



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

EDH

Promotion : **2006- 2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

**Hôpitaux et maisons de retraite :
intégration ou externalisation ?
L'exemple de l'autonomisation de la
maison de retraite du Centre
hospitalier de Niort**

**Emmanuelle de LAVALETTE
FERGUSON**

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Christian Möller, directeur de l'hôpital local St Alexandre et du Foyer de Vie "Les Hauts de Sèvre" (Mortagne-sur-Sèvre), qui a bien voulu encadrer mon travail, et dont les conseils et la disponibilité m'ont aidée à mener à bien ce mémoire.

Mes remerciements vont également à Michel Bey, directeur-adjoint chargé des affaires médicales et de la filière gériatrique au CH de Niort, pour m'avoir encouragée dans le choix de ce sujet de réflexion, et avoir témoigné de son attention pour ce travail, tout au long de sa réalisation.

Je remercie encore toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien, et particulièrement : Didier Amélineau, directeur adjoint chargé des usagers et de la communication au CH de Saint-Nazaire, Philippe Leroux, président de la CME et responsable du pôle médecine polyvalente et gériatrie au CH de Saint-Nazaire, André Durand, directeur-adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales au CH d'Avignon, et Samuel Tarlé, directeur chargé du département des établissements annexes de personnes âgées au CH de Laval.

Merci à Xavier Cadilhac, mon maître de stage, pour ses conseils toujours avisés.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LES LIENS ENTRE HÔPITAUX ET HÉBERGEMENT MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES ÂGÉES : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE.....	8
1.1 Le contexte historique : la dissociation progressive de la fonction soignante et de la fonction hébergement.....	8
1.2 Le contexte juridique : Les fluctuations du statut juridique des maisons de retraite hospitalières, de la loi de 1970 à la loi du 27 janvier 1997.....	10
1.3 Le contexte stratégique : l'étendue de la typologie des liens entre hôpitaux et EHPAD.....	13
2 AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS RESPECTIFS DE LA GESTION ET DE L'AUTONOMISATION D'UNE MAISON DE RETRAITE HOSPITALIÈRE	17
2.1 Dans quelle mesure l'activité d'hébergement médico-social de personnes âgées exercée en régie pourrait-elle être une fonction stratégique de l'hôpital ?	19
2.1.1 Les maisons de retraite hospitalières présentent-elles des caractéristiques favorisant la qualité de la prise en charge sanitaire des résidents en leur sein même ?.....	19
2.1.2 Les maisons de retraite hospitalières présentent-elles des traits particuliers facilitant leur intégration à une filière de soins gériatrique telle que définie par la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ?	24
2.1.3 Les maisons de retraite hospitalières permettent-elles d'orienter plus facilement les patients hospitalisés vers une structure d'hébergement médico-social dès lors que leur état ne nécessite plus une hospitalisation ?	29
2.1.4 Dans quelle mesure les maisons de retraite hospitalières, peuvent-elles être la source d'avantages économiques pour les hôpitaux auxquels elles sont rattachées, indépendamment des avantages indirects qu'elles peuvent générer en termes de durée de séjour et de recours à l'hospitalisation ?	30
2.2 Dans quelle mesure le métier médico-social serait-il mal maîtrisé par les hôpitaux au point de justifier un recentrage de ces derniers sur leur cœur de métier sanitaire ?.....	32
2.2.1 La prégnance de la culture sanitaire.....	32
2.2.2 Quelques caractéristiques des maisons de retraites hospitalières peuvent présenter un intérêt ponctuel pour l'exercice du métier médico-social.....	40

2.3	La pratique médico-sociale acquise par les hôpitaux, ou qu'il leur serait possible d'acquérir, du fait de la gestion de maisons de retraite, induit-elle un savoir stratégique ?	40
2.3.1	Les savoir-faire hôtelier et de prise en charge globale	41
2.3.2	La connaissance des structures d'aval.....	42
2.4	Dans quelle mesure l'externalisation d'une maison de retraite hospitalière, peut-elle correspondre à une réorientation de l'hôpital vers des activités permettant davantage de souplesse et de réactivité dans la prise en charge des personnes âgées ?	43
3	LES FACTEURS DE RÉUSSITE DE L'AUTONOMISATION DE LA MAISON DE RETRAITE DU CENTRE HOSPITALIER DE NIORT	44
3.1	Faire en sorte que l'autonomie de la maison de retraite soit réelle	45
3.1.1	La détermination des caractéristiques juridiques et fonctionnelles du futur établissement	45
3.1.2	Le cadre institutionnel de la détermination des caractéristiques du futur établissement	47
3.1.3	L'apprentissage par la maison de retraite de sa future autonomie	48
3.2	Permettre le passage de la culture hospitalière à la culture médico-sociale	49
3.2.1	Le contenu du changement.....	49
3.2.2	La conduite du changement.....	51
3.3	Permettre l'établissement de coopérations entre la maison de retraite autonomisée et d'autres maisons de retraite autonomes	53
3.3.1	Les logiques à l'œuvre dans la recherche de coopérations.....	53
3.3.2	La mise en œuvre de la recherche de coopérations.....	58
4	ÉLÉMENTS DE RÉOLUTION DES PROBLÈMES POSÉS À UN HÔPITAL PAR L'AUTONOMISATION D'UNE MAISON DE RETRAITE	60
	CONCLUSION	63
	Bibliographie	65
	Liste des annexes	I
	ANNEXE 1 : Personnes interrogées dans le cadre de la rédaction du mémoire	II
	ANNEXE 2 : Réunions en rapport avec la maison de retraite et l'autonomisation, observées dans le cadre de la rédaction du mémoire	III

Liste des sigles utilisés

AMP Aides médico-psychologiques
AP-HP Assistance publique-Hôpitaux de Paris
AS Aide-soignant
ASHQ Agent des services hospitaliers qualifié
BO Bulletin officiel
CDD Contrat à durée déterminée
CDI Contrat à durée indéterminée
CGI Code général des impôts
CASF Code de l'action sociale et des familles
CH Centre hospitalier
CHU Centre hospitalier universitaire
CME Commission médicale d'établissement
CROSMS Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
CSP Code de la santé publique
DDASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
EHPA Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPSMS Établissement public social et médico-social
ETP Équivalent temps plein
FAM Foyer d'accueil médicalisé
FHF Fédération hospitalière de France
FPH Fonction publique hospitalière
GCS Groupement de coopération sanitaire
GCSMS Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIE Groupement d'intérêt économique
GIP Groupement d'intérêt public
GIR Groupe Iso-ressources
GMP GIR moyen pondéré
HAD Hospitalisation à domicile
IDE Infirmier diplômé d'Etat
IGAS Inspection générale des affaires sociales
JO Journal officiel de la République française
JOAN Journal officiel-Assemblée nationale
JOS Journal officiel-Sénat
MAS Maison d'accueil spécialisée

MCO Médecine-chirurgie-obstétrique
MR Maison de retraite
ONDAM Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PUI Pharmacie à usage intérieur
RDSS Revue de droit sanitaire et social
SIH Syndicat interhospitalier
SMTI Soins médico-techniques importants
SSIAD Service de soins infirmiers à domicile
SSR Soins de suite et de réadaptation
TEP Tableau des emplois permanents
TITSS Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale
TVA Taxe sur la valeur ajoutée
USLD Unités de soins de longue durée

INTRODUCTION

Présentation générale du Centre hospitalier de Niort et de sa maison de retraite :

Le Centre hospitalier de Niort est l'établissement de santé de recours pour le territoire de santé qui se superpose au département des Deux-Sèvres. Sa capacité en lits et places installés se répartissait comme suit au 1^{er} janvier 2007 :

Médecine	296
Dont : Médecine interne	26
Médecine polyvalente	16
Médecine gériatrique	15
Evaluation gériatrique	2
Hospitalisation à domicile	15
Chirurgie	149
Gynécologie/obstétrique	46
TOTAL MCO	491
Unité d'hospitalisation de très courte durée	12
Médecine physique et de réadaptation	29
Soins de suite	73
Unités de soins de longue durée	100
Service de soins infirmiers à domicile	50
Psychiatrie + Psychogériatrie	312 + 22

En 2006, 44 154 passages au service d'accueil des urgences ont été dénombrés.

Le Centre hospitalier de Niort comprend une maison de retraite (communément dénommée « l'EHPAD du Grand-Cèdre »), créée en 1973, et qui constitue à ce jour un service sans personnalité juridique de l'hôpital¹. (La maison de retraite a été créée *ex nihilo* afin de répondre aux besoins des habitants de la commune, les hospices préexistant au sein de l'hôpital en sont devenus les USLD.) La structure est sous convention tripartite depuis décembre 2002. Elle comporte actuellement 86 lits et places, dont 4 places d'hébergement temporaire et 4 places d'accueil de jour. Les personnels non médicaux rattachés au service se répartissent comme suit en ETP (Les chiffres indiqués ci-dessous sont issus du tableau des emplois permanents du 31 mai 2007, qui reflète bien la réalité des effectifs rémunérés en septembre 2007.)

Cadre de santé	1
----------------	---

¹ Juridiquement, alors même qu'elle relève d'un établissement sanitaire, la maison de retraite constitue un service à caractère médico-social, devant répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge, ainsi qu'aux procédures, prévues par le Code l'action sociale et des familles. (Articles L 6111-3 CSP, et L 312-1 6° CASF.)

IDE	4
AS	14,40
ASHQ	8,91
Diététicienne	0,05
Assistant de service social	0,15
Psychologue	0,10
Animateur	0,40
Agent/adjoint administratif	0,50
Accueil de jour et hébergement temporaire	
IDE	0,20
AS	1,25
Ergothérapeute	0,15
TOTAL	31,11

Le médecin coordonnateur est un praticien hospitalier temps plein spécialisé en angiologie, et titulaire du DIU de médecin coordonnateur. Elle assure 4 demi-journées à la maison de retraite, et 6 demi-journées dans le service de cardiologie et explorations cardiovasculaires. En 2007, le GMP est de 515, et le tarif à charge des résidents est de 40,87 € dont 35,62 € pour l'hébergement. La maison de retraite fonctionne également grâce à une quote-part des effectifs des services support (directions, services techniques et logistiques) ; on peut mentionner en particulier la direction de la filière gériatrique, et les deux agents des services des admissions et des finances dont la gestion de la maison de retraite fait partie des attributions spécifiques.

Présentation de l'opération d'autonomisation et de ses motivations :

Par délibération du 11 mars 2005, le conseil d'administration du Centre hospitalier de Niort a adopté le principe de la transformation en établissement public communal (ou « autonomisation ») de la maison de retraite rattachée au Centre hospitalier. Cette position de principe faisait suite aux travaux d'un groupe de travail, constitué par délibération du conseil d'administration du 15 octobre 2004, en vue d'examiner les différentes possibilités d'évolution de la maison de retraite, et de faire des propositions en conséquence. Ce questionnement sur un éventuel changement de statut de la maison de retraite, a eu pour point de départ le projet de reconstruction du bâtiment qui accueille le service, et le souhait de la direction de l'hôpital que la maison de retraite soit autonomisée. Cette reconstruction est en tout état de cause nécessaire, en raison de l'impossibilité matérielle de transformer le bâtiment construit en 1973, afin de le mettre en conformité tant avec la mise en oeuvre du projet de vie finalisé en 2004, qu'avec les normes d'hygiène, de construction et de sécurité actuelles. La reconstruction précédant l'autonomisation, c'est le Centre hospitalier qui assure la maîtrise d'ouvrage. Elle sera financée par un emprunt contracté par le Centre hospitalier, et une subvention du Conseil

général des Deux-Sèvres. Un concours a été lancé au mois de juillet 2007, et la mise en service est prévue en mars 2010.

Quant à l'autonomisation, elle est motivée par le souhait de la direction de l'établissement, d'un recentrage de l'activité et des moyens de l'hôpital sur les missions sanitaires qui lui sont assignées en tant que centre hospitalier de recours et support d'une filière de soins gériatriques². Ce recentrage est légitimé, par l'idée selon laquelle la prise en charge de l'hébergement des personnes âgées est mieux assurée par une structure médico-sociale dotée de l'autonomie de gestion, et dont l'hébergement médico-social des personnes âgées constitue le métier, que par un centre hospitalier. De plus, le Centre hospitalier souhaite que la mise en œuvre du principe de l'autonomisation, soit conditionnée par l'établissement de coopérations entre la maison de retraite issue de l'hôpital, et d'autres maisons de retraite autonomes, et particulièrement avec les trois autres maisons de retraite publiques de la ville de Niort. Ces coopérations permettraient au nouvel EHPAD de s'inscrire dans un ou plusieurs ensembles disposant d'une taille critique, et rendant possibles des partages de moyens. Enfin, le choix de maintenir la maison de retraite dans le secteur public, coïncide avec la volonté politique de la commune de conserver la logique de service public qui préside au fonctionnement actuel de la maison de retraite. Il s'appuie également sur la possibilité pour le Centre hospitalier de fixer une durée d'amortissement plus longue, et donc moins pesante sur la part hébergement, que celle qui aurait pu être décidée par un repreneur appartenant au secteur privé à but non lucratif.

Modalités institutionnelles de pilotage du processus d'autonomisation :

Au sein de la direction du Centre hospitalier, le projet est porté par la direction de la filière gériatrique. La participation formelle des acteurs de l'opération, internes et externes au Centre hospitalier, a lieu au sein d'un comité de pilotage. Ce comité est composé principalement du directeur de la filière gériatrique, de plusieurs administrateurs dont les représentants du personnel, de deux membres du conseil de la vie sociale de la maison de retraite de l'hôpital, dont sa présidente, du cadre de santé, du médecin coordonnateur, et du coordonnateur de l'animation de la structure, du chef de service « Coordination des réseaux gérontologiques Sud Deux-Sèvres », du conducteur d'opération chargé du projet de reconstruction au sein des services techniques de l'hôpital, et de représentants du Conseil général. Le comité s'est réuni régulièrement depuis janvier 2007, pour aborder les différentes questions liées à l'autonomisation.

² Dans le cadre de l'organisation de la filière de soins gériatriques, et si possible en lien avec le Plan hôpital 2012, l'hôpital a pour projet de construire un hôpital gériatrique, réunissant en un seul bâtiment les SSR, la médecine polyvalente, la médecine gériatrique, un plateau de consultations, la coordination du SSIAD et de l'HAD. Cette nouvelle construction serait physiquement reliée au bâtiment principal et au plateau technique.

Lien de l'opération avec la partition des USLD³ et détermination de la capacité du futur établissement : Ils peuvent être résumés dans le tableau suivant :

	<i>Lits d'USLD (CH de Niort)</i>		<i>Lits et places de maison de retraite (CH de Niort)</i>
<i>Capacité en 2001</i>	100		78
<i>Capacité en 2007</i>	100 lits sanitaires		86 (Arrêté conjoint du préfet et du Pdt du conseil général)
<i>Capacité à échéance 2009 (après redéfinition des USLD)</i>	60 lits sanitaires	40 lits médico-sociaux ex-USLD	86
<i>Effet de l'autonomisation</i>	60 lits sanitaires	40 moins 7 = 33 lits médico-sociaux ex-USLD dont l'établissement preneur est à déterminer	86 + 7 lits médico-sociaux ex-USLD = 93
<i>Hypothèse de conclusion de la partition des USLD</i>	60 lits sanitaires	15 lits pour handicapés vieillissants conservés par le CH Niort ? (dépendant du schéma départemental du handicap)	18 lits dont l'établissement preneur est à déterminer

Commentaire du tableau : Le processus d'autonomisation a été engagé antérieurement à ce que les modalités de la redéfinition des USLD soient nettement arrêtées au niveau national. Dès lors, l'hôpital n'a pas envisagé de conserver au-delà de 2009 l'ensemble des lits devenus médico-sociaux. Le volume de l'augmentation de capacité de la maison de retraite à 93 lits et places s'il était maintenu, aboutirait à une augmentation de 15 par rapport à la capacité initiale autorisée de 78, limite au-delà de laquelle un avis du CROSMS serait nécessaire (art. R 313-1 CASF). En effet, une forte augmentation de

³ La redéfinition des USLD résulte de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005) précisée par deux circulaires du ministre de la santé, respectivement en dates du 15 mai 2006 et du 10 mai 2007. Elle consiste en ce qu'une partie des lits d'USLD continuera à relever de « l'enveloppe établissements sanitaires publics » de l'ONDAM, alors qu'une autre relèvera de « l'enveloppe établissements médico-sociaux ». Selon la circulaire de 2007, « le socle sanitaire minimum » constituant les USLD redéfinies, correspond au nombre de [patients requérant des] SMTI issus des coupes transversales, auquel doit être ajouté le nombre de patients en fin de vie. »

capacité serait difficilement justifiable devant cette instance : le taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées du département des Deux-Sèvres est déjà bien supérieur aux moyennes nationale et régionale ; et les maisons de retraite des Deux-Sèvres ont la particularité d'accueillir un nombre comparativement très important de personnes faiblement dépendantes (GIR 5 et 6). Le volume d'augmentation prévu rejoint également le souhait de certains acteurs du projet (notamment les personnels), de maintenir une capacité inférieure ou égale à une centaine de lits, jugée plus propice à la création d'un lieu de vie confortable. Cette capacité prévisionnelle devrait également permettre que les charges de reconstruction et d'amortissement, se répartissent entre les résidents en sorte que l'augmentation tarifaire soit tolérable pour les résidents et leur famille. Elle devrait permettre en outre que le tarif hébergement s'approche de la fourchette des tarifs pratiqués par les autres EHPAD publics de la ville, et n'excède pas, en y additionnant les tarifs « dépendance », le seuil de 52 € fixé par le conseil général des Deux-Sèvres.

Positionnement des acteurs institutionnels : Il peut être introduit comme suit :

- La commune, dont le maire est président du conseil d'administration de l'hôpital, est favorable à l'autonomisation. Elle souhaite l'inscription de la maison de retraite de l'hôpital dans un maillage territorial de la ville. En tant que président du conseil d'administration des maisons de retraite publiques autonomes de la ville, le maire maîtrise le levier politique d'impulsion des coopérations souhaitées par l'hôpital.
- La direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Deux-Sèvres considère l'autonomisation comme un choix de gestion du Centre hospitalier et ne porte pas d'appréciation d'opportunité sur ce choix en tant que tel. Mais elle est partie prenante de l'autonomisation dans la mesure où celle-ci s'inscrit dans une démarche territoriale de réorganisation de l'offre d'hébergement, et implique des coopérations entre les maisons de retraite publiques de la ville de Niort. En outre, n'étant pas dépositaire d'intérêts politiques ou financiers, contrairement aux autres acteurs institutionnels, la DDASS pourra se positionner en médiateur, aidée en cela par sa connaissance de l'hôpital due à ses compétences en matière sanitaire. L'Agence régionale de l'hospitalisation de la région Poitou-Charentes n'est pas impliquée dans le dossier d'autonomisation en raison de sa nature médico-sociale. Elle pourrait néanmoins l'influencer par le truchement de la question de la redéfinition des USLD.
- Le conseil général des Deux-Sèvres estime ne détenir aucun moyen de soutenir ou de s'opposer au processus en cours. Il partage les vues de la direction de l'hôpital quant à la motivation exposée ci-dessus de l'autonomisation de la maison de retraite : il en attend une meilleure prise en charge des résidents, et en tant que contributeur de l'aide sociale, la réalisation d'économies d'échelle grâce à la mise en place de coopérations.

Intérêt et actualité de la question du choix entre externalisation et intégration des

maisons de retraite : Premièrement, les centres hospitaliers concernés par la redéfinition des USLD, vont soit voir augmenter de façon significative leur nombre de lits médico-sociaux pour personnes âgées, soit devenir ou redevenir le siège de telles capacités. Ils devront alors opter pour la conservation de ces lits, ou leur insertion dans des structures autonomes créées *ad hoc*, ou leur rattachement à de telles structures déjà existantes. Deuxièmement, certains établissements sièges d'activités de psychiatrie ont vocation à s'interroger sur la création de structures médico-sociales autonomes, à partir de la transformation en lits médico-sociaux, d'une partie de leurs capacités sanitaires. Or le questionnement stratégique qui précède ces choix, recoupe en partie celui auquel donne lieu l'exercice par l'hôpital de l'activité d'hébergement médico-social des personnes âgées. Ce recoupement concerne la question des missions de l'hôpital, celle de la capacité de ce dernier à exercer le métier d'hébergement médico-social, et les modalités selon lesquelles une structure d'origine hospitalière acquiert un savoir faire médico-social⁴. Troisièmement, la question de la création de structures médico-sociales par les établissements de santé pourrait à court ou moyen terme être actualisée par un mouvement de reconversion de capacités sanitaires en lits médico-sociaux, dont la finalité serait de satisfaire les besoins d'hébergement générés par le vieillissement de la population. Cette possibilité est suggérée comme une solution possible dans de nombreux rapports publics récents⁵.

⁴ Sur ce point voir : *Pluriels : La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, février 1997, n°8, Le médico-social : enjeux et obstacles ; *Pluriels : La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, octobre 1999, n° 19, Comment articuler le sanitaire et le médico-social ; E. PIEL, J.L. ROELANDT, *De la psychiatrie vers la santé mentale*.

⁵ Voir notamment : - H. GISSEROT, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*, Rapport au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Selon ce rapport, « la fermeture d'un lit de chirurgie finance en moyenne entre 8 et 10 lits en EHPAD ». (p. 30.)

- CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Selon ce rapport, la fermeture de 15 000 lits de court-séjour, et la création concomitante de structures alternatives de soins de suite et réadaptation, d'hôpital de jour, de psychiatrie, et d'EHPAD, permettrait un gain net pour l'assurance maladie de 1,8 milliard d'euros, hors secteur privé lucratif. Cette proposition part du constat qu'environ 30% des journées d'hospitalisation en court-séjour sont non pertinentes, et que les personnes les plus concernées par cette inadéquation sont les personnes âgées dépendantes. Ainsi, « entre 18 et 22 % des patients hospitalisés un jour donné dans les services de médecine sont des patients « médicalement sortants » maintenus en hospitalisation de court-séjour principalement pour deux raisons : les difficultés à trouver une structure de suite adaptée, et les difficultés à organiser le retour à domicile. » Cela représente un coût de 2,5 milliards d'euros. (pp. 169-170)

- C. JEANDEL, P. PFITZENMAYER, P.VIGOUROUX, *Un programme pour la gériatrie*. La recommandation n°8 dudit rapport est de « reconvertir des petits hôpitaux en leur conservant les moyens pour développer notamment des services de soins ou de rééducation, des unités de soins de longue durée ou des unités de psychiatrie ». (p.18)

Questionnement : L'hôpital de Niort a décidé de ne plus exercer l'activité d'hébergement médico-social des personnes âgées. Cette décision interpelle d'une part quant à ses fondements stratégiques, dans la mesure où elle peut apparaître *a priori* comme contradictoire avec la situation du Centre hospitalier. En effet, celui-ci dispose en interne, avec la maison de retraite, de tous les maillons d'une filière gériatrique ; il a les moyens de financer la reconstruction de l'EHPAD ; il se développe par la création de nouvelles activités et la construction de nouveaux bâtiments ; enfin, la démarche qualité engagée dans le cadre du conventionnement tripartite, a permis depuis 2003 d'améliorer sensiblement la qualité de la prise en charge médico-sociale des résidents. La décision d'autonomisation interpelle d'autre part du fait de l'ampleur du changement qu'elle implique pour la maison de retraite : cette dernière passe d'une situation d'intégration organisationnelle complète au Centre hospitalier, à l'autonomie juridique, financière, organisationnelle et stratégique. Il en résulte une double question, à laquelle ce mémoire a pour objet de répondre: comment appréhender le sens et la portée de la décision d'autonomisation prise par le Centre hospitalier de Niort ? A cette fin, il importe tout d'abord de replacer ce choix de gestion dans le contexte historique, juridique et stratégique des liens qui unissent les hôpitaux et l'hébergement médico-social des personnes âgées (1^{ère} partie). Ensuite, seront analysés les avantages et inconvénients, réels ou potentiels, que représentent la gestion et l'autonomisation d'une maison de retraite pour un centre hospitalier (2^{ème} partie) : la grille d'analyse utilisée se fonde sur les objectifs et les risques attachés aux notions d'intégration et d'externalisation, empruntées au domaine de la stratégie des entreprises. Cette seconde partie vise l'atteinte d'un double objectif. Il s'agit d'inscrire rétrospectivement la démarche de l'hôpital de Niort dans un questionnement stratégique systématique, et ainsi de dessiner le canevas d'un outil d'aide à la décision – « externalisation ou autonomisation ? ». Il s'agit également d'approfondir le sens des motivations de l'hôpital de Niort, ce qui permet d'analyser les facteurs de réussite propres à l'opération conduite par l'établissement (3^{ème} partie). Ces facteurs de réussite s'analysent en effet comme les conditions permettant que le résultat de l'autonomisation soit conforme aux considérations qui l'ont motivée. Comme celle qui la précède, cette troisième partie aura également pour objectif de donner des pistes de questionnement, pour un établissement engagé dans un processus d'autonomisation. Enfin, sur la base de ces développements, seront synthétisés quelques éléments de résolution des problèmes posés à un hôpital par l'autonomisation d'une maison de retraite (4^{ème} partie).

