inscription des agents dans un cursus de formation permettant l'acquisition de nouvelles compétences. Le nombre de professionnels requis par la nouvelle organisation peut entraîner des reclassements, des redéploiements dans des secteurs d'activité différents ou des départs. Le projet de réorganisation doit dès lors faire l'objet d'une démarche d'accompagnement social conçue dans le respect des principes énoncés dans une charte d'accompagnement social et affirmés dans le cadre du projet social du projet d'établissement.

Ces principes se fondent sur les valeurs de respect de la personne, d'équité dans l'appréhension des situations et de transparence quant aux décisions prises et actions menées. Ils s'appuient également sur les règles de droit applicables aux agents de la fonction publique hospitalière.

Par ailleurs, la charte de gestion sociale permet d'acter les garanties sociales fondamentales proposées par l'institution aux professionnels concernés par un projet de réorganisation, tant en soutien des services réorganisés par la mise à disposition des compétences requises qu'à l'attention des professionnels mobilisés. La première de ces garanties individuelles consiste, quelle que soit l'ampleur des réorganisations menées, en le maintien de l'emploi au sein de l'institution, et dans toute la mesure du possible au sein

du secteur d'activité et/ou du métier exercé, de toute personne en situation statutaire classique, stagiaire, titulaire ou contractuel en contrat à durée indéterminée. Néanmoins, l'agent concerné peut aussi vouloir profiter d'une restructuration pour changer de métier, voire d'établissement. De même, selon le contexte propre à chaque établissement, le maintien dans un emploi hospitalier des personnes en contrat à durée déterminée présentes depuis plus d'un an dans l'institution peut être favorisé. Ainsi, s'agissant du CHHG, la contrainte du plan de redressement ne permettra pas le renouvellement des agents aides-soignants en CDD lorsque la restructuration des services de psychodépendance interviendra en septembre 2012.

Quel que soit le contenu de cette charte, la direction générale et les membres de l'équipe de direction doivent se porter garants du respect des principes énoncés.

2.2 Les principes d'action

Trois types d'actions prioritaires sont à retenir pour réussir l'accompagnement social.

2.2.1 Le pilotage « ouvert » de la démarche d'accompagnement social

En complément de la structure de pilotage de la démarche de réorganisation considérée, un comité de pilotage de la démarche d'accompagnement social est mis en place.

A) Le comité de pilotage

Ce comité de pilotage est constitué à la diligence de la direction générale ou encore de la direction promotrice de la démarche de réorganisation. Participent à ses travaux le directeur des ressources humaines et le directeur des soins, ainsi que tout professionnel, médecin du travail et assistante sociale par exemple, dont la contribution sera estimée nécessaire par les membres du comité de pilotage. Les représentants du CHSCT doivent être associés à ces travaux, dans la mesure où ils acceptent d'y siéger.

Dans le cadre de son projet d'établissement 2009-2013, le centre hospitalier de Montfavet (Avignon) a ainsi fait le choix d'instaurer une commission chargée du suivi de l'accompagnement du projet de modernisation. Cette commission, qui ne se substitue pas aux instances, est composée du directeur général, du directeur référent du ou des pôles concerné(s), du président de la CME, des représentants du personnel, du directeur des ressources humaines, du directeur des soins et de l'agent coordonateur de la CLASMO.

B) L'information et la consultation des instances

Membre du comité de pilotage, le DRH est chargé de mener à bien la démarche, en liaison constante avec la direction générale et le comité de pilotage. En lien avec la direction générale, il présente régulièrement aux instances un bilan d'étape, tant

quantitatif que qualitatif, sur les actions menées. Par exemple, les instances du CHHG - CTE, CME, Directoire et Conseil de Surveillance – seront invitées à se prononcer dans le cadre de leurs attributions, au cours du mois d'octobre 2011, sur l'ensemble du dossier d'éligibilité au FMESPP constitué dans le cadre du projet « UCP Santalys ». De même, le CHSCT doit être consulté sur tout projet dans la mesure où l'organisation du travail est modifiée.

C) Le temps de la négociation

Une démarche de réorganisation peut nécessiter, au regard des problématiques qui en résultent, un temps de négociation avec les organisations syndicales. Le terme « négociation » est utilisé ici dans son acception sociologique, dans la mesure où les règles « *pour les parties prenantes, (...) correspondent à un compromis qui met en forme une obligation réciproque. Qu'il soit implicite ou explicite, ce compromis est un échange entre des intérêts, une capacité et une obligation mutuelle contractée*⁴⁴ ».

Il appartient dans ce cadre à la direction générale, et par délégation à la direction des ressources humaines, de mener ce temps de dialogue spécifique avec les organisations syndicales. En tant que de besoin, ce temps de négociation sera identifié dans le processus général de réorganisation. Il permettra par exemple de faire accepter une réduction d'effectifs contre une flexibilité accrue en termes d'organisation du travail. Ou encore, d'intégrer des postes de direction parmi les postes budgétaires supprimés⁴⁵. Au CHHG, compte tenu de la difficulté à définir un projet médical et des fortes tensions sociales, ce temps de négociation appartient au chef d'établissement qui, au gré des rencontres bilatérales avec le syndicat majoritaire (Force Ouvrière) ou certains médecins, tente de faire progressivement accepter les projets de restructuration.

2.2.2 Exploiter tous les outils mobilisables

Les centres hospitaliers disposent généralement d'outils déjà disponibles leur permettant d'anticiper l'accompagnement social du projet de restructuration. Par ailleurs, des dispositifs d'accompagnement sont prévus par des dispositions réglementaires.

A) Les outils d'anticipation

➤ Le dossier professionnel de l'agent

Le dossier professionnel de l'agent constitue un point de départ indispensable au suivi personnalisé de l'agent et à son accompagnement lors d'une restructuration. Aussi chaque dossier doit-il être rigoureusement tenu par le service des ressources humaines : outre les documents de gestion administrative traditionnels, une attention particulière sera

⁴⁴ FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Le Seuil, 422 p.

⁴⁵ Option choisie par le Centre hospitalier de Montfavet.

accordée aux fiches d'évaluation, attestations de formation, et à tout document faisant état des souhaits de mobilité ou de formation de l'agent.

Le dossier professionnel devra être enrichi, au terme de la phase d'accompagnement, des éléments qui auront été rassemblés par la cellule d'accompagnement social : réponse au questionnaire « accompagnement social », bilan de compétences, projet professionnel...

✓ Le guide de mobilité

La formalisation d'un processus de mobilité constitue, en temps normal, un avantage pour les établissements concernés. En période de restructuration, l'élaboration d'un guide de mobilité partagé avec les partenaires sociaux devient une nécessité. L'initiative menée par le CHU de Nancy en 2006, et rapportée dans un guide de l'ANAP⁴⁶, témoigne de la plus-value apportée par ce type d'outil.

➤ La GPMC, indispensable outil d'accompagnement des personnels

Sans GPMC, un établissement ne peut aujourd'hui aborder sereinement une restructuration. L'intérêt de développer une Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences, en termes de gestion des ressources humaines, est de permettre la mesure avec anticipation des écarts entre les besoins en termes d'effectifs et de compétences et les ressources effectivement disponibles. En effet, la connaissance précise des ressources humaines disponibles (pyramide des âges par profession, niveaux de qualification, inaptitudes, absentéisme...) va de pair avec un aperçu très détaillé des types de postes offerts aux agents. La réalisation d'un diagnostic prospectif des emplois, l'élaboration d'une cartographie des métiers et de référentiels métiers, la constitution de référentiels de compétences et de parcours qualifiants, ainsi que l'analyse des flux entrées/sorties sont aujourd'hui devenues des actions prioritaires en termes de GPMC.

De plus, dans un contexte marqué par un nouveau projet médical et la mise en place de filières de soins et de pôles médicaux, la redéfinition des activités de soins nécessite une réflexion approfondie sur la gestion des métiers. Si un accompagnement par l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier) a pu être initié dans ce domaine avec le CHHG depuis 2010, celui-ci doit être poursuivi dans le cadre du prochain Projet social, et se traduire par :

- ✓ l'optimisation quantitative et qualitative des ressources humaines afin d'assurer au mieux l'adéquation entre les besoins et les moyens disponibles,

⁴⁶ ANAP, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle, recueil de pratiques observées*, p.14-16

- ✓ l'anticipation des formations ou des recrutements des acteurs en vue de favoriser l'adaptation des ressources aux évolutions technologiques, conceptuelles, déontologiques et démographiques.

Trois axes de travail sont à privilégier par le CHHG dans le cadre de sa démarche GPMC :

- Rédaction et généralisation des profils de poste au-delà de la catégorie « infirmiers » ;
- Mise en œuvre d'une gestion des carrières prenant en compte le projet de carrière de l'agent à l'occasion de ses affectations et de l'entretien d'évaluation annuel (assorti éventuellement d'une aide à l'acquisition des compétences nécessaires) ;
- Recherche d'adéquations, en anticipant l'évolution des métiers, et dans un contexte de renforcement de la délégation de gestion accordée aux pôles. Le chaînage profil d'emploi/profil de mission/fiche de poste sera établi conjointement par la direction des soins et la direction des ressources humaines, avec information de la CME.

B) Les outils d'accompagnement

Les crédits du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) constituent le seul dispositif financier mobilisable pour l'accompagnement des restructurations dans le domaine des ressources humaines.

Le FMESPP⁴⁷ a vocation à financer les opérations suivantes :

- Contrat d'amélioration des conditions de travail des personnels ;
- Actions de modernisation sociale ;
- Aides destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation et de restructuration ;
- Dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé.

Conformément à la circulaire n°DGOS/R1/2011/154 du 22 avril 2011⁴⁸, il fait désormais l'objet d'une gestion fongible avec les actions du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) et déconcentrée au niveau des ARS : « *Cette plus grande souplesse dans l'utilisation des crédits des fonds devient un nouvel outil de gestion au profit des directeurs généraux des agences régionales de santé dans le cadre*

⁴⁷ Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001, modifié, relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

⁴⁸ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Circulaire n°DGOS/R1/2011/154 du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

du passage d'une logique de moyens à une logique d'objectifs. » Doté de 200 millions d'euros pour l'année 2011⁴⁹, le FMESPP devrait être conforté dans la prochaine loi de finances 2012 pour atteindre 300 millions d'euros.

