



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

---

**Dynamique d'une intégration**

---

**Aurélien MOLLARD**

---

# Remerciements

---

Merci à toute l'équipe de direction du centre hospitalier d'Avignon pour leur accueil, leurs conseils et leur gentillesse.

Un merci particulier à mon maître de stage, Anne-Marie ANSERMOZ, et à André DURAND, directeur des ressources humaines.

Merci à Carole CARRE, responsable des ressources humaines de l'association la Maison paisible, pour sa patience et son aide.

Enfin un grand merci à ma conseillère spéciale pour son soutien...

---

# Sommaire

---

<b>1 1<sup>ERE</sup> PARTIE : L'INTEGRATION DE L'EHPAD AU SEIN DE L'HOPITAL : UN DESEQUILIBRE QUANT AUX INTERETS ESCOMPTES PAR LES DEUX PARTIES ....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 L'historique des relations entre les deux structures justifie aujourd'hui le rapprochement.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 La constitution de l'association la Maison paisible .....	6
1.1.2 Les liens initiaux entre la Maison paisible et le centre hospitalier .....	7
1.1.3 Une évolution aboutissant à la demande de rapprochement faite par le maire et par la DDASS .....	8
A) L'intérim de la direction de l'association par le centre hospitalier .....	8
B) Le redressement de la situation conduit à envisager le rapprochement.....	9
<b>1.2 L'intérêt limité de l'opération pour le centre hospitalier .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 La phase de diagnostic, préalable nécessaire à toute intégration.....	10
1.2.2 Un diagnostic mettant en évidence l'intérêt limité de l'intégration pour l'hôpital.....	11
A) Diagnostic financier .....	11
B) Diagnostic architectural .....	12
C) Diagnostic en matière de ressources humaines.....	12
D) Les atouts de l'opération.....	14
1.2.3 Pour l'EHPAD, des perspectives plus favorables.....	14
<b>1.3 Un aspect de la fonction de directeur d'hôpital : l'influence de l'environnement institutionnel sur la prise de décision .....</b>	<b>16</b>
1.3.1 La nécessité de respecter les mesures décidées par l'autorité de tutelle .....	16

1.3.2 L'autonomie mesurée du directeur d'hôpital face au président du conseil d'administration.....	17
1.3.3 La négociation d'une marge de manœuvre face à l'environnement institutionnel pour préserver les intérêts de l'hôpital .....	20
<b>2 2EME PARTIE : LA VALORISATION D'UNE CONTRAINTE EXTERNE AU MOYEN D'UNE STRATEGIE INDUISANT DU CHANGEMENT .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Un contexte national et régional incitatif aux coopérations.....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Contexte national .....	23
A) La maîtrise des dépenses hospitalières incite à la recherche de complémentarités entre établissements .....	23
B) La mise en place de coopérations entre les établissements : un élément de réponse à cette recherche de complémentarités.....	24
2.1.2 Contexte régional .....	25
<b>2.2 Le choix du GCS MS, au service d'un projet sanitaire et de la réalisation de l'intégration .....</b>	<b>26</b>
2.2.1 Le GCS MS, un nouvel outil pour simplifier et développer la coopération .....	26
A) La solution du GCS MS, préférable aux autres scénarios envisageables ...	26
B) L'objectif assigné au GCS MS par le législateur .....	27
C) Les caractéristiques du GCS MS .....	29
2.2.2 Le double objectif du GCS MS constitué par le centre hospitalier et l'EHPAD.....	30
A) Le projet sanitaire : créer une filière de prise en charge des personnes âgées 31	
B) Le deuxième objectif fondamental du GCS MS : préparer l'intégration du personnel de l'EHPAD .....	34
<b>2.3 La conduite de projet et du changement, au cœur du métier de directeur d'hôpital .....</b>	<b>37</b>

2.3.1 Différents types de projets caractérisant le métier de directeur d'hôpital .....	37
2.3.2 L'environnement culturel et politique du changement engendré par l'intégration .....	38
A) Environnement culturel .....	39
B) L'environnement politique : le positionnement des acteurs .....	39

### **3 3<sup>EME</sup> PARTIE : LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DE LA STRATEGIE D'INTEGRATION ..... 46**

#### **3.1 Les problématiques spécifiques à l'intégration de l'EHPAD au sein du centre hospitalier d'Avignon ..... 46**

3.1.1 Des inadéquations entre les deux structures sur les plans de l'organisation et des effectifs .....	46
A) Un taux d'encadrement pour la prise en charge des personnes âgées supérieur à l'hôpital .....	46
B) Des horaires, des plannings et des roulements conçus différemment.....	49
C) Un niveau d'absentéisme trop élevé à l'EHPAD .....	49
D) Les qualifications des agents de l'EHPAD, inférieures à celles des agents de l'hôpital.....	50

#### **3.2 La stratégie globale de recrutement des agents ..... 52**

3.2.1 L'organisation des recrutements .....	52
A) Les cas d'invalidité, de congés de longue maladie ou de longue durée .....	52
B) Les départs à la retraite .....	53
C) Les agents en fin de carrière : recrutement en tant que contractuels de droit public	53
D) Le recrutement en vue d'une titularisation au sein de la fonction publique..	54
E) Les modalités pratiques du recrutement .....	56
3.2.2 La mise en adéquation des compétences et des organisations entre les deux structures .....	57
A) Le rapprochement des organisations.....	61

B) Récapitulatif de la stratégie d'intégration.....	62
<b>3.3 La déclinaison de la stratégie globale au niveau individuel.....</b>	<b>62</b>
3.3.1 L'agent, acteur du changement .....	63
3.3.2 Définir des solutions adaptées au cas particuliers .....	65
3.3.3 L'individualisation et l'appropriation de la stratégie d'intégration au moyen d'une communication adaptée .....	66
<b>Conclusion .....</b>	<b>69</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ADH</b>	Association des directeurs d'hôpital
<b>AGGIR</b>	Autonomie gérontologique groupe iso-ressources
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>ARTT</b>	Aménagement de la réduction du temps de travail
<b>ASH</b>	Agent de service hospitalier
<b>BDHF</b>	Banque de données hospitalières de France
<b>CAMPS</b>	Centre d'aide médico-sociale précoce
<b>CGT</b>	Confédération générale du travail
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>EPRD</b>	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
<b>FEHAP</b>	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés
<b>FHF</b>	Fédération hospitalière de France
<b>FO</b>	Force ouvrière
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>GCS MS</b>	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
<b>GIE</b>	Groupement d'intérêt économique
<b>GIP</b>	Groupement d'intérêt public
<b>GMP</b>	Groupe iso-ressources moyen pondéré
<b>HCL</b>	Hospices civils de Lyon
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'Etat
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>PACA</b>	Provence Alpes Côte d'Azur
<b>PSPH</b>	Participant au service public hospitalier
<b>RTT</b>	Réduction du temps de travail
<b>SAFEP</b>	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire
<b>VAE</b>	Validation des acquis de l'expérience

Les vertus et la souplesse du mode de gestion des établissements sanitaires privés sont souvent érigés en modèle, en opposition avec la rigidité qui caractériserait les établissements publics : statuts du personnel complexes et trop contraignants, réglementation excessive, rigidités relatives à la commande publique et à la comptabilité publique, etc. Le secteur privé est également loué pour sa performance et son efficacité. La nécessité de réforme de la fonction publique, réaffirmée récemment, et les diverses propositions de souplesse inspirées du secteur privé en sont encore la preuve.

Parler de secteur sanitaire privé est pourtant une façon inappropriée de décrire une réalité très hétérogène. Celui-ci recouvre en effet des spécificités et des cultures différentes, notamment en fonction du but, lucratif ou non, de la taille et de l'activité de la structure. Aussi aujourd'hui nombre d'établissements gérés par des associations privées connaissent d'importantes difficultés, au point de faire l'objet d'une reprise par d'autres organismes privés ou par des structures publiques. C'est le cas de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) géré par l'association la Maison paisible, dont l'intégration au sein du centre hospitalier d'Avignon est en cours de réalisation.

Le centre hospitalier d'Avignon est un établissement public de santé de 880 lits et places, dont 705 lits de court séjour, 75 de moyen séjour et 100 de long séjour. Il dispose d'un plateau technique performant, et conduit d'importants projets de restructuration, dont la construction d'une extension devant comporter 150 lits. L'équipe de direction comprend, outre le chef d'établissement, huit directeurs adjoints. Son conseil d'administration est présidé par Marie-José Roig, ancien ministre et maire d'Avignon.

L'association la Maison paisible a été fondée en 1963 par des personnes issues de la société civile avignonnaise, avec pour vocation principale de fournir un logement aux personnes âgées. Son siège social se situe à la mairie d'Avignon et son conseil d'administration est également présidé par le maire d'Avignon. Cette association gère un EHPAD de 150 lits et deux foyers-logements de 70 et 80 places. Seule l'association est dotée de la personnalité juridique, les entités qu'elle administre ne l'étant pas.

Depuis 2004, à la demande de Marie-José Roig, le directeur du centre hospitalier a confié l'intérim de la direction de l'association (comprenant l'EHPAD et les deux foyers-logements) à l'un des directeurs adjoints de l'hôpital. Cette décision a été matérialisée par un arrêté du préfet de Vaucluse, nommant le directeur adjoint directeur de l'association par intérim. La décision du maire d'Avignon a été prise dans un contexte de difficultés financières importantes éprouvées par l'association. Outre l'étroite proximité géographique entre l'EHPAD et l'hôpital, des relations de coopération avaient été nouées depuis plusieurs années.

En 2005, le maire d'Avignon a exprimé au directeur du centre hospitalier son souhait de voir le travail de rapprochement de l'EHPAD vers l'hôpital poursuivi dans une perspective d'intégration. La Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) soutenait également cette démarche. Il est important de noter que seul l'EHPAD serait concerné par l'intégration, l'association la Maison paisible subsistant en tant que personne morale de droit privé pour gérer les deux foyers-logements restants.

La notion d'intégration peut être définie comme le fait d'entrer ou de faire entrer dans un ensemble des éléments distincts et extérieurs, de sorte qu'ils semblent lui appartenir et soient en harmonie avec les éléments préexistants de cet ensemble<sup>1</sup>. Le terme de fusion, relativement proche dans le contexte évoqué, est défini comme la réunion en un seul groupe de divers éléments distincts, l'union intime et étroite de ces éléments. Il semble davantage approprié pour caractériser la réunion de deux hôpitaux similaires, qui se fondent pour ne plus former qu'une seule entité juridique.

La situation étudiée, qui concerne le centre hospitalier d'Avignon et l'EHPAD géré par l'association la Maison paisible, correspondrait davantage à la notion de « fusion-absorption », empruntée au droit commercial. Le terme d'intégration semble donc approprié pour caractériser l'opération impliquant les deux structures.

---

<sup>1</sup> Dictionnaire le *Petit Robert*, édition 2008

Cette opération pose d'importantes questions, sur divers plans. Sur le plan financier d'abord. L'EHPAD cumule les déficits depuis plusieurs années. L'hôpital a fait savoir qu'il ne reprendrait pas ces déficits. L'opération aura également des conséquences sur les plans juridique et patrimonial. Mais c'est sur le plan des ressources humaines que les questions les plus importantes vont se poser. 80 agents sont employés par l'EHPAD. Il s'agit de personnel de droit privé, dont le statut est régi par la convention collective de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP).

Dès lors, l'interrogation principale, objet du mémoire, est la suivante : comment l'intégration des agents de l'EHPAD doit-elle être conçue ? De quelle façon procéder pour qu'elle se déroule dans les meilleures conditions, sur le plan technique, sur le plan financier pour l'hôpital et pour les agents concernés, et enfin sur le plan du management ?

La direction du centre hospitalier a déjà élaboré un cadre pour cette intégration. Elle a estimé difficilement concevable de réaliser l'opération immédiatement, en raison des difficultés constatées sur le plan financier et sur celui des ressources humaines. Souhaitant conduire l'intégration avec un maximum de souplesse, elle a choisi de constituer avec l'association un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCS MS), outil créé par la loi du 2 janvier 2002<sup>2</sup> et précisé par le décret du 6 avril 2006<sup>3</sup>. Ce groupement inclut l'unité de soins de longue durée du centre hospitalier et l'EHPAD de la Maison paisible. Dénommé « Filière de soins avignonnaise pour personnes âgées », il comporte deux objectifs fondamentaux :

- développer un dispositif permettant une prise en charge graduée de la personne âgée en fonction de sa pathologie ;
- préparer l'intégration de l'EHPAD au sein du centre hospitalier, qui doit intervenir au terme de l'existence du groupement.

---

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-2 du janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n° 2 du 3 janvier 2002.

<sup>3</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n° 84 du 8 avril 2006.

La convention constitutive du GCS MS a été approuvée par la DDASS le 26 juin 2007, et la durée de vie du groupement est de cinq années. L'intégration devrait donc être effective en 2012.

La direction de l'hôpital a choisi de ne pas recourir à une intégration des agents selon le dispositif prévu par le décret du 21 juillet 1999<sup>4</sup> dans le cas de la reprise d'une activité sanitaire ou sociale privée par une structure publique. Elle a arrêté le principe du libre choix des agents, qui pendant la durée d'existence du GCS MS, pourront présenter leur candidature pour être recrutés par l'hôpital ou proposer leurs services à d'autres établissements, selon leur intérêt à intégrer la fonction publique.

Les questions soulevées par cette intégration reflètent la réalité hospitalière, marquée par d'importantes restructurations et recompositions de l'offre de soins. Les enjeux auxquelles elles correspondent mobilisent les principales compétences du métier de directeur d'hôpital. Dans le cas étudié, une stratégie devra être définie pour accueillir des personnels du secteur privé, avec leur identité, leur culture et leur histoire, au sein de l'hôpital public. Les compétences managériales du directeur permettront de conduire cette stratégie. Enfin l'intégration comporte des enjeux forts en matière de gestion des ressources humaines.

L'objet de ce mémoire sera d'analyser la problématique de l'intégration des agents de l'EHPAD au sein du centre hospitalier et de proposer une dynamique pour cette intégration, en cohérence avec la ligne principale arrêtée par la direction. Des éclairages théoriques et réglementaires seront fournis afin de définir des solutions adaptées à la situation du centre hospitalier d'Avignon.

Dans ce but, une méthodologie a été mise en œuvre. Elle se fonde sur :

- le recueil du point de vue des acteurs impliqués par l'intégration (cf. annexe) ;

---

<sup>4</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Décret n° 99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social. Journal officiel du 29 juillet 1999, p. 11305.

- la comparaison avec les stratégies mises en œuvre par d'autres structures confrontées à une opération similaire ;
- enfin sur la recherche documentaire, pour bénéficier d'apports réglementaires et doctrinaux, afin de mettre en perspective ce projet.

Les difficultés inhérentes à cette intégration rendent sa mise en œuvre délicate. La présentation du contexte de l'opération éclaire sur les raisons qui ont conduit la direction de l'hôpital à accepter un tel projet, présentant un intérêt mesuré (1<sup>ère</sup> partie). L'analyse de la stratégie mise en place par la direction montrera ensuite comment la contrainte initiale a pu être valorisée, dans le cadre d'un projet induisant du changement (2<sup>ème</sup> partie). Enfin, une mise en œuvre opérationnelle de cette stratégie sera proposée (3<sup>ème</sup> partie).

# **1 1<sup>ERE</sup> PARTIE : L'INTEGRATION DE L'EHPAD AU SEIN DE L'HOPITAL : UN DESEQUILIBRE QUANT AUX INTERETS ESCOMPTES PAR LES DEUX PARTIES**

La demande d'intégration de l'EHPAD au sein de l'hôpital est l'aboutissement d'un rapprochement de longue date entre les deux structures (1.1). Cette opération, qui comporte de nombreuses difficultés (1.2), renvoie à la marge de manœuvre dont dispose un directeur d'hôpital face à une demande émanant du président du conseil d'administration de l'établissement (1.3).

## **1.1 L'historique des relations entre les deux structures justifie aujourd'hui le rapprochement**

### **1.1.1 La constitution de l'association la Maison paisible**

L'association la Maison paisible a été constituée le 29 avril 1963. L'assemblée générale constitutive était présidée par le député-maire d'Avignon de l'époque, Henri Duffaut. L'association avait pour but de « *procurer aux personnes âgées privées de la vie en famille des services et un logement agréable, leur permettant d'éviter à la fois la tristesse de l'isolement et les ennuis de la vie en commun.* » Les statuts de l'association, mis à jour au 6 juin 2006, prévoient que celle-ci a « *pour objet la création et la gestion de toutes réalisations de caractère social et plus spécialement celles concernant l'enfance et les personnes âgées.* »

Conformément au but indiqué, l'association a décidé la construction d'un premier foyer-logement comprenant 46 appartements, livré en 1965. Dès l'année de sa constitution, l'association a bénéficié de financements de l'Etat, du Conseil général, de la sécurité sociale et de la municipalité d'Avignon. Ce type de logements correspondant aux besoins de la population des personnes âgées, un deuxième immeuble de foyers-logements a été construit en 1969, puis un troisième en 1971, un quatrième en 1974, un cinquième en 1975 et enfin un sixième en 1986. Parallèlement, les activités de l'association se sont

diversifiées, puisqu'elle a été amenée à gérer un restaurant universitaire, des crèches et des haltes-garderies. Néanmoins, la vétusté des locaux et leur relative inadaptation au contexte de vieillissement des personnes âgées et d'aggravation de leur dépendance ont imposé à la fin des années 1990 de restructurer les foyers-logements. Ainsi, un des immeubles a été fermé, tandis que la décision était prise en 2000 de regrouper trois foyers-logements pour les transformer en EHPAD.

Depuis 2004, l'association gère donc désormais un EHPAD, qui compte 150 lits et les deux foyers-logements subsistant, de 70 et 80 places respectivement.