1 LES LIENS ENTRE HÔPITAUX ET HÉBERGEMENT MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES ÂGÉES : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

1.1 Le contexte historique : la dissociation progressive de la fonction soignante et de la fonction hébergement

Dans un article paru en 2000, intitulé « Bilan du siècle : la rupture conceptuelle », Jean-Marie Clément caractérisait le 20^{ème} siècle des hôpitaux comme celui du passage « de l'hébergement sans soins aux soins sans hébergement »⁶. Au début du 20^{ème} siècle, et depuis les origines, la vocation première de l'hôpital était en effet, de facto, moins les soins que l'hébergement. Ainsi, en 1662, une déclaration du Roi, imposa la création d'un hôpital général dans chaque ville, « pour y loger, enfermer et nourrir les pauvres mendiants et invalides natifs des lieux ». Une des premières fonctions assignées aux hôpitaux fut donc l'hébergement de la vieillesse pauvre. Elle perdura au siècle suivant, nonobstant la rupture née au 18^{ème} siècle dans la fonction de régulation sociale des hôpitaux : « L'internement est contesté à la fois comme injuste et inefficace, principalement pour ceux qui y ont été conduits par la misère et qui ont droit au travail et à la liberté : ils sortiront les premiers de cette réclusion. Ne restent plus dans les hôpitaux que les malades, les infirmes, les vieillards et les fous. Ainsi les vieux ne se retrouvent-ils plus du côté des pauvres, mais de celui des infirmes. »⁷ La vie quotidienne à l'hôpital général se caractérise par le mélange des populations, la promiscuité, et par un décor planté comme suit par Jean-Pierre Bois : « carences alimentaires et sanitaires, manque de confort et de chauffage, manque d'affection, un néant médical et moral, la saignée et l'extrême onction. [...] Du lit le matin à la table à midi, et de là au banc du jardin ou de la ville pour la promenade et l'après-midi, telles sont bien les trois stations de la vieillesse recueillie dans les hôpitaux. »⁸ On observe cependant ponctuellement des progrès dans la qualité de la prise en charge des vieillards à l'hôpital: « ils n'y sont plus toujours mélangés aux autres âges », « ils peuvent y entrer avec un certain nombre d'objets personnels », et « ils peuvent désormais avoir des relations ouvertes avec l'extérieur »⁹. Au siècle suivant, la médicalisation croissante des hôpitaux impose une dissociation entre hôpitaux, destinés à accueillir les malades, et hospices, destinés aux vieillards et infirmes. Elle est consacrée par la loi du 7 août 1851, que les établissements peu

⁶ J.M. CLEMENT, « Bilan du siècle : la rupture conceptuelle », p. 49-50.

⁷ C. ATTIAS-DONFUT, « La construction sociale de la dépendance », p. 417.

⁸ J.P. BOIS, *Les vieux de Montaigne aux premières retraites*, p. 224-225.

importants montrent des réticences à mettre en œuvre, si bien que « la circulaire du 15 décembre 1899 portant règlement type des hôpitaux et hospices souligne à nouveau la nécessité et l'intérêt de bien distinguer ces deux catégories d'établissements (ou dans un même établissement, entre les deux catégories de services qui devaient être nettement séparés) »¹⁰. Au milieu du 19^{ème} siècle également, est encouragée la création de lits payants dans les hôpitaux et hospices. « Dans un premier temps, [...] le retraité est préféré à l'indigent », en raison d'une meilleure solvabilité ; et « dans un second temps, on accepte de manière habituelle dans les hospices « les vieillards valides ou infirmes, moyennant des prix de pension réglés d'après les dépenses présumées de leur entretien ». Ainsi, « on peut supposer que la moitié environ des pensionnaires des hospices contribuent, soit par une pension de retraite modique, soit par le remboursement intégral des frais qu'ils occasionnent, à alléger le budget hospitalier, au début du 20^{ème} siècle. » En réaction, la loi du 14 juillet 1905 fait obligation à tous les hospices de recevoir gratuitement tous les vieillards, infirmes et incurables ayant leur domicile de secours dans la commune où est situé l'établissement¹¹.

Dans la première moitié du vingtième siècle, le « glissement [de l'hospice] du social vers le médical, que la loi du 14 juillet 1905 a rendu manifeste en assimilant la vieillesse aux maladies incurables et aux infirmités, [contribue] à l'insertion de l'hospice dans l'univers hospitalier, l'hôpital étant un établissement de guérison, l'hospice devenant aussi un établissement de soins pour les affections, en quelque sorte, inguérissables¹² ». L'hospice du vingtième siècle, reste « identifié à la vieillesse des pauvres, et représente le contre-modèle, repoussoir, des collectivités de vieillards à l'opposé duquel vont se créer et se développer des maisons de retraite », [qui] « n'ont plus de référence au système hospitalier », et recrutent sur une base sociale plus large que les hospices¹³. L'ordonnance portant réforme hospitalière de 1958 accentue cette différenciation entre hospice et maison de retraite : « les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, ces établissements sont dénommés maisons de retraite » (article L 678 du CSP). Cette orientation sera confirmée par la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, imposant la transformation des hospices en maisons de retraite, et l'autonomisation des maisons de retraite hospitalières. Au-delà, le glissement vers les soins sans hébergement s'est poursuivi : les réformes hospitalières de 1991 et 1996 ont donné aux autorités de tutelle les outils juridiques permettant un

⁹ JP. BOIS, De la vieillesse en communauté à la vieillesse en collectivité, p. 13.

¹⁰ J. IMBERT, « Evolution des structures économiques (1796-1941) » in IMBERT J., *Histoire des hôpitaux en France*, pp. 337-338.

¹¹ Ibid. pp. 341-342.

¹² C. ATTIAS-DONFUT, Op. cit., p. 417.

« recentrage des hospitalisations aiguës sur des établissements disposant d'un fort potentiel médico-technique », et situés dans des villes importantes ; nombre d'hôpitaux perdant corrélativement des lits de court-séjour au profit de lits de moyen et de long séjour. Des soins sans hébergement sont également prodigués au sens propre de l'expression, afin de contribuer à la diminution des durées de séjour. Symptôme de ce glissement, la dotation globale a remplacé le prix de journée, proportionnel à la durée du séjour, et reflet d'une « hospitalisation d'hébergement »¹⁴. Mais l'histoire des rapports entre l'hébergement des personnes âgées et l'hôpital ne s'est pas arrêtée à la loi du 30 juin 1975, comme en témoignent les vicissitudes du régime juridique des maisons de retraite hospitalières de 1970 à aujourd'hui.

1.2 Le contexte juridique : Les fluctuations du statut juridique des maisons de retraite hospitalières, de la loi de 1970 à la loi du 27 janvier 1997

L'article 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, « définissant les « missions » du Service Public Hospitalier, [fit] disparaître la fonction « hébergement », pourtant à l'origine même du concept d'hospice ou d'hôpital, et qui, fonction traditionnelle et historique de toute l'institution hospitalière, avait systématiquement été rappelée dans tous les textes jusqu'à la réforme hospitalière de 1958 »¹⁵. Dans l'attente de l'adoption d'une loi symétrique concernant les institutions sociales et médico-sociales, l'article 30 de la loi de 1970 prévoyait, qu'à titre provisoire, les établissements d'hospitalisation publics pouvaient continuer à gérer les services créés avant la promulgation de ladite loi, ne répondant pas à la mission du service public hospitalier. L'article 19 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975¹⁶ relative aux institutions sociales et médico-sociales imposa le principe de la nature d'établissement public des établissements d'hébergement de personnes âgées. En corollaire, il créa l'obligation d'ériger en établissement public, ou de rattacher à un établissement public d'hébergement de personnes âgées existant, les services non personnalisés de personnes morales de droit public qui assuraient cette mission, et ce dans un délai de 10 ans. Parmi ces services non personnalisés se trouvaient les sections d'hospices et les maisons de retraite hospitalières. Dans certains cas, les établissements nouvellement créés pouvaient passer des conventions de gestion avec les établissements hospitaliers.

¹³ Ibid. p. 417.

¹⁴ J.M. Clément, Op. cit., p. 54-58.

¹⁵ J. AUTEXIER « "À la frontière du sanitaire et du social" ou les difficultés d'application de la réforme hospitalière en matière de moyen et long séjour », p. 15.

¹⁶ Voir M. LEVY, La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et l'évolution de l'action sociale.

Parallèlement, l'article 23 de la même loi obligea dans le même délai à transformer les hospices publics en tout ou partie, soit en unités d'hospitalisation ou en centre de cure relevant de la loi du 31 décembre 1970, soit en établissement public d'hébergement de personnes âgées relevant de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales : il s'agissait de l'humanisation des hospices. Lors de la discussion générale du projet de loi au Sénat¹⁷, le Sénateur Fernand Poignant, vice-président de la FHF, invoqua plusieurs arguments à l'encontre de l'obligation de dissociation des services non personnalisés, parmi lesquels les « problèmes financiers » posés par la dissociation : « la dislocation des moyens de gestion, l'accroissement du nombre des postes de direction et d'intendance, ainsi que l'augmentation des effectifs des agents hospitaliers qui en résulteraient, provoqueraient une hausse très sensible des prix de journée et plus particulièrement de celui des services de soins ». Il invoqua également le « problème humain » : l'accroissement du nombre de personnes âgées invalides aurait pour conséquence à terme la supériorité du nombre de lits médicalisés, sur celui des lits pour personnes valides. Il faudrait donc créer des « centres de soins » dans les structures d'hébergement, ou transférer les personnes devenues invalides vers un autre établissement, ce qui serait un « changement de milieu » préjudiciable. A ces arguments, le secrétaire d'État René Lenoir opposa la distinction juridique entre hospices (destinés aux invalides) et maisons de retraite (destinées aux personnes âgées « ni infirmes, ni incurables, ni invalides »), pour souligner que l'hôpital « n'a pas vocation à recevoir » les personnes âgées valides. Il indiqua ensuite que les besoins des personnes âgées valides ne sont pas satisfaits par la prise en charge hospitalière : « les valides ont besoin que l'on s'occupe d'eux, de sentir la vie se manifester autour d'eux autrement que par le bruit de la sirène des ambulances qui amènent des malades ou des mourants. Ils veulent que l'on s'occupe de leurs loisirs, ce qui se fait dans les maisons de retraite, mais rarement dans les hôpitaux, d'où le rapport assez virulent du président Laroque [...] demandant que les valides soient traités comme tels et non comme des moribonds en puissance ; d'où l'opposition de la caisse nationale vieillesse qui, à l'unanimité de ses membres [...] demandait qu'il ne soit plus construit de maison de retraite dans l'enceinte d'un hôpital [...] ». René Lenoir conclut en exhortant le Sénat à ne pas « [perpétuer] par son vote l'abominable système des hospices ». Le Gouvernement s'engagea au cours des débats à ce que l'obligation de dissociation ne s'applique qu'aux structures de plus de 200 lits, « solution "transactionnelle" »¹⁸, consacrée par décret¹⁹.

¹⁷ Discussion du projet de loi relatif aux institutions sociales et médico-sociales. J.O Sénat, 7 novembre 1974, p. 1630 et suivantes.

¹⁸ Sur ce point voir M. LEVY, Op. cit., p. 543-545.

¹⁹ Article 26 du décret n° 78-612 du 23 mai 1978 relatif aux établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux et interdépartementaux énumérés à l'article 19 de la loi n°75-

L'obligation de dissociation fut confirmée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière²⁰, qui permettait aux établissements de continuer à gérer pendant cinq ans à compter de sa promulgation, les services ne répondant pas à la mission du service public hospitalier, telle que définie par ladite loi. Or cette mission ne comprenait pas l'hébergement ou la gestion de structures médico-sociales. La même loi²¹ confirma également l'obligation de transformation des hospices dans un délai de cinq ans, soit en SSR ou USLD, soit en établissement public d'hébergement de personnes âgées.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale²² abrogea l'article 29 de la loi du 31 juillet 1991, et autorisa les établissements de santé publics et privés à créer et gérer des établissements d'hébergement pour personnes âgées relevant de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Initialement, cette possibilité, introduite par un amendement du Sénat, ne concernait que les établissements, qui, préalablement au retrait d'une autorisation, pouvaient proposer un regroupement ou une reconversion totale ou partielle, en vue notamment de créer une institution régie par la loi du 30 juin 1975. Elle fut étendue par un amendement du Gouvernement, à tous les établissements. Le rapporteur justifia l'avis favorable de la commission par la nécessité « d'ouvrir largement les possibilités de reconversion des établissements pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes »²³. L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée²⁴ confirma la possibilité ouverte par la loi de 1994. Elle l'étendit en outre à tous les établissements et services visés par l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, et par l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. La loi du 24 janvier 1997²⁵ paracheva cette évolution législative. Son article 30 supprima l'obligation de transformation en établissement public des services non personnalisés des hôpitaux assurant l'hébergement des personnes âgées. Et l'article 31 permit la transformation des hospices en services non personnalisés d'hébergement de personnes âgées relevant de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Dans la Revue

535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et la commission consultative prévue à l'article 22 (dernier alinéa) de la même loi.

²⁰ Article 29 de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

²¹ Article 35 de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

²² Article 37 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

²³ Discussion de l'article 19 du projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale. JOAN, Débats, 3^{ème} séance du 29 novembre 1993, p. 6619.

²⁴ Article 51 de l'ordonnance n°93-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

²⁵ Articles 30 et 31 de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

de droit sanitaire et social²⁶, Jean-Marc Lhuillier commenta ainsi la circulaire d'application du 20 février 1997 relative aux conditions de création d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux par les établissements de santé²⁷: « A elle seule, cette mesure, [l'ancienne obligation d'autonomisation], il est vrai, n'est pas en soi un gage de qualité du service. Cependant, cette obligation d'autonomie résultait d'un constat qui n'a pas été démenti et il n'est pas certain que le droit des usagers concernant les personnes âgées dépendantes, sur lequel insiste la circulaire, puisse imposer à lui seul la qualité de prise en charge désirée. » La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, n' a fait que prendre acte de ces évolutions, pour aboutir à la rédaction suivante de l'article L 6111-3 du CSP, compris dans le chapitre intitulé « missions des établissements de santé » : « Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles. / Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par le code susmentionné. » Si l'activité d'hébergement à caractère médico-social des personnes âgées est donc légalement exercée, elle n'en est pas moins optionnelle pour les hôpitaux, ce que reflète la diversité des choix stratégiques effectués par les hôpitaux en la matière.

1.3 Le contexte stratégique : l'étendue de la typologie des liens entre hôpitaux et EHPAD

Les liens hôpitaux/EHPAD existent sous la forme de quatre configurations principales, dont les trois premières ont la même traduction stratégique :

- Les hôpitaux qui conservent leurs maisons de retraite.

Les maisons de retraite rattachées constituent une unité ou un service sans personnalité morale d'un établissement public de santé. Il y avait au 31 décembre 2003, 1080 maisons de retraite rattachées à un hôpital, représentant 100 800 places installées, soit environ 17 % du total des maisons de retraite, et 23,1 % du nombre total de places en maisons de retraite. Les hôpitaux qui conservent les maisons de retraite qui leur sont rattachées sont majoritaires, qu'il s'agisse d'hôpitaux locaux ou de centres hospitaliers. Le Centre hospitalier de Laval sera l'exemple utilisé dans ce mémoire, en raison d'un choix

²⁶ J.M. LHUILLIER, Chronique : « Statut des établissements sociaux et médico-sociaux », juillet-septembre 1997, p. 624.

²⁷ Circulaire n°97/133 du 20 février 1997.

d'investissement récent et important dans la reconstruction d'une maison de retraite, au moyen d'un bail emphytéotique hospitalier²⁸.

- Les hôpitaux qui intègrent des maisons de retraite non rattachées.

Il s'agit du processus par lequel une structure d'hébergement non rattachée à un hôpital le devient. C'est une situation qui semble aujourd'hui atypique, et liée à des contextes locaux particuliers. (On peut cependant formuler l'hypothèse qu'à moyen terme, dans certains départements ou régions, les hôpitaux soient incités à créer ou reprendre des EHPAD, afin de contribuer au maintien d'une offre publique financièrement accessible, notamment pour les patients hospitalisés. Cette hypothèse part du constat que les opérateurs privés à but lucratif, et notamment les grands groupes commerciaux, ont des capacités à mobiliser des fonds en vue d'investissements, supérieures à celles des acteurs du secteur public²⁹. Le nombre de places en maison de retraite à but lucratif a ainsi augmenté de 21 % entre 1996 et 2003, quand le nombre de places en maisons de retraite publiques et privées à but non lucratif n'a augmenté que 12 %³⁰.)

Le Centre hospitalier d'Avignon sera l'exemple utilisé ici³¹, car il a prévu d'intégrer d'ici cinq années une maison de retraite privée à but non lucratif, à l'origine gérée par une association liée à la commune³².

- Les hôpitaux qui suscitent la création de structures médico-sociales, qui ne leur seront pas pour autant rattachées, mais avec lesquels ils auront néanmoins des liens fonctionnels, voire organiques au sein d'une entité distincte.

C'est le cas de l'AP-HP³³, qui contribue à la création de places d'EHPAD (en 2007, 420 sont programmées dans la petite couronne), par une aide foncière (cessions de terrains hospitaliers, comme à l'hôpital Joffre-Dupuytren à Draveil), ou par l'apport des

²⁸ Sauf mention contraire, les références au CH de Laval ont pour source un entretien accordé par Samuel Tarlé, directeur chargé du département des établissements annexes de personnes âgées, au CH de Laval.

²⁹ Sur cette question, se référer à : GUINCHARD P. / MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, *Rapport d'information sur le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées*.

³⁰ Source : F. TUGORES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003, activité et personnel, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 », p. 3.

³¹ On mentionnera pour mémoire le cas du CH d'Angoulême qui a intégré 199 lits de maison de retraite.

³² Sauf mention contraire, les références au CH d'Avignon ont pour source un entretien accordé par André Durand, directeur-adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales au CH d'Avignon.

³³ Sources : « SROS, projet médical de territoire, PRIAC : quelles articulations ? » - D. PULVENIS, « Hôpital et médico-social, Complémentarités et partenariats, L'expérience de l'AP-HP » - APM INTERNATIONAL « AP-HP: les fermetures de lits de long séjour gériatrique toucheront surtout la grande couronne et le Val-de-Marne ».

compétences de l'hôpital (« adossement sanitaire » de l'EHPAD à un hôpital gériatrique, permettant des coopérations logistiques et organisationnelles, et un accès privilégié à la structure hospitalière pour les résidents). A cette fin, des appels à projets sont concertés avec les collectivités locales concernées. Ce procédé permet de donner aux places créées les caractéristiques qui répondent aux besoins de la structure hospitalière : orientation vers la dépendance lourde, habilitation à l'aide sociale, accès privilégié aux EHPAD soutenus pour les patients des hôpitaux partenaires.

Pour un hôpital, conserver, intégrer, susciter ou faciliter la création de maisons de retraite, peut être considéré comme constituant, en termes de stratégie d'entreprise, une situation ou un processus d'intégration verticale, « qui consiste à étendre l'activité de l'entreprise le long de la filière économique ». L'intégration « se distingue de la diversification car l'entrée dans de nouveaux métiers n'est pas motivée par la volonté d'équilibrer un portefeuille. »³⁴ Il s'agit en principe d'une intégration partielle, car les hôpitaux ne collaborent pas uniquement avec les structures d'hébergement dont ils sont le siège. Pour ce qui concerne l'appui à la création de structures d'hébergement externes, tel qu'effectué par l'AP-HP, on peut considérer qu'il s'agit de quasi-intégration. Dans ce cas, « l'entreprise pèse fortement sur ses fournisseurs ou ses distributeurs, sans pour autant s'intégrer directement. Cette quasi-intégration permet de bénéficier des avantages de l'intégration sans en supporter les coûts et les risques. »³⁵ Transposer cette notion d'intégration à la stratégie des hôpitaux ne consiste pas à envisager les maisons de retraite comme des fournisseurs de patients à hospitaliser, ou des clients preneurs de patients dont l'état ne justifie plus une hospitalisation. Il s'agit plutôt de considérer que les maisons de retraite, comme structures d'amont, fournissent aux hôpitaux le service d'hébergement des patients potentiels, et sont clientes des prestations sanitaires fournies par l'hôpital. Comme structures d'aval, elles fournissent l'hébergement des patients dont l'état ne justifie plus une hospitalisation, et sont clientes des prestations sanitaires fournies par l'hôpital.

- Les hôpitaux qui se séparent de la fonction d'hébergement médico-social des personnes âgées.

Cette séparation peut prendre des formes diverses : les maisons de retraite rattachées aux hôpitaux peuvent être transformées en établissement public autonome, ou en établissement privé à but non lucratif ou lucratif. Elles peuvent également être rattachées à un CCAS ou transférées à un autre établissement public autonome, sanitaire ou

³⁴ LEROY F. *Les stratégies de l'entreprise*, p. 87.

³⁵ Ibid. pp. 89-90.

médico-social³⁶. Ce type de choix peut être assimilé à une stratégie d'externalisation, stratégie opposée de l'intégration verticale : elle « consiste, pour l'entreprise, à restreindre son champ d'action, à se concentrer sur un petit nombre d'opérations et à confier le management des autres fonctions à des partenaires. »³⁷ Le Centre hospitalier de Saint-Nazaire sera la référence utilisée dans les développements qui suivent³⁸, car en janvier 2007, il a procédé à la transformation des deux maisons de retraite qui lui étaient rattachées, en établissements privés à but non lucratifs, en en confiant la gestion à la Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité³⁹. Dès à présent cependant, le rapprochement des cas de Niort, Saint-Nazaire, et Vannes permet d'affirmer que les démarches d'externalisation ne s'insèrent pas dans des schémas préétablis et systématisables. Elles ont ainsi des motivations sensiblement différentes. Elles ont également des initiateurs différents : la direction du Centre hospitalier à Niort, la DDASS de Loire-Atlantique suite à une inspection insatisfaisante des maisons de retraite, ou le conseil général du Morbihan.

Dans une perspective historique, la décision du CH de Niort peut donc apparaître *a priori* comme le terme inéluctable d'une évolution amorcée au 19^{ème} siècle, et bien qu'il s'agisse d'une maison de retraite créée en 1973, comme un avatar de la fin des hospices. Ce point de vue peut être conforté par le fait que juridiquement, les maisons de retraite ne constituent pour les hôpitaux, même locaux, qu'une activité optionnelle. Ceci étant, plusieurs éléments rendent la compréhension de la décision d'autonomisation plus complexe. D'une part, bien que cohérente, l'évolution juridique et historique de l'exercice de l'activité d'hébergement des personnes âgées par les hôpitaux, démontre que cette activité a en tout état de cause été fondatrice de l'institution hospitalière. Cette évolution laisse également apparaître la dimension éthique de l'autonomisation, à travers les variations du regard des acteurs de l'hôpital, sur l'intérêt pour ce dernier d'exercer l'activité d'hébergement médico-social. D'autre part, si cette activité est optionnelle, elle n'en est pas moins aujourd'hui légalement exercée par les hôpitaux, et ce, sans réserve

³⁶ Un tel transfert se fonde sur une demande d'autorisation d'extension de l'établissement médico-social autonome, ou du service médico-social hospitalier, destinataire des places. Pour un exemple, voir l'arrêté conjoint du préfet et du président du conseil général de la Seine-Maritime, n° 03-0168 portant augmentation de la capacité de la maison de retraite du CH Desaint-Jean au Havre, par le transfert de 100 lits de maison de retraite rattachés au Groupe hospitalier du Havre.

