



EHESP

Filière DH

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

**La reprise d'une clinique privée par un
établissement public de santé : une
démarche originale de coopération au
service de l'accès aux soins**

*L'exemple concret de la Fondation Luro et sa mise en perspective avec
d'autres cas de reprise*

Cyprien HUET

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Michel Glanes, Directeur du Centre Hospitalier de la Côte Basque, ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction, pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité et leur parfaite compréhension des objectifs d'un stage de direction. Ils m'ont tour à tour confié des dossiers stratégiques et m'ont laissé une très grande autonomie dans mon travail, me permettant d'élargir ma réflexion sur le métier de Directeur d'hôpital.

Je tiens également à remercier ceux qui m'ont accompagné dans la réflexion, la réalisation et la rédaction de ce mémoire :

- Marie-Claude Cazaban, Directrice des Ressources Humaines au CHCB, ma maître de stage, pour m'avoir associé aux travaux ayant donné lieu à cette étude. Un grand merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.
- Astrid Beudet, conseillère établissements de santé à la Direction Générale de l'Offre de Soins, pour tes nombreuses relectures attentives, malgré ton emploi du temps chargé, ainsi que pour tes précieux conseils lors de la procédure d'affectation.
- Stéphanie Cohort, Directrice déléguée du nouvel établissement public créé, pour son inébranlable sang-froid face aux obstacles rencontrés lors de cet ambitieux projet de rapprochement. J'espère m'en inspirer pour l'exercice de mes futures fonctions.
- Les juristes du cabinet Mazars qui, sans même le savoir, m'ont permis de muscler mon mémoire sur le plan juridique !

Sommaire

Introduction	1
1 La reprise d'une clinique privée par un établissement public : une démarche encore peu fréquente mais susceptible d'essaimer	7
1.1 La genèse de la reprise : une structure isolée confrontée à un environnement toujours plus concurrentiel.....	7
1.2 Longtemps défavorable, le contexte politique actuel rend désormais possible ces reprises	8
1.2.1 Le contexte politique actuel et la promotion des soins de proximité	8
1.2.2 L'émergence de nouveaux outils réglementaires adaptés aux reprises d'établissements de santé : les hôpitaux de proximité et les GHT	10
2 Les modalités juridiques de la reprise : Groupement de Coopération Sanitaire versus Établissement Public de Santé.....	14
2.1 La constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire : un choix parfois conditionné par la région d'origine de l'établissement repris	14
2.1.1 Un champ d'application peu à peu élargi	14
2.1.2 Le caractère inégalitaire du droit d'option	15
2.1.3 Une intégration facilitée du personnel.....	16
2.2 La création d'un établissement public de santé : une démarche ambitieuse mais complexe	17
2.2.1 La création d'un EPS : mode d'emploi	17
2.2.2 Avantages et inconvénients d'un tel choix	18
3 La réussite d'une reprise réside bien souvent dans la qualité d'un projet territorial au service de l'accès aux soins	21
3.1 La constitution de filières de soins territoriales et la fin du « tout-concurrence » .	21
3.2 Établissement repris comme repreneur doivent tous deux trouver un intérêt au rapprochement.....	22
3.2.1 La clinique Sokorri et l'accès aux soins obstétricaux dans le Pays Basque intérieur	22
3.2.2 La clinique Herbert et l'équilibre entre offres publique et privée en chirurgie	23
3.2.3 La clinique du Ter et le maintien d'une offre hospitalière suffisante sur le territoire	24
3.2.4 La Fondation Luro et la constitution d'une filière gériatrique de territoire	24