### **1.1.2 Les liens initiaux entre la Maison paisible et le centre hospitalier**

Le conseil d'administration de l'association la Maison paisible est présidé par le député-maire d'Avignon, Marie-José Roig, qui préside également le conseil d'administration de l'hôpital. Il y a donc un lien entre les deux structures à travers cette présidence commune des conseils d'administration des deux institutions.

En 1998, il règne au sein de l'association un climat social particulièrement tendu. La direction est en grande difficulté. Par ailleurs, les bâtiments, dont la vétusté est avérée, ne sont pas en conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité en vigueur. La présidente du conseil d'administration de la Maison paisible décide donc de mettre fin aux fonctions du directeur de l'association et se rapproche de l'hôpital afin de définir une solution. Il est alors décidé de détacher un cadre de direction du centre hospitalier pour diriger la Maison paisible. Ce dernier identifiera rapidement de nombreux domaines potentiels de coopération entre l'association et l'hôpital. Il a ainsi proposé à l'hôpital dans les domaines logistiques de prendre en charge le traitement du linge de l'association et d'assurer une prestation de restauration. Il souhaitait en outre que l'association bénéficie d'un accompagnement en matière d'hygiène et de sécurité et que les gardes de direction soient assurées par les directeurs adjoints de l'hôpital, en cas d'absence du directeur de l'association. Le directeur de l'association proposait enfin que les agents de la Maison paisible soient pris en charge par l'hôpital concernant la médecine du travail et la formation continue.

En contrepartie, l'association proposait de mettre des lits à la disposition de l'hôpital, estimant que *« la Maison paisible peut constituer une solution permanente à la limitation du maintien de la personne âgée en milieu hospitalier. En fonction des pathologies présentées, les personnes âgées hospitalisées pourraient être rapidement accueillies dans l'un des établissements de la Maison paisible. Cette solution qui pourrait présenter un caractère d'accueil temporaire ou définitif pour les intéressés aurait le mérite de décharger certains services de l'hôpital et de permettre une prise en charge à coût moindre de certaines personnes âgées qui n'ont pas besoin d'un suivi médical lourd ou à haute technicité<sup>5</sup>. »*

Ces pistes de collaboration ont fait l'objet d'études, sans pour autant déboucher sur des mises en œuvre concrètes. Aujourd'hui, seul le traitement du linge de la Maison paisible est assuré par l'hôpital, dans le cadre du GCS MS. Néanmoins, à travers la proposition de la Maison paisible de mettre des lits à la disposition de l'hôpital, se profilent les prémices de la collaboration mise en œuvre au sein du GCS MS.

### **1.1.3 Une évolution aboutissant à la demande de rapprochement faite par le maire et par la DDASS**

A) L'intérim de la direction de l'association par le centre hospitalier

A la fin de l'année 2004, le directeur en détachement quitte la direction de l'association. Le Maire d'Avignon et la Directrice départementale de l'action sanitaire et sociale demandent alors à la direction du centre hospitalier d'assurer l'intérim de la direction de la Maison paisible.

Le directeur du centre hospitalier a proposé un directeur adjoint membre de son équipe, nommé par arrêté du préfet de Vaucluse, qui a assuré l'intérim du 1er janvier au 31 août 2005. Celui-ci a été remplacé ensuite par le directeur des ressources humaines, du 1er septembre 2005 au 1er juin 2007, date à

---

<sup>5</sup> Note rédigée en 1998 par le directeur de la Maison paisible.

partir de laquelle la direction est assurée par la directrice adjointe en charge de la filière personnes âgées et des systèmes d'information.

B) Le redressement de la situation conduit à envisager le rapprochement

La direction du centre hospitalier dresse un constat assez sévère lors de la reprise de la gestion de l'association. En 2004, le résultat d'exploitation fait apparaître un déficit à hauteur de 10 % du budget, avec un déficit cumulé de plus d'un million d'euros.

Sur le plan des ressources humaines, la situation est explosive, avec six contentieux devant le tribunal des prud'hommes, et un fort taux d'absentéisme, du fait de nombreux arrêts maladies et d'un nombre important de journées d'absence par agents, à mettre en partie sur le compte de conditions de travail dégradées.

Les objectifs et enjeux immédiats sont donc de rétablir un climat social serein et de parvenir le plus rapidement possible à un équilibre budgétaire. Une opération « budget vérité » est menée en octobre 2005. Les recettes connaissent alors une augmentation d'environ 10 à 12 %. L'objectif pour 2006 est le retour à l'équilibre. Le compte de résultat 2006 de l'EHPAD fait apparaître un déficit de 41 007 euros, ce qui peut être considéré comme un retour à l'équilibre en comparaison aux déficits antérieurs (582 146 € en 2004, 268 732 € en 2005). L'objectif est désormais de dégager des excédents en exploitation pour résorber le déficit cumulé.

Concernant les ressources humaines, les contentieux devant le tribunal des prud'hommes s'éteignent progressivement, sans que les jugements ne mettent en péril les finances de l'établissement. La politique consistant à transiger, adoptée lors de la reprise de l'association, s'avère positive pour les contentieux les plus importants. Le taux d'absentéisme a été ramené à un niveau plus acceptable, même si des efforts restent à accomplir.

Au début de l'année 2006, le maire d'Avignon exprime au directeur du centre hospitalier son souhait de voir le travail de rapprochement de l'EHPAD vers le centre hospitalier poursuivi dans une perspective d'intégration. La DDASS est également partisane de cette démarche. L'association la Maison paisible

subsisterait en tant qu'entité juridique pour gérer les deux foyers-logements restants.

La proximité géographique des deux établissements peut plaider pour un rapprochement. Mais la motivation principale du maire est la volonté d'assurer la survie de l'EHPAD. De fait, la situation de cet établissement s'améliore progressivement depuis 2004, moment à partir duquel l'intérim de la direction a été assuré par un directeur adjoint du centre hospitalier. Le maire tire les conclusions de cette amélioration et souhaite définir une solution pérenne en confiant de manière définitive la gestion de l'EHPAD à l'hôpital.

Cette demande d'intégration génère donc d'importantes améliorations pour la Maison paisible. En revanche, les bénéfices attendus pour l'hôpital paraissent très relatifs au regard des difficultés notables sur les plans financier, patrimonial, organisationnel, et des ressources humaines.

## **1.2 L'intérêt limité de l'opération pour le centre hospitalier**

### **1.2.1 La phase de diagnostic, préalable nécessaire à toute intégration**

Bien qu'aucune reprise ne s'apparente à une autre, chacune ayant sa spécificité, liée à son contexte local et à ses acteurs, des stratégies communes se dégagent et peuvent utilement être mises en œuvre.

Ainsi, en matière de reprise d'une structure telle qu'un EHPAD, une longue phase de préparation s'impose. Le diagnostic de la situation de la structure à reprendre est primordial. Il doit cerner les différents aspects de l'opération, liés aux finances, aux ressources humaines, au patrimoine, etc. Une étude de faisabilité de l'opération doit être effectuée.

A cet égard, l'exemple de la Fondation d'Auteuil, dont le siège est à Paris et qui prend en charge des jeunes en grande difficulté sociale, peut être cité. Cette fondation a réalisé de nombreuses reprises d'associations. Elle a donc développé et formalisé sa propre stratégie, rapportée par le secrétaire général de la Fondation, François Martin : *« nous vérifions d'abord que la demande correspond à nos orientations et à nos perspectives de développement. Nous rédigeons ensuite une note d'opportunité, après un rapide tour d'horizon avec*

*les partenaires en analysant les points de blocage éventuels. C'est sur cette base que nous prenons notre décision. L'opération se poursuit par une étude de faisabilité, en investiguant tous les champs possibles (finances, ressources humaines, immobilier...). Nous décidons alors de l'intégration définitive de la structure et de ses modalités.* »<sup>6</sup> Cette stratégie, qui permet de prendre le recul nécessaire à la réflexion et à la gestion d'une opération délicate, a fait le succès des intégrations menées par la Fondation d'Auteuil.

### **1.2.2 Un diagnostic mettant en évidence l'intérêt limité de l'intégration pour l'hôpital**

Le directeur du centre hospitalier d'Avignon a donc élaboré un diagnostic, qu'il a ensuite retracé dans une « note de faisabilité de l'intégration », en date du 5 mai 2006 et destinée au maire d'Avignon. Cette note analyse la situation de la Maison paisible et fait apparaître les difficultés et les avantages que comporterait une éventuelle intégration de l'EHPAD au sein de l'hôpital.

#### **A) Diagnostic financier**

Ces difficultés sont tout d'abord d'ordre financier. Au passif du bilan établi à la fin de l'année 2006, figure un report à nouveau déficitaire de 677 949 €. Le montant des emprunts à rembourser par l'établissement se monte à 9 363 236 €. Le compte de résultat a été pratiquement ramené à l'équilibre (déficit de 41 007 €) mais n'est pour le moment absolument pas en mesure de dégager les excédents qui permettraient de résorber les déficits accumulés par l'association.

Or la situation financière du centre hospitalier lui interdit de reprendre à son compte les dettes de la Maison paisible. Le compte de résultat prévisionnel principal figurant au sein de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2007 prévoit un déficit de 4,434 millions d'Euros. La capacité d'autofinancement est affectée au remboursement du capital des emprunts et au financement des immobilisations dont la réalisation est prévue à partir de

---

<sup>6</sup> PIRIOT E., juin 2005, « Recherche repreneur ! », Direction(s), n°20, pp. 22-29

2007. La situation budgétaire et financière de l'hôpital est donc particulièrement tendue. Elle le sera d'autant plus que de lourds projets d'investissements doivent être réalisés dans les années à venir. Ainsi, le plan global de financement pluriannuel fait apparaître un déficit d'exploitation croissant jusqu'en 2015. Or l'intégration devrait logiquement avoir lieu en 2012, à l'issue de la durée de vie du GCS MS. Le déficit prévu pour cette année-là se monte à 5,4 millions d'euros. Ce chiffre n'inclut pas le coût de la reprise des déficits de la Maison paisible, hypothèse qui n'a de toute façon pas été travaillée. Au-delà des aspects financiers, il serait difficile pour le directeur de justifier auprès de son équipe et de la communauté médicale la reprise des dettes de l'association, qui pénaliserait les projets de l'établissement et aggraverait une situation budgétaire déjà très tendue.

#### B) Diagnostic architectural

Ces difficultés concernent également la structure même du bâtiment de l'EHPAD. Il s'agit d'un bâtiment neuf, qui a été livré en 2004. Il présente pourtant de nombreuses malfaçons et des affaissements de certains murs et terrasses. Une partie du circuit d'eau chaude et de la climatisation est défectueuse. Deux déclarations de sinistres auprès de l'assureur dommages-ouvrage ont été effectuées. Ce bâtiment est par ailleurs très grand, ses surfaces étant peut-être même trop importantes, en particulier celles des couloirs, qui engendrent de longs déplacements pour le personnel et pour les résidents.

#### C) Diagnostic en matière de ressources humaines

Les aspects relatifs aux ressources humaines doivent également faire l'objet d'une attention particulière. Comme le remarquent G. Calmes, L. Lefranc et J.-P. Segade<sup>7</sup>, « *les règles de gestion du personnel, dont l'harmonisation est indispensable au bon fonctionnement de coopération envisagée, concernent donc : le temps de travail (les congés), la notation, (...) la prime de service.* »

---

<sup>7</sup> CALMES G, LEFRANC L., SEGADE J.-P., 1998, *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Masson, p. 79

Les auteurs vont plus loin en affirmant qu' « *il n'est pas possible que pour chacune de ces règles, plusieurs modes de gestion différents coexistent (...). L'harmonisation est nécessaire. Il en va de la cohésion sociale. (...) Il en va également du respect du principe d'équité et d'égalité qui veut que les mêmes règles s'appliquent à tous les agents.* »

Or pour les domaines évoqués, l'EHPAD et l'hôpital ont des organisations et des fonctionnements distincts. Les horaires sont différents, de même que les roulements, notamment en ce qui concerne les week-ends. Chaque établissement à son propre protocole d'aménagement et de réduction du temps de travail (ARTT) à 35 heures, celui de l'hôpital étant plus favorable aux agents que celui de l'EHPAD. En effet, à l'hôpital, les agents travaillent 38h30 et bénéficient de 19 jours de congés par an au titre de la réduction du temps de travail (RTT). A la Maison paisible, ils travaillent 35 heures par semaine et ne disposent donc pas de jours de congés au titre de la RTT. L'amélioration de la couverture soignante la nuit et le week-end devra également être mise en œuvre dans le cas d'une intégration. Ces spécificités organisationnelles devront être surmontées par une difficile mais nécessaire harmonisation des règles de gestion.

Sur le plan des fonctions exercées et des compétences, environ 30 agents de service et logistique exercent des fonctions d'aide-soignant sans en avoir le titre et la qualification, ce qui pose problème en matière de compétence et de responsabilité. Une « indemnité différentielle » est octroyée à ces agents. Cette situation génère des inégalités salariales, car tous les agents ne sont pas affectés à la réalisation des soins selon la même fréquence. Il en résulte des tensions récurrentes. Une mise en adéquation des qualifications des agents des deux structures s'imposera, dans le but d'une prise en charge homogène et de qualité.

La question de l'absentéisme est également à prendre en compte. Le taux d'absentéisme constaté à la Maison paisible est nettement plus élevé que celui du centre hospitalier. Il devra être rapproché de celui de l'hôpital. Pour les raisons évoquées plus haut, on ne peut en effet tolérer des différences de cette ampleur au sein de deux organisations amenées à coopérer de manière étroite, en vue d'une intégration.

Par ailleurs, la structure étant privée, les statuts du personnel sont régis par la convention collective de la FEHAP. La rémunération des agents est supérieure à celle qu'ils percevraient dans la fonction publique, c'est tout particulièrement le cas des personnels d'encadrement et de direction. Les grilles indiciaires de la fonction publique ne permettraient en aucun cas de maintenir leur niveau de rémunération.

En outre, une intégration directe obligerait à traiter dans un temps très limité un ensemble de cas individuels, dont certains agents en congés de longue maladie ne pouvant pas être repris par le centre hospitalier.

#### D) Les atouts de l'opération

Les difficultés inhérentes à l'intégration de l'EHPAD au sein du centre hospitalier sont donc nombreuses. Néanmoins, la note de faisabilité rédigée par le directeur identifie des avantages liés à une éventuelle intégration. Absorber l'EHPAD permettrait à l'hôpital de créer un pôle médico-social comprenant le service du long séjour, l'EHPAD, le centre d'aide médico-sociale précoce (CAMPS) et le service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP). L'opération présente également l'avantage de proposer à la population un ensemble cohérent de prise en charge avec la mise en place d'une filière personnes âgées à l'hôpital, qui serait utilement complétée par l'EHPAD. Enfin, selon la note de faisabilité, intégrer l'EHPAD conduirait l'hôpital à créer des postes, ce qui présente un intérêt social certain et aurait des répercussions en terme d'image de l'établissement.

Les avantages attendus pour l'hôpital sont donc indirects et mesurés, au regard des difficultés évoquées. Pour l'EHPAD, le diagnostic semble inversé.

### **1.2.3 Pour l'EHPAD, des perspectives plus favorables**

Il ne s'agit pas de minimiser les difficultés qu'implique pour l'EHPAD son éventuelle intégration au sein de l'hôpital. Les agents de l'EHPAD, comme cela sera explicité plus loin, craignent pour leur avenir. Ils s'interrogent sur le maintien de tous les emplois. En effet, ces craintes-là sont les premières et les principales à être suscitées par une opération de reprise. Ils s'inquiètent également d'éventuelles baisses de leur rémunération. Mais les appréhensions

concernent aussi « l'identité » de la structure et des agents. De fait, dans le cas d'une reprise comme le note E. Pirirot<sup>8</sup>, « *les deux structures ayant rarement un poids égal, on assiste le plus souvent à une absorption de la plus petite par la plus grande. Pour "l'absorbée", la perte d'identité peut s'avérer douloureuse.* » Cette notion d'identité renvoie à celle de culture. L'EHPAD est une association, de droit privé. Etre absorbé par un hôpital public n'est donc pas anodin. Cela peut générer chez le personnel une crainte de perte de repères, et de baisse de la qualité des conditions de travail qui caractérise leur structure, celle-ci étant marquée par une gestion de proximité. De même, le médecin gériatre exerçant à l'hôpital et à l'EHPAD estime que l'intégration, qui implique l'application des normes et du fonctionnement de l'hôpital, risquerait de diminuer la qualité de certaines prestations effectuées par l'EHPAD, notamment le traitement du linge des résidents et la restauration.

Cependant, les avantages d'une intégration pour l'EHPAD sont importants. Les agents pourront effectuer une carrière hospitalière, avec les possibilités de formation et de mutation que cela implique. Des économies pourraient être dégagées en confiant certaines prestations logistiques à l'hôpital. Le recrutement de résidents, en provenance de l'hôpital, serait garanti. Chaque place se libérant pourrait être occupée par des patients de l'hôpital en attente de placement et dont l'hospitalisation ne se justifie plus.

La sécurité des patients serait renforcée, avec un accès plus aisé au plateau technique de l'hôpital.

Sur le plan financier, le redressement des comptes observé à partir de l'intervention de l'hôpital pourrait être poursuivi. Un assainissement financier permettrait alors de gagner des marges de manœuvre et d'envisager l'avenir plus sereinement.

Sur le plan managerial, l'intégration au sein de l'hôpital apporterait à l'EHPAD une certaine stabilité. La direction serait assurée de manière définitive par un directeur adjoint de l'hôpital, ce qui mettrait fin à la succession d'intérim, qui à terme risquerait de nuire à l'équilibre de la Maison paisible. Les tensions qui

---

<sup>8</sup> PIRIOT E., *op. cit.*

subsistent sur le plan des relations sociales nécessitent en effet de profondes réorganisations, qui ne peuvent être menées que par un directeur présent pour un temps suffisamment long. Un directeur par intérim ne peut gérer que les affaires courantes et n'a en général pas le temps d'investir en profondeur la réflexion sur les organisations et sur leur changement.