³⁷ LEROY, Op. cit. p. 92.

³⁸ On citera également le cas du CH de Vannes, qui a procédé à l'autonomisation de plusieurs maisons de retraite ; et du Centre hospitalier Bretagne-Atlantique (ex-hôpitaux de Vannes et Auray), qui prépare l'autonomisation d'autres maisons de retraite sur le site d'Auray.

³⁹ Sauf mention contraire, les références à l'hôpital de Saint-Nazaire ont pour source plusieurs entretiens accordés par Didier Amélineau, directeur adjoint chargé des usagers et de la communication au CH de Saint-Nazaire.

juridique. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en a pris acte, et a imposé des évolutions qualitatives très substantielles aux structures médico-sociales, sans distinguer entre celles qui sont autonomes, et celles qui sont rattachées à des établissements de santé. Or cette loi est communément perçue comme la plus importante pour le secteur médico-social depuis la loi du 30 juin 1975. Par conséquent, on peut se demander si l'externalisation de la fonction d'hébergement médico-social des personnes âgées, est bien le terme du glissement de l'hôpital vers « les soins sans hébergement », ou si ce terme était l'insertion de la maison de retraite de l'hôpital dans une démarche d'amélioration de la qualité, conformément à la loi du 2 janvier 2002. La diversité des façons dont cette question est tranchée démontre la liberté de choix des hôpitaux en la matière. Et c'est cette liberté de choix, qui permet aux hôpitaux de se déterminer en fonction de ce qu'ils perçoivent des avantages et inconvénients de la gestion d'une maison de retraite hospitalière.

2 AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS RESPECTIFS DE LA GESTION ET DE L'AUTONOMISATION D'UNE MAISON DE RETRAITE HOSPITALIÈRE

Les avantages et inconvénients de la gestion et de l'autonomisation d'une maison de retraite hospitalière peuvent être appréciés à travers une série de questions, posées à partir des objectifs, contraintes et risques de l'externalisation (à laquelle s'apparente l'autonomisation) et également, de ceux de l'intégration (à laquelle elle s'oppose). Ces objectifs, risques et contraintes concernent plusieurs dimensions de la gestion de l'entreprise, fortement liées entre elles, mais qui seront artificiellement distinguées ici : la stratégie (a), les coûts de production (b), la maîtrise de la qualité et des compétences (c), les relations avec l'extérieur (d), l'adaptabilité (e). Les citations figurant dans ce développement introductif sont extraites de l'ouvrage de F. LEROY, *Les stratégies de l'entreprise*, pp. 86-94.

a) La stratégie : L'externalisation présente deux risques pour une entreprise : « se séparer de fonctions stratégiques ou de savoir-faire qui sont à la source de son avantage concurrentiel ». Transposée au cas de l'hôpital, cette considération suscite deux questions : dans quelle mesure l'activité d'hébergement médico-social de personnes âgées exercée en interne est-elle une fonction stratégique de l'hôpital ? (Paragraphe 2.1.) Et, la pratique médico-sociale acquise par les hôpitaux, ou qu'il leur serait possible d'acquérir, du fait de la gestion de maisons de retraite, induit-elle un savoir-faire stratégique ? (Paragraphe 2.3.)

b) Les coûts : L'externalisation « vise à réduire les coûts en confiant certaines opérations à des prestataires extérieurs ». L'intégration verticale « est pertinente lorsque

l'entreprise s'appuie sur des économies d'échelle ». A contrario, « une forte intégration verticale tend à accroître les frais fixes ». Ces constats amènent la question de savoir si les maisons de retraite hospitalières sont la source d'avantages économiques pour les hôpitaux auxquels elles sont rattachées. Cette question sera reliée à celle de la nature ou non stratégique de la fonction hébergement (paragraphe 2.1).

c) La maîtrise de la qualité et des compétences : L'externalisation est un moyen « d'accroître la performance et d'améliorer la qualité du produit ou du service en s'adressant aux meilleurs prestataires du marché. » « Corrélativement, [elle] permet à l'entreprise de se focaliser sur son cœur de métier et les opérations qu'elle maîtrise le mieux ou qui sont source de valeur ajoutée ». A contrario, l'intégration verticale « implique de gérer des métiers variés et exige de maîtriser des compétences différentes selon les stades de la filière ». Cela suscite la question suivante : dans quelle mesure le métier médico-social serait-il mal maîtrisé par les hôpitaux au point de justifier un recentrage de ces derniers sur leur cœur de métier sanitaire ? (Paragraphe 2.2.)

d) Les relations avec l'extérieur : L'intégration verticale « permet à l'entreprise d'économiser sur les coûts d'information, de négociation, de contrôle et de renégociation des contrats avec les partenaires ». Pour ce qui concerne particulièrement l'intégration vers l'amont, on relève que « lorsque la qualité d'un produit est liée fortement à celle de la matière première, l'entreprise a intérêt à détenir en propre son fournisseur ». Par analogie, on peut en déduire deux interrogations qui constitueront des sous-questions du paragraphe 2.1, relatif à la nature ou non stratégique de la fonction hébergement : dans quelle mesure la nature hospitalière d'une maison de retraite peut-elle permettre de diminuer la nécessité d'une hospitalisation et le recours au secteur sanitaire, des personnes âgées qui y sont hébergées ? Et, les maisons de retraite hospitalières présentent-elles des traits particuliers facilitant leur intégration à une filière gériatrique, telle que définie par la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ?

e) L'adaptabilité : L'externalisation « donne la possibilité à l'entreprise d'être plus souple et plus réactive aux attaques des concurrents ou aux modifications de l'environnement et du marché ». Quant à l'intégration vers l'aval, elle permet à l'entreprise « d'être en prise directe avec le marché et les clients et de réagir plus rapidement aux fluctuations de la demande. » Mais elle « est aussi un facteur de rigidité pour l'entreprise en cas d'évolution de la demande ». Ces observations suscitent la question suivante : Dans quelle mesure l'externalisation d'une maison de retraite hospitalière peut-elle correspondre à une réorientation de l'hôpital vers des activités permettant davantage de souplesse et de réactivité dans la prise en charge des personnes âgées ? (2. 4)

2.1 Dans quelle mesure l'activité d'hébergement médico-social de personnes âgées exercée en régie pourrait-elle être une fonction stratégique de l'hôpital ?

2.1.1 Les maisons de retraite hospitalières présentent-elles des caractéristiques favorisant la qualité de la prise en charge sanitaire des résidents en leur sein même ?

Certains traits propres aux maisons de retraite hospitalières apparaissent comme des facteurs de qualité de la prise en charge médicale au sein même de l'EHPAD. Ils relèvent des moyens humains, et également matériels, mis en œuvre dans ces structures.

Pour ce qui concerne les moyens humains médicaux, on constate que des praticiens hospitaliers travaillent dans certaines maisons de retraite hospitalières comme coordonnateur ou comme prescripteurs (ou soignants), en nombre plus important que dans des structures autonomes. Or, premièrement, le seuil de gravité à partir duquel ces praticiens orientent les résidents vers les services soignants, peut être plus élevé que celui pratiqué par les généralistes choisis par les résidents comme médecin traitant. Les premiers seraient enclin à prendre en charge sur place, dans les locaux de l'EHPAD, davantage de problèmes médicaux que les seconds. C'est une des premières constatations effectuées à Saint-Nazaire postérieurement à l'autonomisation, qui a ouvert l'EHPAD aux médecins généralistes⁴⁰. Or on sait que l'hospitalisation des personnes âgées dans les services de médecine non gériatrique entraîne des risques de décompensation significatifs⁴¹. Il apparaîtrait de plus dans certains établissements que des médecins coordonnateurs généralistes auraient tendance à consacrer davantage d'attention aux patients qui font partie de leur clientèle. Il semble enfin, que les praticiens hospitaliers ont une approche de la tenue du dossier médical différente de celle des médecins de ville : elle permet de conserver davantage de données nécessaires à l'évaluation de la dépendance et des besoins en soins.

Deuxièmement, il est envisageable que le travail des praticiens hospitaliers comme prescripteurs ou soignants, ne se borne pas à l'avenir aux résidents dépourvus de médecin généraliste. Leur mission pourrait être étendue afin de compléter le travail des médecins traitants sur des questions « transversales », de santé publique ou

⁴⁰ Sources : Entretiens avec Mr Amélineau, et avec le Dr Leroux, Président de la CME et responsable du pôle médecine polyvalente et gériatrie du CH de Saint-Nazaire.

⁴¹ Voir par exemple : J.M. VETEL, « Les rapports entre les maisons de retraite et les centres hospitaliers de gériatrie. Une évolution nécessaire vers un travail en partenariat conventionnel », p. 19. Selon l'auteur, « la faiblesse de la prise en charge de la perte d'autonomie quasiment constante dans les services non gériatriques risque d'aggraver la dépendance durant l'hospitalisation, voire même de conduire une personne âgée initialement valide à un stade "confiné au lit et au fauteuil", ou pire à l'apparition d'escarres. »

spécifiquement gériatriques, sur lesquelles ils disposent d'une compétence spécifique. Cela irait dans le sens d'une « piste d'évolution » formulée par le Commissariat général du plan⁴² : « dans l'optique d'une véritable coordination des soins dépassant la simple supervision de l'ensemble des acteurs – on pense particulièrement aux problèmes posés par la dénutrition, les escarres, les plaies nécessitant des actions importantes de prévention – il serait préférable de salarier un médecin, éventuellement à temps plein, à partir d'un certain nombre de lits. Dans ce cadre, il est envisageable que le médecin coordonnateur devienne “soignant” des résidents de l'établissement, à l'instar des longs séjours. Ou alors il s'agirait de s'assurer que les médecins libéraux qui interviennent ont reçu un enseignement adapté pour gérer ces situations particulièrement fréquentes chez les personnes âgées résidant en institution. »

Troisièmement, le fait pour les praticiens hospitaliers de pouvoir partager leur temps entre leurs fonctions dans les services soignants, et une activité de médecin coordonnateur, rend cette dernière plus attractive, car il s'agit avant tout d'une fonction administrative, dont l'exercice n'a généralement pas motivé l'accomplissement d'études de médecine. Outre l'intérêt purement professionnel des fonctions hospitalières, le recrutement par un établissement de santé présente en effet des avantages en termes de sécurité de l'emploi et de suivi d'un plan de carrière. De plus, la fonction de médecin coordonnateur peut être en soi attractive pour des praticiens hospitaliers désireux de se détacher des fonctionnements hospitaliers, notamment en termes d'horaires.

Enfin, dans les zones qui connaissent un manque de médecins généralistes, le recours aux praticiens hospitaliers permet de pallier l'insuffisance de la médecine de ville. C'est le cas pour les maisons de retraite rattachées au Centre hospitalier de Laval, dans le département rural de la Mayenne où le manque de généralistes est critique : bien que trente à quarante médecins libéraux interviennent dans les maisons de retraite de l'hôpital, c'est le praticien hospitalier chef du service de gériatrie qui assure de facto les missions de médecin coordonnateur. De plus, des praticiens hospitaliers y interviennent comme soignants : un praticien hospitalier issu du long-séjour occupe un demi-poste dans les maisons de retraite, et deux autres praticiens hospitaliers y interviennent à des jours et horaires de passages fixes. On note également, que certains EHPAD autonomes, même privés, situés sur le territoire de référence du CH de Niort, seraient intéressés, par la possibilité que des médecins rattachés à l'hôpital accomplissent en leur sein un temps de médecin coordonnateur. Or, selon une publication du Commissariat général du Plan, cette situation du médecin coordonnateur constitue une « piste d'évolution » : « compte tenu des tendances à l'œuvre en matière de démographie

⁴² COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie*, p. 39.

médicale et en particulier au sein des territoires ruraux, [...] cette fonction de médecin coordonnateur peut être mutualisée avec le secteur hospitalier (public ou PSPH) en prévoyant une convention entre l'établissement d'affectation du praticien et l'organisme d'accueil»⁴³.

Outre les personnels médicaux, la question se pose également de l'impact des moyens en personnels pharmaceutiques : en 2003, 85 % des maisons de retraite hospitalières étaient dotées d'une PUI (celle de leur établissement de rattachement), contre 12 % des maisons de retraite autonomes. Or, en 2005, le groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées a constaté : « le rôle du pharmacien d'officine dans les EHPAD [dépourvus de PUI] est trop souvent limité à l'approvisionnement. Certes il procède à la validation de la prescription sur ordonnance, mais n'intervient que rarement en amont de la prescription et en aval de la livraison des médicaments. » Le groupe en a déduit qu'il « [convenait] de développer l'intervention du pharmacien d'officine au sein de l'établissement, en coordination avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante.»⁴⁴

Pour ce qui concerne les moyens humains paramédicaux, on constatait en 2003⁴⁵ qu'ils étaient plus importants dans les maisons de retraite hospitalières que dans les autres types de maisons de retraite. Ce, alors même que le niveau de dépendance dans les maisons de retraite hospitalières était moins élevé que dans les structures autonomes.

	MR rattachées	MR toutes catégories confondues ⁴⁶	MR publiques autonomes	MR privées sans but lucratif
Pourcentage moyen d'ETP IDE par rapport aux autres catégories de personnels	10 %	7,25 %		
Pourcentage moyen d'ETP AS par rapport aux autres catégories de personnels	36 %	24,25 %		
Taux d'encadrement moyen hors personnels d'administration et services généraux (Nombre moyen d'ETP pour 100 places)	43 %		38 %	31 %
Pourcentage moyen de résidents en GIR 1 et 2	31%		39 %	41 %

Ce delta entre les maisons de retraite rattachées, et les autres types de maisons de retraite se retrouve dans une enquête de la FHF effectuée en 2006⁴⁷ :

⁴³ COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, Ibid., p. 39.

⁴⁴ DELOMÉNIE P., *Conclusions de groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées : fiches thématiques*, p. 13.

⁴⁵ F. TUGORES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003, activité et personnel, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 », pp. 6-8.

	MR rattachées	MR publiques autonomes
GMP moyen	607	623
Nombre moyen de points GIR par ETP IDE	10195	17692
Nombre moyen de points GIR par ETP AS/AMP	2767	4054
Ratio moyen ETP IDE, AS/AMP par lit (« ratio soins »)	0,34	0,19

Ces constats doivent cependant être tempérés par la perspective de l'aboutissement de la convergence tarifaire, ayant pour effet que les dotations en personnel des EHPAD hospitaliers reflèteront la réalité objective de l'état de dépendance et de santé de leurs résidents.

En outre, l'appartenance des personnels soignants à l'hôpital peut induire une mobilité interservices, ce qui diversifie la formation, et conforte la formation soignante si cette mobilité s'exerce dans les services aigus. Indépendamment de cette mobilité, la compétence soignante est souvent présentée par les personnes interrogées comme plus importante que dans les structures autonomes. Elle contribue par exemple à Laval à la rédaction de protocoles de prise en charge concernant la déshydratation, la contention, les chutes...

Le rattachement à un établissement sanitaire permet également à la maison de retraite de bénéficier de personnels de remplacement en interne en cas d'absences. A fortiori, en cas de crise sanitaire, l'appartenance à une structure hospitalière permet de mobiliser en interne des personnels paramédicaux supplémentaires par redéploiement. C'est ce qui ressort nettement du rapport de l'IGAS sur *La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003*⁴⁶, selon lequel les structures d'hébergement rattachées à des établissements sanitaires « ont traversé la période caniculaire dans des conditions relativement privilégiées » : « en favorisant l'intrication spatiale de leurs services sanitaires et médico-sociaux, certains de ces établissements assurent de fait une certaine fongibilité des moyens de leurs deux secteurs d'activité : en cas de crise dans le secteur médico-social peu encadré, le personnel plus conséquent du secteur sanitaire peut être mis à contribution. »

S'agissant des moyens matériels propres aux maisons de retraite hospitalières, on relève essentiellement la proximité géographique avec l'établissement de santé de rattachement, lorsqu'il s'agit d'un centre hospitalier. Elle permet en effet des transferts de personnes plus aisés et rapides, lorsque l'accès au plateau technique, ou en cas de crise sanitaire, une délocalisation du service médico-social, sont nécessaires. Dans ce second cas, le

⁴⁶ Maisons de retraite publiques rattachées et autonomes, et privées avec et sans but lucratif.

⁴⁷ A. BARRETEAU, A. BIDAULT, D. CAUSSE et al. , « Quelques repères pour (re)négocier votre convention tripartite », pp. 18-21.

rapport précité de l'IGAS, souligne (p. 30) que pendant l'été 2003, « dans les établissements adossés à des structures sanitaires de court et moyen-séjour partiellement inoccupées, les déplacements de résidents [en vue de profiter de locaux plus adaptés à la température,] ont pu prendre la forme d'un transfert dans les locaux relevant du secteur sanitaire. »

Qu'en est-il de l'existence de ces facteurs de qualité de la prise en charge sanitaire à la maison de retraite de l'hôpital de Niort ? Pour ce qui concerne les moyens médicaux, le médecin coordonnateur de la maison de retraite est bien un praticien hospitalier. Cela n'a cependant pas d'impact sur le seuil à partir duquel les résidents sont orientés vers les services de soins (généralement les urgences), cette orientation étant en principe déterminée par les médecins traitants. Ces derniers interviennent en effet à la maison de retraite depuis sa création, sans qu'il y ait jamais eu d'intervention de praticiens hospitaliers comme soignants. Ceci étant, la présence effective du médecin coordonnateur quatre matinées par semaine est un gage important de suivi médical. L'impact positif du rattachement sur les moyens paramédicaux est plus significatif. Ainsi, lorsque les effectifs disponibles le permettent, la direction des soins fait preuve de réactivité dans l'affectation de personnels de remplacement issus de l'hôpital, en cas d'absence ponctuelle à la maison de retraite, bien que le remplacement le jour même ne soit pas possible en pratique. Surtout, elle est en mesure d'affecter des personnels de remplacement afin de permettre aux personnels de la maison de retraite de prendre des congés, suite à une période pendant laquelle ils ont suppléé l'absence d'un de leurs collègues. Cela s'ajoute à un « ratio soins » de 0,23 (18,40 AS/IDE au TEP, pour 78 places) pour un GMP de 515.

On peut conclure ce paragraphe en deux temps. Premièrement, le caractère hospitalier d'une maison de retraite semble favoriser en soi la qualité des volets paramédical et de gestion de crise de la prise en charge sanitaire en interne. Le CH de Niort n'y fait pas exception. Ce n'est pas le cas pour ce qui concerne le volet médical, les organisations de la prise en charge médicale étant trop variables d'une structure à l'autre. Ceci étant, il apparaît que des modes de prise en charge plus fréquents dans les maisons de retraite hospitalières, sont indirectement un facteur de qualité, dans la mesure où ils permettent de pallier certaines insuffisances, notamment démographiques, de la médecine de ville. Cela est également confirmé par le cas de la maison de retraite du CH de Niort. Deuxièmement, l'impact stratégique de ces caractéristiques pourrait être renforcé dans les années à venir, en raison de l'évolution du profil des personnes âgées entrant en

⁴⁸ IGAS, *La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003*, p 24.

institution d'hébergement. On observe en effet que l'âge d'entrée en institution augmente en raison du développement des services permettant le maintien à domicile et de l'accroissement de l'espérance de vie ; et que le niveau de dépendance est de plus en plus élevé dès l'entrée en institution⁴⁹. On constate également que les résidents sont atteints en moyenne de sept pathologies diagnostiquées, dont le nombre et la gravité augmentent avec l'âge et le niveau de dépendance⁵⁰.

2.1.2 Les maisons de retraite hospitalières présentent-elles des traits particuliers facilitant leur intégration à une filière de soins gériatrique telle que définie par la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ?

Selon ce texte, le patient âgé peut bénéficier au sein de la filière : « d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale [...] ; d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée ; d'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance ; d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de réhospitalisation. »

Ces éléments sont déclinés de façon plus opérationnelle dans la convention type figurant à l'annexe VI de la circulaire, et dont l'objet est de régir les relations entre un hôpital support ou simple membre d'une filière de soins gériatrique hospitalière, et un EHPAD situé sur le territoire d'implantation de cette filière. L'hôpital signataire de cette convention s'engage à « faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD, quel que soit leur niveau de couverture sociale, aux structures sanitaires requises par leur état de santé », et dont il dispose en son sein. Cela implique de permettre aux résidents d'accéder aux services de soins sans passer par le service des urgences, sauf urgence vitale. Concernant l'aval de l'hospitalisation des résidents de l'EHPAD, ce dernier s'engage « à reprendre dans un délai négocié le résident [hospitalisé] [...], dès que le praticien, responsable de son hospitalisation, estime qu'il ne nécessite plus une prise en charge hospitalière et que son état de santé est compatible avec les possibilités de soins techniques de l'EHPAD. » Il s'engage également à ce qu'« après évaluation et concertation avec le médecin coordonnateur, lorsque l'état de santé du résident n'est plus compatible de façon transitoire ou définitive avec le niveau de soins possible au sein de l'EHPAD, une nouvelle orientation dans la filière de soins gériatriques [soit] recherchée

⁴⁹ F. TUGORES, « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, Situation au 31 décembre 2003 », pp. 2-4.

⁵⁰ N. DUTHEIL, S. SCHEIDEGGER, « Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées », pp. 1-3.

conjointement. » Concernant l'aval de l'hospitalisation des patients non résidents de l'EHPAD signataire, celui-ci s'engage « dans le cas où l'état de santé [d'un de ses résidents hospitalisés] ne permettrait pas son retour à l'EHPAD [...], à accueillir un autre patient provenant d'un service de court ou de moyen séjour de l'hôpital, et ayant une origine géographique proche de celle de l'EHPAD ». Indépendamment de tout échange de personnes, l'EHPAD s'engage également à « favoris[er] l'accueil de personnes âgées hospitalisées dans [l'hôpital cocontractant] dont l'état de santé ne justifie plus le maintien dans la filière hospitalière. » Afin de permettre et de faciliter la mise en œuvre de leurs engagements respectifs, les parties s'engagent toutes les deux à mettre en œuvre les protocoles et supports d'échanges d'informations nécessaires. Elles s'engagent également à permettre la diffusion des pratiques de soins aux personnes âgées au sein de chacune d'entre elles, notamment par des actions d'information et de formation réciproques, et éventuellement par des stages croisés. Les maisons de retraite hospitalières présentent-elles des singularités favorisant l'exécution par les deux parties, des engagements souscrits dans une telle convention ?

L'exécution de l'ensemble de ces engagements suppose tout d'abord des circuits de communication courts et directs entre les professionnels de l'hôpital et ceux de l'EHPAD, ainsi qu'une habitude du travail en commun. Or, la proximité entre l'équipe médicale et d'encadrement des maisons de retraite hospitalières d'une part, et les services de l'hôpital auquel elles sont rattachées d'autre part, favorise l'existence de tels circuits. Cette proximité résulte dans tous les cas des liens informels liés à l'appartenance au même établissement. Elle résulte également en certains lieux, de ce que des praticiens hospitaliers partagent leur temps de travail entre la maison de retraite, comme médecin prescripteur ou coordonnateur, et les services de l'hôpital. De surcroît, dans le cadre de fonctions de coordination, les praticiens hospitaliers ont l'avantage sur les médecins généralistes, également appelés à exercer de telles fonctions, d'avoir une expérience plus importante du travail en équipe. Dès lors, les circuits spécifiques de communication entre les maisons de retraite hospitalières et leur hôpital de rattachement, pourraient-ils permettre l'exécution de fait des prestations prévues par la convention type ?