4 Sans la mobilisation des outils adéquats, la création d'un nouvel EPS peut s'avérer préjudiciable pour l'établissement repeneur.....	27
4.1 L'intégration des personnels privés à la Fonction Publique Hospitalière : une opération complexe à la jurisprudence encore récente	27
4.1.1 Un cadre réglementaire imprécis, peu éprouvé et inadapté aux contraintes nouvelles de la fonction publique	27
4.1.2 Les difficultés organisationnelles liées à l'intégration de personnels privés...	33
4.1.3 La mise en œuvre d'une ambitieuse stratégie de communication apparaît alors indispensable pour y remédier	36
4.2 Un fragile équilibre financier	39
4.2.1 L'inévitable hausse des dépenses de personnel non médical	39
4.2.2 Le passage aux tarifs publics ne compense que partiellement les surcoûts liés à la création de l'EPS	41
Conclusion	45
Bibliographie.....	47
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
CAA : Cour Administrative d'Appel
CAPL : Commission Administrative Paritaire Locale
CDU : Commission Des Usagers
CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB)
CHMS : Centre Hospitalier Métropole Savoie
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHSP : Centre Hospitalier de Saint Palais
CME : Commission Médicale d'Établissement
CSG : Court Séjour Gériatrique
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.
CSOS : Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
CTE : Comité Technique d'Établissement
DMA : Dotation Modulée à l'Activité
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Établissement Public de Santé
ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP : Équivalents Temps Plein
FPH : Fonction Publique Hospitalière
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHBS : Groupe Hospitalier Bretagne Sud
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HPST : loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PET : Prime d'Exercice Territorial
PMCT : Poids Moyen du Cas Traité
RTT : Réduction de Temps de Travail
SIH : Système d'Information Hospitalier
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : tarification à l'activité
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Introduction

Au 1^{er} Janvier 2020, la Fondation Luro, Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), sera transformé en Établissement Public de Santé (EPS). La nouvelle entité créée rejoindra immédiatement la direction commune du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Navarre Côte Basque dont le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) est l'établissement support et le Centre Hospitalier de Saint Palais (CHSP), les EHPAD de Sarre et d'Hasparren sont les établissements parties. Si les rapprochements entre établissements publics et privés sont aujourd'hui fréquents, en témoignent les nombreuses mutualisations de blocs opératoires¹, les reprises pures et simples de cliniques privées, à but lucratif ou non, sont encore peu communes. Elles pourraient bien être amenées à se multiplier dans les prochaines années. En effet, le mouvement de concentration du secteur privé ainsi que le coût croissant de l'innovation médicale fragilisent la viabilité financière des petites structures isolées. Certaines font alors l'objet de reprises par des centres hospitaliers via deux grands schémas juridiques présentant chacun leurs avantages et inconvénients : la constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) et la création ex-nihilo d'un EPS.

Ces projets, encore peu nombreux, présentent de nombreux enjeux : d'un point de vue économique, ils permettent d'éviter les fermetures de structures qui peinent à pourvoir leurs postes médicaux, en difficultés sur le plan financier et confrontées à de lourds travaux de restructuration. Du point de vue de l'offre de soins, la reprise d'une structure de proximité permet de maintenir l'accès aux soins sur un territoire au bassin de vie souvent vieillissant, dont les besoins de santé sont croissants. Dans le cas précis de la Fondation Luro, aucun autre établissement de santé ne se situe à moins de 45 minutes en voiture. Le premier établissement MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) se trouve à Bayonne, à plus d'une heure de route.

La reprise de la Fondation Luro, impulsée par le Centre Hospitalier de la Côte Basque et soutenue par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine, s'intègre dans une stratégie territoriale conforme à la politique gouvernementale définie dans le projet « Ma Santé 2022 ». Dotée du statut « d'Hôpital de Proximité », la « nouvelle » Fondation Luro répond aux ambitions de l'axe II portant sur la répartition de l'offre de soins sur le territoire². Il acte ainsi la prochaine labellisation de 500 à 600 Hôpitaux de proximité, établissements assurant des missions de service public essentielles telles que

¹ Grienenberger S, *La mutualisation des blocs opératoires entre une clinique privée et un établissement public de santé*, 2018.

² Dossier de presse du Ministère des Solidarités et de la Santé.

la médecine polyvalente, les soins aux personnes âgées ou le suivi des maladies chroniques. Ils disposeront d'un plateau technique limité, n'auront pas d'autorisations en chirurgie et en obstétrique et entretiendront un lien privilégié avec la médecine de ville. La Fondation Luro s'inscrit parfaitement dans cette logique. À ce jour, aucun label n'a encore été attribué, ce qui n'empêche pas certains établissements de répondre aux critères fixés.