La perspective de l'intégration de l'EHPAD au sein de l'hôpital fait donc apparaître un certain déséquilibre quant aux avantages escomptés. L'opération comporte en effet plus de risques et de difficultés pour l'hôpital. A contrario, l'EHPAD semble pouvoir assurer son avenir.

Néanmoins, une analyse plus poussée de la situation permet d'identifier les facteurs qui ont conduit la direction du centre hospitalier à examiner favorablement la requête.

### **1.3 Un aspect de la fonction de directeur d'hôpital : l'influence de l'environnement institutionnel sur la prise de décision**

Le contexte local de l'opération d'intégration a été présenté. Mais celle-ci doit aussi être considérée dans un contexte plus global : celui des rapports du chef d'établissement avec d'une part l'autorité de tutelle, et d'autre part le président du conseil d'administration. L'analyse sociologique des relations entre une organisation, telle qu'un hôpital, et son environnement, viendra enfin compléter l'étude du contexte qui a présidé à la décision de donner suite à cette demande d'intégration.

#### **1.3.1 La nécessité de respecter les mesures décidées par l'autorité de tutelle**

La DDASS s'est jointe au maire d'Avignon pour demander à l'hôpital d'envisager une intégration de l'EHPAD. Or, selon l'article R. 1421-6 du code de la santé publique, la DDASS, dont les services sont placés sous l'autorité du préfet de département chargé de la mise en œuvre des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales de l'Etat, a notamment pour attribution la tutelle et le contrôle des établissements sanitaires. Le directeur d'hôpital doit donc se

conformer aux décisions de son autorité de tutelle. Bien que dans le cas présent, il s'agisse davantage d'une recommandation que d'une injonction, la demande doit être examinée avec attention.

Il en va de même quand la demande émane du président du conseil d'administration de l'établissement.

### **1.3.2 L'autonomie mesurée du directeur d'hôpital face au président du conseil d'administration**

Afin de comprendre le processus de prise de décision aboutissant à la constitution du GCS MS, il convient de poser la question plus générale de l'autonomie d'un directeur d'hôpital et de sa marge de manœuvre face à une demande émanant du président du conseil d'administration de son établissement.

Comme le définissent Marc Dupont, Claudine Esper et Christian Paire<sup>9</sup>, l'hôpital est un « *établissement public à rattachement territorial.* » L'article L. 6141-1 du code de la santé publique dispose en effet que les établissements publics de santé sont « *communaux, interdépartementaux ou nationaux.* » Hormis de nombreux hôpitaux psychiatriques publics départementaux, la plupart des hôpitaux publics sont des établissements communaux. Une conséquence en est la dévolution par la loi du 31 décembre 1970 de la présidence du conseil d'administration au maire de la commune de rattachement. Selon les auteurs précités, « *cette règle a souvent été analysée comme étant un obstacle à la réforme de l'hôpital en raison des préoccupations électorales des élus, compte tenu en particulier de la situation des hôpitaux publics, souvent premier employeur de la commune où ils sont implantés. L'hôpital constitue parfois une pièce maîtresse de la stratégie politique locale des élus. Son maintien est souvent un enjeu crucial...*<sup>10</sup> ». Les auteurs estiment de fait que « *cette fonction de président du conseil d'administration (...) n'est pas qu'honorifique. Elle lui confère une faculté d'intervention significative et parfois controversée*

---

<sup>9</sup> DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., 2005, Droit hospitalier, 5<sup>ème</sup> édition, Paris : Dalloz, p. 166

<sup>10</sup> *Ibid.* p. 340

*dans le fonctionnement de l'hôpital public. (...) Il lui est parfois reproché d'assurer un poids excessif à la défense des intérêts locaux, au détriment de l'intérêt général. L'hôpital, public comme privé, loin d'être seulement un enjeu sanitaire, est en effet aussi un acteur majeur de la vie locale, générateur de nombreux emplois, directs et indirects, souvent le premier employeur de villes françaises, notamment de petite et moyenne taille. »<sup>11</sup>*

Cette question de la présidence du conseil d'administration des hôpitaux publics a nourri de nombreux débats, tranchés dernièrement par l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>12</sup>. Elle a en effet conforté le maire dans sa fonction de président du conseil d'administration, en maintenant la possibilité créée pour le maire par l'ordonnance du 24 avril 1996 de renoncer à la présidence pour la durée de son mandat électif. Si tel est le cas, son remplaçant est élu par et parmi les membres représentants des collectivités territoriales, personnalités qualifiées ou représentants des usagers (article L. 6143-5 du code de la santé publique).

Au-delà de ce débat, il convient d'analyser les implications concrètes pour le directeur d'hôpital de cette fonction confiée au maire.

L'article L. 6141-1 du code de la santé publique dispose que le directeur est nommé par décret du Premier ministre ou par arrêté du ministre chargé de la santé selon le type d'établissement, « *après avis du président du conseil d'administration.* » Certains élus tendent à minimiser l'importance du rôle joué par le président du conseil d'administration dans la nomination du directeur. C'est notamment le cas de l'ancien député maire de Clamart Jean-Pierre Foucher, selon lequel « *le conseil d'administration n'a aucun pouvoir sur le directeur qu'il n'embauche pas ni n'évalue. (...) Ni le conseil d'administration, ni son président ne gèrent.* »<sup>13</sup> Le rapport du député René Couanau abonde dans ce sens : le député estime en effet que « *la réglementation en vigueur*

---

<sup>11</sup> *Ibid.* p. 44

<sup>12</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel n° 102 du 3 mai 2005.

<sup>13</sup> FOUCHER J.-P., « L'hôpital : un enjeu politique ? », in INSTITUT FRANÇAIS POUR LA RECHERCHE SUR LES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES, *Hôpital public, quel avenir ?* [en ligne],

*permet au président du conseil d'administration d'émettre un avis sur l'affectation du directeur de l'hôpital. Cet avis a aujourd'hui un poids variable. Si l'on veut accroître les pouvoirs du conseil d'administration, il serait opportun que son président recrute directement le directeur d'hôpital. »<sup>14</sup>*

En pratique, cet avis revêt une importance non négligeable. La revue hospitalière électronique *Hospimedia* a publié un article le 15 janvier 2007 intitulé « Gérard Collomb alerte le président de la République. »<sup>15</sup> Le sénateur maire de Lyon, en sa qualité de président du conseil d'administration des Hospices civils de Lyon (HCL), s'inquiétait de l'absence de nomination d'un nouveau directeur général suite à la vacance du poste. L'article précise plus loin que « *comme le prévoient les textes, Gérard Collomb a effectivement proposé à la direction des HCL la candidature de Daniel Moinard, directeur général du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse. Il a également rencontré sur la demande de Xavier Bertrand, Paul Castel, directeur général du CHU de Strasbourg.* » Notons que ce n'est pas le candidat proposé par Gérard Collomb qui a été nommé par le Premier ministre, mais celui rencontré à la demande du ministre de la santé. Néanmoins, cette affaire illustre le poids du président du conseil d'administration dans le processus de nomination d'un directeur. Elle concerne certes un établissement de grande envergure, mais serait transposable à beaucoup d'établissements de tailles diverses.

Un autre exemple de l'implication du maire dans la carrière du directeur peut être fourni par l'arrêt du 22 juin 2006 du Conseil d'Etat. Par cet arrêt, la haute juridiction rejette la demande en annulation présentée par le ministère de la santé en appel de l'ordonnance du tribunal administratif de Lyon du 2 janvier 2006. Le tribunal administratif de Lyon avait annulé un arrêté ministériel de mutation pris à l'encontre d'un directeur d'hôpital. Cet arrêté avait été pris à la

---

colloque du 23 mars 2005, [visité le 30 août 2007], disponible sur internet : <http://www.ifrap.org/6-actualite/Colloque-2005-03/agenda-colloque-mars-2005.htm>

<sup>14</sup> ASSEMBLEE NATIONALE. Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital et présenté par René Couanau, député [en ligne]. Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003. [Visité le 30 août 2007], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp>

<sup>15</sup> « Gérard Collomb alerte le président de la République », *Hospimedia*, [en ligne], brève du 15 janvier 2007, [visité le 30 août 2007].

suite d'un courrier rédigé par le député maire de la commune, destiné au ministre de la santé, lui demandant de prononcer la mutation du directeur de l'établissement<sup>16</sup>. Même si la juridiction administrative a donné raison au directeur d'hôpital, ce contentieux illustre l'influence que peut avoir un président de conseil d'administration dans la carrière d'un directeur.

Dès lors, la question de l'autonomie du chef d'établissement est posée, face à un président de conseil d'administration qui intervient directement dans sa nomination. Quelle possibilité d'action, de négociation, pour un directeur quand celui-ci estime que le président du conseil d'administration propose des orientations n'allant pas dans le sens de la politique souhaitée par l'équipe de direction et le conseil exécutif de l'hôpital ? L'analyse de la situation sous l'angle sociologique des relations entre acteurs apportera des éléments de réponse à cette interrogation.

### **1.3.3 La négociation d'une marge de manœuvre face à l'environnement institutionnel pour préserver les intérêts de l'hôpital**

Bien qu'en amélioration, la situation difficile de la Maison paisible incite à identifier la demande du maire d'Avignon davantage à une contrainte qu'à une réelle opportunité stratégique. Les développements précédents ont permis d'analyser la complexité des relations entre un directeur d'hôpital et le président du conseil d'administration, et la relativité de la marge de manœuvre dont bénéficie le premier dans son action face au second.

La question de la « marge de liberté de l'acteur », telle que définie par Michel Crozier<sup>17</sup>, est posée. L'auteur a mis en évidence « *le caractère "politique" des rapports à l'environnement et les éléments de liberté et d'autonomie dont dispose toute organisation face aux "exigences" extérieures.* »<sup>18</sup> Dans le cas précis, les « éléments de liberté et d'autonomie » du centre hospitalier

---

<sup>16</sup> « L'arrêté de mutation annulé par le TA de Lyon », Hospimedia, [en ligne], brève du 26 janvier 2007, [visité le 30 août 2007].

<sup>17</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, p. 41

d'Avignon en tant qu'organisation apparaissent, une fois la demande acceptée, à travers la définition d'une stratégie cohérente d'intégration. Car l'auteur écarte l'idée d'un déterminisme, d'une automaticité en la matière :

« L'ensemble structuré des rapports humains, qui sous-tend l'organisation (...), n'est pas façonné passivement par des contraintes situationnelles. Il obéit à sa propre logique, à sa propre rationalité. Car il correspond à un ensemble de relations de pouvoir articulé sous forme de jeux dans le cadre desquels des acteurs relativement autonomes poursuivent leurs intérêts divergents et négocient leur participation à l'ensemble. Et selon les fonctions qu'ils occupent, selon les sources de pouvoir qu'ils contrôlent, ces acteurs seront tout naturellement amenés à agir en sorte que les solutions adoptées pour résoudre les problèmes posés par la technologie, l'environnement, bref, la situation soient compatibles avec au moins le maintien de leur propre capacité de négociation au sein de l'organisation. En d'autres termes, la perception de ces problèmes et la réponse qui y sera apportée seront fonction des stratégies des acteurs à l'intérieur des jeux auxquels ils participent au sein de l'organisation et dans leurs relations avec "l'extérieur".<sup>19</sup> »

A la lumière de cette analyse, on peut donc estimer que la direction du centre hospitalier d'Avignon intègre la demande faite par le maire en tant que contrainte externe, tout en conservant sa capacité de négociation, qui lui permettra de poursuivre son propre intérêt, selon sa propre rationalité. Cela l'amènera à définir différents scénarios pour l'intégration de l'EHPAD, à choisir celui qui a sa préférence, voire –pourquoi pas- à refuser la demande d'intégration formulée par le maire, sur le fondement de l'impossibilité à définir un scénario satisfaisant pour toutes les parties. De fait, Michel Crozier insiste sur l'idée qu' « *on est en présence de tout autre chose que d'une adaptation unilatérale de l'organisation aux contraintes de sa situation.* » Il ne nie pas « *la prégnance des contraintes situationnelles sur le système d'action d'une organisation.* » Mais il propose d' « *intégrer celles-ci dans un champ d'investigation plus vaste qui permette de leur rendre leur véritable statut :*

---

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 155

<sup>19</sup> *Ibid.*, pp. 159-160.

*celui de contraintes limitant la rationalité et la liberté de choix des acteurs, mais ne l'éliminant pas. »<sup>20</sup>*

En définitive, la théorie de M. Crozier démontre que les directeurs d'hôpital conservent une capacité de négociation et d'action. Ainsi, la marge de liberté de la direction du centre hospitalier en tant qu'acteur confronté à une « exigence extérieure » est loin d'être totalement annihilée. Au contraire, la direction aura cherché à valoriser la contrainte en élaborant une stratégie cohérente.

---

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 161.

## **2 2EME PARTIE : LA VALORISATION D'UNE CONTRAINTE EXTERNE AU MOYEN D'UNE STRATEGIE INDUISANT DU CHANGEMENT**

La demande du maire est assimilée comme une contrainte externe. Mais le contexte national et régional, incitatif aux coopérations, permet de la valoriser (2.1). A partir de là, une stratégie gagnante pour le centre hospitalier peut être élaborée (2.2). Cette stratégie est porteuse de changement pour les deux structures concernées (2.3).

### **2.1 Un contexte national et régional incitatif aux coopérations**

#### **2.1.1 Contexte national**

A) La maîtrise des dépenses hospitalières incite à la recherche de complémentarités entre établissements

Depuis 1950, la part de consommation de soins et de biens médicaux dans le produit intérieur brut (PIB) a crû très fortement, passant de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2005<sup>21</sup>. La part des établissements sanitaires et médicaux-sociaux, publics et privés se montait en 2006 à 52,6% du total des dépenses de l'assurance maladie, dont 37% pour les hôpitaux publics<sup>22</sup>. L'hôpital est en effet aujourd'hui une structure coûteuse, qui emploie des ressources considérables, notamment des effectifs de ressources humaines importants et produit des actes de haute technicité. L'ensemble des coûts hospitaliers pèse donc lourdement sur les comptes sociaux, l'assurance maladie étant le

---

<sup>21</sup> FENINA A., mai 2007, « Cinquante-cinq années de dépenses de santé – Une rétopolation de 1950 à 2005 », *Etudes et résultats* [en ligne], n°572, [visité le 29 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er572/er572.pdf>

<sup>22</sup> ASSURANCE MALADIE, Chiffres et repères édition 2006 [en ligne, visité le 29 août 2007], disponible sur Internet : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/chiffres\\_reperes\\_2006.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/chiffres_reperes_2006.pdf)

financeur principal des établissements de santé publics et privés. Sa part de financement s'élève à plus de 90 %.

Ce contexte de tensions budgétaires, illustré par le déficit de l'assurance maladie qui devrait se monter à 6,4 milliards d'euros pour l'année 2007 (nouvelle hausse après des réductions substantielles de ce déficit en 2005 et 2006), permet d'expliquer que la maîtrise des dépenses hospitalières constitue depuis la fin des années 1970 un objectif constant des pouvoirs publics. Ces contraintes imposent d'optimiser l'offre de soins. Cette nécessaire optimisation implique la recherche de complémentarités en matière d'activités de soins entre tous les établissements de santé.

B) La mise en place de coopérations entre les établissements : un élément de réponse à cette recherche de complémentarités

La coopération entre établissements est une réponse à ce souci de complémentarité. Elle permet en effet de compenser des segmentations d'activités et des cloisonnements de notre système de soins et donc d'optimiser ce dernier. De fait, elle est encouragée par le législateur depuis près de quarante ans. La loi du 31 décembre 1970<sup>23</sup> avait déjà fourni un cadre juridique aux actions de coopération par le biais des conventions et des syndicats interhospitaliers. La loi du 31 juillet 1991<sup>24</sup> a élargi ce cadre en permettant aux établissements de santé de recourir à de nouvelles formules juridiques, comme la participation à des groupements d'intérêt public (GIP) ou à des groupements d'intérêt économique (GIE). L'ordonnance du 24 avril 1996<sup>25</sup> a créé une nouvelle modalité de coopération : le groupement de

---

<sup>23</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

<sup>24</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 91-748 portant réforme hospitalière. Journal officiel n° 179 du 2 août 1991.

<sup>25</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel du 25 avril 1996.

coopération sanitaire (GCS). La loi du 27 juillet 1999<sup>26</sup>, puis celle du 4 mars 2002<sup>27</sup> ont également apporté des évolutions aux différents outils.

La coopération entre établissements est donc un phénomène qui s'inscrit dans la durée. On peut néanmoins estimer que celui-ci a connu une relative accélération récemment, bénéficiant d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics. Le ministère de la santé a ainsi mis en place un Observatoire des recompositions des activités des établissements de santé, dont les missions sont notamment d'informer sur l'état des lieux des coopérations, de contribuer à l'émergence d'idées nouvelles en la matière et d'apporter une aide à la décision. Par ailleurs, les impératifs de la coopération ont été rappelés récemment par le législateur, en particulier lors de la simplification du GCS, permise par l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>28</sup>. Ce texte de réforme a largement modifié les règles de fonctionnement du GCS, outil jusqu'alors caractérisé par une certaine complexité. L'ordonnance du 4 septembre 2003 a fait du GCS un instrument privilégié de la coopération, permettant désormais aux acteurs de santé de disposer d'un moyen de droit adapté à leurs besoins.

Cette impulsion constatée au niveau national est déclinée au niveau régional.

### **2.1.2 Contexte régional**

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) III<sup>29</sup> de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) incite fortement à la coopération, et préconise à de nombreuses reprises le recours au GCS. Le nombre de GCS mis en place est d'ailleurs l'un des indicateurs de suivi du SROS III.

---

<sup>26</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Journal officiel du 28 juillet 1999.

<sup>27</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel n° 54 du 5 mars 2002.

<sup>28</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicaux-sociaux soumis à autorisation. Journal officiel n° 206 du 6 septembre 2003.