Pour ce qui concerne l'accès facilité des résidents aux soins prodigués à l'hôpital, et leur retour d'hospitalisation concerté, ces circuits de communication sont efficaces. Les familles des résidents font ainsi souvent le choix de la maison de retraite hospitalière en raison de la proximité du plateau technique. Concernant l'accès priorisé des patients aux maisons de retraite rattachées à leur lieu d'hospitalisation, les circuits de communication entre services de soins et maison de retraite, et particulièrement entre les cadres de santé, sont facilitateurs pour trouver une place d'aval. Ainsi, l'intégration d'un EHPAD permet au CH d'Avignon de disposer en interne de tous les maillons de la filière gériatrique, puisqu'il comporte déjà des unités et services de consultation « mémoire et

évaluation gériatrique », de médecine gériatrique, de SSR, et de soins de longue durée. L'établissement escompte ainsi que l'intégration permettra de fluidifier sa filière gériatrique, le département du Vaucluse connaissant un déficit de structures d'aval, et quarante à cinquante lits de court-séjour étant continuellement occupés par des personnes en attente d'être accueillies dans une telle structure. Les résultats de l'enquête EHPA 2003⁵¹ vont également dans le sens de liens privilégiés entre les hôpitaux et les maisons de retraite qui leur sont rattachées : la proportion de résidents venant directement de leur domicile est de 85 % dans les logements-foyers, 65% dans les maisons de retraite autonomes publiques ou privées, contre 44 % dans les maisons de retraite rattachées à un hôpital et de 26 % dans les USLD. Après le domicile, la provenance la plus fréquente pour les maisons de retraite hospitalières (24 % des admissions), comme pour les USLD (37 % des admissions), est un service de soins de suite et de réadaptation. Enfin, pour ce qui concerne les engagements réciproques des parties, leur mise en œuvre est également facilitée par la fluidité des circuits de communication. Au-delà de cet aspect, la mise en commun de supports d'information entre les hôpitaux et les EHPAD qui leur sont rattachés pourrait bénéficier de la mise en place dans les établissements de santé de dossiers médicaux informatisés. Ces derniers pourraient être interfacés avec le dossier du résident, l'unité de personnalité morale permettant de conclure un marché avec un prestataire de service commun. Quant aux actions de formation et d'information réciproques, et aux stages croisés, ils devraient naturellement être rendus plus aisés par l'appartenance des personnels au même établissement, qui permet déjà l'existence d'une mobilité interne des personnels, comme titulaires, entre les services de soins et les services médico-sociaux.

Les maisons de retraite hospitalières présentent donc bien des traits particuliers facilitant leur intégration à une filière de soins gériatrique. Cette remarque appelle cependant successivement une réserve et deux nuances. Premièrement, cela ne signifie cependant pas que les hôpitaux sièges d'une ou plusieurs maisons de retraite peuvent faire l'économie de systèmes de coordination avec les EHPAD situés sur le territoire d'implantation de la filière gériatrique : d'une part, les maisons de retraite rattachées à un hôpital ne couvrent pas géographiquement tout ledit territoire. D'autre part, elles fonctionnent comme les autres structures d'hébergement sur la base de listes d'attente ; et elles ne se sont pas spécialisées sur une forme d'hébergement temporaire transitoire entre l'hôpital, et un EHPAD proche du domicile. Ainsi, le CH de Laval, bien que plusieurs maisons de retraite lui soient rattachées, coopère avec les autres structures de la commune au sein de la cellule de coordination gérontologique, pilotée par le directeur du

⁵¹ Source: F. TUGORES, « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, Situation au 31 décembre 2003 », p. 4.

pôle médico-social de l'hôpital. De même, le CH de Saint-Nazaire, coopère de longue date avec d'autres maisons de retraite que celles dont il s'est séparé : des praticiens hospitaliers interviennent dans une dizaine d'entre elles. Deuxièmement, il apparaît que des relations hôpital/maisons de retraite, exclusivement fondées sur des liens conventionnels, peuvent recréer les avantages que l'ont pourrait espérer de la seule relation institutionnelle que constitue le rattachement. C'est ce qui semble confirmé par l'expérience du CHU de Limoges qui a passé des conventions de coopération avec plusieurs EHPAD. Ces conventions prévoient notamment l'admission directe et prioritaire, au sein d'une unité de recours gériatrique constituée de sept lits de soins de suite, des résidents affectés par un épisode aigu. Elles prévoient également des créneaux de consultation réservés. La circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques va également dans ce sens. Elle ne considère les rapports entre EHPAD et hôpitaux que dans leurs dimensions contractuelle et fonctionnelle, à l'exclusion des dimensions institutionnelle ou organique. De plus, les différences de nature juridique entre maisons de retraite n'y sont pas mentionnées. Troisièmement, la gestion d'un ou plusieurs EHPAD peut être perçue comme un facteur de repli sur soi de l'hôpital, freinant ce dernier dans la recherche de coopérations, ou de modes de coordination avec les EHPAD situés sur son territoire de référence, et réciproquement. Cette perception existe concernant le CH de Niort. Elle est cohérente avec une des attentes du Conseil général concernant l'autonomisation. Le département souhaiterait en effet, que les relations que l'hôpital conservera ou créera, dans le cadre de la filière gériatrique, avec la maison de retraite autonomisée, s'étendent comme par ricochet aux structures avec lesquelles cette dernière aura établi des liens de coopération. Il souhaite ainsi que l'hôpital devienne une force de proposition dans la structuration de la filière, par exemple pour ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées, domiciliées en institution ou non, en amont et en aval du service des urgences⁵².

Qu'en est-il des rapports entre l'hôpital de Niort et la maison de retraite qui lui est rattachée, dans le cadre de la filière gériatrique ? Premièrement, la prise en charge hospitalière des résidents ne diffère pas dans l'ensemble de celle des autres usagers âgés, hormis la possibilité de quelques ajustements informels. Ainsi, l'équipe mobile de gériatrie n'intervient pas en amont à la maison de retraite, mais une fois que le résident est hospitalisé ou admis aux urgences. Il n'y a également pas de consultations avancées. De même, les admissions non programmées se font dans les conditions applicables aux autres usagers, en règle générale via les urgences, après un contact avec le médecin régulateur du Centre 15 qui a son siège au Centre hospitalier. Les consultations et avis médicaux ne sont pas systématiquement obtenus avec un surcroît de facilité par les

⁵² Source : Entretien avec Mr Brun, conseil général des Deux-Sèvres.

médecins traitants des résidents. Seule le médecin coordonnateur inscrit directement certains résidents pour des examens de doppler qu'elle pratique dans le service de cardiologie. Cependant, l'existence de circuits de communication courts et rapides entre la maison de retraite et l'hôpital présente quelques avantages pour les résidents. Concernant les relations avec le service des urgences, le contact avec le cadre de garde ou de nuit sur le Centre hospitalier, permet une réponse immédiate et une accélération de la prise en charge le soir et les week-ends. Les liens avec les urgences sont également renforcés du fait que le médecin coordonnateur y intervient dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins. S'agissant des autres services de soins, les contacts peuvent être facilités de façon ponctuelle en vue d'une hospitalisation, d'une consultation, de l'obtention d'un avis, voire de l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs. De plus, un résident est parfois admis directement en psychogériatrie ou en médecine gériatrique, le cas échéant après contact avec le médecin coordonnateur. Enfin, les liens institutionnels entre le Centre hospitalier et l'EHPAD sont susceptibles de faire de ce dernier un partenaire privilégié pour la mise en œuvre de nouveaux modes de prise en charge sanitaires organisés par les services de l'hôpital. La maison de retraite a ainsi été naturellement un des premiers terrains d'expérimentation de l'HAD en EHPAD pilotée par l'hôpital. Deuxièmement, les rapports entre le Centre hospitalier et la maison de retraite comme structure d'aval ne présentent pas de particularité due à la nature hospitalière de l'EHPAD, telle qu'une admission prioritaire des patients à la maison de retraite. De fait, la majeure partie des résidents provient directement de son domicile. Cependant, les admissions de patients peuvent être facilitées grâce aux circuits de communication courts et directs évoqués précédemment. Il s'agit ici en particulier des circuits entre les soins de suite et de réadaptation et l'EHPAD, facilitant l'orientation vers l'hébergement temporaire, qui se mue souvent en hébergement permanent. (Les soins de suite se situent en deuxième position après le domicile comme lieu de provenance.) De plus, le médecin coordonnateur est en mesure de se déplacer au lit du patient afin d'évaluer ses besoins, et de préparer une éventuelle admission à la maison de retraite.

On peut conclure ce paragraphe en deux temps. Premièrement, les maisons de retraite hospitalières, et les établissements auxquels elles sont rattachées, disposent des atouts et moyens informels propres à faciliter un fonctionnement de la filière gériatrique conforme à la circulaire du 28 mars 2007. Mais il semble que le meilleur profit de la proximité des deux structures suppose bien une formalisation des voies et moyens de leurs prestations réciproques. Le CH de Niort ne déroge pas à ce constat. Deuxièmement, si l'intérêt stratégique d'un bon fonctionnement de la filière gériatrique a été démultiplié par l'introduction de la tarification à l'activité, il s'est également accru en raison de la redéfinition des USLD : celle-ci contraint davantage les hôpitaux à orienter les patients

vers la structure correspondant juridiquement (et financièrement) à leur état de santé. Dès lors, la question se pose de savoir si des centres hospitaliers sièges d'USLD, n'auraient pas un intérêt à gérer une maison de retraite spécialisée dans l'accueil de résidents très dépendants. Cette structure fonctionnerait avec l'USLD sur le mode des vases communicants, les patients identifiés comme n'ayant plus besoin de SMTI étant orientés vers l'EHPAD, et inversement. Cela permettrait en outre de maintenir les taux d'occupation des deux structures au niveau souhaité. Un tel fonctionnement apparaît complexe mais envisageable au vu de l'expérience du CHU de Metz lors de la transformation d'un hospice en deux maisons de retraite rattachées, telle que relatée par ses acteurs en 1987⁵³ : « Il y a parfois divergence de vue entre les médecins et le personnel paramédical, quant à l'évaluation de la charge de travail tolérable, si bien qu'on doit discuter, longuement, certaines demandes d'entrées, et limiter les échanges systématiques de malades entre les services de long-séjour et les sections de cure médicale des maisons de retraite, de peur de créer des déséquilibres inutiles chez des malades fragiles. Et pourtant, ce type d'échanges devrait être bénéfique s'ils sont pertinents. Le fonctionnement suivant le principe des vases communicants entre les différentes structures gériatriques constitue un avantage que possèdent les maisons de retraite dépendant d'un hôpital. »

2.1.3 Les maisons de retraite hospitalières permettent-elles d'orienter plus facilement les patients hospitalisés vers une structure d'hébergement médico-social dès lors que leur état ne nécessite plus une hospitalisation ?

Cette question est celle de l'intérêt de gérer une maison de retraite hospitalière pour l'orientation des patients non gériatriques. Elle est suscitée par le cas des maisons de retraite (non conventionnées) de l'hôpital de Saint-Nazaire. Avant leur autonomisation, elles constituaient une structure d'aval privilégiée pour l'accueil de certains patients de moins de soixante ans, à défaut d'alternative dans le secteur social et médico-social (il s'agissait de patients cumulant un handicap mental ou un profil psychiatrique avec d'autres difficultés d'intégration sociale). Le repeneur des structures n'accueille plus désormais ces patients, et dès après l'autonomisation, les assistants de service social ont fait part de leurs difficultés à leur trouver une structure d'aval. Ce problème est identifié à ce stade comme l'inconvénient essentiel de l'autonomisation. On peut en conclure de façon générale que dans certains établissements, le diagnostic préalable à l'autonomisation pourrait avoir à prendre en compte la création, en parallèle de celle de l'EHPA autonome, d'une structure de type FAM, ou MAS, aux fins d'accueillir les

⁵³ C. COQUILLAT, G. PICARD, A. WANG, « De la mutation d'un hospice historique en deux maisons de retraite », p. 93.

personnes de moins de 60 ans, résidentes actuelles ou potentielles de la maison de retraite.

2.1.4 Dans quelle mesure les maisons de retraite hospitalières, peuvent-elles être la source d'avantages économiques pour les hôpitaux auxquels elles sont rattachées, indépendamment des avantages indirects qu'elles peuvent générer en termes de durée de séjour et de recours à l'hospitalisation ?

Cette question doit être posée dans un premier temps de façon négative, afin de savoir si la gestion de maisons de retraites hospitalières peut présenter des désavantages. Il s'agit premièrement de se demander s'il se peut, que le montant des charges figurant au budget général des hôpitaux gestionnaires de maisons de retraite, soit grevé de sommes qui devraient figurer dans les charges du budget annexe de ces structures. Cette question n'a de sens que pour ce qui concerne les établissements ayant réalisé l'opération sincérité des comptes ; la situation contraire appelant nécessairement une réponse positive. Il s'agit donc en fait d'apprécier le degré de sincérité budgétaire auquel a abouti la réalisation de l'opération sincérité des comptes dans les différents établissements. Le rapport de la Cour des comptes sur les personnes âgées dépendantes, publié en 2005, donne quelques indications générales sur ce point : les subventions indirectes ou subventions de fait des budgets principaux des établissements publics de santé vers leurs USLD et les maisons de retraite qui leurs sont rattachées, pourraient représenter 800 millions d'euros, ce chiffre n'étant qu'une estimation, car ce type de transferts ne fait pas l'objet d'un suivi précis⁵⁴.

Il s'agit deuxièmement de se demander, s'il se peut que le montant des charges incombant au budget principal des hôpitaux gestionnaires de maisons de retraite, eût été moins élevé si ces structures avaient été autonomes⁵⁵. La réponse à cette question est positive, au regard de ce que les charges et comptes d'immobilisation sont débités du montants des achats, hors TVA déductible. Il s'agit ainsi de considérer l'hypothèse, normale, dans laquelle l'hôpital réalise, au bénéfice d'une maison de retraite qui lui est rattachée, des prestations de services ou des livraisons de biens, qu'il pourrait aussi bien réaliser pour cette structure si elle était autonome. En effet, dans le premier cas, ces activités ne sont pas imposables à la TVA, en application de l'article 256 B du Code général des impôts⁵⁶. Dès lors, l'hôpital en tant que redevable réel, supporte

⁵⁴ COUR DES COMPTES, *Les personnes âgées dépendantes*, p. 146.

⁵⁵ On peut mentionner ici, que la suppression progressive de la dotation globale de financement, au profit de la tarification à l'activité, rend sans intérêt pour un hôpital de faire supporter au budget principal, des charges incombant en réalité au budget annexe, provoquant ainsi une surestimation de la dotation globale.

⁵⁶ Article 256 B CGI : « Les personnes morales de droit public ne sont pas assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée pour l'activité de leurs services administratifs, sociaux, éducatifs, culturels et

définitivement le poids de la TVA dans le coût de ses consommations. En revanche, dans le second cas, les activités réalisées par l'hôpital peuvent être imposables à la TVA, lorsque le non-assujettissement de l'hôpital entraînerait des distorsions dans les conditions de la concurrence (article 256 B CGI). C'est le cas des activités de support logistique comme les prestations de blanchisserie ou la livraison de repas. Dès lors, l'hôpital en tant que redevable légal de la TVA, peut déduire de la TVA collectée sur la maison de retraite, la TVA qu'il a lui-même payée à ses fournisseurs en vue de la réalisation des activités imposables, au moyen de clés de répartition. En conséquence, il peut être plus avantageux pour l'hôpital de fournir des prestations logistiques à une maison de retraite extérieure, qu'à une maison de retraite rattachée. Encore cela suppose-t-il, dans le cadre d'une autonomisation, que le nouvel établissement choisisse son ancien hôpital de rattachement comme prestataire. Or, s'il s'agit d'un établissement ou d'une structure publique, ce choix ne peut en principe être certain, en raison de l'obligation de mise en concurrence résultant du droit de la commande publique. En se référant à l'Instruction ministérielle du 3 août 2007⁵⁷ sur les GCSMS, on peut néanmoins formuler l'hypothèse selon laquelle les prestations logistiques fournies par un GCSMS, au profit d'un de ses membres ne seraient pas soumises aux règles de la commande publique. Mais en tout état de cause, la déductibilité de la TVA bénéficierait dans ce cadre directement au GCSMS, l'établissement ne pouvant en tenir compte qu'indirectement dans le montant facturé au titre de la mise à disposition de moyens.

La question des avantages économiques procurés par la gestion de maisons de retraite hospitalières, doit être posée dans un second temps de façon positive afin de savoir si la gestion d'une ou plusieurs maisons de retraite hospitalières peut générer des avantages économiques pour l'hôpital. Il s'agit ainsi de se demander si les charges d'un hôpital gestionnaire d'un EHPAD conventionné, et ayant réalisé l'opération sincérité des comptes, seraient plus élevées s'il ne gérait pas cet EHPAD. Le fait que la gestion d'une ou plusieurs maisons de retraite produise des économies d'échelle au bénéfice de l'hôpital de rattachement apparaît comme une donnée très probable auprès des différents acteurs rencontrés. Ces économies concerneraient particulièrement les achats, et notamment de denrées alimentaires. Un tel constat doit cependant être relativisé eu égard à la politique de rationalisation des achats hospitaliers menée par la DHOS. Politique qui vise notamment à un maillage étroit de groupements d'achats entre établissements sanitaires, portant sur le plus possible de catégories de fournitures.

sportifs lorsque leur non-assujettissement n'entraîne pas de distorsions dans les conditions de la concurrence. »

⁵⁷ Instruction du Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, et du Ministre du logement et de la ville, n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007, relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale, annexe 4, p. 10.

En conséquence, la détermination des avantages économiques éventuellement procurés à un hôpital par la gestion d'une maison de retraite, consiste à mettre au jour les éventuelles subventions du budget général au budget annexe, puis à en déduire les économies structurelles engendrées par la gestion de la structure annexe. Pour ce qui concerne le Centre hospitalier de Niort, ce bilan n'a pas été réalisé préalablement à la décision d'autonomisation, la maison de retraite n'étant considérée ni comme un poids, ni comme un levier économiques pour le Centre hospitalier. La perspective de la déductibilité de la TVA n'est à ce stade pas apparue dans les travaux préparatoires à l'autonomisation, qui en tout état de cause laissent délibérément la voie ouverte à toute possibilité en matière de prestations logistiques (voir point 3.1 ci-après).

2.2 Dans quelle mesure le métier médico-social serait-il mal maîtrisé par les hôpitaux au point de justifier un recentrage de ces derniers sur leur cœur de métier sanitaire ?

La caractéristique systématiquement dénoncée des maisons de retraite hospitalières est la prégnance de la culture sanitaire (2.2.1). Considérée comme un obstacle à l'exercice du métier médico-social, elle peut être invoquée comme justification aux logiques d'externalisation, comme à Niort, ou à Saint-Nazaire ; bien que certains hôpitaux s'attachent à gommer ses effets. Il apparaît cependant que quelques caractéristiques des maisons de retraites hospitalières peuvent présenter un intérêt ponctuel pour l'exercice du métier médico-social (2.2.2).

2.2.1 La prégnance de la culture sanitaire

La culture sanitaire est une notion complexe, susceptible de recevoir plusieurs définitions. Considérée en opposition à celle de culture médico-sociale, on peut avancer qu'elle est l'ensemble des représentations et pratiques tendant à donner aux lieux d'hébergement de personnes âgées les caractéristiques, ou l'atmosphère, des lieux de soins, alors que la culture médico-sociale en ferait des lieux de vie. La culture sanitaire tend à inscrire le quotidien des résidents dans un univers à connotation hospitalière, en mettant au premier plan le soin, et en effaçant la dimension d'hébergement sans soins. C'est ce qui ressort de l'observation de la vie quotidienne à la maison de retraite de l'hôpital local de Laprade, relatée par Nicolas Jaujou dans *L'EHPAD : Pour finir de vieillir, Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*⁵⁸. L'auteur y aborde la question des demandes du résident (demande d'aide pendant le repas, demande de réglage du

⁵⁸ CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE, *L'EHPAD : Pour finir de vieillir, Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, p. 88-90.

téléviseur...), comme vecteurs fondamentaux de la création et du maintien des relations entre le résident et les personnels. Selon lui, « l'étude de l'objet de ces demandes révèle la tension existante entre la mission d'hébergement et la mission proprement soignante » des institutions d'hébergement. Or à la maison de retraite de l'hôpital de Laprade, il semble que cette tension soit au bénéfice de la mission soignante, en raison même de la nature hospitalière de la structure. L'auteur relève ainsi : « À Laprade, dans les services de la maison de retraite, une grande partie des demandes relevées sont référées aux soins. [...] L'importance de cette demande de soins peut s'appréhender comme une conséquence structurelle de l'organisation des hôpitaux locaux. En effet, 71 % des personnes âgées entrant en maison de retraite à Laprade sont passées auparavant par ses services de médecine et/ou de soins de suite (les moyens séjours). En maison de retraite, ces patients retrouveront le même type de matériel soignant (lits médicalisés, tablettes amovibles, lève-personnes, etc.) et les mêmes catégories de personnels (agent de service hospitalier, aide-soignant, infirmier). [...] Dans ce contexte de médicalisation des relations de service, il est intéressant de relever l'usage du vocable "malade" privilégié par les résidents de Laprade pour se désigner. [...] Alors que j'essayais de promouvoir le terme de "résident", ces derniers m'ont fait accepter la pertinence de cette dénomination. [...] A Laprade, la dignité des personnes âgées ne pouvant plus "se suffire" semble aller de pair avec la reconnaissance de leur statut de "malade". L'appellation "hôpital" lui confère une légitimité certaine. De plus, cet état concerne d'autres catégories d'âge. Il est normal d'être malade dans un hôpital que l'on ait 20 ou 70 ans. » Les caractéristiques fondamentales de l'univers hospitalier sont donc réunies dans cette maison de retraite, au point que les usagers se perçoivent eux-mêmes comme des malades, et non des résidents. Ce type de constat empirique recoupe les données statistiques disponibles. Ainsi, les chiffres relatifs à la place des personnels éducatifs, sociaux et d'animation indiquent une moindre prise en compte de l'animation, et donc de l'aspect hébergement, dans les maisons de retraite rattachées à des hôpitaux : 2% des personnes travaillant en ETP dans une maison de retraite rattachée à un hôpital sont des personnels éducatifs, sociaux ou d'animation, contre 4% dans les maisons de retraite publiques autonomes, et 7 % dans les maisons de retraite privées à but non-lucratif, la moyenne des EHPA étant de 5%. En revanche on retrouve ces 2% dans les USLD⁵⁹. Au-delà du constat, certains aspects de la vie quotidienne dans les EHPA hospitaliers, considérés comme des manifestations de la culture hospitalière, sont interprétés comme des atteintes à l'autonomie sociale et à la citoyenneté des résidents. C'est ce qui ressort

⁵⁹ Source : F. TUGORES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003, activité et personnel, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 », p. 8.

d'une synthèse thématique des résultats de l'enquête EHPA 2003⁶⁰, qui analyse et interprète les données relatives à la vie quotidienne dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, au regard du degré d'autonomie sociale et de citoyenneté des résidents qu'elles révèlent. L'étude se rapporte plus particulièrement aux USLD qu'aux maisons de retraite hospitalières, mais la formulation générale de certaines hypothèses autorise une transposition à ces dernières. Concernant la possibilité pour le résident de solliciter un changement de plat au repas, les auteurs relèvent qu'au cours de l'enquête, le changement « n'a pu être obtenu que par un résident sur quatre dans les USLD traduisant probablement en partie la culture hospitalière et de restauration collective de ces établissements » (p. 59). Quant à la possibilité de consommer de l'alcool, elle « est d'autant plus réduite que l'établissement est médicalisé. Ainsi la consommation d'alcool n'apparaît que dans environ un établissement USLD sur sept » (p. 59). D'où cette interrogation et cette hypothèse des auteurs : « Cela tient-il à une vision hygiéniste, rendue d'autant plus "nécessaire" que les résidents des USLD sont le plus souvent atteints de déclin cognitif, ce qui conduirait les soignants à assumer pour eux des comportements préventifs d'addictions dommageables pour leur santé, ou s'agit-t-il d'une difficulté à envisager dans ce cadre les individus dans leur singularité ? [...] Les résidents des USLD déclarent plus rarement consommer de l'alcool, peut-être parce qu'ils sont plutôt considérés et se voient plutôt comme des patients que comme des résidents » (p. 59). Enfin, sur la possibilité de disposer d'un espace intime et personnalisé, « les USLD demeurent très marquées par la logique hospitalière. Très peu de résidents ont la clé de leur chambre, même si les efforts d'humanisation ont porté leurs fruits en amenant de très nombreux établissements à inscrire le nom des résidents sur la porte et en changeant le comportement des personnels : ceux-ci frappent désormais à la porte avant d'entrer aux dires de plus de 90 % des résidents dans toutes les structures, sauf en unité de soins de longue durée où le pourcentage est de 80% » (p. 64). Les auteurs formulent l'hypothèse selon laquelle les variations entre établissements relevées en la matière « tiennent en partie au fait que, selon que l'établissement ressortit à une culture plutôt hôtelière ou plutôt hospitalière, le résident passe d'un statut de client à celui de patient et se voit plus ou moins garanti dans son droit au respect de son intimité » (p. 66).