Parmi les multiples domaines d'actions financés par le FMESPP, deux « volets » intéressent plus particulièrement les établissements engagés dans un plan de restructuration :

- Le volet « ressources humaines »⁵⁰, qui permet notamment de financer les aides individuelles octroyées à l'occasion d'une opération de restructuration, les aides collectives dans le cadre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ou les démarches entreprises en termes de gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences (GPMEC).
- Le volet « réorganisation hospitalière »⁵¹, qui permet d'encourager l'accompagnement des restructurations hospitalières (amélioration de l'organisation interne des établissements et de leur efficience, structuration en filières de soins, appui à la recomposition des hôpitaux de proximité notamment) et les coopérations entre établissements.

La sollicitation du FMESPP à l'occasion d'un projet de restructuration permet de prendre en charge deux types de dépenses rappelées par l'instruction n°DGOS/SDRH/RH3/113 du 8 avril 2010 :

- Les aides individuelles versées dans le cadre du volet « ressources humaines » qui regroupent :
 - L'indemnité exceptionnelle de mobilité⁵², versée en une fois et calculée sur la base de la distance séparant la commune de domicile de l'agent de sa nouvelle commune de résidence administrative ; d'un montant nettement moins élevé que pour d'autres catégories de fonctionnaires, notamment les militaires, cette indemnité est aujourd'hui perçue comme insuffisante pour motiver les agents hospitaliers⁵³. Les agents ayant changé de résidence familiale à l'occasion de la restructuration peuvent bénéficier d'une indemnité d'aide à la mobilité plus importante⁵⁴ ainsi que du remboursement des frais de changement de résidence. Toutefois, ces deux aides ne sont pas cumulables et le remboursement des frais

⁴⁹ Dont 15,6 millions d'euros pour la seule région PACA.

⁵⁰ Près de 61 millions d'euros pour 2011 au niveau national, dont 7,5 millions d'euros pour la région PACA.

⁵¹ 25 millions d'euros dont 2,4 pour la région PACA.

⁵² Décret n°2001-353 du 20 avril 2001 instituant une indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière.

⁵³ Entre 381,12 € (si moins de 10 km) et 3048,98 € (si plus de 40 km) selon les barèmes fixés par arrêté du 20 avril 2001.

⁵⁴ 5 335,72 € si un ou plusieurs enfants à charge, 4573,47 € sans enfant à charge.

de changement de résidence ne peut être accordé qu'en cas de changement de résidence administrative entre les sites d'affectation.

- Les actions de conversion professionnelle⁵⁵, lorsqu'un agent est amené à suivre une formation ;
- L'indemnité de départ volontaire⁵⁶, pour les agents souhaitant démissionner suite à la suppression de leur emploi, étant précisé qu'il ne s'agit pas d'un droit pour l'agent et que celui-ci doit se trouver à plus de deux ans de la date à laquelle il pourrait prétendre à une retraite à taux plein ou du fait de la limite d'âge⁵⁷ ;
- Le remboursement du différentiel de rémunération pour éviter que l'accueil d'agents « restructurés » au sein d'un nouvel établissement ne se traduise par un surcoût pour ce dernier.

➤ Les dépenses liées à la mise en œuvre d'une Cellule Locale d'Accompagnement Social (CLASMO)

En fonction de l'importance de l'opération de modernisation envisagée et de la taille du ou des établissements concernés, les établissements ont la possibilité d'avoir recours à une cellule locale d'accompagnement social. Le premier centre hospitalier à expérimenter la création d'un espace dédié à l'écoute, l'information, le conseil et l'orientation des agents hospitaliers a été le CHU de Lille avec l'« Espace Métier Orientation » (EMO) créé en 1994. Depuis, cette initiative a fait des émules, notamment le CHU de Nancy qui a créé, de manière permanente, une Cellule d'Orientation Professionnelle (COP). Toutefois, ces structures présentaient l'inconvénient de fonctionner sous la hiérarchie de la direction des ressources humaines, et avec des effectifs de l'établissement.

Une CLASMO, au sens de l'instruction n°113 précitée, est instituée et financée dans le cadre du FMESPP après agrément de l'ARS. La création de cette cellule, qui aura pour mission de prendre en charge l'accompagnement individuel des agents concernés par l'opération de réorganisation, doit se traduire par le recours à des agents spécialisés et recrutés en dehors des postes budgétaires figurant au tableau des effectifs rémunérés, et évoluant au sein d'une cellule indépendante⁵⁸.

2.2.3 Communiquer de manière adaptée

Un troisième facteur de réussite, très souvent sous-estimé, est de communiquer de manière adaptée. En effet, la réussite d'une opération de modernisation dépend de la

⁵⁵ Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

⁵⁶ Décret n°98-1220 du 29 décembre 1998 instituant une indemnité de départ volontaire au profit des fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonction dans un établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

⁵⁷ Le montant de l'IDV équivaut à 20 ou 26 mois de traitement selon les cas.

⁵⁸ La mise en œuvre d'une CLASMO fait l'objet d'une analyse spécifique dans la 3^{ème} partie de ce mémoire.

capacité de la direction à convaincre et à faire adhérer une majorité des personnels de l'établissement.

A) De manière collective

Quelle communication adopter pour pallier les craintes légitimes que suscite une restructuration ? Toute démarche de réorganisation doit s'accompagner d'un plan de communication comportant les caractéristiques minimales suivantes : organisation par la direction concernée d'une (ou plusieurs, en fonction des rythmes de travail) assemblée générale initiale des personnels à laquelle sont associés les directions et pôles partenaires, et à laquelle chaque agent est invité nominativement. Cette assemblée générale initiale a pour objet la présentation du projet de réorganisation et de ses objectifs, de ses enjeux et de ses conséquences, ainsi que des démarches d'accompagnement, tant en termes d'investissement éventuel que sur le plan social (méthodologie, calendrier indicatif, ...). Chaque agent convié se verra remettre par son encadrement un dossier précisant les attendus de la démarche de réorganisation et les garanties associées, ce qui évitera la circulation de rumeurs simplificatrices et déformantes. Des temps collectifs d'information seront organisés au regard des temps forts de la démarche. Comme pour l'assemblée générale initiale, les organisations syndicales en seront informées et pourront y assister.

B) Et individuelle

Chaque personne concernée par une démarche de réorganisation est suivie de manière personnalisée. Outre l'invitation nominative à la réunion d'information préalable (assemblée générale), chaque agent reçoit un questionnaire de recueil des souhaits individuels.

Les intéressés sont par la suite conviés à un entretien individuel mené par un binôme constitué d'un référent de la démarche de réorganisation (responsable de la CLASMO en principe) et d'un chargé de mission de la direction des ressources humaines. Au terme de cet entretien, une proposition de positionnement individuel prenant en considération les aspirations individuelles, les aptitudes détenues ou pressenties, les opportunités institutionnelles et les mesures d'accompagnement préconisées (formation, stage d'observation, priorité en termes de mobilité interne, ...) est élaborée.

Le suivi individualisé et formalisé, assuré par la direction des soins et la direction des ressources humaines se poursuit jusqu'à intégration de l'intéressé dans ses nouvelles fonctions, au sein du secteur d'activité réorganisé. Un dispositif spécifique d'intégration sur le nouveau poste est mis en place (tutorat et/ou parrainage) sur une période déterminée. Les pôles d'accueil doivent s'assurer des moyens mis à disposition des tuteurs et/ou parrains pour assurer leur fonction, la direction des ressources humaines étant en appui de ceux-ci si nécessaire.

3 La mise en œuvre opérationnelle d'une cellule locale d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (CLASMO)

Longtemps, les restructurations hospitalières se sont réalisées sans accompagnement social formalisé de la part des directions d'établissement. Or, compte tenu de la complexité de ces opérations et de leurs conséquences en termes psycho-social, il est devenu progressivement impératif de constituer une cellule locale d'accompagnement social à chaque opération de restructuration significative. En effet, ces opérations mobilisent fortement les compétences internes des établissements et rendent souvent nécessaire de faire appel à des professionnels dotés de compétences « *ad hoc* » : psychologues du travail, conseillers en orientation professionnelle, responsables de communication... Ces personnels peuvent être recrutés dans le cadre de cellules d'accompagnement social, financées par le FMESPP, et dont la création est encouragée par le ministère de la santé (instruction n°DGOS/SDRH/RH3/113 du 8 avril 2010).

Le CHHG de Pierrefeu-du-Var a décidé de s'inscrire dans cette démarche à l'occasion de son plan de redressement validé par l'ARS en début d'année 2011, en faisant le choix de créer une cellule d'accompagnement social pour l'ensemble des restructurations devant intervenir entre 2011 et 2013.

3.1 La préparation d'un dispositif CLASMO

Le but d'une CLASMO est de faciliter les opérations de modernisation hospitalière en proposant un accompagnement individuel et personnalisé aux agents concernés par lesdites opérations. Elle procède à des entretiens individuels, élabore un projet personnel pour chaque agent volontaire afin qu'il lui soit proposé une issue positive dans, ou en dehors, de l'établissement. Toutefois, si le rôle principal de la CLASMO est de trouver une solution pour chaque cas individuel, elle doit le faire en gardant à l'esprit que l'objectif général demeure la satisfaction des besoins en ressources humaines de l'établissement. Afin de garantir son succès, la mise en œuvre d'un projet CLASMO nécessite trois pré-requis : une étude d'opportunité et de faisabilité, la définition des missions et du périmètre de la CLASMO et la mise en place d'une structure de préfiguration.