<sup>29</sup> AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR. Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 [en ligne]. Avril 2006 [visité le 29 août 2007], disponible sur Internet : [http://www.arh-paca.com/SROS3\\_5.htm](http://www.arh-paca.com/SROS3_5.htm)

Ainsi, dans ses orientations pour le volet chirurgie de la région PACA, le SROS recommande d' « *organiser un maillage des établissements (publics et/ou privés), avec hiérarchisation des actes chirurgicaux, mise en réseau des établissements publics ou PSPH [participant au service public hospitalier], complémentarité entre établissements publics et établissements privés sous forme de groupements de coopération sanitaire.* »

Dans ses orientations pour le volet prise en charge des personnes âgées, le SROS recommande, « *pour une orientation optimale des patients, une coopération étroite (...) entre les équipes soignantes (...) de court et de moyen séjour, les équipes médico-sociales de secteur et les établissements d'accueil en aval des soins de suite.* »

Ce contexte incitatif à la coopération, tant sur le plan national que régional, tend à justifier la stratégie mise en place par le centre hospitalier pour l'intégration de l'EHPAD.

## **2.2 Le choix du GCS MS, au service d'un projet sanitaire et de la réalisation de l'intégration**

### **2.2.1 Le GCS MS, un nouvel outil pour simplifier et développer la coopération**

Face aux difficultés posées par l'intégration de l'EHPAD au sein du centre hospitalier d'Avignon, la direction a élaboré une stratégie innovante, avec pour ambition de gérer la transition de la manière la plus souple possible.

A) La solution du GCS MS, préférable aux autres scénarios envisageables

Deux premiers scénarios ont d'abord été envisagés. Le premier prévoyait une intégration immédiate de l'EHPAD au sein du centre hospitalier, comme le souhaitaient la municipalité et la DDASS. Les inconvénients de ce scénario étaient nombreux, car il obligeait à traiter rapidement toutes les contraintes évoquées plus haut, ce qui paraissait peu réaliste et risqué pour les deux parties.

Le second scénario prévoyait la transformation des deux foyers-logements en un EHPAD de 150 lits et donc l'intégration d'une structure de 300 lits (correspondant à l'EHPAD existant et à celui à créer) au sein du centre hospitalier. Les contraintes du premier scénario subsistaient et étaient aggravées par le coût financier de la construction du nouvel EHPAD. L'intérêt se situait surtout sur le plan de la santé publique, ce scénario permettant d'augmenter le nombre de lits d'EHPAD dans le département, dans un contexte d'aggravation de la dépendance des personnes âgées. Cependant le besoin de places en foyers-logements demeurait pour la ville d'Avignon.

Le troisième scénario a remporté l'assentiment des différentes parties concernées. La direction de l'hôpital a en effet opté pour la constitution d'un GCS MS, dispositif créé par la loi du 2 janvier 2002<sup>30</sup> et précisé par le décret du 6 avril 2006<sup>31</sup>. Le GCS MS est un outil instauré dans le prolongement du GIE et du GIP, visant à renforcer et simplifier la coopération au sein du secteur social et médico-social mais également avec le secteur sanitaire.

#### B) L'objectif assigné au GCS MS par le législateur

Cet outil est largement inspiré du groupement de coopération sanitaire, dont il serait le « clone presque parfait »<sup>32</sup>. Le GCS MS est en effet, pour le secteur médico-social, le pendant du GCS, dont on ressent l'influence. A l'instar du GCS pour le secteur sanitaire, le GCS MS aurait été conçu pour occuper une place centrale au sein de la coopération sociale et médico-sociale. Selon Benoît Appolis<sup>33</sup>, la création du GCS MS doit être reliée à la volonté des pouvoirs publics de normaliser l'organisation sociale et médico-sociale. Car celle-ci doit faire face à des enjeux de taille : l'amélioration de la qualité des prestations, l'exigence de globalité des prises en charge et l'impératif de maîtrise des

---

<sup>30</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-2 du janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002.

<sup>31</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n° 84 du 8 avril 2006.

<sup>32</sup> LAROSE D., septembre 2006, « Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCS MS », *TSA Hebdo*, n° 1080.

<sup>33</sup> APPOLIS B., 2007, « L'autre groupement de coopération », *Revue générale de droit médical*, n°22, pp. 49-63

dépenses. Or, la promotion de la coopération par les pouvoirs publics telle que décrite plus haut concernait surtout, comme on l'a vu, le secteur sanitaire.

En conséquence, le législateur a cherché à rationaliser l'intervention des 32 000 établissements sociaux et médico-sociaux, ce qui explique la rénovation profonde des instruments de coopération entreprise par la loi du 2 janvier 2002. En effet, auparavant ces établissements disposaient de peu d'outils adaptés pour mettre en place des coopérations. Ils peuvent désormais constituer des GCS MS. La circulaire du 18 mai 2006<sup>34</sup> promeut cet outil de la façon suivante : « *le GCS MS constitue un levier d'action essentiel, (...) dimensionné et pertinent car il peut réaliser des prises en charge rassemblant des publics différents, mais ayant des besoins communs ou qui s'inscrivent dans la durée de la vie des personnes accueillies.* » L'instruction ministérielle du 3 août 2007<sup>35</sup> va plus loin encore en proposant une subvention dont le montant varie entre 6 000 et 15 000 € « *afin d'inciter, dès à présent, à la création des GCS MS.* » Cette aide doit permettre le recours à tout appui extérieur (consultant, audit financier, cabinet en organisation) permettant de faciliter la mise en place définitive du GCS MS. Cette mesure illustre bien la volonté des pouvoirs publics de développer la coopération dans le secteur médico-social et de faire du GCS MS l'instrument privilégié de cette coopération.

Les chefs d'établissements devraient d'ailleurs être encouragés dans leur démarche par la souplesse du dispositif. Le GCS MS est ainsi décrit comme « un outil spécifique très ouvert »<sup>36</sup> par rapport aux dispositifs préexistants. En effet, les GIP et GIE limitaient les possibilités de coopération : les activités du groupement étaient cantonnées à des prestations accessoires à l'objet

---

<sup>34</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DGAS/SD5B/2006/216 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements [en ligne]. Non publiée au journal officiel, [visité le 20.09.07], disponible sur Internet : <http://www.unafam.org/telechargements/Circulaire-DGAS-SD5B-2006-216.pdf>

<sup>35</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. 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 [en ligne, visité le 20.09.07], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers.php?r=87&p=12&fr=1>

principal des membres. Par ailleurs l'accès à ces groupements était réservé aux seules personnes morales, tandis que le GC MS permet l'adhésion de personnes physiques, telles que des professionnels libéraux. La souplesse du GCS MS est également caractérisée par la latitude qu'il offre quant à ses modalités de constitution, d'organisation et de gestion. D'où la nécessité, selon le juriste D. Larose, d' « *une très grande précision de la convention constitutive du groupement qui devra définir, sans ambiguïté, les règles que s'imposent les parties.* »

### C) Les caractéristiques du GCS MS

Les grandes caractéristiques du GCS MS sont exposées par le décret du 6 avril 2006, et commentés par Claudine Esper<sup>37</sup>.

Les principaux objets sont les suivants :

- L'intervention commune de professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ;
- L'exercice d'une mission ou prestation habituellement assurée par l'un des établissements membres du groupement ;
- Les fusions et les regroupements.

L'éventail des membres potentiels est large. Le GCS MS peut être composé d'établissements sanitaires, sociaux, ou médicaux-sociaux, de personnes physiques (innovation importante par rapport aux dispositifs préexistants) telles que des médecins, des psychologues, des assistants sociaux, des infirmiers libéraux.

Le GCS MS est doté de la personnalité morale, de droit public ou de droit privé selon le statut de ses membres. Dans le cas d'une coopération entre membres de droit public et membres de droit privé, le statut est au choix. Il a pour instance une assemblée générale, qui désigne en son sein un administrateur.

---

<sup>36</sup> LAROSE D., *op. cit.*

<sup>37</sup> ESPER C., septembre-octobre 2006, « Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le GCS MS », *Revue de droit sanitaire et social*, n°5, pp. 909-917

La création du groupement se fait par convention constitutive, le principe de la participation étant au préalable décidé par le conseil d'administration. Cette convention fixe les droits et obligations de chacun et énonce les règles de fonctionnement de la structure. Sa rédaction est donc une démarche essentielle. Elle énonce l'objet du groupement (mention primordiale, qui fonde la coopération) ; précise la contribution des membres au fonctionnement ; indique la composition de l'assemblée générale. Elle régit également l'intervention des personnels du groupement, spécifie les droits et obligations des membres, ainsi que leur participation, financière ou en nature (mise à disposition de locaux, de matériels, de personnels). Les règles de la comptabilité dépendent de la nature juridique du groupement.

Cette convention peut faire l'objet d'avenants, ce qui permet l'évolution du groupement et son adaptation aux besoins des membres.

« Simplicité », « souplesse » sont des termes repris à plusieurs reprises par les commentateurs pour qualifier le GCS MS. Ils décrivent bien la volonté du législateur. Ils reflètent aussi ce que recherchait le centre hospitalier d'Avignon pour mener à bien l'intégration de l'EHPAD.

### **2.2.2 Le double objectif du GCS MS constitué par le centre hospitalier et l'EHPAD**

Comme cela a été vu précédemment, le rapprochement entre l'EHPAD et le centre hospitalier comporte des enjeux nettement différents pour les deux structures. Lorsque la question s'est posée, il importait pour l'EHPAD de rétablir l'équilibre financier au plus vite, de remédier à un climat social très dégradé, du fait des nombreux accidents de travail, d'un absentéisme important, et des actions en justice intentées par les agents contre leur employeur. La difficulté de recruter un directeur pour l'association compliquait davantage la situation. Il n'est donc pas exagéré d'estimer que pour l'EHPAD, l'enjeu était d'assurer la survie de l'institution.

La position de l'hôpital est différente. Il n'a jamais été véritablement demandeur d'un rapprochement avec l'EHPAD, qui comporte davantage de difficultés (principalement sur le plan financier et sur celui des ressources humaines) que de bénéfiques. Néanmoins, il répondra à la volonté de

rapprochement exprimée par la municipalité en élaborant un véritable projet sanitaire ainsi qu'une stratégie pour gérer l'intégration des agents avec le plus de souplesse possible.

A) Le projet sanitaire : créer une filière de prise en charge des personnes âgées

La direction de l'hôpital a donc choisi le GCS MS pour mettre en œuvre son projet sanitaire et la stratégie d'intégration qu'elle a conçue. Ce GCS MS, intitulé « Filière de soins avignonnaise pour personnes âgées », a pour objet selon l'article 3 de la convention constitutive de « *créer et gérer une filière de soins pour personnes âgées offrant, sur l'agglomération avignonnaise, un potentiel de prise en charge graduée en fonction de la pathologie de la personne.* » Pour réaliser cet objet, le GCS MS regroupe l'unité de soins de longue durée du centre hospitalier et l'EHPAD de l'association la Maison paisible. Ce projet sanitaire comporte plusieurs aspects.

a) *La mise en place d'une filière gériatrique*

La direction a décidé de saisir l'opportunité de la demande d'intégration pour compléter le dispositif de prise en charge des personnes âgées à l'hôpital. Pour ce faire, elle souhaite constituer une filière gériatrique, en suivant les préconisations de l'axe 3 du Plan solidarité grand âge 2007-2012. Cet axe est précisé par la circulaire du 28 mars 2007<sup>38</sup> qui expose les éléments constitutifs d'une filière gériatrique. Celle-ci doit réunir un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour, un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation, un ou plusieurs soins de longue durée.

Le centre hospitalier d'Avignon dispose de ces différents services, ou est en train de les constituer. La circulaire du 28 mars 2007 recommande en outre la mise en place de partenariats avec les acteurs médico-sociaux, suggérant la constitution de GCS ou de GCS MS. Conformément à ces différentes

---

<sup>38</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin officiel Santé protection sociale solidarités. N° 2007-4, p. 102-110.

recommandations, le centre hospitalier d'Avignon a donc pour ambition au moyen de sa filière d'organiser une prise en charge graduée et cohérente de la personne âgée. Grâce à cette volonté d'un décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social, les patients pourront bénéficier, comme le prévoit la circulaire, d'une continuité dans leur prise en charge, sans rupture, « au fur et à mesure de la gradation des soins requis », en amont et en aval des plateaux techniques de l'hôpital.

*b) Un contexte de décloisonnement du sanitaire et du médico-social*

Dans la logique d'une bonne organisation de la prise en charge, les établissements sanitaires et les structures médico-sociales ont vocation à se rapprocher. Dans les faits, les deux secteurs ne sont pas aussi artificiellement séparés qu'on pourrait le croire. Il arrive ainsi aux établissements et services sociaux de soigner, certains assurant des « prestations de soins et de suivi médical<sup>39</sup> ». De la même façon, les établissements de santé publics « *participent (...) à toutes actions médico-sociales coordonnées<sup>40</sup>* » et peuvent même « *créer et gérer les services et établissements médico-sociaux mentionnés<sup>41</sup>* » dans le code de l'action sociale et des familles. La qualité du parcours de soins dépend précisément de la recherche de coopérations et de complémentarités entre les deux secteurs, en visant la bonne articulation entre les différentes interventions.

*c) Le règlement d'une partie du problème de déficit en lits d'aval*

L'opération conçue par le centre hospitalier lui permettrait en outre de disposer de lits d'aval. Le centre hospitalier d'Avignon, comme beaucoup d'hôpitaux, est en effet confronté au problème récurrent de l'organisation de la sortie des personnes âgées à l'issue de leur hospitalisation. Les derniers recensements ont illustré le vieillissement de la population de Vaucluse : la proportion des 20-39 ans recule, tandis que celle des plus de 75 ans augmente. Or le département est assez faiblement doté en lits d'aval. Par

---

<sup>39</sup> Article L. 312-1, 7° du code de l'action sociale et des familles.

<sup>40</sup> Article L. 6111-1 du code de la santé publique.

<sup>41</sup> Article L. 6111-3 du code de la santé publique.

exemple, pour les lits de soins de suite et de réadaptation, le ratio de lits pour 1000 habitants est de 0,92 en Vaucluse contre 1,7 en moyenne nationale. Le centre hospitalier d'Avignon joue donc le rôle d'établissement de recours pour les structures peu médicalisées, mais aussi un rôle de proximité pour les hospitalisations de l'agglomération avignonnaise. En effet, les structures d'accueil de patients relevant de soins de suite et de réadaptation sont rapidement saturées.

Le centre hospitalier est par conséquent confronté à des difficultés de placements de patients dont la sortie pourrait être prononcée. Des études menées au sein de l'hôpital ont montré qu'il existe en effet en permanence entre 20 et 50 patients en attente d'orientation vers des structures de soins de suite. Ces patients occupent des lits de médecine, ce qui complique l'admission de malades adressés en urgence et qui devraient être admis dans des services de médecine. Ces derniers sont donc « hébergés » dans des services de chirurgie, ce qui conduit à reporter les interventions chirurgicales de certains patients. Ce phénomène des « hébergés » est décrit par le projet d'établissement 2003-2007 comme n'étant pas conjoncturel mais structurel. Il a donné lieu à une motion votée par les membres du conseil d'administration visant à « *attirer officiellement l'attention des représentants de l'Etat sur l'importance que revêt à leurs yeux la résolution de la question des malades hébergés.* »

L'objectif du GCS MS est donc aussi de fluidifier la sortie des services d'hospitalisation, dans la mesure où les demandes de l'hôpital seraient traitées prioritairement par l'EHPAD. Cette structure n'est pas un établissement de soins de suite et de réadaptation, mais permettrait néanmoins d'accueillir des patients de l'hôpital en attente de sortie. Ces possibilités de placements seraient toutefois très relatives : la rotation des résidents à l'EHPAD n'est pas importante, les lits ne se libérant en général qu'à la suite de décès. Mais au terme des cinq ans d'existence du GCS MS, si l'intégration de l'EHPAD au sein du centre hospitalier a bien lieu, l'hôpital disposera de 150 lits supplémentaires et gèrera directement lui-même toute la filière gériatrique.

Ce projet sanitaire n'est pas en lien immédiat avec la question de l'intégration des agents de l'EHPAD au sein de l'hôpital. Néanmoins, les deux objectifs sont

indissociables car faisant tous deux partie intégrante de la stratégie conçue par la direction du centre hospitalier.

B) Le deuxième objectif fondamental du GCS MS : préparer l'intégration du personnel de l'EHPAD

a) *L'option de recrutements individualisés*

Le GCS MS est par ailleurs constitué au service d'un deuxième objectif fondamental : préparer la « fusion-absorption » tout en permettant l'intégration des personnels dans la souplesse. La stratégie arrêtée par le directeur du centre hospitalier d'Avignon et le directeur des ressources humaines consiste à laisser le choix aux agents de l'EHPAD. Ceux-ci pourront :

- Soit être recrutés à l'hôpital et devenir fonctionnaires ;
- Soit être recrutés à l'hôpital en tant qu'agents contractuels de droit public ;
- Soit préférer ne pas intégrer l'hôpital, et donc démissionner de l'EHPAD et proposer leur candidature à d'autres établissements.

De fait, en fonction de leur ancienneté, les agents de l'EHPAD n'auront pas forcément intérêt, notamment sur le plan financier, à intégrer la fonction publique. La solution du GCS MS permet également que des départs à la retraite aient lieu pendant les cinq ans d'existence du groupement. Elle permet enfin de traiter de manière sereine le cas des agents en congés de longue durée ou de longue maladie.