Pour ses 140 salariés, le passage au statut public est loin d'être anodin. Il suppose l'intégration à la Fonction Publique Hospitalière (FPH) de personnels n'ayant pour la plupart exercé que dans le secteur privé. Un tel changement de statut peut être source d'inquiétudes voire de tensions qu'il s'agit de prévenir au maximum. Les conditions d'intégration et de reprise d'ancienneté sont en effet incertaines, tout comme le futur lieu d'exercice des agents, l'établissement intégrant une direction commune. D'un point de vue financier, elle présente également de nombreux risques. Certes, le passage à des tarifs publics suppose sur le papier des gains de recettes substantiels. Mais les surcoûts s'avèrent également nombreux. Tout d'abord, l'intégration de personnels privés à la FPH relève de conditions dérogatoires souvent favorables aux personnes concernées, les gains de revenus pouvant être conséquents. Par ailleurs, nous le verrons, les écarts de charge fragilisent l'équilibre financier de la nouvelle entité. À cela s'ajoutent de multiples surcoûts liés à la modernisation du système d'information et à la rénovation des locaux, nécessaires dans des structures souvent vieillissantes.

Présentation de l'établissement :

La Fondation Luro est implantée sur la commune d'Ispoure, au sein du territoire de la Basse Navarre. Son recrutement s'opère principalement sur les cantons de Garazi et de Baigorry où résident environ 11 500 habitants. Érigée en association loi 1901 sans but lucratif, puis reconnue comme ESPIC conformément aux dispositions du décret du 20 Mai 2010, cette structure tire profit de certaines facilités fiscales intrinsèques au secteur associatif. D'autant que, positionnée en « Zone de Revitalisation Rurale » (ZRR), elle bénéficie d'exonérations de charges conséquentes.

Pas moins de 133 salariés travaillent aujourd'hui au sein de la Fondation Luro, parmi lesquels 120 CDI et 13 CDD, pour un volume global de 115,8 Équivalents Temps Plein (ETP). Six médecins et un pharmacien sont également présents sur site, représentant 3.88 ETP médicaux.

En février 2018, une importante phase de travaux visant à la restructuration des locaux s'est achevée. Elle a permis d'éviter de peu une fermeture administrative pour non-conformité en matière de sécurité incendie.

Un arrêté du 18 Avril 2018 a reconnu l'établissement comme « hôpital de proximité »¹. Si ce statut lui confère un mode de financement alternatif lui assurant une dotation fixe quel que soit le volume d'activité, il suppose également certains engagements parmi lesquels le développement de partenariats avec des établissements de deuxième recours, la coopération avec les professionnels de ville du territoire ainsi que la coordination du parcours de santé de ses patients.

L'activité :

La Fondation Luro se compose de deux grands secteurs où sont réalisées des activités variées :

1. Un secteur « clinique » :

- Une clinique de 14 lits de médecine, pour un total de 282 séjours en 2018.
- Un service de 19 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique et polyvalent ayant réalisé 8155 journées en 2018.
- Des consultations avancées en gastroentérologie, pneumologie, cardiologie, ORL, dermatologie, urologie, orthopédie, neurologie, diététique, angiologie.

2. Un secteur « EHPAD » :

- Un EHPAD pouvant accueillir 94 résidents dans un bâtiment récent réhabilité en 2006
- Un accueil de jour ouvert en Février 2017
- Une unité protégée de 14 places destinée à l'accueil des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

À tout cela s'ajoute un cabinet d'imagerie médicale implanté dans la clinique et accueillant des praticiens libéraux mais dont l'avenir est incertain, ainsi que plusieurs fonctions supports gérées en interne telles la restauration et la blanchisserie, susceptibles de faire l'objet d'une prochaine externalisation, dans une logique de réduction des coûts liés aux activités logistiques.

¹ Arrêté du 18 avril 2018 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique.

Le territoire de santé :

Le territoire Pays Basque-Sud des Landes regroupe 300 000 habitants. Il peut se diviser en plusieurs grands secteurs :

- **La Côte Basque**, où sont regroupés la majorité des établissements de santé, parmi lesquels le Centre Hospitalier de la Côte Basque, établissement support du GHT Navarre Côte Basque et plus grosse structure MCO non universitaire de l'Aquitaine après Libourne.
- **La Basse Navarre**, où résident plus de 30 000 habitants. Y sont implantées la Fondation Luro ainsi que le Centre Hospitalier de Saint Palais. À noter que la Fondation Luro est le seul SSR du territoire.
- **La Soule**, tournée vers le Béarn mais dont les habitants s'orientent souvent vers les deux établissements cités ci-dessus.