Le fonctionnement quotidien de la maison de retraite du CH de Niort ne se distingue pas des éléments généraux indiqués ci-dessus, dans la mesure où il est partiellement semblable à celui des services soignants. La ressemblance concerne le déroulement temporel de la journée, fruit d'une organisation du travail proche de celle des services de

⁶⁰ O. SAINT-JEAN, H. THOMAS, « Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution », p. 57-68.

soins. Il s'agit par exemple des horaires du coucher, du temps et du moment des transmissions, des plages consacrées à la délivrance des soins. Il est notable à cet égard que la loi relative à la réduction du temps de travail a dû être mise en œuvre à la maison de retraite et dans le reste de l'établissement, selon des modalités identiques. La ressemblance a également trait à une démarche de travail souvent axée sur le soin et les gestes techniques, au désavantage de la prise en charge globale et de l'investissement dans la construction des projets de vie individuels. Un symptôme de cet état de fait semble être les difficultés pratiques de la mise en œuvre de l'HAD à la maison de retraite, puisque ce sont les personnels propres de la maison de retraite qui assurent les prestations. En outre, la ressemblance va jusqu'à l'assimilation pour ce qui concerne l'exercice du libre choix de son prestataire de soins par le résident, à qui il n'est en principe pas proposé de faire effectuer ses examens médicaux ou de se faire hospitaliser ailleurs qu'au Centre hospitalier, et notamment à la clinique privée voisine de l'hôpital. L'analogie concerne également les aspects « hôteliers » de la prise en charge. Ainsi, en mars 2003, un rapport d'inspection de la DDASS des Deux-Sèvres avait relevé que les repas étaient identiques à ceux des services de soins. Il semble également que les moyens donnés à l'animation ne soient pas suffisants, au point de susciter de l'ennui de la part des résidents.

Outre le rattachement même de la maison de retraite à l'hôpital, on peut peut-être expliquer cette « sanitarisation » de son fonctionnement par le fait que pendant longtemps, la maison de retraite a été celle des personnels de l'hôpital retraités, et de leur famille, et qu'elle l'est encore en partie. L'habitude des pratiques hospitalières qu'a eue cette clientèle aurait pu engendrer une certaine tolérance de sa part.

En outre, le fonctionnement journalier de l'EHPAD est imprimé par les modalités de sa gestion. Or, celle-ci est très semblable à la gestion des autres services médicaux de l'établissement antérieurement à leur insertion dans des pôles, et ce nonobstant l'existence d'un budget annexe. Ainsi, la maison de retraite est dotée d'un cadre de santé, qui assure l'interface avec les autres services de l'établissement, et notamment avec les directions. Un directeur d'hôpital est en charge de la filière gériatrique, en sus de la direction des affaires médicales. Ses fonctions recouvrent la stratégie de l'établissement en matière de prise en charge des personnes âgées : négociation des conventions tripartites, élaboration du projet de vie, pilotage du processus d'autonomisation, organisation des coopérations avec l'extérieur, admissions... Mais il n'est pas titulaire des délégations de signature qui lui permettraient de prendre les décisions relatives à la marche quotidienne de la maison de retraite, qui continuent à relever des différentes directions fonctionnelles. Il apparaît ainsi qu'un des inconvénients du rattachement à l'hôpital perçu par les différents acteurs de l'établissement est l'absence d'un interlocuteur de proximité unique.

Il semble qu'un facteur principal peut être identifié pour expliquer cette prégnance de la culture sanitaire : il s'agit de la tendance des hôpitaux à faire passer en second leur activité d'hébergement médico-social, donnant la priorité à leur activité sanitaire, qui est aujourd'hui au cœur de leur mission et de leur raison d'être. Les conditions d'exercice du métier médico-social sont alors soumises aux contingences, – humaines, matérielles, organisationnelles – , qui affectent les activités sanitaires. On peut illustrer de plusieurs exemples cette hiérarchisation de fait. Le plus communément identifié concerne l'affectation des personnels de l'hôpital dans les services ayant vocation à accueillir les personnes âgées, et particulièrement les services d'hébergement. Pendant longtemps, cette affectation a souvent pu être acceptée par défaut, ou être contrainte, voire même grevée d'une coloration disciplinaire. Or, ce type de gestion peut avoir pour conséquence, comme ce fut le cas à Niort, que les effectifs se partagent entre d'une part des personnels anciens dans le service et peu mobiles, et d'autre part des personnels plus jeunes, qui restent peu de temps dans le service. Or comme cela avait été relevé dans la convention tripartite de l'EHPAD du CH de Niort conclue en 2003, les premiers sont facteurs de phénomènes de résistance au changement, alors que les seconds ne restent pas suffisamment longtemps pour s'investir dans des démarches de changement. La hiérarchisation touche également les choix d'investissement de l'hôpital, à la fois dans les supports matériels de l'activité d'hébergement, et également dans des projets construits de prise en charge médico-sociale des personnes âgées, ces deux dimensions, matérielle et prospective, étant fortement liées. L'exemple de Saint-Nazaire⁶¹ est parlant à cet égard dans la mesure où l'établissement a investi des moyens matériels, humains, et intellectuels significatifs dans la restructuration et le fonctionnement de ses USLD : les 214 lits d'USLD se répartissent en 15 petites unités de vie comprenant en moyenne 14 places, et qui requièrent davantage de moyens en personnels que les structures non subdivisées de cette façon. Certaines de ces unités sont en outre insérées dans la ville, en vue de leur permettre de tisser un lien social avec leur environnement⁶². Or, d'autres investissements sont devenus prioritaires en MCO, et l'effort financier et prospectif de l'établissement n'a pas pu être prolongé à moyen terme au bénéfice des deux maisons de retraite autonomisées : il a du être arrêté à la partie sanitaire des structures d'hébergement de longue durée pour personnes âgées, ce alors même que la séparation entre sanitaire et médico-social est aujourd'hui relativisée par les résultats de la coupe Pathos effectuée dans les unités de vie.

⁶¹ Source : Entretien avec le Dr Leroux, CH de Saint-Nazaire.

⁶² Sur ce point voir : P. LEROUX, « Un autre « long séjour » : des principes _ une aventure ». - MEYER C., COUFFINHAL A. / SANESCO (éd.), *Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé : le champ d'une décision politique ? Rapport pour le Commissariat général du plan*, pp. 59-61.

Enfin, les modalités d'organisation des processus de commande publiques induisent également une supériorité du sanitaire sur le médico-social hospitalier. L'unité de personnalité morale entre maisons de retraite hospitalières et hôpitaux de rattachement, a pour conséquence que les montants prévisionnels des équipements accordés aux deux structures doivent être additionnés, afin de déterminer les seuils de publicité et de mise en concurrence applicables, et de passer un marché unique. Or, cette contrainte est susceptible de nuire à la satisfaction des besoins spécifiques de la maison de retraite, d'une part en la privant de réactivité en matière d'achats, d'autre part, en nuisant à une définition préalable des besoins, qui prenne en compte les caractéristiques de la prise en charge en structure d'hébergement.

Ces manifestations de la hiérarchisation entre sanitaire et médico-social, en tant qu'elles motivent en partie les logiques d'externalisation, sont corroborées par une étude publiée par le Conseil d'Etat⁶³, qui recense les motivations et avantages attendus de la transformation de services non personnalisés de l'administration centrale en établissements publics. Parmi les motifs de la création d'une personne morale, l'auteur relève ainsi la volonté de « donner à une activité un caractère plus opérationnel, qu'il s'agisse de construire, produire, vendre ou acheter » (p. 43). Il relève également que « dans un établissement public, à la différence de ce qui se passe dans une administration centrale, la discussion budgétaire est menée par le responsable qui peut faire valoir directement ses arguments, défendre ce qui lui paraît essentiel. Il y a coïncidence entre la responsabilité budgétaire et la conduite de la politique quotidienne au sein de l'établissement public » (p. 43-44). En outre « l'établissement public permet [...] de mettre en valeur l'activité gouvernementale : en individualisant un organisme, en personnalisant une action, un patrimoine, un ministère se donne l'instrument d'une politique et incarne celle-ci, la met en évidence » (p. 44). Enfin, l'établissement public donne la « possibilité de choisir ses collaborateurs, de constituer une équipe » (p. 46). Concernant les avantages de la transformation en établissement public, l'auteur indique notamment qu'elle permet « de constituer au sein de l'ensemble administratif une unité autonome personnalisée, dotée d'une identité propre. L'organisme y gagne une mission mieux circonscrite, des organes directeurs opérationnels en leur double structure délibérante et exécutive, un personnel et des moyens d'action rassemblés autour de la fonction à remplir. Ainsi structuré, un tel organisme est normalement plus mobilisateur d'énergies que s'il est fondu dans l'anonymat d'une administration centrale, et mieux à même de définir et poursuivre une action dynamique et efficace » (p. 54).

⁶³ F. GAZIER, « Étude sur les Établissements publics », pp. 42-61.

La hiérarchisation entre l'activité sanitaire et l'activité médico-sociale, et les difficultés de l'exercice du métier médico-social qui en résultent, sont néanmoins susceptibles d'être affectées par des tempéraments et correctifs. Premièrement, il est possible d'infléchir la politique de ressources humaines et d'affectation des personnels en sorte de mieux prendre en considération la qualité attendue de la prise en charge des personnes âgées. C'est ce qui a été initié au milieu des années 1990 au CH de Niort, sous l'impulsion du chef de service de gériatrie en fonction à cette époque, et du directeur des soins en charge des services dédiés aux personnes âgées. A cette époque, certains agents exerçaient à la maison de retraite depuis son ouverture en 1973, et leur pratique, sans être nécessairement celle de mauvais professionnels, était marquée par le poids des habitudes. L'affectation d'une partie d'entre eux à la maison de retraite, sans avoir un caractère disciplinaire, avait néanmoins été déterminée par défaut. A alors été instituée une obligation de mobilité. Le mouvement a pu s'accélérer entre 2000 et 2002 en raison de départs en retraite, qui ont permis l'arrivée à la maison de retraite de jeunes aides-soignants venant d'achever leur formation initiale. Le recrutement de ces agents a été assorti d'un « contrat moral » les liant à l'établissement. Ce « contrat » les oblige à rester un minimum de deux années au sein de la maison de retraite, la possibilité au bout de ces deux années de postuler sur des emplois dans d'autres services étant conditionnée par la qualité du travail accompli. Ce dispositif a été suivi de l'effet recherché en permettant un certain renouvellement des pratiques.

Deuxièmement, il est possible aux hôpitaux sièges de maisons de retraite, de constituer un pôle d'activité « médico-social » ou « gérontologique » (au sens de l'article L 6146-1 CSP). Une telle structure regroupe l'ensemble des EHPAD, voire des USLD de l'établissement. Elle est gérée par un directeur⁶⁴, titulaire d'une délégation de signature transversale, recouvrant les principaux aspects de la gestion des structures médico-sociales. Ce type d'organisation confère une forme d'autonomie de gestion partielle aux structures d'hébergement de personnes âgées, permettant ainsi une meilleure prise en compte de leurs besoins propres, liés ou non à leur nature médico-sociale. Elle permet également une meilleure identification des interlocuteurs compétents. Ainsi, le CH de Laval, comporte en son sein un pôle établissements annexes de personnes âgées, qui recouvre trois maisons de retraite (comportant respectivement 60, 140 et 192 lits) et 127 lits de long-séjour. A la tête de cette entité se trouve un directeur d'établissement sanitaire et social, à qui le directeur du Centre hospitalier a donné une délégation de signature portant notamment sur les matières suivantes: direction de sites, affectation des personnels, gestion des mensualités de remplacement, élaboration et suivi de la section d'investissement, programmation des travaux, pilotage des projets architecturaux,

pilotage de la cellule de coordination gérontologique, collaboration avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux du territoire de santé. Cette délégation comporte également l'engagement des dépenses relatives aux domaines précités.

Troisièmement, cette autonomie de gestion partielle résultant d'une organisation décentralisée, peut en outre être renforcée si elle est étendue au plan financier. Ce, grâce aux possibilités offertes par les règles d'affectation des excédents des comptes de résultat annexes des structures d'hébergement pour personnes âgées. En effet l'article R 6145-51 du CSP prévoit que l'excédent d'un tel compte est affecté : « 1° À un compte de report à nouveau de ce compte de résultat annexe ; 2° À un compte de réserve destiné au financement de mesures d'investissement de ce compte de résultat annexe ; 3° À un compte de réserve de trésorerie ; 4° À un compte de réserve de compensation de ce compte de résultat annexe ; 5° À un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité de ce compte de résultat annexe. » Il y a donc pour un hôpital quatre modalités possibles (1°, 2°, 4°, et 5°) de faire bénéficier directement la structure annexe des excédents qu'elle génère. Ceci étant, l'affectation à un compte de réserve de trésorerie (3°), qui permet de consolider le fonds de roulement de l'établissement, peut apparaître plus légitime aux instances de l'hôpital lorsque la structure annexe en question a récemment bénéficié d'investissements (immobiliers) financés grâce à la capacité d'autofinancement de l'établissement.

Néanmoins, pour conclure sur la capacité des établissements de santé à exercer le métier médico-social, il n'est pas certain que les efforts organisationnels décrits ci-dessus, soient suffisants pour permettre aux hôpitaux qui les accomplissent, de suivre les évolutions prévisibles des EHPAD. La maîtrise de compétences variées, qui est une des contraintes fortes de l'intégration verticale, est en effet amenée à peser de plus en plus lourdement pour les hôpitaux qui gèrent des maisons de retraite : il semble que ces dernières ont vocation dans les années à venir, à développer des activités, non seulement éloignées du soin, mais également de l'hébergement institutionnel. Il s'agit des activités qui ont pour objet de permettre et optimiser le maintien à domicile du plus grand nombre. Les maisons de retraite pourraient ainsi devenir des plates-formes de service complètes assurant ou pilotant notamment accueil de jour, portage de repas, télé-assistance, aide à domicile, gestion des familles d'accueil...

⁶⁴ Directeur d'hôpital ou directeur d'établissement sanitaire et social.

2.2.2 Quelques caractéristiques des maisons de retraites hospitalières peuvent présenter un intérêt ponctuel pour l'exercice du métier médico-social

Premièrement, la mutualisation des moyens entre la partie sanitaire et la structure d'hébergement peut ne pas bénéficier qu'à la prise en charge sanitaire des résidents : elle peut également avoir des impacts positifs sur la prise en charge médico-sociale. Cela concerne certaines catégories de personnels relevant des sections hébergement et dépendance. Ainsi, dans le cas du CH d'Avignon, la maison de retraite une fois inscrite dans le processus de rattachement, a pu bénéficier de temps de personnels de l'hôpital (diététicien, psychologue, animateur) dans le cadre de conventions de mise à disposition. Cela concerne également les possibilités de formation offertes aux agents hospitaliers. Ainsi, au CH de Niort, la maison de retraite bénéficie du plan de formation de l'établissement, et le service de la formation continue prend l'initiative de proposer aux agents de la maison de retraite des possibilités de formations étendues sur la prise en charge des personnes âgées. Il s'agit notamment de la formation conduite en interne intitulée « Approche globale de la personne âgée », d'une durée de neuf jours, qui est donnée à des groupes de quinze personnes, et mise en place en partie du fait de la taille de l'hôpital. Le deuxième atout des maisons de retraite hospitalières est relatif à la présence et la prise en charge de l'entourage des personnes hospitalisées. D'une part, la fluidité des circuits de communication entre les services de soins et la maison de retraite peut faciliter l'admission en hébergement temporaire des personnes dont l'aidant principal est hospitalisé. D'autre part, la proximité géographique qui caractérise le plus souvent les maisons de retraite et le siège de l'établissement sanitaire auquel elles sont rattachées, peut présenter un intérêt pour les couples, ou les personnes d'une même famille, lorsque l'un est en USLD, et l'autre en maison de retraite⁶⁵. Cette considération doit cependant être relativisée du fait que en 1998, 93 % des résidents en maison de retraite, et 87 % en USLD ne vivaient pas en couple⁶⁶.

2.3 La pratique médico-sociale acquise par les hôpitaux, ou qu'il leur serait possible d'acquérir, du fait de la gestion de maisons de retraite, induit-elle un savoir stratégique ?

La gestion de maisons de retraite hospitalières pourrait induire deux savoir-faire stratégiques, les savoir-faire hôtelier et de prise en charge globale, voire également une connaissance stratégique du fonctionnement des structures d'aval.

⁶⁵ Source : Entretien avec le Dr Chaumier, chef de service, CH de Niort.

⁶⁶ C. ALIAGA, M. NEISS, « Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution », p. 3.

2.3.1 Les savoir-faire hôtelier et de prise en charge globale

L'*Étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière*⁶⁷, identifie parmi les facteurs d'évolution des métiers de la FPH, « l'émergence de patients "consommateurs", exprimant des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes ». Cela signifie que « l'attente des usagers porte notamment sur deux aspects » : Premièrement, « une prise en charge hôtelière coordonnée et un accueil améliorés : compte tenu de la concurrence accrue entre les établissements de santé, l'attractivité hôtelière peut devenir discriminante. » Et, deuxièmement, « le développement d'une approche globale de la prise en charge du patient : le raccourcissement de la durée des séjours hospitaliers nécessite une "optimisation" du séjour du patient, et fait émerger un besoin de coordination, d'organisation et de suivi de l'ensemble du séjour par un professionnel unique. Le patient lui-même est demandeur d'une "personnalisation" de sa prise en charge, afin d'avoir un référent pendant son séjour. »

Or, les EHPAD hospitaliers ont vocation, en tant que lieu de vie et d'hébergement au long cours, à être, avec la psychiatrie et les USLD, les services d'un hôpital où les compétences hôtelières au sens large sont les plus développées, en matière d'accueil, de confort, de restauration, d'animation, et de personnalisation de la prise en charge. Ils ont également vocation, pour la même raison, à être le lieu de la prise en charge globale la plus développée. C'est ainsi que dans un article paru en 2001⁶⁸, Pascal Champvert pose en conclusion la question de savoir, si « les hôpitaux devront aller vers les établissements pour personnes âgées ». Il relève : « parallèlement [aux réflexions engagées sur le droit des malades], les hôpitaux agissent de plus en plus sur la participation des usagers, la qualité de l'accueil, de la restauration, de l'accompagnement global, voire de l'animation (même si celle-ci reste cantonnée, pour l'instant, aux services de pédiatrie) et les logiques ainsi à l'œuvre ont bien pour but de ré-interroger l'activité hospitalière dans son ensemble. » L'activité médicale est ainsi appelée « à évoluer vers un fonctionnement plus global et moins parcellisé », et à s'exercer sur un patient passé d'objet à sujet. On note également qu'un des objectifs de la convention type EHPAD/hôpital conclue dans le cadre d'une filière de soins gériatrique est de « développer une culture gériatrique commune ». Cette évolution est perceptible à l'hôpital de Niort : concernant la dimension hôtelière une réflexion sera organisée dans le cadre du projet social 2008-2012 sur la création d'une fonction de référent hôtelier de pôle. Pour ce qui concerne la globalité de la prise en charge, les services de médecine polyvalente et de court-séjour gériatrique sont dotés

⁶⁷ OBSERVATOIRE DE L'EMPLOI ET DES MÉTIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE, *Étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière, Facteurs d'évolution, enjeux et impacts sur les ressources humaines*, pp. 18-19.

⁶⁸P. CHAMPVERT, « Les établissements pour personnes âgées évoluent-ils vers des établissements de santé ? », p. C 17.

d'un infirmier coordonnateur, dont un des rôles est de préparer la sortie du patient, de la même façon que la maison de retraite fonctionne avec une infirmière coordinatrice, à l'interface entre l'institution, les résidents, les familles et les médecins libéraux. A titre d'exemple, on peut également mentionner le projet de nouvel hôpital gériatrique mis en œuvre à l'hôpital Bretonneau (AP-HP), où sont assurés principalement du court-séjour gériatrique, des soins de suite et de réadaptation, et des soins de longue durée. Le nouvel hôpital a été conçu comme un lieu de vie et de soins : il est organisé en 14 « maisonnées » de 15 chambres, et comporte une « rue intérieure » dont la vocation est d'être un espace d'animation et de rencontres⁶⁹.

La dimension stratégique des savoir-faire hôtelier et de prise en charge globale pratiqués au sein des maisons de retraite est donc double. D'une part, les compétences acquises et perfectionnées dans les structures d'hébergement pourraient être diffusées aux services de soins, qui accueillent de façon croissante une population âgée. Et ce, par une volonté institutionnelle, par les circuits de communication et d'information internes, et surtout par la mobilité des agents entre services de soins et structures d'hébergement, qui est propre aux hôpitaux. Cet intérêt potentiel de l'exercice d'activités médico-sociales par les hôpitaux peut être corroboré par l'exemple du CHU de Limoges. Ce dernier a intégré une partie de la filière de soins gériatriques, en créant un service d'hospitalisation à domicile et un SSIAD. Or, si ce choix a pour but de raccourcir la durée de séjour en maîtrisant des leviers d'aval, il tend également à renforcer la culture gériatrique au sein de l'établissement⁷⁰. D'autre part, les fonctions de coordination induites par la prise en charge globale du patient ont une attractivité propre, qui est notamment susceptible d'agir sur des professionnels qui ont déjà accompli une première carrière dans les services soignants, où dominent les gestes techniques et les prises en charge de courte durée. Cette attractivité résulte de l'exercice de responsabilités plus administratives, d'horaires plus souples, d'une pression moindre, du rôle de coordination des aides-soignants, des contacts avec les médecins traitants et les familles, des liens établis avec les résidents. Or, ces fonctions présentent un intérêt pour un établissement en termes de gestion des âges et de capacité à offrir aux personnels infirmiers des perspectives renouvelées d'évolution de carrière en interne. Les postes d'infirmier à la maison de retraite du CH de Niort attirent ainsi un nombre significatif de candidatures.

2.3.2 La connaissance des structures d'aval

La gestion d'une maison de retraite hospitalière accroît la possibilité pour les praticiens hospitaliers de l'hôpital de rattachement, d'intervenir dans un EHPAD, et d'acquérir ainsi

⁶⁹ Sources : B. NEUMANN, « Doper le vieux corps malade de la gériatrie », p. 55. - Site Internet de l'hôpital Bretonneau (AP-HP).

une connaissance concrète de l'environnement médico-social des hôpitaux. Dans le cadre des conflits qui peuvent être générés par la recherche d'une structure d'aval, cela permet de mieux appréhender la situation des maisons de retraite, notamment en termes de moyens humains, qui sont inférieurs à ceux des établissements de santé⁷¹.

En conclusion, la nature stratégique de ces savoir-faire suscités ou entretenus par la gestion d'une maison de retraite est réelle. Ceci étant, elle ne semble pas avoir un poids suffisant, pour peser dans le choix d'un établissement entre intégration ou autonomisation : elle serait simplement de nature à conforter un choix d'intégration.

2.4 Dans quelle mesure l'externalisation d'une maison de retraite hospitalière, peut-elle correspondre à une réorientation de l'hôpital vers des activités permettant davantage de souplesse et de réactivité dans la prise en charge des personnes âgées ?