Cette stratégie se calque sur l'organisation ordinaire des recrutements au centre hospitalier d'Avignon. Elle présente l'avantage d'être plus simple à mettre en œuvre que les autres possibilités prévues par la réglementation, notamment celle instaurée par l'article 102 du titre IV du statut général de la fonction publique hospitalière<sup>42</sup> et par le décret du 21 juillet 1999<sup>43</sup>. Ce

---

<sup>42</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel du 11 janvier 1986, p. 535.

dispositif spécifique de recrutement peut s'appliquer dans le cas de la reprise d'une activité sanitaire ou sociale privée par une structure publique. Il permet aux agents de la structure privée de demander leur intégration dans l'un des corps de la fonction publique hospitalière et leur nomination dans un emploi de l'établissement. Ceux-ci sont dispensés de stage et bénéficient d'une reconstitution de carrière avec, le cas échéant, l'octroi d'une indemnité différentielle. Cette procédure a été mise en œuvre en 1993 par le centre hospitalier de Champagnole (Jura) pour intégrer le personnel d'une clinique. Elle a également été appliquée en 1996, dans le contexte de la nouvelle organisation de la transfusion sanguine. Des opérations d'intégration de personnels des établissements de transfusion ont en effet été menées, en application de l'article 102 du titre IV, par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), le CHU de Rennes et le CHU de Saint-Etienne. L'hôpital Necker, établissement membre de l'AP-HP, a eu recours en 2007 à cette procédure pour l'intégration d'une partie des agents de l'Institut du puériculture et de périnatalogie, structure privée. Mais l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) d'Ile de France, à l'origine de la démarche, a pris des engagements financiers pour soutenir l'opération.

Le centre hospitalier d'Avignon a choisi une stratégie offrant certes relativement moins de garanties et de sécurité aux agents, puisque le décret du 21 juillet 1999 prévoit que tous les agents justifiant d'une ancienneté minimale de deux ans à temps complet dans la structure soient intégrés. Mais cette décision est à rapporter aux multiples difficultés caractérisant l'EHPAD. De plus, intégrer les agents de l'EHPAD selon la procédure prévue par le décret aurait représenté une complexité certaine et engendré des coûts importants, notamment parce qu'elle prévoit l'octroi de primes différentielles. Enfin, l'intégration de la structure aurait été immédiate alors que la direction de l'hôpital souhaitait la différer.

A court terme, le GCS MS permettra en outre une mutualisation de certains personnels. Ainsi, le centre hospitalier met déjà à disposition de l'EHPAD via le

---

<sup>43</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Décret n° 99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à

GCS MS un directeur adjoint, un médecin gériatre et un cadre de santé. Cette mutualisation des personnels est tout à fait dans l'esprit du GCS MS : comme le note B. De Lard, « *le recrutement mutualisé de personnels reste un des objectifs phares du GCS MS. (...) On pourrait également envisager la mise à disposition des membres, via le groupement et dans le respect des règles statutaires ou du droit du travail, de personnels salariés d'une structure adhérente au groupement.* »

b) *Des objectifs repris au sein de la convention constitutive*

Cette vocation à préparer l'intégration est exprimée, logiquement, par l'objet du GCS MS, tel qu'indiqué dans la convention constitutive. Il dispose en effet que le groupement est chargé de « *préparer la fusion juridique, financière et fonctionnelle* » des deux entités. La mission du groupement est précisée :

- Organiser une direction commune ;
- Mettre en place une gestion coordonnée des deux structures sur le plan fonctionnel comme sur le plan budgétaire et financier ;
- Uniformiser les règles de fonctionnement ;
- Préparer le recrutement par le centre hospitalier des personnels de l'association qui le souhaitent ;
- Prendre toute disposition permettant d'optimiser les moyens des deux structures et permettre ainsi l'intégration de l'EHPAD au mieux des intérêts des deux parties ;
- Réaliser toute étude et établir tous documents nécessaires à la fusion.

Outre l'objet, la convention constitutive précise la nature juridique du groupement : le choix a été fait du statut de droit public. La durée du GCS MS est de cinq années, durée pouvant être prorogée. Le capital est symbolique, la convention prévoyant une participation de 500 € par membre, soit 1 000 € au total. Les droits et obligations des membres sont précisés, ainsi que la composition de l'assemblée générale, qui comporte cinq représentants de chacun des membres, soit dix au total. L'assemblée dispose de compétences

---

caractère sanitaire ou social. Journal officiel du 29 juillet 1999, p. 11305.

d'attribution, limitativement énumérées. L'administrateur bénéficie quant à lui d'une compétence générale. Il est prévu que cette fonction soit assurée par le directeur du centre hospitalier, qui délèguera ses compétences à son adjoint, directeur par intérim de l'association.

La préparation de l'intégration de l'EHPAD au sein de l'hôpital correspond à un projet, qui induit du changement pour les deux structures, en particulier pour l'EHPAD.

## **2.3 La conduite de projet et du changement, au cœur du métier de directeur d'hôpital**

La stratégie d'intégration présentée permet de valoriser ce qui était initialement considéré comme une contrainte externe. Ce processus de valorisation est central dans le métier de directeur d'hôpital. Celui-ci est en effet régulièrement confronté à des contraintes externes auxquelles il devra répondre en élaborant des projets, qui sont par nature porteurs de changement. L'intégration étudiée doit être conçue comme un projet qui engendre du changement.

### **2.3.1 Différents types de projets caractérisant le métier de directeur d'hôpital**

Le métier de directeur d'hôpital fait appel à de nombreuses compétences manageriales, notion qui revient souvent dans le « référentiel métier » élaboré par l'Association des directeurs d'hôpital (ADH). Ces compétences sont mises en œuvre lors de la conduite de projet, activité pour le moins importante, sinon fondamentale, du métier de directeur. La conception du projet d'établissement est par exemple un moment-clé dans le management d'un hôpital. Ce document regroupe et synthétise les différents projets social, logistique, de soins, etc. qui devront être menés par les directeurs adjoints. Ce projet d'établissement devra ensuite être conduit, porté, par le chef d'établissement.

Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont eux aussi engendré l'élaboration de grands projets, fondamentaux pour la modernisation des hôpitaux. En ce qui concerne le plan Hôpital 2007, ces projets ont donné lieu à d'importantes

réalisations architecturales, et dont la conduite fait appel à des compétences multiples et diversifiées : restructuration, expertise technique, projets d'aménagements, etc.

Par ailleurs, l'impulsion donnée par les pouvoirs publics aux actions de coopération, évoquée plus haut, couplée à la démographie médicale, paramédicale et à celle du corps des directeurs d'hôpital, va nécessairement conduire à des restructurations de plus en plus importantes de l'offre sanitaire. La difficulté de certains établissements à recruter des médecins et du personnel paramédical va les conduire à réorienter leur activité. Une part d'entre eux sera amenée à se reconverter, délaissant leurs activités de chirurgie et d'obstétrique, au profit de la prise en charge des personnes âgées, notamment en installant des lits d'aval. Cette évolution prévisible correspond à celle envisagée dans le rapport du Pr Guy Valencien, remis au ministre de la santé le 3 avril 2006. Elle va dans le sens de davantage de sécurité pour les patients mais aussi de l'optimisation du système de santé. Ces restructurations correspondent à autant de projets, qui devront être élaborés et menés par les directeurs d'hôpital, en partenariat avec d'autres établissements et les autorités de tutelle.

Tous ces projets impliquent la conduite du changement, élément structurant du métier de directeur, qu'il convient d'analyser.

### **2.3.2 L'environnement culturel et politique du changement engendré par l'intégration**

Le changement au sein d'une organisation fait jouer des leviers multiples. Comme le note Noel M. TICHY, « *la gestion du changement implique des décisions techniques, politiques et culturelles qui tentent de produire les nouveaux états organisationnels désirés.* »<sup>44</sup> Ainsi, toute décision induisant du changement doit être préparée en lien avec son environnement technique, politique et culturel. Dans le cas du GCS MS et de l'intégration des agents au

---

<sup>44</sup> TICHY N.M., 1991, « Les bases de la gestion stratégique du changement », in TELLIER Y., TESSIER R., et al. *Théories du changement social intentionnel*, Paris : 1991. pp. 169-195.

sein de l'hôpital, la question ne doit donc pas être envisagée uniquement sur le plan technique du choix des modalités de recrutement les plus appropriées.

#### A) Environnement culturel

La prise de décision doit aussi prendre en compte l'environnement culturel. En effet, une structure est sanitaire, l'autre est médico-sociale, ce qui peut impliquer une différence quant à la perception du métier : davantage fondé sur le soin dans la première structure, davantage fondé sur le nursing dans la seconde. Plus encore, le personnel de la Maison paisible a effectué l'essentiel de sa carrière dans une structure privée et a donc développé ses propres valeurs, ses propres aspirations, qui peuvent être différentes de celles du personnel de l'hôpital. Il importera donc de surmonter ces différences culturelles, rapprocher les deux cultures et réfléchir à l'avenir de la culture associative quand l'EHPAD aura intégré l'hôpital. Quelle place pour cette culture antérieure ? Devra-t-elle être « assimilée » au sein de la culture hospitalière, au nom de l'intégration ? Pour intégrer au mieux les agents de l'EHPAD, la stratégie devra plutôt leur transmettre la culture de l'hôpital et leur permettre de se l'approprier, tout en laissant un espace à la culture construite au sein de l'association.

#### B) L'environnement politique : le positionnement des acteurs

La prise de décision intervient également dans un environnement politique, au sens premier du terme (intervention de la municipalité dans le dossier), mais aussi au sens où l'entend N. M. TICHY, celui du rapport de force entre les différents acteurs et des moyens de pression. La prise en compte de l'environnement politique de la décision permet d'analyser plus finement le positionnement, les intérêts et les enjeux de chaque groupe d'acteurs. Cette analyse permet à celui qui conduit le changement, en l'occurrence le directeur d'hôpital, d'évaluer l'adhésion que suscite le projet, les raisons des éventuelles réticences, les appuis dont il pourra bénéficier et les difficultés qu'il rencontrera.

La stratégie d'intégration, qui consiste en l'élaboration d'un GCS MS, implique de nombreux acteurs. Divers entretiens ont permis d'appréhender leur point de vue et leur positionnement par rapport à cette stratégie.

a) *Le chef d'établissement du centre hospitalier d'Avignon*

Le directeur, qui a élaboré cette stratégie avec le directeur des ressources humaines, n'estime pas avoir éprouvé de difficultés particulières à convaincre les différentes parties du bien fondé de la stratégie. Il est particulièrement vigilant quant à la situation budgétaire de l'EHPAD, et alerte les autorités de tutelle et la municipalité sur le fait qu'il est impossible que l'hôpital reprenne à son compte le déficit de l'association.

b) *La communauté médicale*

La communauté médicale, dont le point de vue est exprimé par son président, a été particulièrement soucieuse que l'hôpital ne soit pas pénalisé sur le plan financier. Le président de la commission médicale d'établissement n'a pas eu de difficulté à requérir l'assentiment des médecins, qui en général approuvent les orientations prises par la direction. Il estime en revanche qu'il faudra être vigilant quant aux qualifications du personnel de la Maison paisible. En revanche le médecin gériatre qui intervient sur les deux structures concernées estime que l'EHPAD pourrait être pénalisé par une intégration au sein de l'hôpital, qui introduirait de la lourdeur dans la gestion quotidienne. Il redoute également de voir diminuer la qualité de la prise en charge de l'EHPAD, meilleure selon lui qu'à l'hôpital pour certains aspects. Il craint par ailleurs que tous les « bons éléments » de l'EHPAD rejoignent l'hôpital. Il émet enfin de sérieux doutes quant à la capacité de l'EHPAD à devenir un service de l'hôpital à part entière. Selon lui, le rapprochement a été imposé à l'hôpital, dépassé par une volonté politique.

c) *La direction des soins*

La direction des soins a rédigé une note comparant le taux d'encadrement de l'EHPAD et celui de l'hôpital. Elle a donc une certaine connaissance du dossier, et sera partie prenante de la mise en adéquation de l'organisation de l'EHPAD avec celle de l'hôpital. Elle pourra être sollicitée en particulier pour réfléchir aux possibilités de carrière au sein de l'hôpital pour les agents de la Maison paisible.

d) *Les partenaires sociaux de l'hôpital*

Les représentants du syndicat Confédération générale du travail (CGT) au centre hospitalier d'Avignon ont eu connaissance du projet de GCS MS au sein des instances de l'hôpital (comité technique d'établissement, conseil d'administration), mais connaissait déjà la structure et ses problématiques par ses échanges avec les représentants de la CGT au sein de la Maison paisible. La CGT estime que la municipalité a voulu se « débarrasser » de la Maison paisible, du fait de la sensibilité du dossier et de son manque d'expertise. Le syndicat est globalement favorable au GCS MS, dont il espère qu'il résoudra les problèmes de la Maison paisible, « institution en souffrance », au sein de laquelle régnait « une culture des conflits. » Mais il estime que le GCS MS ne solutionnera que de manière marginale le déficit de lits de soins de suite au sein de l'hôpital, qui pénalise les agents dans leur travail. Il a approuvé le projet lors du vote au sein des instance.

Les représentants du syndicat Force ouvrière (FO) à l'hôpital estime que l'opération est un « challenge ». Ils ont voté favorablement le projet de GCS MS, bien qu'affichant au départ un certain scepticisme, du fait des graves difficultés financières de la Maison paisible et de la supériorité de la rémunération des agents de l'EHPAD par rapport à celle du personnel de l'hôpital. Ils estiment positif que l'hôpital recrute davantage de fonctionnaires et qu'il puisse disposer de lits d'aval supplémentaires. Ils affirment être intervenus auprès des agents de l'EHPAD pour les inciter à lutter contre l'absentéisme et travailler avec davantage de conscience professionnelle.

e) *Les partenaires sociaux de l'EHPAD*

Les représentants de la CGT au sein de l'EHPAD estiment que l'annonce du projet de GCS MS a mis fin à un « quiproquo » : les agents pensaient que l'institution allait être cédée à l'hôpital pour un euro symbolique. Une manifestation avait été organisée par les deux syndicats (CGT et FO) il y a deux ans pour protester contre cette mesure et dénoncer le manque de concertation. La CGT a approuvé le projet, mais est particulièrement vigilante quant au sort des agents qui ne pourront pas être repris du fait de leur inaptitude. Elle veillera à ce que les agents présentant une candidature auprès

de l'hôpital ne soient pas écartés en fonction du contenu de leur dossier, notamment sur le fondement du nombre d'arrêts maladie. Selon le syndicat, si la charge de travail est plus lourde à l'EHPAD, la prise en charge des personnes âgées demeure meilleure qu'au service de long séjour de l'hôpital, et ce malgré une moindre qualification du personnel. La CGT sera particulièrement vigilante sur les questions salariales. Ses représentants au sein de l'EHPAD se sont rapprochés de ceux de l'hôpital.

Les représentants du syndicat FO à la Maison paisible ont voté favorablement le projet de GCS MS. Ils l'approuvent sans réserve, mais notent cependant qu'il suscite un intérêt chez les agents les plus jeunes et une vive inquiétude chez les plus anciens. Tout comme la CGT, ils sont en contact étroit avec les représentants du syndicat FO à l'hôpital.

*f) Les cadres de l'EHPAD*

La situation des cadres de l'EHPAD est assez inédite. En ce qui concerne la direction, la fusion a déjà été réalisée, puisque l'association est dirigée par un directeur adjoint du centre hospitalier. Parmi les trois cadres administratifs, seul le cadre responsable des ressources humaines est concerné par l'intégration. Les deux autres sont en fin de carrière et cesseront leur activité dans les cinq ans à venir. Le cadre concerné par l'intégration exprime une certaine inquiétude au sujet de son avenir, d'autant plus que sa rémunération est élevée par rapport à celle que l'hôpital pourrait lui proposer. Il ressent par ailleurs de l'anxiété et de la frilosité de la part du personnel, qui exprime des craintes quant au maintien de tous les emplois. Selon lui, les agents redoutent également de perdre « l'esprit » de l'association, en exerçant dans une structure de taille importante. Ils craignent enfin de ne pas pouvoir s'adapter, notamment à la hiérarchie. Le cadre interrogé estime enfin que le rapprochement avec l'hôpital n'était pas la seule solution d'avenir pour la Maison paisible, qui fait régulièrement l'objet d'offres d'achat. Il reconnaît cependant que le coût social d'un rachat serait important.

*g) Le conseil d'administration de la Maison paisible*

Le membre du conseil d'administration de la Maison paisible rencontré approuve vivement la constitution du GCS MS. Il estime que l'association a

souffert de son emprise par le politique et que le rapprochement avec l'hôpital permettra de passer d'une gestion « politico-relationnelle » à une gestion efficace et pragmatique. A condition, toutefois, que l'EHPAD conserve sa dimension humaine et ne soit pas étouffé par l'hôpital, dont il deviendrait un service accessoire. Selon lui, certains membres du conseil d'administration de l'association, en particulier les plus anciens, n'étaient au départ pas favorables à un rapprochement avec l'hôpital. Ils redoutaient un recul de leur implication personnelle dans la gestion de la Maison paisible. Cette vision des choses aurait causé un important retard stratégique pour l'association. Le projet recueille désormais l'assentiment de l'ensemble des administrateurs.

#### *h) La presse*

La presse locale annonçait au mois de juin 2005 une fusion entre l'EHPAD et l'hôpital. *Le Dauphiné libéré*<sup>45</sup> et *La Provence*<sup>46</sup> ont dénoncé une volonté politique de se « débarrasser » de l'association, en la « bradant » à l'hôpital. Les articles comprennent des informations erronées et ne relaient que le point de vue des représentants syndicaux. La direction de l'hôpital n'est pas interrogée, ni les cadres de l'EHPAD.

#### *i) En résumé, deux groupes d'acteurs*

Aucun des acteurs concernés n'est formellement opposé au rapprochement et à l'élaboration du GCS MS. L'analyse du positionnement de chaque catégorie concernée fait apparaître deux groupes d'acteurs.