Si la reprise de la Fondation Luro par le CHCB constitue le point nodal de ce mémoire, d'autres situations similaires alimenteront la réflexion. Elles permettront des comparaisons éclairantes sur les motivations initiales de telles démarches, les stratégies choisies et les résultats obtenus.

La Clinique Sokorri : dès 2014, le CHCB se voyait déjà confronté à la reprise d'un établissement de santé privé. En situation de liquidation judiciaire, la clinique Sokorri n'avait plus d'autre choix que de fermer ses portes. D'autant que la plupart de ses praticiens fondateurs avaient d'ores et déjà quitté la structure. Or, avec une cinquantaine de lits de médecine, plus de 20 lits de chirurgie et une maternité réalisant près de 300 accouchements par an, il paraissait impensable de laisser fermer cette structure sans fragiliser durablement l'offre de soins sur le territoire et pénaliser l'accès aux soins de ses habitants. La décision fut donc prise de liquider la clinique puis de créer un établissement public, le Centre Hospitalier de Saint Palais (CHSP). Ce cas de reprise s'avère fort intéressant sur le plan des ressources humaines. En effet, les modalités d'intégration des salariés à la FPH ont fait l'objet de plusieurs condamnations par le juge administratif, mettant ainsi en évidence les difficultés des établissements face aux imprécisions de la réglementation en vigueur.

La Clinique Herbert : le 1^{er} Octobre 2017, la Clinique Herbert située à Aix-les-Bains, jusque-là rattachée au groupe Ramsay Générale de Santé, change de statut juridique pour devenir un Groupement de Coopération Sanitaire au sein duquel le Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS) est majoritaire¹. Pour la première fois, un EPS

¹ Hospimedia, *La Clinique Herbert d'Aix-les-Bains devient un GCS*, article du 18/10/2017.

s'engage aux côtés de médecins libéraux pour prendre la suite d'une structure privée, rendant la formule juridique choisie très attrayante. Si le groupe Ramsay justifie ce projet par les liens tissés au fil des ans entre la clinique et le centre hospitalier, ses détracteurs lui reprochent de ne pas souhaiter assumer les nécessaires investissements de modernisation d'une structure jugée trop petite pour atteindre le seuil de rentabilité. Ce cas semble donc très éclairant sur les potentiels risques économiques liés à un tel cas de reprise. Sur les 80 salariés, pas moins de 30 ont décliné l'offre d'intégration.

La Clinique du Ter : le 4 Mars 2018, la clinique, jusqu'alors propriété du groupe Elsan, est officiellement transférée à un tout nouveau GCS dont l'établissement majoritaire n'est autre que le Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS) basé à Lorient. Les raisons invoquées sont proches de celles énoncées dans le cas de la clinique Herbert, à savoir une activité déclinante couplée à des difficultés de recrutement ainsi qu'une taille jugée trop faible par le groupe Elsan pour être rentable sous statut privé. Un enjeu de maintien de l'équilibre entre l'offre publique et privée est également identifié. Les 160 personnes qui y travaillent ont d'ores et déjà intégré à la FPH en tant que contractuels et feront pour la plupart l'objet d'une titularisation au 4 Mars 2020.

PROBLÉMATIQUE :

Comment s'opère concrètement la reprise d'une clinique privée par un établissement public de santé ? Dans quelle mesure l'établissement reprenneur peut-il s'appuyer sur ce projet pour renforcer son positionnement territorial dans un contexte GHT ? Quels sont les potentiels obstacles et les conditions de réussite d'une telle démarche ?

Pour répondre à ces questionnements, ce mémoire procède en quatre temps :

1. La première partie s'attachera à démontrer que le contexte actuel, tant politique qu'économique, amène les établissements à se poser la question d'un rapprochement public-privé.
2. La seconde partie présentera les deux grands schémas juridiques susceptibles d'être suivis dans le cas d'une reprise.
3. La troisième partie montrera comment l'établissement reprenneur peut faire de la reprise d'une structure privée un atout pour son positionnement territorial.
4. Enfin, la quatrième partie tâchera de proposer des solutions aux potentiels points de difficulté liés à la transformation d'une clinique privée en EPS.