3.1.1 Etude d'opportunité et de faisabilité avec l'Agence Régionale de Santé

Il convient tout d'abord de rappeler que la création d'une cellule d'accompagnement social n'est pas obligatoire mais est laissée à l'appréciation du chef d'établissement. La mise en œuvre d'un dispositif CLASMO ne peut s'effectuer sans le soutien, et même l'autorisation,

de l'autorité de tutelle. D'une part, en raison des nouveaux pouvoirs conférés à l'ARS en termes d'organisation de l'offre de soins territoriale, l'autorité de tutelle doit préalablement agréer tout projet de recomposition hospitalière. D'autre part, en raison de son rôle dans la gestion du FMESPP⁵⁹, l'ARS doit pouvoir disposer en amont d'informations précises sur les financements à mettre en œuvre dans le cadre d'une programmation pluriannuelle. Lorsqu'une restructuration se présente, que celle-ci soit initiée ou non par l'ARS, il importe de l'associer très tôt en amont sur les modalités de sa mise en œuvre. En effet, ces échanges seront l'occasion pour l'hôpital et la tutelle de convenir de l'opportunité ou non de créer une CLASMO. En fonction de l'ampleur de la restructuration et des conséquences attendues en termes de ressources humaines, l'ARS sera plus ou moins encline à financer la création d'une CLASMO sollicitée par un centre hospitalier. En région PACA, l'ARS a fait le choix de rencontrer, en amont, les représentants des centres hospitaliers souhaitant accompagner leurs projets de restructuration afin de vérifier la pertinence du projet, la faisabilité d'un financement et de préciser le calendrier de mise en œuvre. Ainsi, en principe, une CLASMO n'est constituée que lorsque plus de 50 agents sont concernés par une opération de restructuration. Des visites « sur place » sont également organisées par l'ARS PACA afin de mesurer précisément les caractéristiques de la restructuration programmée.

En revanche, un dossier de demande d'éligibilité au FMESPP peut être initié, sans constitution de CLASMO, pour tout type de restructuration dès lors que des agents peuvent émarquer aux diverses aides individuelles d'accompagnement à la mobilité ou à la reconversion prévues par l'instruction n°113 susmentionnée. Il s'agit de l'option qui a été retenue, après concertation avec l'ARS, pour le projet de construction de l'UCP « Santalys », étant donné que le contact avec l'ARS a été, d'une part, pris trop tardivement au regard de l'état d'avancement du projet, et d'autre part sollicité par le seul établissement de Pierrefeu. En effet, l'essentiel du travail d'accompagnement et de reclassement du personnel des services de restauration a déjà été réalisé par les directions logistiques et ressources humaines partenaires, depuis le lancement du projet en 2010, et il n'apparaissait pas opportun qu'une cellule d'accompagnement soit constituée et financée pour le seul hôpital Henri Guérin qui ne compte qu'une dizaine d'agents sur les 120 que prévoit d'employer le futur GCS « Santalys ». Aussi a-t-il été préconisé de constituer un dossier d'éligibilité au FMESPP inter-hospitalier, afin de permettre au personnel mobile géographiquement ou volontaire pour effectuer une reconversion d'émarquer à différentes aides. Ce dossier, réalisé sous la coordination du CHHG, figure en annexe III.

⁵⁹ Depuis le début d'année 2011, le FMESPP, qui était auparavant géré au niveau du ministère de la santé, fait l'objet d'une gestion déconcentrée au niveau des ARS.

3.1.2 La définition du périmètre et des missions

Conduire un projet à l'hôpital nécessite un certain degré de lisibilité sur la stratégie et les objectifs de l'établissement. De même, mettre en œuvre et diriger une cellule d'accompagnement social nécessite préalablement la délimitation précise de son périmètre d'action et de ses missions. Or l'une des difficultés du projet a très justement été de déterminer précisément son objet, au gré des fluctuations concernant les réflexions autour du projet médical, des marges de manœuvre en termes de ressources budgétaires et au regard du plan de redressement, et bien évidemment du climat social.

A la suite d'une phase de réflexion interne puis d'une concertation avec l'ARS, il a été acté en réunion du 6 juillet 2011 à l'ARS qu'une CLASMO devait être constituée pour la restructuration des services de soins du CHHG. Outre le fait que la constitution d'une CLASMO avait été pressentie à l'occasion de la rédaction du plan de redressement, plusieurs motifs ont concouru à « l'agrément de principe du projet » :

- Le projet comporte plusieurs types de restructuration dont les problématiques sont parfois très différentes : transfert d'activité, création d'un nouveau site hospitalier et fermeture de services ;
- Le projet implique une proportion significative des effectifs de l'établissement (une centaine d'agents, soit environ 15% des effectifs) ;
- Le projet concerne des professions pour lesquelles l'attractivité de la psychiatrie est faible (aides-soignants), voire très faible (infirmiers).

Compte tenu des enjeux et du contexte, l'ARS comme l'établissement étaient donc conscients de l'importance d'accorder une attention particulière à ce projet de restructuration et de favoriser l'accompagnement des agents concernés en créant une CLASMO. Près de trois mois ont été nécessaires pour cerner le périmètre de la CLASMO. Celui-ci, même s'il est susceptible d'évoluer et de faire l'objet d'avenants en fonction des circonstances, sera exclusivement limité aux restructurations concernant la fermeture de l'unité d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie (« Les Alizés »), à la fermeture de deux unités du département de psychodépendance, et à l'ouverture de l'unité d'hospitalisation à temps complet de Brignoles et de l'hôpital de jour pour enfant du Pôle Adultes-Enfants de Saint-Maximin. Compte tenu des échéances de ces opérations, il a été convenu qu'un dossier de demande de constitution de CLASMO (accompagnant le dossier de demande d'éligibilité au FMESPP) devait être transmis à l'ARS d'ici la fin de l'année 2011, dès lors que le projet médical (prévu pour être approuvé en octobre) aura entériné et précisé les projets de restructuration. En effet, comme rappelé par l'instruction n°113 du 8 avril 2010, « *les opérations de modernisation doivent être intégrées dans le projet d'établissement ou entraîner une modification de celui-ci* ».

3.1.3 La mise en place d'une structure de préfiguration à la CLASMO

Une fois qu'il a été décidé par le chef d'établissement de créer une CLASMO, une équipe de préfiguration doit être mise en place. Très souvent, le directeur des ressources humaines, en coordination avec le directeur des soins, est à l'initiative et dirige cette équipe de préfiguration dont l'objectif général est de « préparer le terrain » 5 à 6 mois avant la période d'accompagnement effectif des agents.

Quatre phases peuvent être distinguées :

A) La phase de recueil d'informations en coordination avec la direction des soins

Il s'agit à ce stade de connaître précisément les équipes de soins impactées par les opérations de restructuration : profession, grade, qualifications, ancienneté, statut, domicile... tous ces paramètres doivent être identifiés et décryptés. Ce travail de diagnostic peut être réalisé sans difficulté au sein de la direction des ressources humaines.

Toutefois, compte tenu de l'évolution permanente des organisations hospitalières et pour tenir compte des projets en cours, il est impératif que le diagnostic soit complété d'éléments de la direction des soins. En effet, différentes actions, comme par exemple un appel à la mobilité des personnels soignants, le reformatage des roulements et cycles de travail, le redimensionnement des équipes, pourront avoir un impact sur les mobilités induites par le plan de restructurations. Ainsi, au CHHG, compte tenu de l'objectif de réorganisation du temps et des équipes de travail consigné dans le plan de redressement, l'équipe de préfiguration CLASMO a très tôt associé le directeur des soins et les cadres de pôle concernés afin que le diagnostic réalisé par les acteurs de la DRH soit affiné.

B) Le dépôt du dossier d'éligibilité auprès de l'ARS et la signature de la convention initiale

Dans l'idéal, le dépôt d'un dossier d'éligibilité FMESPP assorti d'une demande officielle de constitution d'une CLASMO doit être réalisé au moins trois mois avant que l'accompagnement des agents ne soit devenu nécessaire. Comme précisé précédemment, la mobilisation des fonds du FMESPP nécessite une programmation en amont étant donné que cette enveloppe est annuelle et ne peut être abondée en cours d'année. Dès lors, l'ARS pourrait être amenée à faire des choix entre les établissements si elle ne disposait pas d'une programmation suffisante.

Etant donné que les restructurations du CHHG doivent s'opérer au cours des années 2012 et 2013, il a été convenu que le dépôt du dossier interviendrait entre octobre (validation du projet médical) et décembre 2011, pour une constitution de la CLASMO à compter de janvier 2012. En effet, conformément à l'instruction du 8 avril 2010, il importe

que les opérations de restructurations soient inscrites dans le nouveau projet d'établissement pour pouvoir être agréées et bénéficier d'un financement du FMESPP. Après agrément du dossier de demande de création de CLASMO par l'ARS, celle-ci proposera à l'établissement, en début d'année 2012, la signature d'une convention initiale qui constituera, en quelque sorte, la « feuille de route » des accompagnements individuels qui devront être mis en œuvre par la CLASMO pour la durée des restructurations.

C) La définition des règles de l'accompagnement

Avant de se lancer dans l'exercice effectif de l'accompagnement des agents, il est primordial d'en définir les principes et les règles, à travers un plan d'accompagnement social soumis aux instances consultatives.

A cet égard, la préparation de la mise en œuvre d'une CLASMO au sein de l'APHM constitue un très bon exemple de conceptualisation et de formalisation de l'accompagnement à réaliser au profit des agents de ses unités restructurées⁶⁰. Dès le mois d'août 2009, le chef de mission de la future CLASMO a été nommé et a commencé, en lien avec la direction des ressources humaines et du projet social et la coordination générale des soins, la préparation de la définition des modalités d'accompagnement spécifiques à l'AP-HM, selon son contexte propre et orientée sur la première phase de restructuration des sites hospitaliers marseillais. Cette phase préparatoire est très importante pour les raisons qui seront évoquées ci-après. Une charte incluant une modélisation des parcours a été rédigée. Cette modélisation a ensuite été diffusée sous forme de note et a permis de préciser les règles d'accompagnement des personnels et les « *grands parcours* » des agents selon la mobilité retenue. Son contenu a été présenté préalablement en CTE puis diffusé à l'ensemble du personnel afin que les règles du jeu de l'accompagnement soient connues et partagées.

Tout d'abord, tous les agents ne sont pas concernés par les restructurations. La constitution d'une CLASMO ne doit pas provoquer un effet d'aubaine au profit d'agents qui n'auront pas été soumis à une mobilité géographique effective et liée à une opération de restructuration liée au projet. De même, certaines catégories peuvent être exclues du bénéfice de l'indemnité volontaire de départ : les infirmiers diplômés d'Etat par exemple, du fait du déficit démographique de la profession, ou encore les personnels contractuels, si l'établissement est par exemple confronté à un plan de réduction de ses effectifs, comme c'est le cas au CHHG.