Le premier groupe est composé d'acteurs favorables au projet mais qui n'en seront pas véritablement porteurs. Ainsi la communauté médicale adhère à l'opération, mais on perçoit davantage chez les médecins de l'apathie qu'un véritable enthousiasme. Ils sont avant tout soucieux de l'équilibre des finances de l'hôpital, d'autant plus que le rapprochement avec l'EHPAD ne solutionnera selon eux que de manière marginale le problème du manque de lits d'aval. Les membres du conseil d'administration de l'hôpital approuvent le

---

<sup>45</sup> GARCIN J.-F., « Fusion envisagée avec l'hôpital », *Le Dauphiné libéré*, 8 mai 2005.

<sup>46</sup> « Du rififi chez les mamies », *La Provence*, n°3 du 10 juin 2005.

rapprochement, qui a d'ailleurs été impulsé par leur présidente. Les membres du conseil d'administration de la Maison paisible se prononcent également en faveur du projet, conscients que le rapprochement de l'hôpital leur a permis de redresser la situation de l'association. Ils sont néanmoins peu impliqués dans la gestion et dans la préparation de l'avenir.

Le deuxième groupe est composé des partenaires sociaux, qui relaient les préoccupations du personnel. Tous ont voté favorablement le GCS MS dans le cadre des instances. Cependant les représentants syndicaux de la Maison paisible se montrent vigilants, dans l'attente des évolutions à venir. Leur soutien au projet est loin d'être inconditionnel. Ils veilleront à ce qu'une solution soit définie pour chaque agent, dans des conditions salariales favorables. Ils ont exprimé à cet égard l'inquiétude ressentie par le personnel. Il importera donc de les associer à la stratégie d'intégration, dans un souci de transparence et de clarté. Ils seront bien évidemment un relais d'information important. La position des partenaires sociaux de l'hôpital est également à prendre en compte : ils jouent un rôle d'information et de conseil auprès de leurs homologues de l'EHPAD. Ils peuvent dans certains cas constituer un recours pour temporiser la situation, comme ils ont pu le faire par le passé. Dans tous les cas, il importera d'être vigilant quant aux informations qui leurs sont transmises, en gardant à l'esprit les étroites relations qu'ils ont nouées avec les représentants syndicaux de l'EHPAD.

La même vigilance devra être accordée à la communication sur le projet, la presse locale ne faisant pas preuve d'objectivité et pouvant être source de désinformation des différents acteurs. Les derniers articles consacrés au sujet datent de juin 2005. Néanmoins, une réactivation du projet pourrait susciter des réactions.

### Tableau de synthèse du positionnement des principaux acteurs

Acteurs « apathiques »	Acteurs vigilants
<p>→ Il faudra requérir leur implication dans la conduite du projet</p> <p><b>Communauté médicale</b> : leur implication facilitera l'intégration de l'EHPAD et sa reconnaissance au sein de l'hôpital</p> <p><b>Cadre de la Maison paisible</b> concerné par l'intégration : il peut jouer un relais auprès du personnel et sera un collaborateur utile au sein du groupe projet</p>	<p>→ Leur implication sera incontournable et importante, ils peuvent faciliter ou compliquer l'intégration</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndicats de la Maison paisible</b></li> <li>- <b>Syndicats de l'hôpital</b></li> </ul>

Une stratégie générale a donc été conçue par la direction du centre hospitalier. Elle correspond à un projet, qui engendre du changement. Il convient à présent de proposer des solutions pour la mise en œuvre opérationnelle de cette stratégie.

### **3 3<sup>EME</sup> PARTIE : LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DE LA STRATEGIE D'INTEGRATION**

L'intégration comporte divers enjeux qu'il convient d'analyser (3.1), afin de proposer ensuite une stratégie d'ensemble pour réaliser le recrutement des agents (3.2). Celle-ci devra enfin être déclinée au niveau individuel (3.3).

#### **3.1 Les problématiques spécifiques à l'intégration de l'EHPAD au sein du centre hospitalier d'Avignon**

##### **3.1.1 Des inadéquations entre les deux structures sur les plans de l'organisation et des effectifs**

- A) Un taux d'encadrement pour la prise en charge des personnes âgées supérieur à l'hôpital

La note rédigée par la direction des soins, qui compare le secteur du long séjour de l'hôpital avec l'EHPAD, fait apparaître un ratio agents/lits de 0,32 pour l'EHPAD et de 0,74 pour le centre hospitalier. Les effectifs pour la prise en charge des patients, à niveau de dépendance globalement comparables, sont donc nettement inférieurs à la Maison paisible par rapport au centre hospitalier. La direction des soins propose d'élever le ratio de l'EHPAD à 0,45 ; ce qui serait conforme à la densité moyenne par structure de 0,48 agents/lits, mesurée par la Fédération hospitalière de France (FHF) à travers l'échantillon de la Banque de données hospitalières de France (BDHF)<sup>47</sup>. Pour y parvenir, l'effectif de l'EHPAD doit être majoré d'un cadre de santé, de 8,75 équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et de 3,5 ETP d'aides-soignants. La note recommande également la transformation de 18 postes

---

<sup>47</sup> FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, mai 2002, *La lettre de la FHF*, n°5

d'agents de service et logistiques en postes d'aides-soignants, dans le but de compenser l'aggravation de la dépendance des personnes âgées.

Cette dépendance se mesure au moyen de la grille d'évaluation AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources), outil permettant d'évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée. Les résidents sont classés au sein de six groupes iso-ressources ; chacun de ces groupes comprenant des personnes dont la perte d'autonomie nécessite des niveaux d'aide équivalents. Ainsi, le groupe 1 rassemble des personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et pour lesquelles une présence continue d'intervenants est nécessaire. Le groupe 2 comprend d'une part les personnes grabataires lucides ou dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et d'autre part les personnes démentes qui déambulent. Les personnes classées dans ce groupe 2 nécessitent une surveillance permanente et des aides répétées. Le groupe 3 regroupe des personnes ayant conservé leur autonomie mentale et locomotrice mais nécessitant des aides quotidiennes et plusieurs fois par jour pour leur autonomie corporelle. Le groupe 4 comprend d'une part les personnes qui n'assument pas seuls leurs transferts (besoin d'une aide pour se lever et se coucher), et d'autre part celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas. Le groupe 5 comprend pour l'essentiel des personnes ayant besoin d'heures d'aides ménagères. Enfin le groupe 6 concerne les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

Le classement des résidents au sein de ces groupes iso-ressources permet d'évaluer ensuite le niveau moyen de dépendance des personnes âgées hébergées, à travers le GMP (Groupe iso-ressources moyen pondéré). Cet indicateur détermine le niveau des moyens qui seront alloués à l'établissement par ses financeurs. Or, l'analyse de l'évolution du GMP de l'EHPAD fait apparaître une nette aggravation en 2005 et 2006 par rapport à 2004.

Plus encore, la proportion des patients classés au sein des groupes iso-ressources 1 et 2 (c'est-à-dire les personnes les plus dépendantes) augmente chaque année, jusqu'à représenter la moitié des résidents en 2006.

### Variation du GMP de l'EHPAD

	2004	2005	2006	2007
GMP	540	627	663	628
VARIATION N/N-1		+ 16 %	+ 6 %	- 5 %
PROPORTION DES RESIDENTS EN GIR 1 – GIR 2	34 %	49 %	51 %	44 %

Cette aggravation du GMP, et donc de la dépendance des résidents, n'a pas été compensée par des moyens supplémentaires et l'effectif des aides-soignants est inférieur à celui permettant une prise en charge adaptée.

Cependant en 2007, le GMP a chuté. Bien que nettement supérieur à 2004, il est en recul de 5 % par rapport à 2006. Il en va de même pour la proportion de patients en GIR 1 et 2 (moins 7 points en 2007 par rapport à 2006). Cela signifie que l'EHPAD pourra difficilement justifier une demande de moyens supplémentaires auprès de ses financeurs. Il va donc falloir réfléchir en profondeur à une réorganisation de la prise en charge.

L'institution a déjà choisi, depuis plusieurs années, pour pallier le déficit de ressources en aides-soignants, d'affecter en permanence une partie des agents de service à la réalisation des soins, en leur octroyant une indemnité. Cette « indemnité différentielle » a coûté à l'établissement 20 000 € en 2004 et en 2005, 23 000 € en 2006. Au-delà du coût, cette situation est créatrice d'inégalités. Car les agents de service ne sont pas affectés à la réalisation des soins selon un roulement régulier, mais en fonction d'un système reposant sur le favoritisme. Certains le sont donc de manière quasi-permanente, d'autres très rarement. Par conséquent, les premiers ont des rémunérations bien supérieures aux seconds. Outre la question des inégalités salariales, cette situation contribue à augmenter de façon non rationnelle (car fondée sur le favoritisme) le pouvoir de certains agents de service par rapport à d'autres. Il

en résulte inévitablement des tensions au sein de l'EHPAD, ce qui va d'ailleurs dans le sens de l'observation de Michel Crozier dans le secteur de l'industrie avec son exemple des relations entre ouvriers d'entretien et chefs d'atelier<sup>48</sup>.

B) Des horaires, des plannings et des roulements conçus différemment

L'organisation de l'EHPAD est différente de celle de l'hôpital. Cette différence se constate en matière d'horaires, de roulements et de nombre de week-ends de repos par mois. Une harmonisation devra être recherchée pour préparer l'intégration.

La difficulté principale va se situer sur le plan de l'organisation de la RTT. Comme cela a été indiqué précédemment, le protocole de l'hôpital est plus favorable aux agents que celui de la Maison paisible. A l'hôpital en effet, les agents bénéficient de 19 jours de congés par an au titre de la RTT en travaillant 38h30, tandis qu'à l'EHPAD la durée hebdomadaire du travail est de 35 h et ne prévoit donc pas de jours de congés au titre de la RTT. Cette situation risque de créer un « appel d'air » pour les agents de l'EHPAD, qui pourraient préférer travailler à l'hôpital et bénéficier de quatre semaines de congés de plus par an. Or appliquer le protocole de l'hôpital à l'EHPAD reviendrait à créer 6,25 ETP supplémentaires, sans bénéficier des financements correspondants.

C) Un niveau d'absentéisme trop élevé à l'EHPAD

Le taux d'absentéisme est une question cruciale pour l'EHPAD. L'analyse ne retiendra que l'absentéisme lié à la maladie et aux accidents du travail. L'absence des agents pour des raisons de formation ou de maternité nécessite la définition de solutions de remplacement, néanmoins ils ne traduisent pas des difficultés liées au travail. Au contraire, le départ en formation est nécessaire et prévisible, il doit être organisé de manière à ne pas perturber le fonctionnement de l'institution. De la même façon les congés maternité peuvent être anticipés.

---

<sup>48</sup> CROZIER M. FRIEDBERG E., *op. cit.* pp. 58-63

Le tableau suivant fait apparaître le nombre de journées d'absence par agent à l'EHPAD pour les dernières années.

### Nombre de jours d'absence par agent

	2003	2004	2005	2006	2007*
Arrêts maladie	23	19	24	24	24
Accidents de travail	20	15	11	11	12
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>36</b>

\*fin août

Lecture : en 2003, chaque agent a été absent 43 jours en moyenne.

On observe une forte réduction en 2004 du nombre de jours d'absence par agent : 9 journées de moins. En revanche, il semble qu'un seuil plancher ait été atteint, puisque entre 2004 et 2007 aucune nouvelle diminution n'est constatée. Au contraire, la tendance semble être à une légère hausse. Or le niveau d'absentéisme du centre hospitalier d'Avignon est de 18 jours par agent. Au niveau national, il est de 20,4. La BDHF de la FHF relevait en 2004 un niveau d'absentéisme de 27,5 jours par agent pour les hôpitaux locaux. Cette donnée montre qu'il est fréquent que l'absentéisme soit plus élevé au sein des petites structures. Néanmoins celui de l'EHPAD doit être ramené à un niveau plus acceptable. D'autant plus qu'il génère un coût important pour la structure : les dépenses d'intérim se montaient à plus de 100 000 € en 2004. Elles ont été considérablement réduites depuis, mais leur montant en 2005 était de 55 000 €. Outre le coût généré, cet absentéisme élevé perturbe le fonctionnement du service et déséquilibre la charge de travail, en particulier quand les agents intérimaires ne connaissent pas la structure. La qualité de la prise en charge peut alors s'en trouver diminuée.

D) Les qualifications des agents de l'EHPAD, inférieures à celles des agents de l'hôpital

La question des qualifications des agents se pose également. Actuellement, une partie des soins est réalisée par des agents de service et logistique, du fait d'un manque de ressources en aides-soignants. Ceux-ci ne possèdent pas les diplômes nécessaires à la fonction d'aide-soignant. Certains ont développé des

compétences pour la prise en charge des personnes âgées, du fait de la fréquence de l'exercice de l'activité ou de leur ancienneté. Néanmoins, ces compétences n'ont pas fait l'objet d'une validation dans le cadre du dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE). Cela pose problème en termes de responsabilité et de qualification. L'hôpital, s'il recrute ces agents, ne pourra pas les affecter à des fonctions d'aide-soignant. Et pourtant l'organisation actuelle des soins et les effectifs de l'EHPAD nécessitent le recours à ces agents. Par ailleurs, comme cela a été vu précédemment, cette situation donne lieu à l'octroi d'une indemnité différentielle aux personnes concernées. Outre le caractère inégalitaire de la situation, le recrutement à l'hôpital de ces agents en tant qu'agent de service hospitalier (ASH) générerait pour eux une diminution substantielle de leur rémunération.

Ces différentes problématiques militent pour la définition d'une stratégie globale, et la mise en place d'un projet pour le recrutement du personnel de l'EHPAD.

## 3.2 La stratégie globale de recrutement des agents

Le recrutement des agents doit prendre en compte les problématiques multiples qui ont été évoquées. Cela se traduit par la conception d'un plan d'action. Le détail des aspects techniques sera étudié par le groupe en charge de la mise en œuvre concrète de la stratégie. Ici ne sont présentés que les aspects généraux devant être pris en compte dans la définition de la stratégie globale.

### 3.2.1 L'organisation des recrutements

#### Effectifs de l'EHPAD et perspectives de recrutement

	Effectifs Actuels	Départs à la retraite entre 2007 et 2012	Départs à la retraite entre 2012 et 2017	Invalidité / congés longue maladie / congés longue durée	Recrutements potentiels (contractuels + fonctionnaires)
Cadres	3	2	1	0	1
IDE	10	3	4	1	6
Aides-soignants	22	1	6	2	19
Agents de service	34	8	3	3	23
Agents administratifs	5	0	1	0	5
Cuisiniers	4	0	0	0	4
Responsable logistique	1	0	1	0	1
Animatrice	1	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>60</b>

A) Les cas d'invalidité, de congés de longue maladie ou de longue durée

Le tableau ci-dessus mentionne six cas d'agents dont le recrutement ne sera vraisemblablement pas possible. Ces agents sont en congés de longue durée,

de longue maladie ou ont été reconnus invalides par la sécurité sociale. Des modalités de reclassement pourront éventuellement être envisagées. En effet, deux emplois vont se libérer dans les foyers-logements au cours des cinq années à venir. Ces emplois pourraient s'avérer compatibles avec les pathologies des agents concernés. Pour d'autres, la reconnaissance d'une invalidité totale par la sécurité sociale donneraient lieu à un licenciement pour inaptitude et au versement d'une pension d'invalidité au titre de la solidarité nationale.

#### B) Les départs à la retraite

Sur les 80 agents exerçant au sein de l'EHPAD, 14 auront cessé leur activité en 2012, c'est-à-dire à la date prévue de l'intégration, sous réserve qu'ils aient accompli les 41 annuités de cotisation, comme le prévoit la réforme des retraites. Pour ceux-ci, la question du recrutement ne se pose pas.

#### C) Les agents en fin de carrière : recrutement en tant que contractuels de droit public

Pour les agents devant partir à la retraite entre 2012 et 2017, c'est-à-dire dans les cinq années suivant l'intégration de l'EHPAD au sein de l'hôpital, la question d'un éventuel recrutement est à envisager, puisqu'ils ne pourront pas encore faire valoir leurs droits à la retraite. Cependant, le peu d'années qu'il leur reste à accomplir ne leur permettra pas de profiter des bénéfices attendus du recrutement au centre hospitalier, notamment de la possibilité d'effectuer une carrière au sein de la fonction publique, des possibilités de mutation au sein de l'hôpital et d'évolution professionnelle. Par ailleurs, leur recrutement aurait un coût élevé pour l'hôpital, ces agents étant en fin de carrière. Une partie de leur ancienneté serait reconstituée, ce qui représente une charge financière pour l'hôpital, alors même que pour les agents une perte de rémunération serait malgré tout à redouter. Il importe donc de définir une solution pour les personnes devant cesser leur activité entre 2012 et 2017. Rappelons que le GCS MS est supposé avoir été dissout en 2012 et l'intégration de l'EHPAD au sein de l'hôpital réalisée.

L'hypothèse de pré-retraites ne sera pas travaillée, du fait du projet de forte taxation qui a été annoncé et de sa remise en cause générale.

Une première solution consisterait à ce que ces agents restent employés par la Maison paisible et soit mis à la disposition de l'hôpital pour exercer au sein de l'EHPAD. L'hôpital rembourserait alors les salaires à l'association. Cette procédure permettrait d'éviter aux agents un changement de statut et pourrait être mise en place sous la forme d'une convention, ou au moyen de la prolongation du GCS MS, dont l'objet serait modifié puisqu'il aurait désormais pour essentielle vocation de régler les modalités de mise à disposition des agents, l'EHPAD appartenant à l'hôpital. Toutefois, il est difficilement concevable que la Maison paisible conserve des emplois sur son tableau des effectifs alors qu'elle n'assure plus l'activité d'EHPAD. Une autre solution doit être envisagée.

Elle consiste à recruter ces agents à l'hôpital en tant que contractuels de droit public. Le *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*<sup>49</sup> recense sept possibilités de recrutement sous ce statut. Aucune ne semble correspondre pleinement à la situation étudiée. Néanmoins, ce statut semble approprié pour ces agents en fin de carrière qui ne devront accomplir que cinq années d'activité au maximum.