Il semble que l'externalisation par un hôpital de la fonction d'hébergement médico-social des personnes âgées, peut permettre un redéploiement des moyens qui y sont consacrés, vers les alternatives à l'hospitalisation, et les prises en charge ambulatoires: HAD, hospitalisation de jour, équipe mobile de gériatrie, SSIAD... Dans une certaine mesure, ces prises en charge permettent à l'hôpital d'externaliser essentiellement la partie hôtelière de l'hébergement, dans laquelle il est défaillant, tout en continuant à en maîtriser la partie médicale, qui fait appel aux compétences soignantes et logistiques qu'il maîtrise bien. De plus, les alternatives à l'hospitalisation et prises en charge ambulatoires en tant que prises en charge d'aval, offrent davantage de souplesse et de réactivité que la gestion d'un EHPAD. Il s'agit particulièrement de l'HAD et des SSIAD, qui peuvent fonctionner en partie au moyen de personnels libéraux. En outre, lorsqu'ils sont rattachés à un même établissement, leurs moyens peuvent être fongibles, facilitant ainsi l'adaptation des moyens aux fluctuations respectives des deux activités ; et la coordination permettant le relais de l'HAD par le SSIAD est rendue plus aisée. L'expérience de Niort confirme l'établissement dans une telle réorientation : d'une part, il apparaît que le GIR des patients pris en charge par le SSIAD est plus élevé que celui des résidents de la maison de retraite ; d'autre part, la gestion du SSIAD et de l'HAD au sein du même pôle, par les mêmes encadrants médicaux et paramédicaux, permet une synergie entre les deux modes de prise en charge. Cette question d'une réorientation vers des activités permettant plus de réactivité peut donc être incluse dans celle de la portée

⁷⁰ Source : Entretien avec Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Limoges.

économique de la gestion d'une maison de retraite, dans la mesure où les activités de SSIAD et HAD, ont un fort potentiel de rentabilité. Elle est également complémentaire de la question du métier médico-social, dans la mesure où ces activités extrahospitalières relèvent du « cœur de métier » des établissements sanitaires.

En conclusion de cette seconde partie, trois questions se distinguent par leur poids déterminant dans le bilan coûts-avantages d'une autonomisation : l'exercice du métier médico-social par un établissement de santé ; l'aspect économique de la gestion d'une structure annexe médico-sociale ; et enfin la qualité de la prise en charge sanitaire des résidents et l'insertion de la maison de retraite dans la filière gériatrique. On retrouve là dans l'ordre « le trépied, volonté-possibilités-nécessités » mis en évidence par Paul Lefebvre⁷², dans un article traitant de la question suivante : « La mission des [...] établissements de santé spécialisés [...] va-t-elle jusqu'à organiser et gérer des activités relevant des secteurs médico-social et social ? ». Selon, l'auteur, la réunion des trois éléments implique une réponse positive. Dans le cas de la maison de retraite du Centre hospitalier de Niort, deux de ces éléments font défaut : l'hôpital n'a pas la volonté de poursuivre une activité médico-sociale dans des conditions de qualité qu'il juge insatisfaisantes au regard des standards actuels ; il veut se concentrer sur ce qu'il sait bien faire. La nécessité d'exercer en régie l'activité d'hébergement des personnes âgées n'apparaît pas non plus, du point de vue de la qualité de la prise en charge sanitaire des résidents. Ceci étant, l'hôpital a pour but que ces exigences de qualité soient mises en œuvre ou maintenues dans le cadre de l'autonomisation, au profit du nouvel établissement public.

3 LES FACTEURS DE RÉUSSITE DE L'AUTONOMISATION DE LA MAISON DE RETRAITE DU CENTRE HOSPITALIER DE NIORT

Les facteurs de réussite de l'autonomisation sont les conditions permettant que le résultat de celle-ci soit conforme aux trois principales considérations qui l'ont légitimée. Ainsi, l'idée selon laquelle la prise en charge de l'hébergement des personnes âgées est mieux assurée par une structure médico-sociale autonome appelle deux facteurs de réussite : faire en sorte que la future maison de retraite devienne non seulement formellement mais réellement autonome, et qu'elle passe de la culture sanitaire à la culture médico-sociale.

⁷¹ Source : Entretien avec le Dr Leroux, CH de Saint-Nazaire.

⁷² P. LEFEBVRE, « Propos de vérité ».

D'autre part, le Centre hospitalier souhaite que la mise en œuvre du principe de l'autonomisation, soit conditionnée par l'établissement de coopérations entre la nouvelle structure et les trois autres maisons de retraite de la ville de Niort. La réalisation de cette condition constitue en soi un troisième facteur de réussite.

3.1 Faire en sorte que l'autonomie de la maison de retraite soit réelle

« Autonomiser » la maison de retraite ne signifie pas simplement s'en dissocier juridiquement, mais également permettre au nouvel établissement public de faire des choix de gestion et d'organisation autonomes. Les décisions de la nouvelle structure ne devront pas être contraintes par les choix initiaux de l'hôpital, faits en tant que personne morale « mère », c'est à dire en tant que commanditaire du projet d'autonomisation, maître d'ouvrage pour la construction du nouveau bâtiment, voire acheteur des services et matériels utilisés lors de l'ouverture, recruteur des premiers personnels, rédacteur du projet de vie initial... La question de la création des conditions de l'autonomie du futur établissement se pose sous trois angles : la détermination des caractéristiques juridiques et fonctionnelles du futur établissement (3.1.1) ; le cadre institutionnel de la détermination de ces caractéristiques (3.1.2) ; l'apprentissage par la maison de retraite de sa future autonomie (3.1.3).

3.1.1 La détermination des caractéristiques juridiques et fonctionnelles du futur établissement

La volonté de créer les conditions de l'autonomie réelle de la future maison de retraite se manifeste dans le cadre des réflexions conduites par le Centre hospitalier de Niort sur les caractéristiques juridiques et fonctionnelles de la structure à venir. Il en est par exemple ainsi lorsque sont envisagées les modalités d'exécution des prestations logistiques. Concernant la restauration, le comité de pilotage intègre à sa réflexion sur le projet architectural la question de la réversibilité du type de prestations choisi. Ainsi, si le pré-programme prévoit à titre principal des locaux de restauration sur la base d'une livraison de produits finis non proportionnés, il prévoit en option une surface complémentaire pour réaliser une cuisine complète, permettant une préparation sur place. Ensuite, la réflexion sur le type de prestations qui seront assurées au moment de l'ouverture de l'établissement, intègre le fait que pour certains types de prestations, l'offre économiquement la plus avantageuse émanera probablement de l'hôpital si celui-ci soumissionne. A plus court terme, l'hôpital prend en compte l'opportunité pour le nouvel établissement, de disposer en propre au moment de son ouverture, des moyens financiers nécessaires à son fonctionnement. Concrètement, cela incite l'hôpital à mettre en place avant l'autonomisation, le système, légalement obligatoire, du paiement du tarif hébergement au terme à échoir. En effet, jusqu'à présent, l'engagement des dépenses

de la maison de retraite sur la trésorerie du Centre hospitalier, a permis le maintien du paiement au terme échu. Le passage au système de terme à échoir a pour finalité de permettre à l'EHPAD autonomisé de disposer à son ouverture d'un excédent de financement de l'actif circulant (besoin en fonds de roulement négatif), et d'une trésorerie positive, et donc de le dispenser de souscrire un emprunt pour faire face à ses dépenses de fonctionnement, et notamment de personnels.

La préservation de l'autonomie du futur établissement public apparaît également de façon implicite ou secondaire dans certaines décisions. C'est le cas pour ce qui concerne le caractère évolutif des espaces réservés à l'hébergement : le pré-programme prévoit une réserve architecturale permettant la création éventuelle d'une unité de quatorze places (s'ajoutant à une autre unité identique) permettant d'accueillir des résidents atteints de troubles du comportement ou désorientés. La construction devra ainsi pouvoir s'adapter aux évolutions du degré de dépendance et des pathologies chroniques de la population du bassin de recrutement. Mais cela signifie également pour l'EHPAD autonome, davantage de marges de manœuvre dans la détermination de son activité tant en qualitatif qu'en volume. La question de l'autonomie se pose également de façon incidente, quant à la détermination des modalités statutaires d'affectation dans le nouvel établissement, qui seront proposées aux agents de la maison de retraite, sachant que le détachement ou la mise à disposition maintiennent un lien significatif avec l'hôpital. La même question se pose relativement à la détermination du patrimoine du nouvel établissement public : l'hôpital doit choisir entre d'une part le transfert de propriété du terrain (dont il est propriétaire) et du nouveau bâtiment, et d'autre part, les modalités d'une simple mise à disposition.

Certains aspects de l'exercice de son autonomie par le futur établissement présentent cependant un caractère de difficulté particulier pour le Centre hospitalier. Il s'agit des activités qui seraient en pratique exercées en concurrence par le Centre hospitalier et la future maison de retraite, alors qu'elles devraient l'être en complémentarité. Cette concurrence résulterait soit de l'identité juridique des activités exercées, soit d'une délimitation floue entre des activités théoriquement différentes. Ce type de problème impose de clarifier les missions respectives du Centre hospitalier et de la maison de retraite avant l'autonomisation, afin que la liberté de gestion de la maison de retraite ne soit pas préjudiciable pour l'hôpital, et ne provoque pas d'immixtion de ce dernier dans la détermination du fonctionnement de l'EHPAD autonome. La question se pose aujourd'hui quant à l'activité d'accueil de jour, proposée par la maison de retraite, et l'hôpital de jour de psychogériatrie assuré dans le pôle psychiatrie. Les missions respectives de ces deux

types de structures sont d'une nature différente⁷³ : resocialisation, adaptation à la vie quotidienne, répit et écoute des aidants pour les accueils de jour ; « bilan-mémoire », diagnostic, proposition ou ajustement d'un traitement pour l'hôpital de jour. A cela s'ajoute des différences financières significatives : le coût plus élevé de l'hôpital de jour pour l'Assurance maladie, et la part restant à charge de personnes bénéficiaires d'un accueil de jour. Or l'hôpital de jour et l'accueil de jour actuellement proposés par le Centre hospitalier de Niort, connaissent un problème de frontière, notamment quant au profil des personnes prises en charge. (Un élément d'explication pourrait résider dans la prise en charge des frais de transport, jusque récemment plus favorable à l'hôpital de jour ; l'accueil de jour étant de surcroît défavorisé par sa localisation, éloignée du Centre ville.⁷⁴) On peut envisager l'hypothèse qu'un problème analogue se pose à l'avenir concernant d'autres activités. Il pourrait s'agir par exemple de la délimitation de l'activité des USLD du Centre hospitalier, et de l'activité principale de la maison de retraite.

3.1.2 Le cadre institutionnel de la détermination des caractéristiques du futur établissement

Le cas des maisons de retraite rattachées au CH de Saint-Nazaire semble pouvoir présenter un double intérêt à cet égard. D'une part, le reprenneur de la maison de retraite, qui selon les critères fixés par le conseil d'administration de l'hôpital, devait être une association à but non lucratif, a été sélectionné sur la base de l'esquisse du projet de vie qu'il entendait mettre en œuvre. Par conséquent, le futur projet de vie portera l'empreinte d'une entité qui gérait des EHPAD autonomes antérieurement à l'appel à projets. D'autre part, le choix de la Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité a fait en sorte que le Centre hospitalier s'est trouvé face à un interlocuteur à sa mesure, de par sa taille et ses compétences. Or on peut envisager que ce second aspect aura pu être facilitateur dans le processus d'autonomisation effective. Pour ce qui concerne le CH de Niort, il semble que plusieurs aspects institutionnels vont dans le même sens. Il s'agit de la composition du comité de pilotage, qui comporte des administrateurs du Centre hospitalier, siégeant également au conseil d'administration d'EHPAD autonomes communaux. Ces personnes sont donc particulièrement en mesure de porter des jugements comparatifs entre ce qui est proposé pour la maison de retraite de l'hôpital, et ce qui existe dans des établissements déjà autonomes. De plus, la recherche de coopérations avec les autres

⁷³ Circulaire N°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 ; voir en annexe 5 de la circulaire le « cahier des charges pour les accueils de jour ».

⁷⁴ Cette situation devrait être modifiée suite à la parution du décret n° 2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et complétant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). L'article R 314-207 I du CASF prévoit

maisons de retraite de la ville, dont les coopérations avec l'hôpital se bornent au fonctionnement de la filière gériatrique, impose au comité de pilotage d'effectivement placer la reconstruction dans une perspective d'autonomie future.

3.1.3 L'apprentissage par la maison de retraite de sa future autonomie

Il s'agit de la façon dont le processus d'autonomisation pourrait favoriser un « apprentissage » par l'EHPAD de son autonomie à venir, par référence à la notion d'organisation apprenante⁷⁵. On peut prendre l'exemple « à l'envers » de l'apprentissage de l'intégration par la maison de retraite qui sera rattachée à moyen terme au Centre hospitalier d'Avignon. Le processus d'intégration en cours est en effet progressif, en raison des écueils juridiques présentés par l'intégration d'une structure privée, et également des caractéristiques propres de l'EHPAD en question, qui connaissait des difficultés de gestion, notamment budgétaires, à résoudre avant l'intégration. Celle-ci a donc commencé en janvier 2005 par une direction par intérim de l'association gestionnaire de la maison de retraite, assurée par un directeur d'hôpital issu du Centre hospitalier ; et par des coopérations ponctuelles sous la forme de conventions de mise à disposition par l'hôpital. Cela a notamment permis de retrouver un compte de résultat en équilibre. Le processus doit se poursuivre par la création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale, associant la maison de retraite au long séjour du centre hospitalier. Le groupement a vocation à durer pendant cinq années précédant la transformation de la maison de retraite en unité sans personnalité morale du Centre hospitalier. Cette période permettra d'anticiper tous les aspects de l'intégration, notamment le transfert de patrimoine, le devenir des contrats souscrits par l'EHPAD, et surtout de traiter progressivement la question du personnel de la maison de retraite : au fur et à mesure que des postes se libèrent, l'hôpital recrute des agents et les met à disposition de l'EHPAD ; les personnels recrutés antérieurement par ce dernier, sont soit démissionnaires et recrutés par le Centre hospitalier, soit restent sous convention collective jusqu'à l'intégration. Le Centre hospitalier de Niort n'a pas encore mis en œuvre de changements institutionnels analogues à ceux qui viennent d'être décrits afin de préparer la maison de retraite à son autonomie. Il n'a pas été envisagé, d'ériger la maison de retraite en un pôle d'activité au sens de l'article L 6146-1 du Code de la santé publique. (Au CH de Niort, l'organisation polaire des services cliniques et médico-techniques a été préparée et découpée au premier semestre 2006, expérimentée au long du second semestre 2006, et mise en place au 31 décembre de la même année). Un tel

désormais que les frais de transport sont pris en charge par l'assurance maladie.

⁷⁵ La notion d'organisation apprenante peut être définie ainsi : « L'entreprise acquiert et mémorise des connaissances qui enrichissent sa vision stratégique et réduisent l'incertitude. » (J.P. Helfer, M. Kalika, J. Orsoni, p. 434.)

changement aurait permis de déléguer une partie de la gestion du service à un responsable de pôle qui aurait préfiguré le futur directeur de l'établissement. Mais son intérêt aurait été limité en raison de l'absence de taille critique de la maison de retraite. En revanche il a été envisagé en 2006 d'intégrer la maison de retraite au pôle urgences-gériatrie, qui comporte le service des urgences, le court-séjour gériatrique, les deux USLD. Mais cette possibilité n'a pas été retenue, en considération notamment de ce qu'elle aurait mis à la charge du pôle la gestion des relations avec les médecins traitants libéraux des résidents. La question se pose également de l'effet d'alourdissement qu'aurait pu avoir sur le projet d'autonomisation son insertion dans des processus institutionnels supplémentaires. Une association de la maison de retraite au pôle urgences-gériatrie pourrait cependant être proposée au quatrième trimestre 2007 à l'initiative de la direction des soins, afin que la gestion du personnel paramédical de la maison de retraite soit supervisée par le cadre supérieur de santé coordonnateur du pôle.

3.2 Permettre le passage de la culture hospitalière à la culture médico- sociale

On ne tranchera pas ici la question de savoir si provoquer un changement de culture d'entreprise est possible, eu égard aux réponses contrastées exprimées par les spécialistes en sciences de gestion⁷⁶. On peut se limiter à partir de l'idée qu'est envisageable, *a minima*, dans le cadre du processus d'autonomisation, de changer le « climat organisationnel » de la maison de retraite.

3.2.1 Le contenu du changement

Les enjeux spécifiques du passage de la culture hospitalière à la culture médico- sociale

Ce passage est un facteur de réussite du processus d'autonomisation à double titre. Il l'est d'abord, comme justification de la démarche stratégique de l'hôpital. Il l'est ensuite car l'amélioration des conditions d'existence des résidents, est un facteur de légitimation important des contraintes de l'autonomisation. En effet, cette amélioration justifie l'effort financier demandé aux résidents et à leurs familles, du fait de la reconstruction, voire du passage à l'autonomie de gestion. Cet effort est d'autant plus notable, qu'il profitera probablement peu de temps aux résidents qui l'accompliront⁷⁷. Il est vrai que la capacité

⁷⁶ Su ce point voir : N. GOODWIN, R.GRUEN , V. ILES, *Managing Health Services*, pp.181-183 ; THÉVENET M., *La culture d'entreprise*, pp. 112-115.

⁷⁷ La durée de séjour moyenne dans les maisons de retraite hospitalières au 31 décembre 2003 était de 2 ans et 10 mois. (F. TUGORES « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, Situation au 31 décembre 2003 », p. 7.)

financière des résidents actuels est prise en compte par la direction de l'hôpital de Niort dans la détermination de l'augmentation du tarif hébergement. De la même façon, l'intérêt financier des résidents a été pris en considération par le CH de Saint-Nazaire, au travers des trois critères de choix du repreneur fixés par le conseil d'administration : outre le caractère d'association à but non lucratif du repreneur, figuraient l'habilitation de l'établissement à l'aide sociale, et l'accueil de personnes à faibles revenus. En outre, la volonté d'améliorer la prise en charge légitime en partie l'effort d'adaptation qui est sollicité auprès des personnels de la maison de retraite.

La prise en compte des caractéristiques de la prise en charge médico-sociale dans le projet d'autonomisation

La prise en compte des caractéristiques de la prise en charge médico-sociale relève tout d'abord du volet technique et organisationnel du projet d'autonomisation. Il est possible d'en donner plusieurs exemples. Le premier concerne les prestations logistiques qui seront assurées dans l'EHPAD autonome. Ainsi, en matière de restauration, la maison de retraite est approvisionnée en liaison froide par l'unité centrale de production alimentaire de l'hôpital, qui produit sur place. L'autonomisation et la reconstruction remettent donc ce système en cause, et la réflexion sur le futur type de prestation de restauration intègre les questions de la personnalisation des repas, de l'imbrication de la restauration et de l'animation, et de la qualité gustative qu'implique la durée du séjour dans une maison de retraite. La situation est analogue concernant les prestations rattachées à la fonction linge, assurées par la blanchisserie de l'hôpital. Ici, la démarche de changement intègre par exemple les questions de la connotation hospitalière ou non de la tenue de travail des personnels (actuellement, les personnels ont le même pyjama blanc que dans les services de médecine), celle de l'adaptation de cette tenue à la participation aux activités d'animation, ou encore celle de l'adaptation du délai de restitution aux besoins des résidents.

Le second exemple de prise en compte des caractéristiques de la prise en charge médico-sociale, a trait à la volonté d'insérer le nouvel établissement dans la vie du quartier où son bâtiment sera reconstruit. Actuellement, la maison de retraite est jugée insuffisamment intégrée à la vie de son quartier d'implantation. Elle est aussi marquée d'une « étiquette hospitalière », liée au recrutement important de résidents parmi les agents du Centre hospitalier et leur famille ; et également à sa localisation, contiguë au terrain d'assiette de « l'hôpital général ». Le projet de reconstruction et de fonctionnement, prévoit donc une augmentation des places de l'accueil de jour, qui aura son siège dans le bâtiment de la maison de retraite (actuellement, faute d'espace, l'accueil de jour est localisé dans un bâtiment accueillant des services hospitaliers, et éloigné de la maison de retraite). Le but est de rendre un service de proximité aux personnes âgées du quartier et à leurs aidants, et de se familiariser avec la maison de

retraite dans la perspective d'un hébergement permanent. La conception de la maison de retraite devra également permettre un abord accueillant et facile des visiteurs et personnes prises en charge par l'accueil de jour, et également favoriser les accès vers l'extérieur pour les résidents.

La prise en compte des caractéristiques de la prise en charge médico-sociale relève ensuite du volet managérial du projet d'autonomisation. D'une part, cette prise en charge sera d'autant mieux assurée que les agents seront motivés par leurs fonctions. Cela pose la question des possibilités d'action de valorisation du travail auprès des personnes âgées à l'échelle de l'établissement, afin que davantage d'agents se portent volontaires pour travailler à la maison de retraite, avant et après l'autonomisation. D'autre part, le calendrier de la détermination de l'affectation future des agents actuellement en poste à la maison de retraite, et du recrutement de nouveaux agents, devra prendre en compte qu'il est opportun que les résidents soient habitués à l'équipe « partante », et que celle-ci les connaisse suffisamment pour optimiser la personnalisation de la prise en charge⁷⁸.

3.2.2 La conduite du changement

Un point fort essentiel : la possibilité d'une action à deux niveaux

Pour provoquer un changement véritable, « il est nécessaire d'agir au moins sur deux plans : des actions dans le domaine de l'organisation et de la technique : les modes de fonctionnement, les technologies, les systèmes d'information, les implantations physiques, les produits... [Et] des actions pour faire évoluer les comportements et les représentations des acteurs : prise de conscience, communication, formation, changement de personnes, management... Ces deux champs interagissent et se complètent. [...] Mettre quelqu'un dans un nouveau contexte organisationnel qui implique de nouveaux rôles et de nouvelles relations : c'est un moyen de susciter de nouveaux comportements et de nouvelles attitudes.⁷⁹ » Or, le changement que la direction de l'hôpital souhaite provoquer s'appuie bien sur des actions organisationnelles et techniques, dont la principale est la construction d'un nouveau bâtiment, dont la conception présente un progrès par rapport à celle du bâtiment actuel. Il s'appuie également sur des actions visant les comportements et les représentations. On peut mentionner à titre principal l'association des personnels à l'élaboration du projet de vie, à la réflexion sur sa mise en œuvre, et à sa révision, d'ici l'ouverture de la maison de retraite.

Des freins au changement à lever ou à prévenir

⁷⁸ Sur ce point voir JAUJOU N., « Les relations entre résidents et personnels » in JAUJOU N., MINNAËRT E., RIOT L. et al., *Ethnologie de la vie quotidienne en EHPAD* pp. 185-189.

⁷⁹ D. NOYÉ, *Réussir les changements difficiles*, p. 16.