⁶⁰ La cellule spécialisée CLASMO de l'AP-HM a été mise en place avec le soutien de l'Etat (20 millions d'euros sur 5 ans) et avec l'aide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), laquelle doit procéder à la publication d'un guide sur l'accompagnement social des restructurations au cours du second semestre 2011.

Par ailleurs, dans le cadre du dialogue social et afin d'éviter tout malentendu avec les agents, les modalités d'information et d'accueil des agents par la CLASMO doivent être clairement précisées : contacts, accès aux informations, prise de rendez-vous avec un conseiller, dépôt d'une demande explicite d'accompagnement. Le respect des principes de transparence et d'équité doit en effet permettre à l'établissement de ne pas se mettre en difficulté à l'occasion d'un éventuel recours contentieux ultérieur et surtout de garantir l'équité de traitement entre les agents et éviter le clientélisme.

Enfin, la définition de procédures préalables permet d'éviter la saturation de l'organisation mise en place et peut constituer un garde-fou utile contre la détérioration du climat social et le recours abusif au dispositif d'accompagnement. A cet égard, la modélisation des parcours réalisée par l'AP-HM (cf. annexe IV) permet à chaque agent de se positionner dans le contexte de restructuration. De même, un formulaire d'engagement réciproque permet à la CLASMO et à l'agent de s'entendre et de s'engager sur les modalités de l'objectif poursuivi dans la cadre de l'accompagnement individuel et personnalisé pour la mobilité professionnelle.

D) La constitution de l'équipe CLASMO

La détermination de la composition de la cellule CLASMO, qui relève de l'initiative du chef d'établissement, ne doit pas se faire dans la précipitation car elle va conditionner les moyens d'accompagnement social de l'hôpital pour la durée de ses restructurations. Elle doit être dotée en ressources humaines adaptées et correspondant strictement aux besoins de l'établissement. Son effectif et la nature des postes seront donc très variables d'un établissement à l'autre, étant précisé que les postes ouverts doivent correspondre à des créations de poste et ne pas apparaître au tableau prévisionnel des effectifs rémunérés pour pouvoir faire l'objet d'un financement. Autrement dit, l'affectation d'agents à la cellule par redéploiement interne n'est pas prise en charge par le FMESPP.

S'agissant d'une structure légère et de mission, à vocation temporaire, le chef d'établissement aura pour principale préoccupation de désigner un chef de cellule expérimenté en matière de ressources humaines hospitalières et familiarisé avec les méthodes de conduite de projet et les problématiques de l'hôpital restructuré. Ainsi, compte tenu de la complexité des opérations de restructuration à l'AP-HM, le chef d'établissement a fait le choix de désigner une personne relevant précédemment de la direction des Projets. Par ailleurs, s'il est recommandé que la CLASMO évolue avec une certaine indépendance hiérarchique et relève en principe directement du chef d'établissement, il est fréquent, en raison de la proximité du domaine de compétences, que celle-ci soit fonctionnellement rattachée à la DRH. Toutefois, comme le précise l'instruction du 8 avril 2010, « *la cellule ne doit pas être exclusivement un service de la direction des ressources humaines* ». En raison de la taille du CHHG et de son équipe de

direction resserrée, le directeur des ressources humaines devrait tout naturellement être désigné pour piloter cette structure.

Concernant les adjoints de la CLASMO, les établissements ont l'habitude d'avoir recours à des psychologues ou des assistantes sociales, ou encore des conseillers en orientation professionnelle ou des responsables de communication. Il est préconisé que le CHHG puisse disposer d'un demi équivalent temps plein de psychologue et d'un demi équivalent temps plein d'assistante sociale. Des établissements de plus grande taille que le CHHG pourront avoir recours, si l'ampleur des restructurations le justifie, à un cabinet de consultants. A cet égard, il convient de préciser que l'APHM bénéficie, dans le cadre de la capitalisation des travaux menés par l'ANAP, de l'intervention de consultants de la société ALTEDIA pour réaliser ces entretiens.

3.2 Les « maître-mots » d'une CLASMO

L'analyse des différentes expériences hospitalières en France fait ressortir que trois maître-mots doivent en permanence guider l'action des membres de la CLASMO : l'écoute, la communication et le conseil « sur mesure ».

3.2.1 L'écoute

Les acteurs de la CLASMO doivent développer une grande capacité d'écoute, à la fois des agents, parce qu'ils sont leur raison d'être, et à la fois des différents responsables hospitaliers, parce qu'ils représentent « les intérêts » de l'hôpital.

A) Des agents...

Cellule d'information, d'accueil et de conseil, la CLASMO doit avant tout être à l'écoute des agents. Sans cette écoute, il ne lui sera pas permis d'aider l'agent à préparer son avenir professionnel. La cellule doit s'efforcer d'être aussi disponible que possible et d'accès facile. De même, l'information et l'accueil de l'agent doivent s'effectuer de manière individualisée, sous forme d'entretien individuel, mené par un professionnel ayant l'habitude de développer une écoute attentive à l'égard de ses interlocuteurs. Le recours à un organisme de conseil extérieur peut, selon la complexité de l'opération, constituer un atout dans les domaines de l'appréciation des potentiels et aspirations individuels, ou encore en termes de méthodologie. L'intervention d'un psychosociologue spécialisé dans le domaine des relations humaines au travail offrira la possibilité pour les agents d'être reçus dans le cadre d'entretiens basés sur la confiance et l'écoute. Cet intervenant ne rend compte de ces entretiens, ni à la direction de l'hôpital, ni au comité de pilotage, et ne doit jamais apparaître comme un « homme de la direction ». Il agit en simple conseil, voire en médiateur, la charge de gérer l'opération de restructuration incombant à la direction, à la hiérarchie et au comité de pilotage.

B) ...mais aussi des différents responsables hospitaliers

Si l'écoute des agents est primordiale, l'écoute des différents responsables hospitaliers ne doit pas être oblitérée. Il est en effet essentiel que la CLASMO soit sensibilisée aux principaux enjeux de l'établissement et connaisse le détail des restructurations inscrites au projet d'établissement. Membre du comité de pilotage en charge des restructurations, le chef de la cellule doit également s'efforcer d'aller à la rencontre, sur le terrain, des différents acteurs concernés par la restructuration : président de CME, directeurs adjoints, médecins chefs de pôles ou chefs de service, cadres de pôle, ingénieurs hospitaliers notamment. C'est en partant du constat qu'elle devait connaître précisément les attentes et préoccupations des différents responsables hospitaliers que la responsable de la CLASMO de l'APHM a débuté son mandat en multipliant les entretiens, avec le concours du cabinet de consultants ALTEDIA. Ces entretiens ont permis d'identifier des mesures d'accompagnement spécifiques à l'AP-HM, en plus des mesures financées par le FMESPP, comme par exemple, l'engagement à un retour de l'agent sur son site d'origine quelques mois après le transfert de l'activité sur son nouveau site. Ils ont aussi participé à l'adhésion des parties prenantes au projet car chacun s'est senti « acteur » du projet institutionnel à l'issue de ces entretiens, retrouvant leurs préconisations dans la charte de la modernisation sociale de l'AP-HM.

3.2.2 La communication

La CLASMO doit en premier lieu communiquer sur l'existence même de la cellule et comment elle peut être contactée. Afin de faciliter l'accès de tous, elle doit proposer d'être jointe par divers moyens : courrier postal, téléphone, ou encore courrier électronique. En dehors de l'annonce de l'installation d'une CLASMO par note de service, la publicité sur l'existence de la cellule pourra s'effectuer par la mise à disposition d'un espace web dédié, en page d'accueil du site intranet de l'hôpital.

Par ailleurs, en raison de sa triple mission d'accueil, d'information et de conseil, la CLASMO se doit d'être une structure performante en termes de communication. Il est primordial que, dans un contexte très souvent complexe et sources d'inévitables et légitimes inquiétudes, le personnel dispose d'une information précise et complète, relayée par des acteurs institutionnels et non simplement et uniquement les syndicats.

Dans un souci d'équité et de transparence, mais également de confidentialité, deux types de communication devront être mis en place :

- Une communication « collective » destinée à éclairer les agents sur les projets de restructuration, à expliciter le dispositif juridique mis en place pour l'accompagnement social de l'opération de modernisation et à offrir des opportunités d'emploi au sein ou en dehors de l'établissement. Au-delà de la charte de modernisation sociale, des supports de communication tels que des

séances d'information collectives sur chaque site hospitalier, la mise à disposition des personnels d'une documentation sur les différentes mesures auxquelles ils peuvent prétendre ou le site intranet seront privilégiés, notamment au tout début de la mise en place de la CLASMO.

- Une communication « individuelle » devra nécessairement prendre le relais dans la mesure où le rôle de la CLASMO est, en premier lieu, d'assurer un accompagnement personnalisé. En effet, selon le profil de l'agent, son projet professionnel et ses éventuels projets personnels, il conviendra de communiquer une information ciblée et adaptée à ses besoins. Dans ce cas, la communication s'effectue en principe par le biais d'entretiens individuels réguliers avec l'agent (pour favoriser l'écoute, le suivi et l'accompagnement de l'agent) et de courriers officiels (pour lui notifier les opportunités qui lui sont offertes ou les décisions prises à son égard). De même, une communication personnalisée devra être adaptée au profil de chaque agent et à la complexité de son dossier : choix de la personne chargée de conduire l'entretien, durée de l'entretien etc...

3.2.3 Le conseil « sur mesure »

Après avoir accordé une écoute attentive aux inquiétudes et interrogations et, adapté ses modalités de communication, la CLASMO doit mettre en œuvre un conseil « sur mesure » au profit de chaque agent. Le respect de trois principes permet d'atteindre ce résultat.