D) Le recrutement en vue d'une titularisation au sein de la fonction publique

Les agents en fin de carrière sont au nombre de 15. 44 agents seraient recrutés en vue d'une titularisation au sein de la fonction publique hospitalière. Soit 59 agents à recruter au total. La limite de 2017 a été arbitrairement retenue pour matérialiser le type de recrutement. Les agents cessant leur activité avant 2017 seraient recrutés en tant que contractuels de droit public, ceux cessant leur activité postérieurement à cette date seraient titularisés.

On pourrait également instaurer comme critère de recrutement le nombre d'annuités de cotisation nécessaires en tant que fonctionnaire pour bénéficier du régime de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités

---

<sup>49</sup> DERENNE O., LUCAS A. / ed., 2005, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, vol. 1 : le fonctionnaire hospitalier, Rennes : Editions ENSP. p. 742

locales. 15 annuités de cotisation sont nécessaires. Les agents ne pouvant pas accomplir les 15 années au sein de la fonction publique ne seraient pas titularisés mais recrutés en tant qu'agents contractuels de droit public, ceux pouvant cotiser les 15 années seraient titularisés.

Cette stratégie a été retenue par l'hôpital Necker, de l'AP-HP, reprenant des activités de l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie. La procédure prévue par le décret du 21 juillet 1999 a été mise en œuvre. Cependant, les agents ne pouvant pas cotiser quinze annuités en tant que fonctionnaires ont été recrutés en tant qu'agents contractuels de droit public. Procéder ainsi avec l'EHPAD de la Maison paisible reviendrait à titulariser uniquement les agents nés en 1963 et après 1963. Cela concerne 15 agents de service, 3 cuisiniers, 13 aides-soignants, 2 IDE, 4 agents administratifs et l'animatrice. 38 agents seraient titularisés, les 6 restants rejoindraient les agents contractuels de droit public.

### **Types de recrutement selon le critère des cotisations retraite**

	Agents nés avant 1963 : recrutement en tant que contractuels de droit public	Agents nés après 1963, pouvant cotiser 15 ans en tant que fonctionnaires : titularisation
Cadre	1	0
IDE	4	2
Aides- soignants	6	13
Agents de service	6	16
Cuisiniers	1	3
Responsable logistique	1	0
Agents administratifs	1	4
Animatrice	0	1
TOTAL	20	39

Cependant cette limite des 15 annuités nécessaires au bénéfice du régime de pension des fonctionnaires ne peut être instaurée de manière ferme, car cela reviendrait à préjuger du choix des agents. Le principe étant de leur laisser le

choix de leur modalité de recrutement, certains pourront préférer demander leur titularisation même s'ils ne pourront pas prétendre à la retraite des fonctionnaires.

Ainsi, selon que l'on retiendra comme limite un départ à la retraite avant 2017 ou le nombre d'années de cotisation en tant que fonctionnaire, le nombre d'agents à recruter en vue d'une titularisation varie entre 39 et 44. Le nombre d'agents à recruter en tant que contractuels de droit public varie entre 14 et 20. Cette estimation doit cependant être considérée avec précaution, au regard des évolutions prévisibles en matière de retraite.

#### E) Les modalités pratiques du recrutement

Concernant les modalités pratiques de recrutement, la direction du centre hospitalier a décidé d'appliquer sa procédure habituelle. Pour les agents de l'EHPAD candidats à la titularisation, cela implique de présenter une candidature, dans le cadre de ce qui peut être assimilé à un concours sur titre, à ceci près que les postes ne sont pas publiés. En revanche un examen des dossiers aura lieu, suivi d'entretiens. Le centre hospitalier d'Avignon propose en règle générale un contrat de trois mois renouvelable une fois suivi d'un stage de douze mois, à l'issue duquel est en principe prononcée la titularisation. Pour les agents contractuels, des entretiens auront lieu également et un contrat à durée indéterminée leur sera proposé.

Le recrutement n'entraînera pour autant pas de possibilités immédiates de mutation au sein des services de l'hôpital. Pour ne pas perturber le fonctionnement de l'EHPAD, les possibilités de mutation de l'EHPAD vers l'hôpital seront gelées pendant une période de trois à cinq années.

La mise en œuvre de cette stratégie de recrutement implique un travail de fond dès la fin de l'année 2007 afin de résoudre les problématiques exposées précédemment.

### **3.2.2 La mise en adéquation des compétences et des organisations entre les deux structures**

La mise à jour des compétences des agents de l'EHPAD est un préalable indispensable. Actuellement, un certain nombre d'agents de service exerce une activité d'aides-soignants sans en avoir la qualification. Cela met en lumière l'inadéquation entre les ressources dont dispose l'EHPAD et celles exigées par la population prise en charge. La comparaison avec les effectifs des services du centre hospitalier a confirmé cette impression. Des transformations de postes d'agents de service en postes d'aides-soignants doivent donc être négociées avec les autorités qui financent l'EHPAD, c'est-à-dire le Conseil général et la DDASS. Cela permettrait de réagir à l'aggravation du GMP exposée plus haut. Cette négociation doit avoir lieu dans le cadre de la convention tripartite, en cours de rédaction, puis dans le cadre d'avenants à cette convention, tout au long des cinq années de l'existence du GCS MS.

Dans le cadre de la convention tripartite, il est d'ailleurs prévu que le GMP sera actualisé chaque année et que les financements soient revus en conséquence. Outre la négociation relative à la convention tripartite, un cahier des charges conjoint devra être élaboré entre l'hôpital, les tutelles et la ville d'Avignon. La ville d'Avignon et la DDASS étant à l'origine de la demande d'intégration, il importe de les impliquer dans la démarche. Les expériences de fusion rapportées par E. Piriou<sup>50</sup> confirment l'idée selon laquelle « *le positionnement des tutelles sur le devenir de l'établissement est primordial. (...) Un cahier des charges conjoints sur la conduite de la reprise est nécessaire. Sans quoi, il n'y a pas de fil directeur ni d'accord sur la façon de traiter les crises éventuelles.* » Le cahier des charges pourra ainsi contenir des objectifs en matière de transformations de postes et de financement des déficits de l'EHPAD.

A cet égard, les quatre agents de service actuellement en cours de VAE pour devenir aides-soignants devront être encouragés et soutenus dans leur démarche, qui correspond à l'évolution des besoins de l'institution. La loi de

---

<sup>50</sup> PIRIOT E., *op. cit.*

modernisation sociale du 18 janvier 2002<sup>51</sup> a créé ce dispositif, qui consiste à entériner, dans le cadre de la formation professionnelle continue, le principe d'un droit individuel à la VAE : « *toute personne engagée dans la vie active est en droit de faire valider les acquis de son expérience, notamment professionnelle, en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification.* »

F. Julien et D. Vincent estiment ainsi que « *pour prendre sa pleine dimension d'opportunité stratégique dans les établissements de santé, la VAE doit figurer dans la politique de formation comme un outil de promotion professionnelle, (...) de valorisation des individus, de gestion prospective des compétences, mais aussi de rationalisation économique des coûts de formation, du fait de la réduction des parcours de formation*<sup>52</sup>. » L'importance de la démarche de VAE, soulignée par les auteurs, incite fortement l'établissement à s'impliquer au plus près des agents, comme le recommande la circulaire du 29 mai 2006<sup>53</sup> : « *il est demandé aux établissements (...) de s'impliquer dans ce dispositif qui, fondé sur un droit individuel, peut constituer un véritable atout collectif.* » En effet, l'EHPAD a besoin de moins d'agents de service, et d'un nombre supérieur d'aides-soignants. Par ailleurs, la VAE permettra aux agents de service de réaliser une « intégration par le haut » : être recrutés en tant qu'aides-soignants serait pour eux plus valorisant et plus attractif en termes de rémunération. L'hôpital ne pouvant pas leur verser une indemnité différentielle pour la réalisation des soins, la seule solution pour maintenir leur niveau de rémunération est en effet d'être recrutés en tant qu'aides-soignants.

---

<sup>51</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal officiel n°15 du 18 janvier 2002, p. 1008

<sup>52</sup> JULIEN F., VINCENT D., juillet-août 2006, « Bilans de compétences, VAE : des dispositifs renforcés par la réforme de la formation tout au long de la vie », *Revue hospitalière de France*, n°511, pp. 18-22.

<sup>53</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/P2 n° 2006-233 du 29 mai 2006 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière, Bulletin officiel n°2006-8.

Ainsi, les agents de service ne désirant pas accomplir une VAE seront recrutés par l'hôpital en premier, ceux souhaitant accomplir une VAE et accéder au diplôme professionnel d'aide-soignant seront recrutés une fois le diplôme acquis. Cette démarche devra être préférée à celle de la préparation du concours, dans laquelle sont engagés deux agents. En effet, cette deuxième voie est beaucoup plus compliquée que celle de la VAE. L'agent doit obtenir un congé individuel de formation, pour lequel le délai d'attente est de cinq à sept ans. Le salarié, pendant son année de formation, doit par ailleurs être rémunéré par son établissement, qui doit également rétribuer un agent remplaçant. Le coût est donc trop élevé pour l'établissement, et le délai d'attente trop long pour le salarié.

Cette stratégie de transformation de postes et de promotion de la VAE s'inscrit dans une logique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Il s'agit en effet pour l'EHPAD d'identifier au mieux les ressources dont il dispose afin de les gérer en anticipant d'une part l'évolution de la dépendance de la population prise en charge, et d'autre part les ressources en personnel paramédical disponibles sur le marché.

Il serait pour cela très utile de procéder à un « audit » des compétences qui existent au sein de l'EHPAD, en classant chaque agent dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Les fiches métiers de ce répertoire représentent un bon outil d'auto-évaluation pour les agents. Elles permettraient en outre d'évaluer les compétences disponibles au sein de l'EHPAD et de les rapprocher de celles du centre hospitalier. Cette démarche serait tout à fait appropriée pour préparer l'intégration des agents. En complément, les fiches de poste de l'EHPAD devront être rédigées sur le modèle de celles de l'hôpital. Cet audit des compétences, réalisé de manière prospective, permet par exemple de pointer le risque à venir de déficit de ressources en personnel infirmier, dans un contexte national et local restreint. En effet, sur les dix IDE exerçant à l'EHPAD, trois vont prendre leur retraite d'ici 2012, et quatre autres d'ici 2017.

Cette démarche d'audit des compétences permettra en outre d'établir les besoins en formation, et de concevoir en conséquence un plan pluriannuel de formation se rapprochant de celui de l'hôpital, dans un souci d'homogénéisation des compétences entre les deux structures. Les crédits

pour la formation existants dans le secteur privé seront mis à profit. Par ailleurs, dans la mesure du possible, des agents de l'EHPAD seront associés aux groupes de formation de l'hôpital, ce qui leur permettra d'appréhender l'identité et la culture de l'hôpital. Inversement, le personnel du centre hospitalier percevra la réalité de l'intégration à venir.

L'action envisagée sur le plan des compétences des agents permettra par ailleurs de solutionner en partie le problème de l'absentéisme. Des agents mieux formés à la manutention des personnes âgées subiront moins d'accidents du travail et de pathologies liées à des maux de dos. Les formations devront s'inscrire dans un plan global de lutte contre l'absentéisme. Ce plan, outre la formation, devra définir une politique efficace des remplacements, permettant de disposer en permanence des effectifs nécessaires à la prise en charge des personnes âgées, sans recourir au glissement de tâches entre aides-soignants et agents de service.

Cette politique pourra être mise en œuvre au moyen d'un renforcement de l'encadrement. Un cadre de l'hôpital a déjà été mis à la disposition de l'EHPAD, via le GCS MS. Un cadre supérieur devrait également intervenir assez rapidement. Le travail sur l'organisation de l'EHPAD est en effet primordial, en particulier dans le contexte de pénuries des ressources en personnel paramédical. Une collaboration peut aussi être envisagée au niveau de la médecine du travail de l'hôpital permettant de traiter les fatigues et les souffrances liées au travail en amont des accidents ou du développement de maladies professionnelles. La communication autour de ce plan de lutte contre l'absentéisme devrait permettre de mobiliser le personnel.

Du sens doit également être donné au travail des agents, en les impliquant dans la définition d'un projet de qualité de prise en charge des personnes âgées. A cet égard, un rapprochement des procédures du centre hospitalier devra être réalisé, toujours dans un souci d'homogénéisation permettant de préparer l'intégration. Une évaluation des agents pourra également être instaurée, sur le mode de celle existant à l'hôpital, au moyen d'entretiens réguliers, permettant de détecter en amont les éventuelles difficultés dans le travail, et de définir en conséquence des objectifs de formation individualisés.

## A) Le rapprochement des organisations

La présence d'un cadre de l'hôpital à l'EHPAD permet progressivement de rapprocher les deux structures sur le plan de l'organisation. Des améliorations au niveau des plannings, des roulements concernant les jours de repos se constatent déjà. Les affectations des agents de service à la réalisation des soins, et donc l'octroi de l'indemnité différentielle, ont été régularisés dans le souci de l'équité et de l'apaisement des tensions. Obtenir rapidement des résultats concrets est important pour la suite des événements. Comme le montrent M. Crémadez et F. Gratteau, « *il est primordial de répondre rapidement par des solutions opérationnelles aux problèmes concrets que rencontrent les acteurs dans leur exercice professionnel. (...) Ces déblocages ont une valeur symbolique considérable dont il faut tirer partie*<sup>54</sup>. »

Il apparaît souhaitable de maintenir temporairement l'organisation de l'EHPAD en termes d'horaires et de RTT. En effet, l'application du protocole RTT de l'hôpital nécessiterait comme on l'a vu la création de 6,25 ETP supplémentaires, ce qui est dans l'immédiat difficilement envisageable. L'adoption de l'organisation du centre hospitalier ne sera donc pas immédiate. Néanmoins elle devra être effective en 2012, au moment de l'intégration de l'EHPAD dans l'hôpital. Comme le soulignent G. Calmes, L. Lefranc et J.-P. Segade à travers leurs préconisations en matière de coopération, « *les plannings de service différents (...) d'un service à l'autre dans leur présentation doivent devenir homogènes. De même, des procédures cohérentes de gestion concertée (...) doivent être mises en place tant en ce qui concerne le recrutement, les affectations, que les demandes de remplacement pour congés*<sup>55</sup>. » Les auteurs conviennent que cette harmonisation peut être délicate en raison de leur implication individuelle pour les agents : « *ce sont les droits individuels de chaque agent qui sont en cause.* »

---

<sup>54</sup> CREMADEZ M., GRATEAU F., 1997, *Le management stratégique hospitalier*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Masson, p. 333.

<sup>55</sup> CALMES G, LEFRANC L., SEGADE J.-P., *op. cit.*

## B) Récapitulatif de la stratégie d'intégration

Un groupe projet devra être mis en place. Piloté par le directeur des ressources humaines du centre hospitalier, il sera composé du directeur intérimaire de l'EHPAD, des agents du service des ressources humaines de l'hôpital en charge de la gestion du personnel paramédical et de la responsable des ressources humaines de l'EHPAD. Les partenaires sociaux de l'hôpital et de la Maison paisible devront être associés aux travaux, selon des modalités à définir. Les inviter de manière permanente ne semble pas forcément nécessaire et gage d'efficacité. Il peut être préférable de les inviter en fonction de l'ordre du jour et prévoir des rencontres régulières permettant de procéder à des comptes-rendus et à des négociations sur différents points importants. Une attention particulière devra par exemple être accordée à la question de la reprise de l'ancienneté des agents et de la reconstitution de leur carrière. Les partenaires sociaux sont particulièrement vigilants sur ce point sensible. La négociation devra donc être préparée rapidement et avec sérénité, afin qu'elle ne cristallise pas l'ensemble des problèmes liés à l'intégration. Un contrat pourra être signé entre l'hôpital, l'EHPAD et les partenaires sociaux, à l'instar de ce qui a été fait lors de la reprise des activités de l'Institut de puériculture et de périnatalogie par l'Hôpital Necker.

Cette stratégie de préparation de l'intégration, présentée dans sa globalité, s'intéresse donc aux diverses catégories de personnel et fait jouer les différents leviers des compétences, de la formation et du travail sur les organisations. Elle doit à présent être appréhendée sur un plan individuel.

### **3.3 La déclinaison de la stratégie globale au niveau individuel**

L'étude des implications de la stratégie sur le plan de l'individu vise à engager l'agent dans le processus en faisant de lui un acteur du changement. L'objectif est par ailleurs de définir des solutions adaptées à chaque cas particulier. Enfin une communication adéquate devra permettre l'appropriation de la stratégie par chaque agent.

### **3.3.1 L'agent, acteur du changement**

L'intégration de l'EHPAD au sein du centre hospitalier n'est pas un événement d'une importance majeure pour les agents de l'hôpital. La communauté médicale considère cette évolution avant tout sur le plan du projet médical sur lequel l'intégration est en partie fondée, tout en n'escomptant que de relatives améliorations. Le médecin interrogé, qui intervient sur les deux structures, redoute que l'EHPAD serve à l'hôpital de solution de « reclassement » pour les agents posant problème. Mais de manière générale, personne ne vit ce changement comme un bouleversement.

Au contraire, pour les agents de la Maison paisible en général et de l'EHPAD en particulier, ce changement est loin d'être anodin. Pour certains d'entre eux, qui ont accompli une grande partie de leur carrière à l'EHPAD, l'intégration représente un bouleversement majeur. Pour que le changement ne soit pas subi comme une évolution négative, il convient d'impliquer au maximum le personnel afin de faire de chaque individu un acteur de ce changement. Cela permettra à chacun de donner du sens à l'évolution en cours et de s'inscrire dans le projet, en repérant le niveau d'implication souhaitable.