Selon le sociologue Kurt Lewin, augmenter les forces d'entraînement, favorables au changement, a pour effet d'augmenter les forces de rétention, résistantes au changement. L'équilibre des forces ne change pas, mais est maintenu dans un état de tension accru. Il est donc préférable de réduire les forces de rétention, ce qui permet de déplacer le point d'équilibre dans le sens recherché, sans accroître la tension. Ces affirmations sont confirmées par la recherche en sociologie des organisations.⁸⁰ Le processus d'autonomisation des maisons de retraite de l'hôpital de Saint-Nazaire donne deux exemples d'initiatives tendant à réduire les forces de rétention. La première présente l'intérêt d'être fondée sur des concessions réciproques, et d'avoir anticipé les effets qui auraient pu être produits par des résistances au changement : trois des quatre organisations syndicales représentées dans l'établissement étaient défavorables au transfert des maisons de retraite au secteur privé non lucratif, pour des raisons tenant au principe même de ce transfert, et/ou à ses conséquences pour les personnels. Le preneur a donc été choisi notamment en considération de son engagement à ne pas générer de tensions sociales au sein des services logistiques. Il a alors été convenu entre l'hôpital et le repreneur, qu'aussi longtemps que les maisons de retraite auraient leur siège dans des locaux appartenant au Centre hospitalier, ce seraient les services de ce dernier qui fourniraient les prestations logistiques. Il s'agit notamment des prestations de restauration et de blanchisserie, nonobstant l'accord-cadre qui lie le repreneur à deux entreprises prestataires. L'enseignement du second exemple réside dans ce qu'il procède d'une conciliation entre les intérêts institutionnels du Centre hospitalier (en termes de masse salariale et de relations sociales), ceux des personnels en cause, voire même ceux du repreneur qui a ainsi pu s'attacher les services de personnels formés à la prise en charge de personnes âgées en service d'hébergement. L'exemple est le suivant : la quasi-totalité des personnels non médicaux des deux maisons de retraite ont choisi de rester des personnels titulaires du Centre hospitalier, et d'être réaffectés dans ses services. Ce choix s'explique principalement par une durée annuelle de travail plus élevée dans la nouvelle structure. Or ce mouvement interne de personnels a été neutralisé par le remplacement des anciens agents de la maison de retraite, par des personnels contractuels issus des USLD du Centre hospitalier. Ces personnels ont ainsi eu l'opportunité de signer un CDI, alors qu'ils étaient auparavant sous CDD. Et ils ont été remplacés dans les USLD par les personnels titulaires venant des maisons de retraite. Deux freins au changement peuvent ainsi être identifiés dans le cadre du processus d'autonomisation de la maison de retraite du CH de Niort. Lever ces freins supposera, de faire appel à la même démarche de conciliation d'intérêts et d'anticipation, que dans les

⁸⁰ N. GOODWIN, R. GRUEN, V. ILES, *Managing Health Services*, pp.190-192.

deux exemples qui viennent d'être relatés. Premièrement, les agents actuellement en poste à la maison de retraite n'ont à ce stade pas de vision claire de leur avenir professionnel dans la structure. L'encadrement de la maison de retraite, en lien avec la direction de la filière gériatrique et la direction des soins, n'a en effet pas encore pu arrêter les conditions de travail qui seront en vigueur dans le nouvel établissement (horaires, effectifs, charge de travail...). Et la direction du personnel et des relations sociales n'est ainsi pas encore en mesure de proposer les modalités statutaires d'affectation dans le nouvel établissement, aux agents qui seraient *a priori* volontaires pour rester dans la maison de retraite après avoir eu connaissance des nouvelles conditions de travail. Or cette situation, par définition provisoire, constitue un frein à la réalisation de deux des conditions de réussite du changement souhaité : l'appropriation du projet d'autonomisation par les agents, et leur investissement dans l'évolution de la structure. Deuxièmement, ces modifications de l'organisation du travail résultant de la mise en œuvre du projet d'autonomisation, risquent de générer des forces de résistance au changement (il s'agit notamment d'éventuels horaires coupés). Or, ces forces pourraient être accentuées, si un nombre significatif d'agents étaient affectés dans le nouvel établissement, sans que cela procède d'une volonté réelle de leur part. Dans ce contexte, la prise en compte des craintes exprimées par les agents potentiellement volontaires, quant à leur avenir professionnel, apparaît décisive. Ainsi, on constate dès à présent, que les personnels actuels souhaiteraient, s'ils restaient en poste après l'autonomisation, conserver la possibilité de revenir travailler au Centre hospitalier. Cette réversibilité irait davantage dans le sens d'un détachement ou d'une mise à disposition, que d'une mutation. Apparaît également l'importance, s'il se trouvait un nombre insuffisant de volontaires issus de la maison de retraite actuelle, de poursuivre les efforts entrepris afin de ne pas dévaloriser le travail des services spécialisés dans l'accueil des personnes âgées, afin que des agents d'autres services se portent volontaires.

3.3 Permettre l'établissement de coopérations entre la maison de retraite autonomisée et d'autres maisons de retraite autonomes

3.3.1 Les logiques à l'œuvre dans la recherche de coopérations

- A) La volonté communale de coopérations entre les maisons de retraites publiques de la ville : entre logique territoriale et volonté d'autonomie des établissements

La volonté de la commune d'une réorganisation territoriale de l'offre publique d'hébergement médico-social, ainsi que l'histoire de l'organisation de l'offre niortaise,

inscrivent la recherche de coopérations à la fois dans une logique territoriale, et dans un contexte de recherche d'autonomie de la part des EHPAD publics de la ville.

L'autonomisation s'inscrit dans la politique communale d'hébergement des personnes âgées, qui comporte la volonté d'un maillage territorial de la ville même de Niort (et non de sa périphérie) par ses quatre maisons de retraite publiques. Jusqu'en 2003, le Centre communal d'action sociale de la ville de Niort gérait trois maisons de retraite, autonomisées au 1^{er} janvier 2003 sous la forme d'établissements publics communaux, dont les conseils d'administration sont présidés par le maire de Niort. L'autonomisation avait pour objectif de conférer aux trois maisons de retraite des organes de gestion propres, permettant une gestion de proximité. Elle visait également, dans le contexte de la réforme de la tarification, à professionnaliser la gestion des structures, et à donner à leurs directeurs des moyens d'action plus étendus. Se décharger de la gestion des maisons de retraite a également permis au CCAS de développer ses autres activités, parmi lesquelles les services à la personne dont bénéficient les personnes âgées, ce que rejoint d'une certaine façon la logique de recentrage de l'hôpital. Actuellement, la localisation de chacune de ces trois maisons de retraite correspond à un point cardinal de la ville, l'EHPAD de l'hôpital devant correspondre au quatrième. A l'époque de l'autonomisation des maisons de retraite du CCAS, la possibilité de rattacher les capacités d'hébergement de la commune au Centre hospitalier n'a pas été évoquée, l'hôpital n'en ayant en tout état de cause pas fait la demande. De plus le choix de créer un établissement unique rassemblant les trois institutions n'a pas été fait : deux des maisons de retraite autonomisées sont en effet adossées respectivement à deux foyers-logements, construits sur le même site. Cela a pour conséquence en premier lieu une capacité totale de 400 lits, perçue à l'époque comme un obstacle. En second lieu, l'ensemble physique cohérent formé par ces deux maisons de retraite et les deux foyers-logement, a incité à ériger les deux ensembles formés par une maison de retraite et un foyer logement, et la troisième maison de retraite, en trois établissements publics distincts. Des coopérations sont organisées entre eux de façon conventionnelle. La volonté de la commune, est que la maison de retraite de l'hôpital une fois autonomisée s'intègre à ce réseau de coopérations, permettant de baisser les coûts de l'ensemble des établissements par des mutualisations de moyens. La commune souhaite également que cette quatrième maison de retraite concoure à garantir l'égalité des Niortais devant le service public de l'hébergement de personnes âgées, chacun devant pouvoir accéder à des prestations publiques équivalentes en qualité et en coût à proximité de son domicile. Le tarif hébergement pratiqué par la maison de retraite de l'hôpital devra ainsi entrer dans la fourchette actuelle pratiquée par les autres maisons de retraite de la ville. (Il s'élève en 2007 à 40,87 euros, contre 45,55 à 49,13 euros dans les autres établissements.) Le maillage territorial implique également, comme cela a été préconisé par le comité de

pilotage, l'harmonisation des organisations et des fonctionnements des quatre EHPAD publics, particulièrement pour ce qui touche à l'organisation du travail (l'autonomisation s'est déjà accompagnée du passage au statut FPH). Ce souhait d'harmonisation semble partagé par les directeurs de structures concernées.

A moyen terme, et afin de maintenir une gestion de proximité, il n'est pas souhaité par la commune de fusionner les établissements. Néanmoins, la mairie a pour objectif que les coopérations actuelles soient approfondies, afin d'aboutir à une gestion sinon commune, du moins unifiée.

B) La recherche de coopération par le Centre hospitalier : la rencontre entre la logique de responsabilité du promoteur de l'autonomisation, et la logique d'ouverture du pivot de la filière de soins gériatrique

Dans la recherche de coopérations, le Centre hospitalier, commanditaire du projet d'autonomisation, se place tout d'abord dans une double logique de responsabilité. Il s'agit d'une part de sa responsabilité de « structure-mère » à l'égard d'une entité qu'il a lui-même créée sous sa forme initiale, et dont il détermine actuellement la forme à venir. Dès lors, les coopérations sont envisagées comme un moyen de conserver à la maison de retraite, le bénéfice des avantages économiques qu'elle peut retirer de son rattachement au Centre hospitalier. Autrement dit, il s'agit de faire en sorte que la maison de retraite devienne indépendante en disposant des moyens nécessaires à son fonctionnement et à son développement. Les avantages économiques que la maison de retraite devrait retrouver sous une forme différente, grâce à des coopérations, sont essentiellement des « avantages de structure ». Il est ainsi admis que la transformation d'un service non personnalisé en établissement public a en soi un coût pour la nouvelle structure : « toute décentralisation est coûteuse et les établissements publics n'y échappent pas. En comparant les dépenses d'un établissement public avec celles du service non personnalisé qui assurait auparavant la même mission [...] ou qui, parallèlement, remplit une tâche identique [...], on a pu chiffrer les dépenses supplémentaires directement engendrées par l'adoption du statut d'établissement public. Elles représentent de 3 à 5% du budget de l'organisme considéré.» (F. GAZIER, Op. cit., p. 55). Les avantages économiques du rattachement pour la maison de retraite sont essentiellement le bénéfice d'économies d'envergure⁸¹. Ces économies sont d'abord dues

⁸¹ A cet égard, les données publiées par la FHF sont explicites sur le fait que les EHPA disposant d'une taille critique bénéficient d'économies d'échelle, au point que les charges de prestations extérieures sont moins élevés, en proportion, que dans des structures d'une taille inférieure (BARRETEAU A., CAUSSE D., DESCHAMPS M., et al. « Analyse des ratios tirés de l'exploitation des comptes du Trésor public 2004 », p. 4). Dans le même document est également émise l'hypothèse selon laquelle le pilotage de la rotation des dettes fournisseurs est assuré plus aisément dans les établissements disposant d'une taille critique (p.7).

à la massification des achats et de la réalisation des prestations logistiques. Elles proviennent également de la possibilité pour la maison de retraite, de bénéficier d'interventions ponctuelles de professionnels spécialisés, dont l'emploi est financé par le budget général : pharmacien hygiéniste, qualicien, gestionnaire de risques, membres des services techniques... Ces interventions doivent certes en principe faire l'objet d'un remboursement, mais elles peuvent être effectuées rapidement, sans mise en concurrence, et font parfois appel à des compétences rares. Enfin, les économies d'envergure consistent en la possibilité pour la maison de retraite de fonctionner avec un certain nombre de personnels, dont le temps de travail est partagé avec l'hôpital général, sachant que le seul temps accompli à la maison de retraite ne pourrait pas être en soi attractif, voire même souvent juridiquement possible. En outre, la maison de retraite ne disposera plus du vivier de personnels paramédicaux que constitue le Centre hospitalier, en cas d'absence ou de départ.

D'autre part, le Centre hospitalier est investi, à l'égard des résidents actuels et potentiels, de la responsabilité de prestataire d'une activité de service public : l'activité d'hébergement médico-social des personnes âgées, certes facultative, qu'il s'apprête à transférer. Dès lors, et subséquemment, les coopérations visent à contenir l'augmentation tarifaire consécutive à l'autonomisation, et à empêcher que l'autonomie de gestion ne provoque une dégradation globale de la qualité de la prise en charge. Cette position relève en partie de l'éthique : certains résidents ou leur famille ont pu ou pourraient choisir la maison de retraite de l'hôpital en raison de ses tarifs peu élevés. De plus, le seul plafond revêtant un caractère de contrainte a été fixé à l'initiative du Conseil général à 52 euros. En effet, s'applique ici partiellement le principe de mutabilité du service public, qui a pour effet que l'usager d'un service public, en situation légale et réglementaire, n'a sauf règle contraire, pas de recours contre une augmentation des tarifs, même importante. Dès lors, en cas de recours devant le juge de la tarification sanitaire et sociale, le moyen d'un résident fondé sur une augmentation des tarifs incompatible avec ses revenus, ne saurait être accueilli⁸². Seul un recours fondé sur une augmentation reflétant des dépenses abusives, excessives ou injustifiées pourrait

⁸² Voir par exemple, concernant un EHPAD, la décision *Mr Rimlinger c/ Pdt du conseil général des Yvelines*, rendue par le TITSS de Paris le 30 mars 2007 (contentieux n° 06-052): «en se bornant à faire valoir dans sa requête [...] que la hausse des tarifs critiqués est sans rapport avec l'augmentation du coût de la vie et des ressources des pensionnaires et de leurs familles, qu'elle fait suite à plusieurs hausses importantes antérieurement intervenues pour compenser une gestion déficiente du gestionnaire et qu'elle a été opérée " sans concertation préalable avec celui-ci " le requérant qui ne se prévaut d'aucune disposition relative à la procédure administrative établie pour la fixation des bases du tarif ne soulève aucun " moyen de droit " au sens des dispositions précitées. »

aboutir à une décision favorable au requérant⁸³. Or, il les dépenses engagées dans les travaux de reconstruction entrepris par l'hôpital, entraîneront en principe une amélioration sensible des conditions matérielles de vie des résidents. Sauf l'hypothèse improbable de dépenses imprévues très importantes en cours de chantier, les dépenses engagées devraient apparaître comme justifiées au regard des caractéristiques du nouveau bâtiment.

Outre sa logique de commanditaire de l'autonomisation, le Centre hospitalier se place également dans une logique d'hôpital support d'une filière de soins gériatrique hospitalière. Premièrement, la maîtrise de l'augmentation tarifaire consécutive à l'autonomisation, ne correspond pas seulement à la logique de responsabilité de l'hôpital à l'égard des résidents, mentionnée ci-dessus. Dans une optique de maîtrise des durées de séjour, l'hôpital a également un intérêt à ce que l'offre d'hébergement médico-social soit accessible à tous les patients qui en ont besoin en aval de leur hospitalisation. Deuxièmement, la recherche de coopérations constitue alors un levier de l'ouverture de l'hôpital vers son environnement, qui s'ajoute à la circulaire sur la filière de soins gériatrique du 28 mars 2007, et au fait qu'approche la période de renouvellement des conventions tripartites. Ainsi, dans le cadre de la réflexion sur l'autonomisation, la direction de la filière gériatrique a réuni au mois de septembre 2007 plusieurs directeurs d'EHPAD du Sud des Deux-Sèvres. Cette réunion avait pour ordre du jour de réfléchir non seulement à la possibilité de mettre en place un service commun de gérance de tutelle dont pourrait bénéficier le nouvel EHPAD, mais encore à l'éventualité pour le Centre hospitalier de recruter des médecins coordonnateurs, exerçant en temps partagé entre l'hôpital et les autres maisons de retraite. Or, la maison de retraite de l'hôpital connaissant d'ores et déjà un tel dispositif, cette réunion a permis d'avancer sur le fonctionnement possible de la filière gériatrique.

Pour conclure les deux paragraphes qui précèdent, on constate que si les logiques respectives de la commune et de l'hôpital sont différentes, elles convergent en principe vers des effets communs. La volonté d'harmonisation des organisations entre les EHPAD publics niortais est représentative de cette convergence. Cette harmonisation doit permettre, outre le maillage territorial souhaité par la commune, la mise en place de coopérations concernant les moyens humains, qui permettraient à la maison de retraite

⁸³ Voir par exemple, la décision *Mr Vittot c/ Pdt du conseil général de la Côte d'Or*, rendue par la Commission nationale du contentieux de la tarification sanitaire et sociale, le 4 avril 1997 (contentieux n° A.94.003) : « Considérant que si le montant du prix de journée du foyer logement fixé par le président du conseil général peut lui paraître excessif, en raison de son augmentation importante par rapport au montant du prix de journée de l'établissement arrêté pour l'année précédente, Mr Vittot ne justifie pas du caractère abusif ou non nécessaire des dépenses à partir desquelles a été calculé ce prix de journée ; que dès lors, il ne peut être fait droit à sa requête ».

autonomisée de conserver des avantages en termes de personnels. Il pourrait s'agir par exemple de la création d'un pool commun de remplacement, voire de partages de personnels à titre permanent. Enfin, la convergence des organisations aura pour effet d'empêcher la maison de retraite de l'hôpital d'être plus attractive que les autres, sur le marché de l'emploi, comme de l'offre d'hébergement.

3.3.2 La mise en œuvre de la recherche de coopérations

A ce stade du processus de changement, ni le contenu, ni la forme des coopérations mises en place entre la maison de retraite et d'autres EHPAD ne sont déterminés, même si les pistes de réflexion sont nombreuses, comme par exemple un service commun de gérance de tutelle⁸⁴. On peut cependant identifier deux points qui influencent dès à présent la conduite du projet d'autonomisation, et les freins au changement qu'ils recèlent. Il s'agit premièrement de la convergence des fonctionnements entre les quatre maisons de retraite de la ville. Elle s'impose en effet à la détermination des conditions de travail dans la nouvelle structure. Et, comme il l'a été évoqué ci-dessus, la mobilisation des personnels sur le projet implique de leur donner dans les prochains mois des indications claires sur leur devenir professionnel. Ceci étant, cette harmonisation est susceptible de se heurter à des réticences des usagers, dues à la crainte de voir les taux d'encadrement, ainsi que le niveau de qualification diminuer ; et des professionnels, en raison notamment d'horaires de travail adaptés à un dimensionnement des effectifs différent de celui des hôpitaux. Il s'agit deuxièmement de la question de la coopération institutionnelle entre les quatre maisons de retraite autonomes, et au-delà, avec d'autres établissements. Le Centre hospitalier a la volonté qu'un cadre de coopération institutionnel soit mis en place, sous la forme d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale. Cette volonté se traduit directement dans la structure financière prévisionnelle de l'établissement, qui prévoit 0,5 ETP de directeur et 0,5 ETP de cadre de santé (sans que pour le moment, le rattachement des deux fois 0,5 ETP correspondants soit identifié). Or, l'idée de coopérations institutionnalisées se heurte à deux types de réticences, qui ne sont toutefois pas unanimement partagées par les acteurs du

⁸⁴ Le nouvel article L 472-5 CASF, en vigueur au 1^{er} janvier 2009, prévoit que les EPSMS « qui hébergent des personnes adultes handicapées ou des personnes âgées, et dont la capacité d'accueil est supérieure à un seuil fixé par décret, sont tenus de désigner un ou plusieurs agents comme mandataires judiciaires à la protection des majeurs [...]. Ils peuvent toutefois confier l'exercice de ces mesures à un service [de gérance de tutelle], géré par eux-mêmes ou par [un SIH, un GIP, un GCS ou un GCSMS] dont ils sont membres. Ils peuvent également recourir, par voie de convention, aux prestations d'un autre établissement disposant d'un service [de gérance de tutelle ou d'un ou de plusieurs agents désignés comme mandataires judiciaires à la protection des majeurs]. »

processus. Il s'agit d'une part de la crainte de perte d'autonomie des établissements ; autonomie qui a de surcroît été revendiquée et récemment acquise par les maisons de retraite de la ville de Niort. Il s'agit d'autre part de la crainte d'une tentation « hospitalocentriste » de l'hôpital. En particulier, il s'agit du fait que si les quatre maisons de retraite autonomes de la ville étaient dotées d'une direction commune, celle-ci serait en principe assurée par un directeur d'hôpital, puisque le nombre de lits concernés serait supérieur à 250⁸⁵.

En conclusion de cette troisième partie, l'analyse des facteurs de réussite de l'autonomisation révèle deux caractéristiques essentielles du processus. Il s'agit premièrement de l'interdépendance de ses conditions de réussite : le passage de la culture sanitaire à la culture médico-sociale ne pourra avoir lieu sans la création d'une autonomie réelle, qui elle-même sera impossible sans l'indépendance vis-à-vis de l'hôpital que permettra la mise en œuvre de coopérations. Il s'agit également de l'attention à porter à un ensemble d'éléments d'ordre exclusivement technique en apparence, mais qui revêtent une forte dimension stratégique dans le cadre de l'autonomisation.

⁸⁵ Article 1 du décret n°2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

4 ÉLÉMENTS DE RÉOLUTION DES PROBLÈMES POSÉS À UN HÔPITAL PAR L'AUTONOMISATION D'UNE MAISON DE RETRAITE

Éléments d'un bilan coût-avantages

Plusieurs points abordés dans la seconde partie du mémoire, peuvent contribuer à établir les différents chapitres d'un bilan coût-avantages de la situation de rattachement, et de la perspective d'autonomisation d'une maison de retraite hospitalière.

- Le cas échéant : L'intervention de praticiens hospitaliers à la maison de retraite a-t-il un impact positif sur les modalités du recours des résidents à la structure hospitalière ?
- Les perspectives de la démographie des médecins généralistes dans le bassin d'attraction de l'établissement justifient-elles de considérer le personnel médical de l'hôpital comme un recours possible pour la prise en charge des résidents ?
- Le rattachement bénéficie-t-il à la stabilité des effectifs présents de la maison de retraite ?
- Dans le cadre du fonctionnement de la filière gériatrique (accès des résidents au plateau technique, et orientation des patients en aval de l'hospitalisation), le rattachement de la maison de retraite procure-t-il à l'hôpital des avantages quantitativement significatifs, et non reproductibles dans un délai raisonnable en cas d'autonomisation ?
- Le cas échéant : dans quelles proportions le budget général de l'hôpital subventionne-t-il le budget annexe de la maison de retraite ?
- La qualité de la prise en charge médico-sociale des résidents est-elle significativement altérée en raison de la nature hospitalière de la maison de retraite ?
- En vue d'améliorer la qualité médico-sociale de la prise en charge, l'hôpital a-t-il mis en œuvre des stratégies organisationnelles internes permettant de promouvoir l'identité médico-sociale de la maison de retraite ? (structure polaire, gestion du personnel en adéquation avec les besoins de la maison de retraite...)
- L'hôpital a-t-il la volonté de se doter et de développer les compétences permettant de gérer une « maison de retraite de demain », plate-forme de compétences ?

Points à anticiper dans le cadre d'un processus d'autonomisation

Un certain nombre de points abordés dans la troisième partie du mémoire, peuvent être rassemblés ici, dans la mesure où ils contribuent à établir une « liste de vérification » des points à anticiper dans le cadre d'un processus d'autonomisation.

- La configuration du bâtiment occupé par la maison de retraite permet au nouvel établissement de choisir d'autres prestataires de services logistiques que l'hôpital.
- Si reconstruction, la configuration du nouveau bâtiment donne une marge de manœuvre quant au type de prestations logistiques choisi.
- Le nouvel établissement dispose d'une trésorerie suffisante au moment de son ouverture pour faire face à ses besoins de fonctionnement.
- Si reconstruction, la configuration du nouveau bâtiment donne une marge de manœuvre quant à l'évolution des activités exercées par la maison de retraite.
- Les activités exercées par le nouvel établissement ne risquent pas d'entrer en concurrence avec celles exercées par l'hôpital, contre la volonté de ce dernier.
- Les voies institutionnelles de détermination des caractéristiques futures de la maison de retraite (comité de pilotage, repreneur...) intègrent des personnes qualifiées en matière d'établissements médico-sociaux autonomes.
- Le temps de transition vers l'autonomisation permet l'apprentissage progressif par la maison de retraite de son autonomie future.
- Le cas échéant : Les caractéristiques fonctionnelles du nouvel établissement (prestations logistiques, agencement des locaux...) favorisent l'émergence d'une culture médico-sociale.
- Le processus de détermination de l'organisation du travail et des moyens humains du nouvel établissement réduit au minimum le nombre de départs subis par les agents.
- L'augmentation des tarifs consécutive à l'autonomisation est tolérable pour les résidents et leur famille.
- Le nouvel établissement pourra conserver, au moyen de coopérations conventionnelles ou institutionnelles avec d'autres établissements médico-sociaux, les bénéfices de la « taille critique » que lui conférait son intégration au centre hospitalier.
- Le nouvel établissement pourra conserver, au moyen de coopérations conventionnelles ou institutionnelles avec d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux, les bénéfices que lui conférait son intégration au centre hospitalier en termes de prise en charge médicale et paramédicale.