Tout d'abord, la CLASMO doit respecter le volontariat de chaque agent. Non obligatoire au sein des établissements restructurés, la CLASMO est créée afin de favoriser les démarches des agents, dans une perspective d'accompagnement qui échappe au circuit hiérarchique habituel. Toutefois, un agent peut décider de ne pas avoir recours à la CLASMO, soit que celui-ci a accepté une mobilité qui ne nécessite pas d'accompagnement spécifique, soit que celui-ci préfère se débrouiller seul, ou avec l'appui de sa hiérarchie, pour réaliser son projet professionnel dans le cadre de la restructuration. De même, un agent qui a été reçu par la CLASMO à un premier entretien peut décider de ne pas poursuivre la démarche d'accompagnement. Toutefois, afin de fidéliser l'agent et de l'impliquer dans la démarche établie à son profit, il est souhaitable qu'un formulaire d'engagement réciproque soit proposé à la signature de l'agent afin que celui-ci affirme sans cesse son volontariat en exerçant ses devoirs : honorer les entretiens pris avec les conseillers ou les membres de la cellule, suivre les actions de formation validées, respecter les délais, faire preuve de loyauté et de transparence à l'égard de la CLASMO. A cet égard, il convient de rappeler que les aides individuelles proposées en annexe de l'instruction n°113 du 8 avril 2010 doivent être servies en respectant le volontariat de chaque agent, et ne jamais être imposées par l'administration de

l'établissement. La principale indemnité servie (en valeur) dans le cadre d'une mobilité professionnelle est l'indemnité de départ volontaire. Si celle-ci n'est pas un droit pour l'agent, nonobstant le fait que celui-ci réunit les conditions d'ancienneté et d'âge pour y prétendre, cette indemnité, qui entraîne la démission de l'agent, doit être servie dans le respect du volontariat de l'agent. De même, une reconversion professionnelle ne peut être imposée à l'agent du fait qu'elle sera financée dans le cadre du FMESPP.

Le second principe à observer est celui de la confidentialité du dossier de chaque agent. L'agent qui a recours à la CLASMO doit pouvoir aborder, au cours des entretiens, toutes ses préoccupations d'ordre professionnel et même personnel, sans qu'il craigne que le contenu de ses échanges avec la CLASMO ne soit diffusé à son encadrement de proximité ou avec la direction des ressources humaines. Pour cela, un principe de confiance mutuelle doit être affirmé dès le premier entretien et entretenu à chaque séance. La relation de confiance établie progressivement entre le conseiller et l'agent est incontestablement la condition d'une démarche d'accompagnement optimale.

Enfin, l'objectif de réaliser un conseil « sur mesure » implique la mise en œuvre d'un suivi personnalisé répondant précisément aux attentes de l'agent. Aucun dossier n'est semblable à un autre et ne peut faire l'objet d'un traitement automatique selon une procédure uniformisée. La profession, selon qu'elle est déficitaire ou excédentaire au sein de l'établissement, aura une incidence toute particulière sur la conduite du dossier.

Toutefois, quatre principaux types de candidatures peuvent être identifiés :

- Les personnels candidats à une mobilité professionnelle s'accompagnant d'un changement de métier ou d'un changement de structure et/ou de statut. Il s'agit en général d'agents souhaitant être repositionnés au sein d'une autre fonction publique ou d'un autre établissement public de santé, ou souhaitant reprendre ou créer une entreprise. Du fait de l'existence de dispositifs incitatifs, comme l'IDV, le congé de formation professionnelle ou la conversion professionnelle, ce type d'accompagnement ne pose pas de réelle difficulté et se traduit généralement par la mise en œuvre des outils traditionnels de recherche d'emploi.
- Les personnels concernés par une opération de restructuration, qu'il s'agisse d'un transfert d'activité ou d'une fermeture de service, volontaires pour la mutation. Ce type de cas de figure ne pose pas véritablement de difficulté dans la mesure où l'agent s'inscrit dans une démarche participative et positive au regard des évolutions de l'établissement. A noter toutefois que le montant des aides à la mobilité géographique est relativement peu incitatif.

- Les personnels concernés par une opération de restructuration qui ne sont pas volontaires pour une mutation nécessitent une attention particulière de la CLASMO. En effet, il s'agira de trouver pour l'agent une solution de compromis préférable à une mutation pour nécessité de service. En cas d'échec du travail de dialogue et de persuasion, et de refus définitif de l'agent d'accepter une mutation pour nécessité de service, ce dernier pourra, à l'extrême, faire l'objet d'une procédure de licenciement.
- Les personnels dont le poste est remis à la DRH par sa hiérarchie du fait de la recomposition hospitalière. Si ce cas est plus rare, il doit faire l'objet d'un traitement spécifique car aucun choix n'est laissé véritablement à l'agent. C'est pourquoi la CLASMO a un rôle majeur dans la phase d'évaluation des projets réalisables de l'agent au sein ou en dehors de l'établissement, avec ou sans formation d'adaptation ou de reconversion.

Conclusion

Dans son Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS (version 2.1 du 1^{er} août 2011), la DGOS précise que « *La restructuration de l'offre de soins hospitalière régionale doit être orientée sur l'évolution des modes de prise en charge, en optimisant l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des soins hospitaliers et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète* ». Pour sa part, la Cour des Comptes, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale publié en septembre 2011⁶¹, dresse un tableau critique des coopérations hospitalières : insuffisantes en nombre, elles seraient également inefficaces, incohérentes et sans impact en matière de recomposition de l'offre de soins. Pour y remédier, la proposition n°47 du rapport préconise que la DGOS et les ARS pilotent « *fermement la stratégie de recomposition de l'offre hospitalière en mettant résolument en œuvre l'ensemble des outils, y compris coercitifs* ». L'annonce par le gouvernement, en conseil des ministres du 5 janvier 2011, de la réactivation de l'Observatoire des Recompositions Hospitalières, créé en 2002, participe également de cette démarche de renforcer le suivi et la régulation de l'offre de soins.

Dans un contexte national de lutte contre la dette publique et de recherches d'économies, il ne fait aucun doute que les cinq prochaines années couvertes par le SROS-PRS vont continuer à donner lieu à une multitude de restructurations dans le domaine hospitalier, parfois à « marche forcée ».

Etant désormais admis que l'hôpital est sans cesse en « mutation », et afin d'anticiper les injonctions hiérarchiques et les actions coercitives, il convient d'accorder à l'hôpital les moyens d'évoluer et de s'adapter au changement. Or, la maîtrise des effets internes et externes déclenchés par une opération de restructuration est devenue un principe fondamental de la « Responsabilité Sociale des Entreprises » (RSE), concept en plein essor et en diffusion au sein de l'hôpital public depuis la fin des années 2000.

Le recours au FMESPP pour le financement d'aides individuelles et la mise en œuvre de CLASMO sont aujourd'hui devenus indispensables à la réussite de l'accompagnement social des fonctionnaires hospitaliers concernés par cette mutation. Utilisés de manière prospective et opérationnelle, dans le cadre d'un plan d'accompagnement social formalisé, ces instruments s'avèrent efficaces, au bénéfice de l'établissement et des agents. La création d'un Fonds d'Intervention Régional (FIR) se substituant au FMESPP et au FIQCS, annoncée dans l'avant projet de loi de financement de la sécurité sociale

⁶¹ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale 2011 », p.286, rapport téléchargeable sur www.ccomptes.fr

2012, devrait encore renforcer les outils stratégiques de priorisation des choix de redéploiement de l'offre de soins mis à disposition des ARS.

En revanche, lorsque le contexte hospitalier ne permet pas de susciter une démarche prospective, stratégique et participative, leur mise en œuvre peut s'avérer problématique.

En dépit de ses contraintes et difficultés, le Centre Hospitalier Henri Guérin devrait néanmoins pouvoir parvenir à la définition d'un projet d'établissement avant le début d'année 2012. Dès lors, la constitution d'une CLASMO deviendra non seulement possible mais nécessaire à la mise en œuvre de l'accompagnement social des restructurations.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. Journal Officiel, n°180, du 6 août 2009.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Décret n°2001-353 du 20 avril 2001 instituant une indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret 2001-1242 du 21 décembre 2001, modifié, relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n°98-1220 du 29 décembre 1998 instituant une indemnité de départ volontaire au profit des fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonction dans un établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Circulaire n°DGOS/R1/2011/154 du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Circulaire n°DHOS/RH3/2010/89 du 11 mars 2010 relative à l'utilisation des crédits du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP), volet ressources humaines, au titre de l'année 2010.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Instruction n°DGOS/SDRH/RH3/113 du 8 avril 2010 relative au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION PROVENCE ALPES-COTE D'AZUR. Arrêté 2006-11-04 fixant le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire 2006-2011 dit « de 3^{ème} génération ».

Documents internes au CHHG, au CH de Montfavet et à l'AP-HM

CENTRE HOSPITALIER HENRI GUERIN. Projet d'établissement 2005-2010, voté le 9 décembre 2005.

CENTRE HOSPITALIER HENRI GUERIN. Projet médical 2002-2007, voté le 19 mars 2002.

CENTRE HOSPITALIER HENRI GUERIN. Plan de redressement (janvier 2011).

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE MARSEILLE. Note relative aux parcours et règles de mobilité, du 1^{er} mars 2010.

CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET. Dossier d'éligibilité au FMESPP et de constitution de CLASMO (janvier 2011).

Ouvrages

COUTY E., 2009, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences-Po, 562 p. (chapitre 25 « les restructurations dans le secteur hospitalier »)

FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Editions du Seuil, 422 p.

VALETTE A., CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., et al., 2005, *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*, Presses Universitaires de Montréal, 302 p.

WIEL G., LEVESQUE G., 2009, *Penser et pratiquer l'accompagnement – Accompagnement et modernité*, Chronique sociale, 112 p.

Rapports

COUR DES COMPTES, septembre 2011, *La sécurité sociale, rapport 2011*, 579 p., téléchargeable sur www.ccomptes.fr

COUTY E., janvier 2009, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), juin 2007, *Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements spécialisés en santé mentale*, 143 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), février 2007, *Contrôle de gestion des ressources humaines du centre hospitalier spécialisé de Pierrefeu-du-Var*, rapport RM2006-171A présenté par G. LAURAND et Ch. PLANES-RAISENAUER, 76 p.

Articles

BAZILE S., mai-juin 2010, « La loi relative à la mobilité et aux parcours professionnels : entre modernisation et banalisation de la fonction publique », *AJFP*, p.116-1224

CALMES G. et LEFRANC L., octobre 2000, « Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 », *Gestions Hospitalières*, p.584-589

CAUVIN C., CREMADEZ M., DUMOND J-P et al., septembre 2002, « Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations hospitalières », CCIP/HEC Jouyen-Josas.