La direction de l'hôpital s'est prononcée pour une stratégie laissant le choix à chaque agent quant à son devenir professionnel. Pour que chacun puisse se déterminer, elle a prévu d'établir un profil de recrutement pour tous les agents qui en font la demande. Ce profil constituera le premier niveau d'implication de l'agent, puisqu'il s'intéressera à ce qui le concerne et le préoccupe le plus. Il devra en effet déterminer les conditions en matière de rémunération ; en matière d'évolution possible au sein du centre hospitalier d'Avignon et de la fonction publique hospitalière ; et en matière de retraite. Le but est que l'agent puisse fonder son choix sur des éléments objectifs, en comparant la situation qui est la sienne aujourd'hui et celle pour laquelle il serait susceptible de se prononcer. Ce travail de préparation des profils, qui sera réalisé par la direction des ressources humaines du centre hospitalier à effectif constant devra être engagé au plus vite, en collaboration avec la responsable des ressources humaines de l'EHPAD. Ces profils constitueront l'une des bases de travail du groupe projet pour l'intégration.

L'encadrement de l'EHPAD devra s'engager auprès des agents dans une démarche de réflexion sur le parcours professionnel et sur le déroulement de la carrière. La nécessité de faire le point avec ceux en cours ou en projet de VAE a été exposée plus haut. Ces agents pourront être orientés vers des structures spécialisées comme les points relais conseils départementaux. Ce soutien est d'autant plus important que comme le notent F. Julien et D. Vincent, « *la VAE suppose un investissement important de la part du candidat, le parcours peut être long, repose sur des procédures de validation strictes et fait appel à un travail de réflexion et de conceptualisation dans la formalisation du livret de présentation des acquis de l'expérience.* » Les auteurs soulignent donc la nécessité de l'implication de l'institution auprès des agents candidats : « *l'accompagnement du candidat constitue un autre élément essentiel de la démarche pour lui permettre d'optimiser ses chances de réussite*<sup>56</sup>. »

Les agents qui ne sont pas engagés dans un processus de VAE, c'est-à-dire 95 % des salariés de l'EHPAD, pourront être incités à effectuer un bilan de compétence. Dans le secteur privé, ce dispositif existe depuis une vingtaine d'années. Son objet est d'identifier et d'analyser les compétences professionnelles et personnelles des agents, ainsi que leurs aptitudes et leur motivations, afin de définir un projet professionnel et de formation. L'intégration fournit une bonne opportunité à chaque agent qui le souhaite de réfléchir sur son parcours professionnel, sur les diplômes qu'il détient et en conséquence de réfléchir au grade auquel il pourrait être recruté. Ainsi, un agent de service, en fonction de ses aspirations mais aussi du résultat qui se dégage de son bilan de compétences, pourra se prononcer sur l'éventuelle nécessité d'engager une démarche de VAE. La démarche d'incitation aux bilans de compétence pourra faire partie du plan de formation et être financée sur ces crédits. Le nombre de bilans devra être réparti sur les cinq années à venir afin de ne pas grever financièrement le plan de formation.

---

<sup>56</sup> JULIEN F., VINCENT D., *op. cit.*

### **3.3.2 Définir des solutions adaptées au cas particuliers**

L'individualisation de la stratégie implique également la définition de solutions pour chaque cas particulier. Le principe selon lequel il n'y aura pas de licenciement doit guider le groupe projet dans son travail. Son affirmation permettra de dissiper l'inquiétude constatée chez les agents de l'EHPAD et relayée par les syndicats.

14 agents sont actuellement embauchés par l'EHPAD sous des contrats à durée déterminée. 5 de ces contrats correspondent au remplacement d'agents en congé maternité ou en congé parental. Il sera mis fin à ces contrats selon le terme prévu. Pour les 9 autres contrats, dont le terme est inconnu puisque les agents remplacent des salariés en congés maladie, l'éventualité de leur titularisation devra être considérée, en fonction de l'évolution des agents absents. S'il s'avère que les agents remplaçants doivent bénéficier d'un contrat à durée indéterminée, l'hôpital les recrutera.

D'autres agents pourront rester sous convention collective à la Maison paisible, affectés aux foyers-logements. Cette solution ne pourra régler que le cas de deux à trois agents, et devra être réservée à ceux dont la condition physique n'est pas compatible avec les critères de la médecine du travail de l'hôpital. Pour les agents dont l'invalidité a été prononcée par la sécurité sociale ou qui sont en situation de congés de longue durée sans reprise possible de l'activité, une procédure de licenciement pourra être mise en œuvre, les agents percevant alors une indemnité mensuelle au titre de la solidarité nationale.

La municipalité devra également être sollicitée pour la reprise au sein de ses services (notamment le centre communal de l'action sociale) des agents ne pouvant pas être recrutés à l'hôpital. Elle s'est engagée dans ce sens verbalement. Cet engagement pourra être précisé et consigné dans le cahier des charges. Dans la mesure où la municipalité est à l'origine de la demande d'intégration, il paraît normal qu'elle contribue à la définition de solutions pour les cas difficiles.

### **3.3.3 L'individualisation et l'appropriation de la stratégie d'intégration au moyen d'une communication adaptée**

L'organisation de la communication sur le projet est primordiale. L'opération d'intégration de l'EHPAD au sein de l'hôpital est de grande envergure. Elle implique pour les agents une certaine perte de repères, une inévitable dissolution de la culture et de l'identité de l'EHPAD au sein du centre hospitalier. Elle suscite de vives inquiétudes exprimées par chaque agent, quant à leur devenir personnel. La communication sur le projet et la stratégie devra permettre de rassurer les agents mais aussi de donner du sens à l'intégration.

Comme le soulignent G. Calmes, L. Lefranc et J.-P. Segade, « *réussir un changement, c'est d'abord insuffler dans l'organisation une vision globale porteuse de sens, cohérente et portée par une équipe agissant en cohésion*<sup>57</sup>. » Car le changement ne se décrète pas. Il doit faire l'objet d'un accompagnement, d'une explication, afin que chaque agent concerné se l'approprie. La stratégie de communication doit être un support permettant cet accompagnement et cette appropriation du changement.

La communication doit également répondre au souci de transparence et d'instauration de la confiance. Dans le cadre d'une opération sensible comme celle-ci, tout doit en effet être mis en œuvre pour éviter l'installation d'un climat de suspicion. Le groupe projet devra garder à l'esprit la manifestation de 2004, organisée par les syndicats de la Maison paisible. Un mal-entendu, imputable à un déficit de communication, s'était alors développé. Les agents étaient convaincus que l'EHPAD allait être « bradé » à l'hôpital et qu'aucune garantie ne serait obtenue quant à la reprise des agents.

Une stratégie de communication devra donc être élaborée, qui sera initiée par une réunion avec les partenaires sociaux pour leur présenter la stratégie d'intégration. Ensuite sera organisée une réunion conviant l'ensemble du

---

<sup>57</sup> CALMES G, LEFRANC L., SEGADE J.-P., *op. cit.*

personnel pour leur présenter les avantages de la fonction publique hospitalière, leur expliquer le déroulement de la stratégie et les inciter à se manifester en vue de l'élaboration de leur profil de recrutement. L'hôpital Necker a procédé de la sorte avec l'Institut de puériculture et de périnatalogie, en organisant un forum au cours desquelles des questions similaires ont été abordées. Un temps d'échange pourra être prévu à l'issue de cette réunion d'information. Un document sera remis à chaque participant, exposant la philosophie générale du projet, et la stratégie d'intégration, dans le but d'une appropriation de l'information par chacun. Comme le recommande D. Gacoin, les réunions d'information de ce type doivent être « *utilisées avec parcimonie. (...) Seule la dimension symbolique (marquage de passages par exemple) peut justifier ce type de réunions*<sup>58</sup>. » Une réunion de ce type pourra donc à nouveau être organisée pour communiquer sur les premiers recrutements, quand ceux-ci auront lieu. Le reste du temps, des comptes-rendus écrits pourront faire part aux agents des avancées réalisées et des objectifs restants. Les cadres de proximité pourront également être mis à contribution pour relayer cette information.

La communication devra par ailleurs être destinée aux instances et aux agents de l'hôpital, qui devront être informés de la stratégie, afin de faciliter l'intégration, l'adaptation des agents de l'EHPAD à l'hôpital et faciliter la communication entre les deux structures quand l'intégration sera effective.

---

<sup>58</sup> GACOIN D., 2006, Conduire des projets en action sociale, Paris : Dunod, p. 198.

## Plan d'action synthétique

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Audit des compétences						
Conception d'un plan de formation						
Elaboration d'un cahier des charges avec les tutelles et la ville d'Avignon						
Conception d'un plan de lutte contre l'absentéisme						
Recrutement des agents						
Recrutement des agents ayant accompli une VAE						
Négociation transformations de postes						
Rapprochement progressif de l'organisation de l'hôpital (planning, horaires)						
Conception d'un plan de communication						
Passage à l'organisation CHA						

A chacune des actions, des objectifs et des indicateurs seront associés, permettant une évaluation et d'éventuelles rectifications nécessaires.

<b>Actions</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Indicateurs</b>
Audit des compétences	- Mise en place d'une GPEC - Mise à jour des compétences	Nombre d'agents classés dans le répertoire des métiers
Conception d'un plan de formation	Mise à jour des compétences	Nombre de formations réalisées par an
Implication des tutelles et de la ville d'Avignon	Obtenir des engagements financiers et de transformations de postes	Signature d'un cahier des charges
Conception d'un plan de lutte contre l'absentéisme	Rapprocher le niveau d'absentéisme de l'EHPAD de celui du CHA	Tableaux de bord relatifs à l'absentéisme
Rapprochement de l'organisation de l'hôpital	Uniformiser les modes de gestion	Nombre de secteurs mis en adéquation (planning / horaires / roulements, etc.)
Mise en œuvre d'un plan de communication	Appropriation du changement par chaque agent	Organisation d'une réunion de lancement et élaboration de supports d'information
Recrutement des agents	Progressivité dans les recrutements pour éviter des incidences trop fortes sur la masse salariale de l'hôpital	Nombre d'agents recrutés chaque mois et chaque année

## **Conclusion**

L'analyse de la demande formulée par le maire d'intégrer l'EHPAD au sein du centre hospitalier a permis de s'intéresser à la marge de manœuvre du directeur d'hôpital face à une contrainte externe. La possibilité de valoriser cette contrainte en élaborant une stratégie adaptée a été mise en lumière. Une dynamique pour l'intégration a été proposée, à travers des préconisations concrètes.

Ces propositions d'action ne sont pas intangibles et leur application doit donner lieu à des évaluations. D'éventuelles corrections pourront être apportées, afin de prendre en compte au mieux l'évolution de la situation. Car l'objectif primordial est bien de respecter l'idée d'une intégration graduée et adaptée des agents de l'EHPAD au sein du centre hospitalier.

La conception de ces préconisations a nécessité une réflexion sur les compétences caractérisant le métier de directeur d'hôpital : la recherche de la stratégie la plus adaptée, le management nécessaire à la conduite du changement, la gestion prospective des ressources humaines, les aptitudes à la négociation.

Au terme des cinq années d'existence du GCS MS, différentes possibilités d'évolution devront être envisagées. Le groupement pourra être prolongé de quelques années si la situation financière de l'EHPAD le nécessite. Il est néanmoins important de procéder rapidement aux premiers recrutements des agents, pour donner du sens à l'intégration et l'inscrire dans la réalité. Si elle continue à assurer l'intérim de la direction de la Maison paisible, la direction de l'hôpital devra concevoir un projet pour l'association. Car l'aspect provisoire de l'intérim apparaîtra comme secondaire face à la nécessité de prévoir l'avenir de l'association.

Différentes perspectives pourront être examinées, en fonction des besoins constatés sur l'agglomération avignonnaise et sur le territoire de santé. Par exemple, les foyers-logements pourront être transformés en EHPAD et à leur tour être intégrés au centre hospitalier. S'il apparaît au contraire souhaitable de les maintenir en l'état, leur réhabilitation devra être organisée, du fait de la vétusté des locaux. Or le plan global de financement pluriannuel de l'hôpital

est déjà consacré pour l'essentiel à des projets immobiliers de grande envergure, d'où la nécessité de s'entendre avec les tutelles et la municipalité d'Avignon afin de concevoir un plan d'avenir pour l'association.

L'opération d'intégration étudiée incite enfin à s'interroger sur les contraintes rencontrées. Elle a mis en évidence la difficulté de l'organisation du passage du secteur privé au secteur public. Ramené au contexte actuel marqué par la volonté des pouvoirs publics de rendre plus aisée la réalisation d'une même carrière au sein des deux secteurs, ce constat est édifiant quant au chemin qui reste à parcourir pour rendre ce passage plus fluide.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## OUVRAGES

CALMES G, LEFRANC L., SEGADE J.-P., 1998, *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Masson, 168 p.

CREMADEZ M., GRATEAU F., 1997, *Le management stratégique hospitalier*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Masson, 448 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, 500 p.

DERENNE O., LUCAS A. / ed., 2005, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, vol. 1 : le fonctionnaire hospitalier*, Rennes : Editions ENSP. p. 742

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., 2005, *Droit hospitalier*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris : Dalloz, 824 p.

GACOIN D., 2006, *Conduire des projets en action sociale*, Paris : Dunod, 252 p.

TICHY N.M., 1991, « Les bases de la gestion stratégique du changement », in TELLIER Y., TESSIER R., et al. *Théories du changement social intentionnel*, Paris : 1991. pp. 169-195.

## PERIODIQUES

APPOLIS B., 2007, « L'autre groupement de coopération », *Revue générale de droit médical*, n°22, pp. 49-63

DE LARD B., août – septembre 2006, « Le GCS MS : ballon d'oxygène ou ballon baudruche ? », *Gestions hospitalières*, n° 458, pp. 470-474.

ESPER C., septembre-octobre 2006, « Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le GCS MS », *Revue de droit sanitaire et social*, n°5, pp. 909-917

FENINA A., mai 2007, « Cinquante-cinq années de dépenses de santé – Une rétopolation de 1950 à 2005 », *Etudes et résultats* [en ligne], n°572, [visité

le 29 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er572/er572.pdf>

GARCIN J.-F., « Fusion envisagée avec l'hôpital », *Le Dauphiné libéré*, 8 mai 2005.

JULIEN F., VINCENT D., juillet-août 2006, « Bilans de compétences, VAE : des dispositifs renforcés par la réforme de la formation tout au long de la vie », *Revue hospitalière de France*, n°511, pp. 18-22.

LAROSE D., septembre 2006, « Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCS MS », *TSA Hebdo*, n° 1080.

PIRIOT E., juin 2005, « Recherche repreneur ! », *Direction(s)*, n°20, pp. 22-29

ASSURANCE MALADIE, Chiffres et repères édition 2006 [en ligne, visité le 13 septembre 2007], disponible sur Internet : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/chiffres\\_reperes\\_2006.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/chiffres_reperes_2006.pdf)

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, mai 2002, *La lettre de la FHF*, n°5.

« Gérard Collomb alerte le président de la République », *Hospimedia*, [en ligne], brève du 15 janvier 2007, [visité le 30 août 2007].

« L'arrêté de mutation annulé par le TA de Lyon », *Hospimedia*, [en ligne], brève du 26 janvier 2007, [visité le 30 août 2007].

« Du rififi chez les mamies », *La Provence*, n°3 du 10 juin 2005.

## **RAPPORTS**

ASSEMBLEE NATIONALE. Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital et présenté par René Couanau, député [en ligne]. Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003. [Visité le 30 août 2007], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp>

## **COLLOQUES**

FOUCHER J.-P., « L'hôpital : un enjeu politique ? », in INSTITUT FRANÇAIS POUR LA RECHERCHE SUR LES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES, *Hôpital public, quel avenir ?* [en ligne], colloque du 23 mars 2005, [visité le 30 août 2007], disponible sur internet : <http://www.ifrap.org/6-actualite/Colloque-2005-03/agenda-colloque-mars-2005.htm>

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel du 11 janvier 1986, p. 535.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel n° 179 du 2 août 1991.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel du 25 avril 1996.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Journal officiel du 28 juillet 1999.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel n° 54 du 5 mars 2002.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-2 du janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal officiel n°15 du 18 janvier 2002, p. 1008

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicaux-sociaux soumis à autorisation. Journal officiel n° 206 du 6 septembre 2003.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel n° 102 du 3 mai 2005.

MINISTERE DE LA SANTE. Décret n° 99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social. Journal officiel du 29 juillet 1999, p. 11305.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n° 84 du 8 avril 2006.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits

limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements [en ligne]. Non publiée au journal officiel, [visité le 20.09.07], disponible sur internet : <http://www.unafam.org/telechargements/Circulaire-DGAS-SD5B-2006-216.pdf>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/P2 n° 2006-233 du 29 mai 2006 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière, Bulletin officiel n° 2006-8.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin officiel santé protection sociale solidarités n° 2007-4, p. 102-110.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. 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 [en ligne, visité le 20.09.07], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers.php?r=87&p=12&fr=1>

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR. Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 [en ligne]. Avril 2006 [visité le 29 août 2007], disponible sur Internet : [http://www.arh-paca.com/SROS3\\_5.htm](http://www.arh-paca.com/SROS3_5.htm)

---

## ANNEXE

---

Liste des personnes rencontrées dans le cadre des entretiens permettant de recueillir les différents points de vue sur l'intégration :

### **Centre hospitalier d'Avignon :**

- Le chef d'établissement ;
- Le directeur des ressources humaines ;
- Le directeur adjoint chargé de la filière personnes âgées ;
- Le coordonnateur général des soins ;
- Le président de la commission médicale d'établissement ;
- Le médecin gériatre intervenant sur les deux structures ;
- Les représentants du syndicat CGT ;
- Les représentants du syndicat FO .

### **EHPAD de l'association la Maison paisible :**

- La responsable des ressources humaines ;
- Un cadre administratif ;
- Un membre du conseil d'administration ;
- Les représentants du syndicat CGT ;
- Les représentants du syndicat FO.

### **Hôpital Necker – AP-HP :**

- L'attachée de la direction des ressources humaines.

Le recueil des informations a été conduit au moyen d'entretiens semi-directifs.