1 La reprise d'une clinique privée par un établissement public : une démarche encore peu fréquente mais susceptible d'essaimer

Difficilement concevable il y a moins de dix ans, la transformation de cliniques privées en établissements publics ou structures de droit public apparaît désormais possible. Elle s'explique en premier lieu par un phénomène de concentration des acteurs hospitaliers privés, de plus en plus contraints par des impératifs de rentabilité, dans un contexte de désertification de certains territoires (1.1). L'émergence récente des GHT ainsi que l'accent mis dernièrement dans les projets gouvernementaux sur les structures de proximité, rendent possibles ces processus (1.2).

1.1 La genèse de la reprise : une structure isolée confrontée à un environnement toujours plus concurrentiel

Depuis le début des années 1990, la tendance est manifeste : un mouvement de concentration s'opère parmi les offreurs de soins. Ainsi, entre 1997 et 2014, le nombre d'établissements publics a diminué de 11,3%, en passant de 1049 à 930 unités. Côté secteur privé, la tendance s'avère encore plus marquée : moins 21% pour le privé lucratif (1012 entités contre 1281) et moins 26,7% pour le privé non lucratif (683 contre 933)¹.

Au sein du secteur privé, la transformation se veut profonde. Une véritable « mutation des opérateurs » est en cours². Alors qu'au début des années 1990, 80% des cliniques étaient encore la propriété des médecins, ce modèle concerne aujourd'hui une minorité d'établissements privés. Ainsi, seules 98 cliniques MCO étaient indépendantes fin 2013³. À l'inverse, les cliniques de groupe, encore peu nombreuses dans les années 1990, représentaient en 2014 44% des établissements de santé privés et 53% des capacités en lits. Cette concentration s'explique par de multiples facteurs, en premier lieu financiers. Face à des investissements en équipements médicaux toujours plus conséquents, de petites structures aux moyens limités peinent à suivre le rythme effréné de l'innovation médicale. Les appareils d'imagerie (scanners, IRM etc.) en sont un exemple concret. Par ailleurs, le gel des tarifs imposé par les autorités de tutelle dans le cadre de la tarification à l'activité pousse les acteurs à réaliser des économies d'échelle

¹ DREES, *Statistiques annuelles des établissements de santé*, 1997-2014.

² Claveranne JP., Pascal C., Piovesan D., *Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation*, Revue Française des affaires sociales, 2003, n°3, pp 55-78.

³ Étude réalisée par le cabinet Xerfi-Precepta en 2014.

permettant de limiter les dépenses de personnel et de matériel. Ainsi, 25% des cliniques privées à but lucratif étaient en déficit au terme de l'exercice 2018. Parmi elles, 150 ont déposé des demandes d'aides exceptionnelles auprès des Agences Régionales de Santé (ARS)¹. Enfin, les petites structures, plus souvent situées en périphérie des grandes villes que les grands groupes, voire en zone rurale, peinent à attirer les ressources médicales nécessaires à leur activité dans un contexte de pénurie de médecins et d'émergence des déserts médicaux. Seules les cliniques spécialisées sur la prise en charge d'une ou quelques pathologies semblent bien résister².

Tirillés entre des établissements publics de référence que sont les CHU et des cliniques de groupe aux pratiques concurrentielles agressives, les établissements privés de petite taille ne semblent plus adaptés aux nouveaux standards de l'offre de soins. Les opportunités de reprise de ces cliniques par des établissements publics sont donc nombreuses depuis plusieurs années déjà. Pour autant, elles ne se sont peu ou pas produites, faute de volonté politique. En effet, les autorités sanitaires ont longtemps perçu le mouvement de concentration des équipements sanitaires comme un gage d'efficacité médicale et de qualité des soins. En témoigne les fermetures des maternités n'atteignant pas le seuil réglementaire des 300 accouchements annuels³ ou le débat récent concernant la généralisation des seuils minimaux d'activité pour l'ensemble des autorisations d'activités de soins chirurgicales. Mais surtout, la reprise d'établissements privés par des EPS suppose la création nette de postes de fonctionnaires, ce qui n'est pas évident dans un contexte économique contraint marqué par la volonté affichée du gouvernement de réduire le nombre d'emplois publics⁴. La volonté récente des autorités de renforcer les soins de proximité dans un souci de décroisement du système de santé vient toutefois changer la donne.