CHATAURET A, RENAULT C., YAHIEL M., décembre 1997, « Réforme hospitalière : comment maîtriser les changements ? », *Gestions Hospitalières*, p.808-811

DEBROSSE D., ROMATET J-J., LE TAILLANDIER V., et al., 2007, « L'accompagnement des réformes », *Les Cahiers Hospitaliers*, n°233, p. 5-14

DUMOND J-P., décembre 2006, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », *Sciences Sociales et Santé*, vol.24, n°4, p.97-126

HERREROS G., décembre 1996, « Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, p.752-757

MAZADE O., avril 2009, « Parcours et transition professionnelle », *L'éducation permanente*, n°181/2009-4, p.119-131

MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS A-P., 2004, « La conduite du changement ; Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue française de gestion*, 2004/3 n° 150, p. 29-53

MOSSE Ph. et Catherine PARADEISE C., 2003, « Restructurations de l'hôpital ; recompositions des hôpitaux », *Revue Française des Affaires sociales* 3/2003, p. 141-155

MOSSE Ph., 2001, « Une brève histoire du temps hospitalier – anthologie commentée des étapes de la construction du cadre formel des restructurations hospitalières en France », *Revue Française des Affaires sociales* 2/2001, p.7-10

MOSSE Ph., 2001, « Les restructurations, modèle ou succédané de la politique hospitalière ? », *Revue Française des Affaires sociales* 2/2001, p.11-26

M. RAVEYRE et P. UGHETTO, 2003, « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue Française des Affaires sociales* 3/2003, p. 95-119

VINCENT C. et VOLOVITCH P., 2003, « Les syndicats face aux restructurations hospitalières », *Revue Française des Affaires sociales* 3/2003, p.121-140

Thèses et mémoires

CASTELAIN C., 2002, *L'accompagnement social de la reconversion en temps réel de l'hôpital Rothschild : quels leviers et quels freins pour transformer la contrainte en opportunité ?*, mémoires de l'ENSP, 87 p.

MEZROUH F., 2008, *Rôle du directeur des soins dans l'accompagnement des restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité*, mémoire de l'EHESP, 37 p.

PADELLEC M.R., 2001, *Conduire des restructurations internes, un management stratégique au service de la cohérence et de la pertinence des actions*, mémoire de l'ENSP, 63 p.

REVELIN C., 1998, *Gestion des ressources humaines et restructuration : un projet et une méthode aux Hospices Civils de Lyon*, mémoire ENSP Directeur d'hôpital, 63p.

Sites internet

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE (ANAP), 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle, recueil de pratiques observées*, 68 p.

<http://www.anap.fr/detail/dune/publication/ou/dun/outil>

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE (ANAP), 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil de pratiques observées*, 88 p.

<http://www.anap.fr/detail/dune/publication/ou/dun/outil>

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE MARSEILLE, Dossier de presse du 8 juin 2010, « L'AP-HM en mouvement »,

<http://www.ap-hm.fr>

APM, 25 mai 2010, *Mobilité du personnel hospitalier : l'expérience marseillaise inspire l'ANAP*,

<http://www.apmnews.com>

DEXIA, janvier 2009, *Dix ans de recomposition hospitalière en France*,

<http://www.dexia-creditlocal.fr>

Liste des annexes

Annexe I : Liste des entretiens menés

Annexe II : Cartes des secteurs de prise en charge psychiatrique

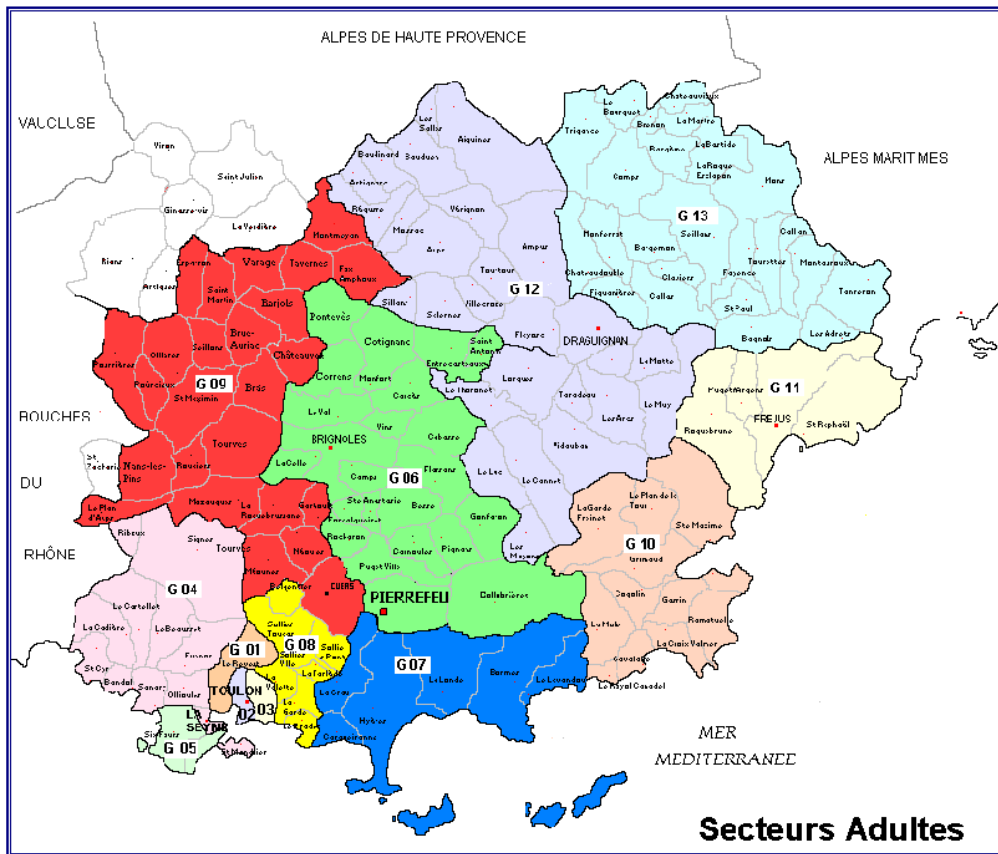
Annexe III : Dossier d'éligibilité au FMESPP inter-hospitalier

Annexe IV : Modélisation des parcours à l'AP-HM

Annexe I : liste des entretiens menés

- 5 avril 2011 : entretien avec Mme Véronique Fanari, cadre de pôle « psychiatrie générale Nord » du CHHG
- 16 juin 2011 : entretien avec Mme Nathalie Villaudière, chef de la mission CLASMO à l'AP-HM, encadrant mémoire
- 17 juin 2011 : entretien avec Mme Martine Montano, CHHG, adjoint en charge des services techniques et logistiques du CHHG
- 6 juillet 2011 : entretien avec M. Georges Kaplanski, ARS PACA (Direction patients, offre de soins et autonomie, service Gouvernance et Contractualisation)
- 6 juillet 2011 : entretien avec Mme Jany-Claire Fornes, ARS PACA (Direction patients, offre de soins et autonomie, chargée du suivi des personnels paramédicaux)
- 16 septembre 2011 : entretien avec Mme Félicie Faggianelli, DRH du CHS de Montfavet (Avignon)

Annexe II : Cartes des secteurs de prise en charge psychiatrique



Annexe III : Dossier d'éligibilité au FMESPP inter-hospitalier

CONVENTION ENTRE L'A.R.S. PACA ET :
LE CENTRE HOSPITALIER DE HYERES
LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON-LA SEYNE
LE CENTRE HOSPITALIER HENRI GUERIN DE PIERREFEU DU VAR

Dossier suivi par Madame BARON Christine,
Directeur Adjoint aux Ressources Humaines du CHHG

e-mail : christine.baron@ch-pierrefeu.fr

et

Madame ESMIOL Espérance,

Chargée du Développement des Ressources Humaines du CHHG

e-mail : esperance.esmiol@ch-pierrefeu.fr

A) IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT n°1

Centre Hospitalier Henri Guérin

Quartier Barnenq

83390 PIERREFEU du VAR

Directeur de l'établissement : Monsieur Michel BARTEL

Président du Conseil de Surveillance : Monsieur Patrick MARTINELLI

Téléphone: 04-94-33-18-00

Télexcopie: 04-94-33-18-13

N° FINESS : 830 101 200

N° SIRET: 268 300 084 00012

N° RIB: 30001 / 00831/ 0000 D 050038 / 87

Effectif total du personnel en ETP :

Catégorie	A	B	C	TOTAL
Administratif	9.9	23.6	55.9	89.4
Soignant et éducatif	56.5	288.2	189.6	534.3
Technique	5.7	6	79.1	90.8
Médico-Technique	0	4	0	4
TOTAL	72.1	321.8	324.6	718.5
Personnel médical	36.5	/	/	
TOTAL	108.6	321.8	324.6	755

Nombre de lits et places (au 1^{er} janvier 2011) :

	LITS	PLACES (HJ)	TOTAL
LITS ET PLACES	213	112	325

B) IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT n°2

Centre Hospitalier Marie « José Treffot » d'Hyères

Directeur de l'établissement : Monsieur Philippe Dugand

Président du Conseil de Surveillance : Monsieur Jacques Politi

Téléphone: 0494002400

Télecopie: 0494002733

N° FINESS : 830 100 533

N° SIRET: 268 300 050 00054

N° RIB: 3001 00442 C830 000 0000 47

Effectif total du personnel en ETP : bilan social au 31 décembre 2010

Catégorie	A	B	C	TOTAL
Administratif	8,00	26,10	61,95	96,35
Soignant et éducatif	73,95	163,15	272,20	509,30
Technique	3,00	12,90	60,30	76,20
Médico-Technique	5,50	39,50	2,00	47,00
TOTAL	90,45	241,95	396,45	728,85
Personnel médical				88,58
TOTAL				817,43

Nombre de lits et places (au 1^{er} janvier 2011) :

	LITS	PLACES (HJ)	TOTAL
LITS ET PLACES	402	5	407

C) IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT n°3

Centre Hospitalier Toulon la Seyne sur Mer

BP 1412

83056 TOULON CEDEX

Directeur de l'établissement : Monsieur Michel PERROT

Président du Conseil de Surveillance : Monsieur Hubert FALCO

Téléphone: 04 94 61 61 61

Télexcopie: 04 94 61 61 12

N° FINESS : 830 100 616

N° SIRET: 268 300 126 000 11

N° RIB: 30001/ 00831 / D8360000000/69

Effectif total du personnel en ETP :

Groupe qualification	CATEGORIE A	CATEGORIE B	CATEGORIE C	TOTAL
Personnel non médical Catégorie emploi				
ADMINISTRATIF	22,77	123,44	247,85	394,06
SOIGNANT ET EDUCATIF	269,67	934,00	955,20	2 158,88
TECHNIQUE ET OUVRIER	10,00	45,00	327,03	382,03
MEDICO-TECHNIQUE	12,00	161,12	-	173,12
TOTAL	314,45	1 263,57	1 530,09	3 108,10

Nombre de lits et places (au 1^{er} janvier 2011) :

	LITS	PLACES (HJ)	TOTAL
LITS ET PLACES	1073	121	1194

1. DESCRIPTION DE L'OPÉRATION

Le Centre Hospitalier Henri Guérin (CHHG) de Pierrefeu-du-Var, le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne (CHITS) et le CH Marie José Treffot d'Hyères se sont engagés dans une opération de mutualisation de moyens et de ressources, en participant, à la création d'une Unité Centrale de Production, destinée à offrir une prestation de restauration collective aux patients et aux personnels des trois établissements. Cette coopération devrait prendre la forme d'un groupement de coopération sanitaire, nommé SANTALYS, d'ici la fin d'année 2011.