Éléments particuliers au processus de changement conduit par le Centre hospitalier de Niort

Il semble que les éléments suivants seraient susceptibles d'avoir des effets positifs :

- Intégrer la maison de retraite à un pôle clinique, ou l'ériger en pôle, afin que l'habitude des délégations de gestion favorise l'apprentissage collectif de l'autonomie.
- Persister à ne pas attendre l'autonomisation et le déménagement pour mettre en œuvre tous les éléments du projet de vie de la maison de retraite qui peuvent l'être.

- Procéder à l'autonomisation juridique le plus tôt possible, afin de réduire le temps de la transition, et que le processus de conduite du changement ne s'essouffle pas.
- Communiquer davantage au sein de l'établissement sur l'autonomisation de la maison de retraite, afin de susciter de l'intérêt de la part des personnels des autres services. Il s'agit de faire en sorte que les agents de la maison de retraite prennent conscience, qu'ils sont en position de participer à un changement important, et valorisant pour ceux qui s'y impliquent. Il s'agit également de rendre la perspective d'une affectation à la maison de retraite plus motivante pour l'ensemble des agents du Centre hospitalier.

Éléments généraux prospectifs

Il semble qu'une réflexion pourrait s'engager sur la création, par la loi, de la possibilité pour les établissements publics de santé de conclure des délégations de service public portant sur la gestion, par un délégataire, des maisons de retraite rattachées. Cela aurait plusieurs avantages :

- les attentes de l'hôpital quant au fonctionnement de la maison de retraite seraient fixées dans un cahier des charges contraignant ;
- la mise en concurrence entre les délégataires potentiels serait publique et transparente ;
- le démembrement de l'établissement public de santé serait provisoire : au terme de la délégation, l'hôpital pourrait décider de reprendre la gestion en régie de la maison de retraite ;
- le délégataire aurait pour métier la gestion de structures médico-sociales, et bénéficierait d'une autonomie de gestion, permettant le cas échéant d'améliorer la qualité de la prise en charge médico-sociale.

CONCLUSION

« Comment appréhender le sens et la portée de la décision d'autonomisation prise par le Centre hospitalier de Niort ? » Au terme de ces développements, il apparaît que l'hôpital de Niort, a pris cette décision, et la met en œuvre, dans une logique où prévalent les notions de métier et de compétences. En se séparant de la maison de retraite, l'hôpital a choisi de se définir par ce qu'il est capable de bien faire, en laissant à d'autres acteurs le soin d'exercer l'activité d'hébergement médico-social des personnes âgées. Ce faisant, l'hôpital fait en sorte, dans le cadre du processus de changement, d'agir sur son environnement, en suscitant des coopérations entre les acteurs du secteur médico-social, et en créant avec ces derniers des liens partenariaux. Et ces liens ne sont possibles que si l'hôpital offre une prestation qu'il maîtrise bien. Le choix de conserver la maison de retraite, se serait au contraire probablement fondé sur une logique de positionnement au sein d'un secteur d'activité, sanitaire et médico-social, plutôt que par rapport à un métier. En conservant son EHPAD, l'hôpital se serait défini par ce qu'il lui est possible de faire, bien ou mal, continuant de concurrencer les gestionnaires de maisons de retraite autonomes. Ainsi, le Centre hospitalier n'aurait fait que s'adapter aux contraintes de son environnement, au lieu d'agir sur lui, continuant à procurer à sa maison de retraite la taille critique qui fait défaut aux structures autonomes, ou l'intervention de praticiens hospitaliers, que certaines appellent de leurs vœux. Cependant, le sens de la décision de l'hôpital de Niort doit être appréhendé dans sa relativité : les avantages et inconvénients qu'un hôpital peut retirer de la gestion d'une maison de retraite hospitalière n'obéissent à aucune loi générale. Ils dépendent en majeure partie de la façon dont cet établissement gère sa maison de retraite, et des relations qu'il établit avec elle. D'où la pertinence de la liberté de choix aujourd'hui en principe dévolue aux établissements de santé quant à la gestion de structures médico-sociales. Cependant également, la portée de l'autonomisation, ne doit pas être cernée du seul point de vue de l'Hôpital de Niort : la conduite du changement contraint ce dernier à adopter, par anticipation, le point de vue d'acteur « médico-social » de la structure devenue autonome, et également celui, individuel, des acteurs non institutionnels du processus, et notamment les résidents. Et c'est cette capacité à emprunter le regard d'autrui qui permettra à l'hôpital d'autonomiser la maison de retraite, plutôt que de l'abandonner.

Bibliographie

Lois, travaux parlementaires préparatoires, et ordonnances

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. JO du 1^{er} juillet 1975, p. 6596 et suivantes.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JO du 1^{er} juillet 1975, pp. 6604-6607.

- Discussion du projet de loi relatif aux institutions sociales et médico-sociales, J.O Sénat, 7 novembre 1974, p. 1630 et suivantes.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JO du 3 janvier 1971, pp. 67-72.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JO n° 179 du 2 août 1991, disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr .

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. JO n° 15 du 19 janvier 1994, disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr .

- Projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale. Projet de loi n° 14, 1993-1994. (Déposé devant le Sénat.)
- Discussion de l'article 19 du projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale. JOAN, Débats, 3^{ème} séance du 29 novembre 1993, p. 6619.
- Rapport des sénateurs Claude Huriet et Charles Descours au nom de la Commission des affaires sociales. Rapport n° 155, 1993-1994. (Article 19 A du projet de loi relatif à la santé publique et la protection sociale, modifié en 1^{ère} lecture par l'Assemblée nationale, pp. 60-61)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ordonnance n°93-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO n° 98 du 25 avril 1996, disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr .

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. JO n° 21 du 25 janvier 1997, disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr .

- Discussion de l'amendement n°190 au projet de loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. JOAN, Débats, 2^{ème} séance du 28 novembre 1996, pp. 7764-7765.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JO du 3 janvier 2002, p. 124, disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr .

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2005-1579 de financement de la sécurité sociale pour 2006 du 19 décembre 2005. JO n° 295 du 20 décembre 2005, disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr .

Décrets

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n° 78-612 du 23 mai 1978 relatif aux établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux et interdépartementaux énumérés à l'article 19 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et la commission consultative prévue à l'article 22 (dernier alinéa) de la même loi. JO du 30 mai 1978, pp. 2214-2217.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n°2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. JO du 5 août 2005, disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr .

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n° 2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et complétant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). JO du 12 mai 2007, disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr.

Circulaires et instructions

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Circulaire n°97/133 du 20 février 1997 relative à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux. BO MTAS/MATVI n° 97/10, p 151.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FAMILLE. Circulaire n°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. BO Santé, protection sociale, solidarités n° 05/04, disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n° 2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée. BO Santé, protection sociale, solidarités n° 06/06, disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. BO Santé, protection sociale, solidarités n° 07/03, disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS.

Circulaire n°DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée. BO Santé, protection sociale, solidarités n° 07/06, disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/>.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE,
MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE. Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale, disponible sur Internet : www.fhf.fr.

Articles de périodiques

ALIAGA C., NEISS M., octobre 1999, « Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution ». *Études et résultats*, n°35.

ATTIAS-DONFUT C., juillet-septembre 1992, « La construction sociale de la dépendance ». *Revue de droit sanitaire et social*, pp. 415-424.

AUTEXIER J., janvier-mars 1980, « " À la frontière du sanitaire et du social " ou les difficultés d'application de la réforme hospitalière en matière de moyen et long séjour ». *Revue de droit sanitaire et social*, p. 15.

BANGA B., 2004, « Gériatrie et hébergement. Quelle recomposition de l'offre des hôpitaux publics ? ». *Décideurs en gérontologie*, n° 61, pp. 20-28.

BARRETEAU A., CAUSSE D., DESCHAMPS M. et al., 2007, « Analyse des ratios tirés de l'exploitation des comptes du Trésor public 2004 ». *Info en santé*, n° 14, pp. 2-13. (Disponible sur Internet: www.fhf.fr)

BARRETEAU A., BIDAULT A., DESCHAMPS M., 2007, « Quelques repères pour (re)négocier votre convention tripartite ». *Info en santé*, n° 14, pp. 17-26. (Disponible sur Internet: www.fhf.fr)

BAUDURET J.F., DENORMANDIE P., JEAGER M. et al., mars-avril 2003, « La Reconversion des lits sanitaires en lits médico-sociaux », *Revue hospitalière de France*, n°491, pp. 19-23.

BING J., PASNON J., 1985, « La politique d'hébergement des personnes âgées à travers la transformation des hospices ». *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. 113-124.

BOIS J.P., juin 1995, « De la vieillesse en communauté à la vieillesse en collectivité ». *Gérontologie et société*, Vol. 73, pp. 7-15.

BRANDEHO D., août-septembre 1995, « Du sanitaire vers le médico-social Transformer une unité de soins hospitalière en Maison d'accueil spécialisée ». *Gestions hospitalières*, pp. 514-519.

CHAMPVERT P., décembre 2001, « Les établissements pour personnes âgées évoluent-ils vers des établissements de santé ? ». *La Revue de Gériatrie*, tome 26, supplément C au n°10, pp. C13- C17.

CLEMENT J.M., 2000, « Bilan du siècle : la rupture conceptuelle ». *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n°1, pp. 49-64.

COLOMBET F., juillet-août 2000, « Bilan juridique de la procédure de transformation de lits du secteur sanitaire vers le secteur médico-social ». *Revue hospitalière de France*, n°4, pp. 28-31.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, avril 2005, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie ». *Les Cahiers*, n° 1.

DUTHEIL N., mars 2005, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements ». *Études et résultats*, n° 380.

DUTHEIL N., SCHEIDEGGER S., août 2006, « Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées ». *Études et résultats*, n° 515.

GAZIER F., 1984-1985, « Étude sur les Etablissements publics ». *Études et documents du Conseil d'Etat*, n°36, pp. 13-61.

LAROQUE G., mars 1997, « Ce qui relève de l'hôpital - ce qui n'en relève pas ». *Gérontologie et société*, vol. 80, pp. 8-16.

LEFEBVRE P., 1997, « Propos de vérité ». *Pluriels : La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, n°8. Disponible sur Internet : www.mnasm.com.

LEROUX P., 1995, « Un autre « long séjour » : des principes – une aventure ». *Gérontologie et société*, vol. 73, pp. 149-159.

LEVY M., 1975, « La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et l'évolution de l'action sociale ». *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social*, pp. 522 et suivantes.

LHUIILLIER J.M., Chronique : « Statut des établissements sociaux et médico-sociaux », juillet-septembre 1997. *In* RDSS, juillet-septembre 1997 pp. 623-625.

LHUIILLIER J.M., Chronique : « Statut des établissements sociaux et médico-sociaux », avril-juin 1994. *In* RDSS, avril-juin 1994, pp. 311-312.

NEUMANN B., mars 2007, « Doper le vieux corps malade de la gériatrie ». *L'Expansion*, n° 717, pp. 54-55.

PAILLAT P., mars 1997, « L'hôpital, structure de soins, structure d'accueil ». *Gérontologie et société*, vol. 80, pp. 8-16.

SAINT-JEAN O., THOMAS H., janvier-mars 2003, « Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution ». *Dossiers solidarité et santé*, n° 1, pp. 57-68.

TUGORES F., février 2005, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003, activité et personnel. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 ». *Études et résultats*, n°379.

TUGORES F., avril 2006, « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées Situation au 31 décembre 2003 ». *Études et résultats*, n°485.

VETEL J.M., mai-juin 1997, « Place de la gériatrie hospitalière dans l'offre de soins ». *Revue hospitalière de France*, n°3, pp. 380-385.

VETEL J.M., décembre 2001, « Les rapports entre les maisons de retraite et les centres hospitaliers de gériatrie. Une évolution nécessaire vers un travail en partenariat conventionnel ». *Revue de gériatrie*, tome 26, supplément C au n°10, pp. C19 - C21.

COQUILLAT C., PICARD G., WANG A., 1987, « De la mutation d'un hospice historique en deux maisons de retraite ». *Gérontologie et société*, n°40, pp. 86-94.

Fascicules de périodiques

Pluriels : La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale. Mission nationale d'appui en santé mentale. Février 1997, n°8. Le médico-social : enjeux et obstacles ». Disponible sur Internet : www.mnasm.com.

Pluriels : La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale. Mission nationale d'appui en santé mentale. Octobre 1999, n°19. « Comment articuler le sanitaire et le médico-social ». Disponible sur Internet : www.mnasm.com.

Documents divers sur support électronique

APM INTERNATIONAL, 8 mai 2005, « AP-HP: les fermetures de lits de long séjour gériatrique toucheront surtout la grande couronne et le Val-de-Marne », disponible sur Internet : www.apmnews.com .

« La gestion de l'accueil familial par un établissement médico-social », note en date du 24 mars 2005, [mis à jour le 24 mars 2005], disponible sur Internet : www.fhf.fr (Onglet : « Dossiers vieillesse-handicap »).

Union hospitalière du Nord-Ouest Région Haute-Normandie (UHNO), 2002, *Guide de la TVA dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, disponible sur Internet : www.fhf.fr

Ouvrages

ADAM S., BAUDURET J.F., BONAL C. et al. / MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE (éd.), 2001, *Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé. Principes généraux et modalités d'application dans le domaine de la santé mentale*, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 104 p. Disponible sur Internet : www.mnasm.com.

BÈGUE R., HUMBERT V., 1994, *Pour une nouvelle gériatrie à l'hôpital public*, Paris : Doin Editeurs / Assistance publique Hôpitaux de Paris, 151 p.

BOIS J.P., 1989, *Les vieux de Montaigne aux premières retraites*, 1^{ère} édition, Paris : Fayard, 448 p.

GOODWIN N., GRUEN R., ILES V., 2006, *Managing Health Services*, 1^{ère} édition, Londres: Open University press, 235 p.

HELPER J.P., KALIKA M., ORSONI J., 2004, *Management – Stratégie et organisation*, 5^{ème} édition, Paris : Vuibert, 496 p.

LEROY F., 2004, *Les stratégies de l'entreprise*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 124 p.

NOYÉ D., 2004, *Réussir les changements difficiles*, 1^{ère} édition, Paris : Insep consulting éditions, 48 p.

THÉVENET M., 2006, *La culture d'entreprise*, 5^{ème} édition, Paris : Presses universitaires de France, 128 p. (Que sais-je ? n° 2756).

Rapports publics

COUR DES COMPTES, 2005, *Les personnes âgées dépendantes, Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes concernés*, Paris : Cour des comptes, 447 p.

COLOMBIER G. / COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE, 2007, *Rapport d'information sur la prise en charge des urgences médicales*, Paris : Assemblée nationale , 584 p.

DELOMÉNIE P. (dir.) / IGAS (éd.), 2005, *Conclusions de groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées : fiches thématiques*, Paris : La Documentation française, 86 p.

GISSEROT H. (dir.), 2007, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix, Rapport au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille*, Paris : La Documentation française, Paris : Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 89 p.

GUINCHARD P. / MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2006, *Rapport d'information sur le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris : Assemblée nationale, 306 p.

IGAS (éd.), 2004, *La prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003*, Paris : La Documentation française, 73 p.

JAUJOU N., MINNAËRT E., RIOT L. / FONDATION MAISON DES SCIENCES DE L'HOMME (éd.) / CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE (éd.), 2006, *L'EHPAD : Pour finir*

de vieillir, Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique, Paris : Centre d'analyse stratégique, 255 p.

JEANDEL C., PFITZENMAYER P., VIGOUROUX P., 2006, *Un programme pour la gériatrie, Rapport au ministre de la santé et des solidarités*, Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 40 p.

LE BOULER S. (coor.) /CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE (éd.), 2006, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes »*, Paris : Centre d'analyse stratégique, 223 p.

MEYER C., COUFFINHAL A. / SANESCO, 1996, *Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé : le champ d'une décision politique ? Rapport pour le Commissariat général du plan*, Boulogne-Billancourt : SANESCO, 113 p.

OBSERVATOIRE DE L'EMPLOI ET DES MÉTIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE, 2007, *Étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière, Facteurs d'évolution, enjeux et impacts sur les ressources humaines*, Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 59 p., disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr .

PIEL E., ROELANDT J.L., 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale, Rapport de la mission « Réflexion et prospective en santé mentale » au Ministre délégué à la santé*, Paris : La Documentation française, 92 p.

Mémoires

KEMPF V., 2005, *Projet de transformation des unités de soins de longue durée d'un groupe hospitalier en EHPAD*, Mémoire ENSP de Directeur d'Établissement Social - CAFDES Option Personne Âgée, 87 p.

VEILLARD J., 1999, *Simulations budgétaires et stratégie d'établissement au Centre Hospitalier de la Rochelle : la nouvelle tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, 78 p.

Conférences

CAUSSE D., «La maison de retraite de demain vue par les professionnels», in *Geront'expo*, 27 mars 2003, Paris, disponible sur Internet : www.fhf.fr.

JAMOT M., « L'articulation des secteurs sanitaire et médico-social », in *Congrès de la FISAF (Fédération pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France)*, 23 juin 2006, disponible sur Internet: <http://www.fisaf.asso.fr>.

PULVENIS D., « Hôpital et médico-social, Complémentarités et partenariats, L'expérience de l'AP-HP », in *Forum geront'expo handicap expo*, 24 mai 2007, Paris, disponible sur Internet : www.fhf.fr.

« SROS, projet médical de territoire, PRIAC : quelles articulations ? », in *Forum geront'expo handicap expo*, 24 mai 2007, Paris, disponible sur Internet : www.fhf.fr.

Sites Internet

Site Internet de l'hôpital Bretonneau (AP-HP) : <http://bretonneau.ap-hop-paris.fr/>

Autres Documents Ecrits

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE LA RÉGION POITOU-CHARENTES, 2006, Schéma régional d'organisation sanitaire de la région Poitou-Charentes 2006-2011.

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT, Registre des délibérations du conseil d'administration.

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT, Grille d'autoévaluation de la qualité à la maison de retraite du Grand-Cèdre.

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT, PRÉFET DES DEUX-SÈVRES, PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DES DEUX-SÈVRES, 2003, Convention tripartite relative à la maison de retraite du Grand-Cèdre.

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT, CNEH-GERONTEVAL, 2004, Comptes-rendus des ateliers constitués en vue de la préparation du projet de vie de la maison de retraite du Grand-Cèdre.

Compte rendu du groupe de réflexion n°8 « Elaborer la politique gérontologique de l'établissement » in CENTRE HOSPITALIER DE NIORT, Projet médical 2003-2007.

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT, juin 2003, Réponses de l'établissement aux observations formulées par la DDASS dans son rapport d'inspection de la maison de retraite du Grand-Cèdre en mars 2003.

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT, 2007, Pré-programme architectural relatif à la construction du nouveau bâtiment de la maison de retraite du Grand-Cèdre.

DDASS DES DEUX-SÈVRES, mars 2003, Rapport d'inspection sur la maison de retraite du Grand-Cèdre.

DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES. Schéma gérontologique départemental.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Personnes interrogées dans le cadre de la rédaction du mémoire

ANNEXE 2 : Réunions en rapport avec la maison de retraite et l'autonomisation, observées dans le cadre de la rédaction du mémoire

ANNEXE 1 : Personnes interrogées dans le cadre de la rédaction du mémoire

Centre hospitalier de Niort

- Patrick Baudin, directeur des soins, CH de Niort
- Michel Bey, directeur-adjoint chargé des affaires médicales et de la filière gériatrique au CH de Niort.
- Jean-Albert Chaumier, chef du service « Coordination des réseaux gérontologiques Sud Deux-Sèvres », CH de Niort.
- Catherine Dolci, médecin coordonnateur de l'EHPAD du Grand-Cèdre.
- Katia Lvasseur, cadre de santé de l'EHPAD du Grand-Cèdre, à partir de septembre 2007.
- Chantal Marquois, cadre de santé de l'EHPAD du Grand-Cèdre, en 2006 et 2007.
- Alain Michel, directeur du CH de Niort.
- Madeleine Tartaud, adjoint des cadres, service des finances, CH de Niort.

Parties-prenantes institutionnelles de l'autonomisation de la maison de retraite du CH de Niort

- Patrick Brun, directeur général adjoint des services départementaux, Conseil général des Deux-Sèvres.
- Cécile Courrèges, directrice départementale des affaires sanitaires et sociales des Deux-Sèvres.
- Paul Samoyau, adjoint au maire de Niort, délégué aux affaires sociales

Personnes extérieures au processus d'autonomisation

- Didier Amélineau, directeur adjoint chargé des usagers et de la communication, CH de Saint-Nazaire.
- David Causse, délégué général adjoint, Fédération hospitalière de France.
- François Delage, directeur-adjoint chargé de l'Hôpital Le Pratel, CH Bretagne-Atlantique.
- André Durand, directeur-adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales, CH d'Avignon.
- Philippe Leroux, Président de la CME et responsable du pôle médecine polyvalente et gériatrie, CH de Saint-Nazaire.
- Samuel Tarlé, directeur chargé du département des établissements annexes de personnes âgées, CH de Laval.
- Philippe Vigouroux, directeur-général du CHU de Limoges.

ANNEXE 2 : Réunions en rapport avec la maison de retraite et l'autonomisation, observées dans le cadre de la rédaction du mémoire

NB : Lorsque la qualité des participants n'est pas mentionnée, il convient de se reporter à l'annexe 1.

12 avril 2007: Réunion du comité de pilotage.

10 mai 2007 : Réunion relative au projet d'autonomisation.

Participaient : M. Bey ; M. Coirier (Conducteur d'opérations, en charge du projet de reconstruction de l'EHPAD, Direction des services techniques, CH de Niort) ; C. Dolci ; C. Marquois.

15 mai 2007 : Réunion du Comité de pilotage sur les prestations de blanchisserie.

18 mai 2007 : Réunion avec les directeurs d'EHPAD de la Ville de Niort relative aux possibilités de coopération entre l'EHPAD du Grand-Cèdre une fois autonomisé, et les autres EHPAD publics autonomes de la ville.

Participaient : M. Bey ; E.R. Deswarte (EHPAD Les Brizeaux, Niort) ; G. Daigne (EHPAD La Coudraie, Niort)

31 mai 2007 : Réunion du comité de pilotage.

5 Juin 2007 : Réunion relative à l'augmentation de capacité de la maison de retraite.

Participaient : M. Bey ; A. Michel ; C. Courrèges ; H. Descourtieux (DDASS des Deux-Sèvres) ; Patrick Brun.

8 Juin 2007 : Réunion relative à l'avenir des personnels de la maison de retraite.

Participaient : X. Cadilhac (Directeur-adjoint chargé du personnel et des relations sociales, CH de Niort) ; P. Baudin ; M. Bey.

5 juillet 2007 : Réunion du Comité de pilotage sur les prestations de restauration,

30 août 2007 : Réunion préparatoire à une éventuelle inspection de la maison de retraite.

Participaient : M. Bey ; P. Baudin ; K. Levasseur.

30 août 2007 : Conseil de la vie sociale de la maison de retraite.

A l'ordre du jour notamment : le passage du terme échu au terme à échoir.

4 sept 2007 : Réunion avec plusieurs directeurs d'EHPAD du Sud des Deux-Sèvres en vue de la mise en place de coopérations inter-EHPAD, et EHPAD/hôpital.

Participaient : Six directeurs d'EHPAD publics et privés du Sud des Deux-Sèvres, Philippe Volard (Pdt de CME et responsable du pôle urgences-gériatrie, CH de Niort) ; M. Bey.

A l'ordre du jour : Proposition par le Centre hospitalier de la mise en place d'un service de gérance de tutelle commun entre l'EHPAD du Grand-Cèdre et d'autres EHPAD du Sud Deux-Sèvres ; recrutement par le Centre hospitalier de praticiens hospitaliers exerçant en

temps partagé comme médecin coordonnateurs ; question de la mise en place d'une PUI commune.

26 septembre 2007 : Jury de concours de concepteurs organisé en vue de la reconstruction de la maison de retraite du Grand-Cèdre.