1.2 Longtemps défavorable, le contexte politique actuel rend désormais possible ces reprises

1.2.1 Le contexte politique actuel et la promotion des soins de proximité

Face à ce phénomène de concentration de l'offre de soins, un virage semble s'être opéré depuis quelques années. Les soins de proximité, autrefois synonymes d'expertise

¹ APM News, *La FHP alerte Agnès Buzyn sur la situation financière des maternités privées*, dépêche du 14/08/2008.

² DREES, *Les établissements de santé*, édition 2019, fiche 32, pp 159-153.

³ Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

⁴ Le programme présidentiel du candidat Macron prévoyait la suppression de 120 000 postes.

médicale limitée et de faible efficacité, semblent aujourd'hui réinvestir le débat public. Ainsi, selon un sondage TNS Sofres/Logica publié le 3 Mars 2019, 76% des Français se déclarent défavorables à la fermeture des petits hôpitaux de proximité au profit de grands hôpitaux plus éloignés, mais mieux équipés. À cela s'ajoutent les déclarations répétées de la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, pour qui « il n'y aura aucune fermeture d'hôpitaux de proximité »¹. Ces ambitions semblent se confirmer dans les chiffres. En effet, un mouvement de stabilisation du nombre d'établissements de santé paraît s'opérer depuis quelques années, quand la baisse fut autrefois conséquente (voir précédemment). Ainsi, le nombre d'établissements de santé privés à but lucratif est passé de 1022 à 1002 entités géographiques entre 2013 et 2017², soit une baisse de 2% seulement. Côté secteur privé à but non lucratif, leur nombre passe de 712 à 680, soit une baisse légèrement plus marquée de 4,5%.

Cette stabilisation semble aller de pair avec leur situation financière, en nette amélioration. Ainsi, en 2017, les ESPIC sont à l'excédent pour la première fois depuis 2008³ (0,4% d'excédent, en pourcentage de leurs recettes). Le secteur privé à but lucratif peut également se targuer d'une bonne santé, avec un taux de rentabilité record de 3,5% en 2017, soit un niveau proche de son plus haut historique de 2016 (3,7%). Ces chiffres laissent ainsi présager une nette amélioration de la santé financière du secteur privé et donc une raréfaction des opportunités de reprise de structures privées par le secteur public. Et pourtant, ces résultats cachent de très grandes disparités. En effet, les établissements parvenant à tirer leur épingle du jeu sont globalement de grosses structures ayant atteint une taille critique leur permettant de réaliser d'ambitieux plans d'investissements. Les petites entités connaissent quant à elles de plus grandes difficultés. Ainsi, côté ESPIC, le déficit moyen des établissements ne disposant que d'une autorisation en médecine (pas de chirurgie ni d'obstétrique) atteint 0,4% de leurs recettes en 2017, en hausse baisse depuis 2014. Côté privé lucratif, s'il peut être observée une corrélation entre la taille de la structure et le taux d'endettement, logique au regard des investissements réalisés ces dernières années par les groupes en place sur le marché, les petites structures indépendantes ont un taux de rentabilité à peine supérieur à 1%. Par conséquent, les établissements privés pouvant un jour faire l'objet d'une reprise par un EPS sont toujours aussi nombreux. Ces opérations s'avèrent désormais favorisées par l'émergence de nouveaux outils réglementaires.

¹ Interview réalisée lors de la matinale de France Info du mardi 21 Août 2018.

² DREES, *Statistiques Annuelles des établissements de santé (SAE)*, éditions 2013 et 2017.

³ DREES, *Les établissements de santé*, édition 2018.

1.2.2 L'émergence de nouveaux outils réglementaires adaptés aux reprises d'établissements de santé : les hôpitaux de proximité et les GHT

A) Les hôpitaux de proximité

Une première innovation réglementaire récente pourrait bien faciliter les cas de transformation de cliniques privées en EPS : les hôpitaux de proximité. Ils désignent ces structures, publiques ou privées, majoritairement positionnées en zones peu denses et ne disposant que d'une autorisation en médecine (pas autorisées en chirurgie ni en obstétrique). Dès 2016 et l'adoption de la loi santé portée par Marisol Touraine¹, les « ex-hôpitaux locaux », supprimés par la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) de 2009², bénéficient de la mise en œuvre d'un mode de financement dérogatoire censé combler les lacunes de la tarification à l'activité pour les petites structures. Qualifié de « dotation mixte », il se compose à la fois d'une dotation forfaitaire garantie (DFG), construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi, et de l'activité produite³. Ainsi, les établissements concernés se voient garantir un niveau minimum de recettes, indépendamment de l'activité produite. Ce modèle s'avère particulièrement sécurisant pour des structures de petite taille pour lesquelles les variations d'activité d'une année sur l'autre peuvent s'avérer conséquentes.