L'unité centrale de production alimentaire sera implantée sur la commune de la Garde, à l'Est de l'agglomération toulonnaise. Chaque hôpital maintiendra cependant un espace de distribution des repas au profit de son personnel.

2. ENJEUX ET OBJECTIFS POURSUIVIS

La création de cette entité permettra une réduction des coûts directs et indirects liés actuellement à l'exploitation d'un service de restauration au sein de chacun des trois établissements et de garantir à chaque établissement participant une réponse adaptée aux besoins et attentes des consommateurs, qu'ils soient patients ou agents hospitaliers.

Les avantages majeurs de cette mutualisation se traduisent en termes :

- nutritionnels,
- de qualité organoleptique,
- de sécurité alimentaire,

Cette opération apporte par ailleurs les garanties suivantes :

- un rapport économique optimisé,
- un transport mutualisé,
- un environnement professionnel sécurisé,
- une mise en valeur des compétences des équipes de restauration.

A l'occasion de ce projet, **100 agents hospitaliers** (70 agents du CHITS, 13 agents du service restauration du CH Henri Guérin, 17 agents du Centre Hospitalier de Hyères) devront, en début de 2ème semestre 2013, être orientés vers la nouvelle entité. Chaque agent continuera à relever de son établissement hospitalier respectif, par le biais d'une mise à disposition auprès du GCS SANTALYS.

La conduite de ce projet suppose une politique active des ressources humaines s'appuyant notamment sur un dispositif d'accompagnement social et une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, afin de parvenir à une adéquation entre le potentiel humain et le projet de l'établissement.

Pour encourager ces agents dont les emplois seront supprimés et qui ont accepté de s'investir professionnellement dans des nouvelles compétences liées à l'évolution des métiers de la restauration, des technologies de la restauration collective et des produits alimentaires, le versement d'une indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité est envisagé.

3. DESCRIPTION DES CONSEQUENCES ATTENDUES DE L'OPERATION EN TERMES D'ORGANISATION

La création d'une unité centrale de production alimentaire inter-hospitalière, expression de la volonté de coopération des établissements Ouest varois, figure parmi les solutions envisagées par les trois établissements afin d'assurer la maîtrise de ses dépenses de fonctionnement. Trois objectifs cumulatifs sont poursuivis au travers de ce projet :

- le premier est économique et repose d'une part sur une logique de massification (achats, maintenance, production) et d'autre part d'optimisation des process de production (amélioration de la performance des opérateurs et de la structure dans son ensemble) ;
- le deuxième concerne la maîtrise des effectifs à travers, là encore, l'optimisation des process (massification des lignes de production notamment) ;
- le troisième concerne le renforcement de la qualité des productions et de la sécurité sanitaire des produits, au travers de la modernisation des installations de production et de la modernisation des technologies.

Du point de vue de l'organisation globale de la prestation restauration, le projet permet :

- d'optimiser l'organisation globale de la fonction, au travers notamment de la suppression des cuisines relais ;
- de standardiser les process de transport et de distribution ;
- d'envisager l'extension de la certification ISO 9001 sur l'ensemble du périmètre (le projet comportant également l'ambition d'obtention d'un certificat ISO 14001 à moyen terme) ;
- enfin, le GCS est constitué pour servir de socle, à terme, à d'autres coopérations inter-hospitalières dans le domaine logistique.

4. ECHEANCIER DE L'OPERATION

L'opération de mise à disposition des agents de chaque service de restauration se réalisera à l'ouverture du GCS SANTALYS, prévue en septembre 2013.

CH Henri Guérin	2012	2013
Postes libérés par les candidats à l'indemnité exceptionnelle de mobilité	0	9

Postes libérés par les candidats à l'indemnité départ volontaire	0	1
---	---	---

Postes libérés par les candidats à l'action de reconversion	0	1
--	---	---

CH Hyères	2012	2013
Postes libérés par les candidats à l'indemnité exceptionnelle de mobilité	0	17

Postes libérés par les candidats à l'indemnité départ volontaire	0	0
---	---	---

Postes libérés par les candidats à l'action de reconversion	0	2
--	---	---

CHITS	2012	2013
Postes libérés par les candidats à l'indemnité exceptionnelle de mobilité	0	62

Postes libérés par les candidats à l'indemnité départ volontaire	0	0
---	---	---

Postes libérés par les candidats à l'action de reconversion	0	3
--	---	---

5. DESCRIPTION DES EFFECTIFS CONCERNES DE L'OPERATION SUR LA GESTION DES PERSONNELS

A/ CH Henri Guérin (Tableau des effectifs concernés avant l'opération décrite ci – dessus)

Sur les 21 agents que compte actuellement le service de restauration, la répartition « hypothétique » des effectifs serait ainsi ventilée :

- 13 agents seront mis à disposition du GCS SANTALYS, mais 9 seulement rallieront effectivement le site de la nouvelle entité (« la Chaberte » à La GARDE) et pourront prétendre à une aide à la mobilité ; les 4 autres agents seront affectés au self du CHHG
- 1 agent démissionnaire potentiellement éligible à l'IDV
- 1 agent en situation de reconversion

Service concerné	Effectif actuel	Effectif cible à l'ouverture de l'UCP	Nombre d'agents éligibles au FMESPP	Accès aux mesures FMESPP
Restauration	21	13	9	Aide à la mobilité
			1	IDV
			1	Reconversion
Total			11	

- 4 agents seraient reclassés pour inaptitude médicale,
- 1 agent réunit les conditions pour partir en retraite à l'ouverture du GCS,
- 1 diététicienne conserverait, sous réserve de confirmation, son emploi parmi les effectifs soignants du CHHG

Par ailleurs, il convient de souligner que deux agents, parmi les 13 agents mis à disposition de SANTALYS, effectueront une formation permettant d'intégrer leurs nouvelles fonctions au sein de l'unité centrale de production. En sus de l'indemnité de mobilité à laquelle ils peuvent prétendre, un financement de ces formations est sollicité.

B/ CH d'Hyères (Tableau des effectifs concernés avant l'opération décrite ci-dessus)

Service concerné	Effectif actuel	Effectif cible à l'ouverture de l'UCP	Nombre d'agents éligibles au FMESPP	Accès aux mesures FMESPP
Restauration	32	17	17	Aide à la mobilité
			0	IDV
			2	Reconversion
Total	32	17	19	

C/ CHITS (Tableau des effectifs concernés avant l'opération décrite ci – dessus)

L'effectif concerné par l'opération est de 102 agents (effectif initial du service restauration avant l'opération, désigné comme « effectif actuel » dans le tableau ci-dessous).

A l'issue des entretiens d'orientation, leur positionnement a été défini de la manière suivante :

- 70 agents seront mis à disposition du GCS SANTALYS,
- 10 agents auront intégré les services de soins sur des fonctions d'ASHQ d'ici début 2012,
- 8 agents exerceront d'autres fonctions au sein du PETL,
- 4 agents auront quitté l'établissement (par mutation, détachement, départ à la retraite)

Pour remplacer les 22 agents titulaires en partance ou repositionnés dans d'autres services du CHITS, l'établissement aura recruté des agents contractuels dont le contrat stipule qu'ils sont affectés sur des emplois appelés à être supprimés à l'ouverture de la nouvelle cuisine.

Reste à étudier la situation de 5 agents titulaires, à ce jour non désireux d'intégrer la nouvelle cuisine, en cours d'orientation, et de 5 agents contractuels.

Service concerné	Effectif actuel	Effectif cible à l'ouverture de l'UCP	Nombre d'agents éligibles au FMESPP	Accès aux mesures FMESPP
Restauration	102	70	62	Aide à la mobilité
			0	IDV
			3	Reconversion
Total			65	

Sur les 70 agents mis à disposition du GCS, 62 rallieront effectivement le site de la nouvelle entité (« la Chaberte » à La GARDE) et pourront prétendre à une aide à la mobilité ; les 8 autres agents seront affectés au self du CHITS.