Or, cela a été vu précédemment, les établissements de santé privés susceptibles de faire l'objet d'une reprise par un centre hospitalier public sont majoritairement positionnés en zone rurale, dans des territoires où la densité médicale décline. Ils sont d'autant plus en difficulté que, ne disposant que rarement d'un plateau technique complet (pas de chirurgie ni de maternité), ils ne peuvent s'équilibrer financièrement dans le cadre d'un financement T2A qui fait de la chirurgie l'activité la plus rentable. La mise en œuvre d'un mode de financement dérogatoire pour ces structures peut donc faciliter la reprise de ces établissements et la viabilité économique de ces projets. Pour la Fondation Luro, le poids de la dotation garantie par l'obtention du statut d'hôpital de proximité est loin d'être négligeable. Ainsi, dans la projection de l'EPRD 2020 du futur EPS présentée à la Direction Départementale des Pyrénées Atlantiques de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, elle atteindrait 488 406 euros, soit 18% des recettes totales de l'établissement.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ Décret n°2016-658 du 20 Mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement.

D'autant que la dernière loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹ pourrait aller plus loin encore dans ce mode de financement innovant et dans la gradation de l'offre de soins. Une ordonnance doit préciser ces nouvelles modalités de financement et d'organisation. Un groupe de travail s'est d'ores et déjà réuni, ouvrant plusieurs pistes de réflexion². Ses propositions n'en sont qu'au stade de la discussion et n'ont en aucun cas été validées au niveau gouvernemental :

1. Tout d'abord, **les revenus d'activité** des hôpitaux de proximité pourraient être garantis sur un horizon de trois ans, afin de rompre avec un modèle d'organisation essentiellement tourné vers la production d'actes en quantité.
2. De plus, **une dotation de « responsabilité territoriale »**, modulée en fonction des besoins et des organisations en place, pourrait être versée en sus de la dotation forfaitaire. Son montant varierait selon divers critères tels que le vieillissement de la population (part de la population du territoire de santé âgée de plus de 75 ans), la densité médicale (nombre de médecins généralistes par habitant) et le niveau de pauvreté (part de la population en dessous du seuil de pauvreté).
3. Enfin, **un forfait de rémunération** pourrait être versée pour chaque consultation réalisée par un médecin libéral auprès de patients hospitalisés en hôpital de proximité, et ce en sus du paiement conventionnel.

Les dernières évolutions réglementaires relatives aux structures de proximité sont donc essentielles dans une logique de pérennisation des projets de reprise des cliniques privées. Toutefois, elles n'incitent pas concrètement au rapprochement entre les deux secteurs en cas de difficultés. D'autres outils juridiques viennent alors faciliter ces opérations.

B) Les GHT

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), prévus par la loi de modernisation de notre système de santé adoptée le 17 Décembre 2015 puis rendus obligatoires pour tous les établissements publics de santé à compter du 1^{er} Juillet 2016, ont pu grandement faciliter certains projets de reprise. Ainsi, Michel Glanes, Directeur du Centre Hospitalier de la Côte Basque, confronté à deux cas de reprise à quelques années d'intervalle³, estime que la reprise prochaine de la Fondation Luro sera plus aisée que celle de la clinique Sokorri réalisée en 2014 de par l'existence du GHT Navarre-Côte Basque.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

² Entretien réalisé le 12 Juin 2019 avec Astrid Beudet, conseillère établissements de santé auprès de la Directrice Générale de l'Offre de Soins.

³ Entretien réalisé le 9 Avril 2019.