6. NATURE ET MONTANT DES AIDES SOLLICITEES AU TITRE DU FMESPP

INDEMNITE EXCEPTIONNELLE DE MOBILITE

CH Henri Guérin (en nombre d'agents)

Grade	distance <à 10 km	distance égale ou >à 10 km et < à 20 km	distance égale ou > à 20 km et < à 30 km	distance égale ou >à 30 km et > à 40 km	distance égale ou > à 40 km	montant de l' IEM
Maitre Ouvrier Principal			1			762.25€
Agent de Maitrise			1			762.25€
Agent de Maitrise Principal			1			762.25€
Agent de Maitrise		1				533.57€
Ouvrier Professionnel Qualifié	1					381.12€
Ouvrier professionnel Qualifié		1				533.57 €
Agent de Maitrise		1				533.57 €
Maitre Ouvrier		1				533.57 €
Technicien Supérieur Hospitalier Chef			1			762.25€
TOTAL						5564.40 €

CH d'Hyères

nombre	distance <à 10 km	distance égale ou >à 10 km et < à 20 km	distance égale ou > à 20 km et < à 30 km	distance égale ou >à 30 km et > à 40 km	distance égale ou > à 40 km	montant de l'IEM
Nombre d'agents	1	12	4			
Montants	381.12	533.57	762.25			
Total	381.12	6402.84	3049			9832.96
TOTAL						9832.96€

CHITS (en nombre d'agents)

Grade	distance <à 10 km	distance égale ou >à 10 km et < à 20 km	distance égale ou > à 20 km et < à 30 km	distance égale ou >à 30 km et > à 40 km	distance égale ou > à 40 km	montant de l'IEM
Maitre Ouvrier Principal	1	1				914,69
Agent de Maitrise	1	2	1			2 210,51
Technicien Supérieur Hosp.	1					381,12
AEQ	4	7	4	2		11 357,45
Dietéticienne		1				533,57
Ouvrier Professionnel Qualifié	8	6	5	1		11 586,12
Aide soignant FF AEQ		1				533,57
ASHQ FF AEQ		1				533,57
Maitre Ouvrier	7	6	2			7 165,08
TOTAL						35 215,68 €

INDEMNITE DE DEPART VOLONTAIRE

CH Henri Guérin

GRADE	2012	Indice Majoré	Valeur Mensuelle	Durée de services publics effectifs 31.12.2012	Coefficient Multiplicateur	Montant IDV
maitre ouvrier principal	Au 31/12/2012	394	1824,33	> 25 ans	26 mois	47 432,58 €

CHITS et CH de Hyères : aucun agent concerné

REMBOURSEMENT DES ACTIONS DE CONVERSION

CH Henri Guérin

GRADE	AGENT	INTITULE DE LA FORMATION	PERIODE DE FORMATION	Cout de la Formation*	TOTAL
OPQ	1	BAC PRO RESTAURATION	MAI 2011 à SEPTEMBRE 2011	850 €	850 €
OPQ	1	BAC PRO METIER DE L'ALIMENTATION	MAI 2011 à SEPTEMBRE 2011	850 €	850 €
Agent de Maitre Principal	1	FORMATION AGENT DE SECURITE	SEPTEMBRE 2011 14 JOURS	990 €	990 €
TOTAL				2690 €	2690 €

* Le coût des traitements n'est pas pris en compte pour ces trois agents étant donné que ce temps de formation est ponctuel et n'entraîne pas durablement une mise en retrait de l'établissement.

CH de Hyères : 2 agents concernés (successivement en école préparatoire puis en école de formation aide-soignant)

GRADE	AGENT	INTITULE DE LA FORMATION	PERIODE DE FORMATION	Coût des traitements	Cout de la Formation	TOTAL
AEQ	1	Prépa école AS	Septembre 2011 à mars 2012	1345	750	2095
AEQ	1	Ecole AS	Septembre 2012 à juin 2013	18750	3700	22450
AEQ	1	Prépa école AP	Septembre 2011 à mars 2012	1 345	1100	2445
AEQ	1	Ecole AP	Septembre 2012 à juin 2013	18 750	3700	22450
Total						49440

CHITS : 3 agents concernés (successivement en école préparatoire puis en école de formation aide-soignant)

GRADE	AGENT	INTITULE DE LA FORMATION	PERIODE DE FORMATION	Cout des Traitements	Cout de la Formation	TOTAL
AEQ	3	Préparation école AS	Septembre 2012 à mars 2013	-	2 250	2 250
AEQ	3	Ecole AS	Septembre 2013 à juin 2014	78 000	10 800	88 800
TOTAL	3			78 000	13 050	91 050 €

MONTANT GLOBAL DES AIDES SOLLICITEES 2011-2013

Pour le CH Henri Guérin :

Mesures FMESPP	Nombre d'agents éligibles	Coût total estimé
Indemnité d'aide à la mobilité 2013	9	5 564.40 €
Indemnité IDV 2013	1	47 432 €
Indemnité reconversion	3	2 690 €
TOTAL 2011/2012/2013	13	55 686,40 €

Pour le CH d'Hyères :

Mesures FMESPP	Nombre d'agents éligibles	Coût total estimé
Indemnité d'aide à la mobilité 2013	17	9 832
Indemnité IDV 2013	0	0
Indemnité reconversion	2	49 440
TOTAL 2011/2012/2013	19	59 272 €

Pour le CHITS :

Mesures FMESPP	Nombre d'agents éligibles	Coût total estimé
Indemnité d'aide à la mobilité 2013	62	35 215,68 €
Indemnité IDV 2013	0	0
Indemnité reconversion	3	91 050,00 €
TOTAL 2011/2012/2013	65	125 265,68 €

7. MODALITES DE SUIVI DE L'OPERATION

Un comité de pilotage ainsi qu'un comité Projet se réunissent à échéances régulières et se concertent avec le groupe de travail des directeurs de ressources humaines sur le déroulement de l'opération.

ANNEXE : AVIS DES INSTANCES (conseil de surveillance et CTE)

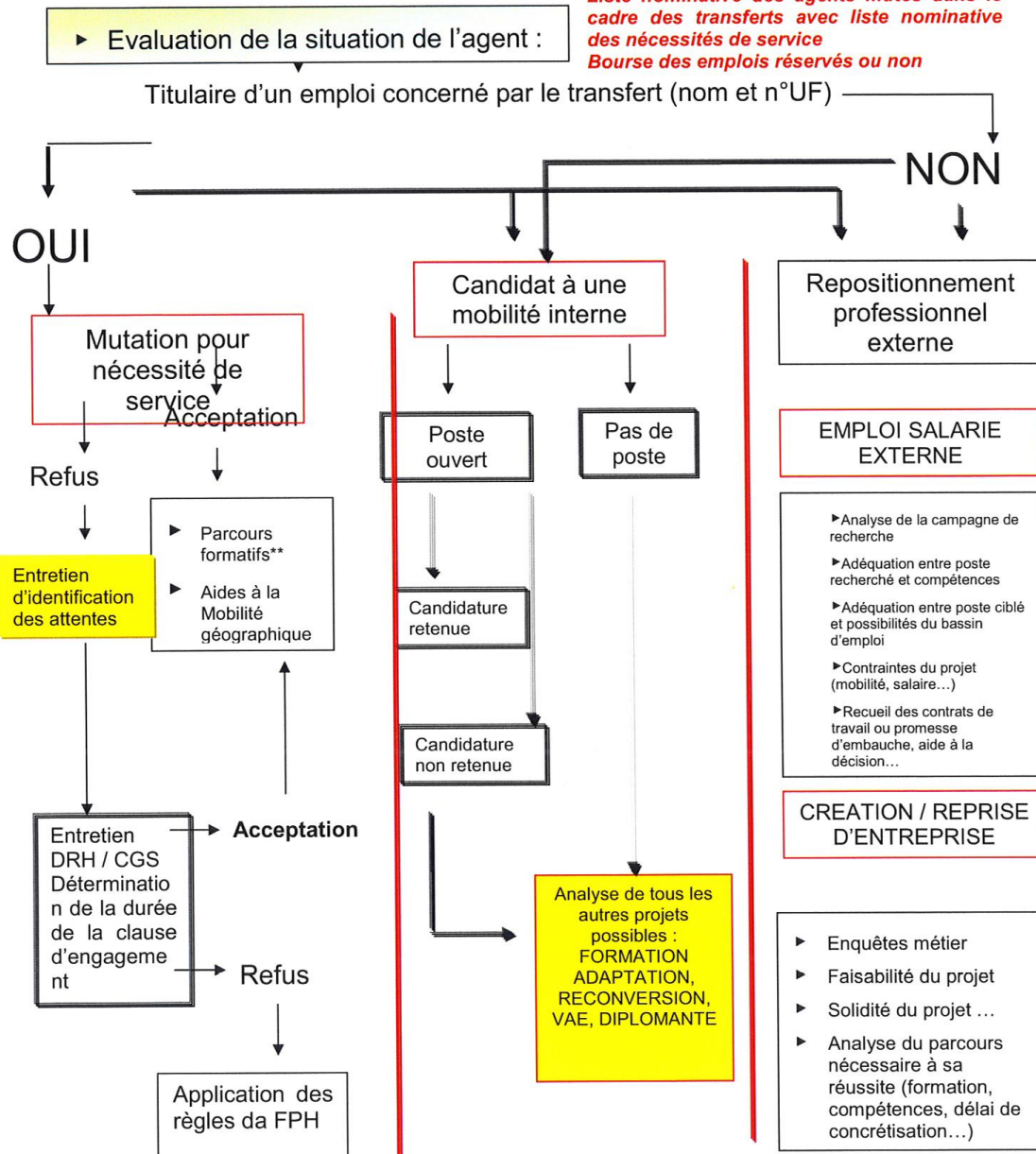
Annexe IV : Modélisation des parcours à l'APHM



MODELISATION DES PARCOURS

OUTILS A DISPOSITION DE LA CLASMO

- Liste des UF transférées
- Liste nominative des agents mutés dans le cadre des transferts avec liste nominative des nécessités de service
- Bourse des emplois réservés ou non



BATY

SYLVAIN

NOVEMBRE 2011

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2010-2012

ACCOMPAGNER LES RESTRUCTURATIONS A L'HOPITAL : UN DEFI POUR LE DRH DE DEMAIN

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : NEANT

Résumé :

Dans un contexte hospitalier désormais en constante restructuration, l'accompagnement social des agents prend toute son importance.

Compte tenu des cinq projets de restructuration qui vont être menés entre 2011 et 2013, le Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var a décidé d'expérimenter la mise en œuvre d'une cellule d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux, appelée CLASMO. De la phase de diagnostic et d'évaluation à la mise en œuvre opérationnelle d'une cellule d'accompagnement social, le directeur des ressources humaines doit, avec méthode, développer une certaine expertise afin que la réorganisation souhaitée soit satisfaisante à la fois pour l'agent et pour l'établissement. Outre la GPMC mise en place au sein de chaque établissement, l'adoption d'une charte de modernisation sociale constituée, avec les aides individuelles et la CLASMO financées dans le cadre du FMESPP, la clé de réussite du projet de restructuration.

Mots clés :

HOPITAL – RESTRUCTURATIONS – ACCOMPAGNEMENT SOCIAL – MOBILITE PROFESSIONNELLE – CLASMO.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.