Plusieurs raisons expliquent ce sentiment. Tout d'abord, toute constitution de GHT doit obligatoirement donner lieu à la rédaction d'un projet médical partagé. Véritable structuration des coopérations entre établissements d'un même territoire de santé, il a pour ambition la délimitation de grandes filières de soins permettant d'organiser au mieux les parcours patients selon différents critères (pathologie, public concerné, mode de prise en charge). Or, nous le verrons, le projet territorial constitue bien souvent la pierre angulaire d'un projet de reprise d'une clinique par un EPS. L'arrivée d'un nouveau partenaire au sein du GHT permet en effet d'enrichir le projet médical et d'élargir le champ des possibles. C'est notamment le cas lorsque la structure reprise dispose d'une activité de SSR conférant aux autres établissements parties des opportunités de lits d'aval pour leurs services de médecine gériatrique (court séjour gériatrique, cardio-gériatrie, neuro-gériatrie etc.).

Par ailleurs, la mise en œuvre des GHT rend possible la création d'équipes médicales communes ainsi que la constitution de pôles inter-établissements. Or, comme vu précédemment, les établissements susceptibles d'être repris voire transformés en EPS ont pour point commun leurs difficultés de recrutement. Leur intégration au sein d'un GHT, voire d'une Direction commune pour les projets les plus avancés, permet alors plusieurs initiatives :

- **Incitation financière** des praticiens de l'établissement reprenneur à venir exercer sur l'établissement repris grâce à la Prime d'Exercice Territorial (PET)¹. Son montant varie selon le nombre de demi-journées réalisées par le praticien en dehors de son établissement de référence et peut atteindre 1000 euros bruts par mois.
- Conditionnement des **nouveaux recrutements médicaux** à l'exercice multi-sites. Cette mesure s'avère très efficace lorsque les écarts d'attractivité entre les deux établissements sont conséquents. C'est notamment le cas de la Fondation Luro et du CHCB, de par le positionnement géographique de ce dernier.
- **Mise à disposition** de certains praticiens spécialistes pour des consultations ponctuelles en cardiologie, neurologie, et autres spécialités difficiles à assurer dans des établissements de petite taille.

En outre, la loi de santé de 2016 rend obligatoire au sein du GHT la mutualisation du Système d'Information Hospitalier (SIH) auprès de l'établissement support. Cela facilite les échanges entre établissements partenaires et vient accélérer les projets médicaux pour lesquels le système d'information s'avère déterminant, tels les projets de télémédecine.

¹ Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

* * *

Confrontées à un mouvement de concentration du secteur de l'offre de soins, les structures privées de petite taille ne semblent donc plus adaptées aux nouveaux impératifs économiques du marché. Elles n'ont pour autant pu faire l'objet de reprises par le secteur public, faute de volonté politique et d'outils juridiques adaptés. Toutefois, la mise en avant récente des soins de proximité, illustrée par la création prochaine des hôpitaux de proximité, combinée à l'émergence des GHT, vient changer la donne. D'un point de vue juridique, ces reprises peuvent se réaliser via deux modalités bien distinctes, présentant chacune leurs avantages et inconvénients.

2 Les modalités juridiques de la reprise : Groupement de Coopération Sanitaire *versus* Établissement Public de Santé

Lorsqu'un EPS se trouve confronté à la reprise d'une structure privée, il dispose de deux options juridiques bien précises : la constitution d'un GCS d'une part et la création d'un nouvel EPS d'autre part. Dans les deux cas, l'étape centrale de la reprise concerne le transfert des autorisations de soins au profit de la nouvelle entité créée. Les modalités de transfert d'une autorisation de soins d'une entité à une autre sont définies à l'article L. 6122-3 du CSP ainsi qu'à son article R. 6122-35. La demande de cession d'une autorisation peut ainsi être formulée par l'entité reprise auprès du Directeur Général de l'ARS (DGARS) en dehors des périodes normalement définies. Ce dernier statue selon les mêmes critères que pour une autorisation sanitaire classique.

Ces deux modalités (GCS et EPS) présentent des avantages distincts. Elles peuvent ainsi faire l'objet d'une étude comparative pour savoir quelle procédure satisfait au mieux les besoins des acteurs concernés.

2.1 La constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire : un choix parfois conditionné par la région d'origine de l'établissement repris

2.1.1 Un champ d'application peu à peu élargi

Créé par l'ordonnance du 24 Avril 1996, le GCS constitue l'outil privilégié de la coopération public-privé et ville-hôpital. Sa mission consiste à « faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres ». Il dispose de la personnalité morale, de droit public ou de droit privé, selon la nature des personnes le composant. Ses prérogatives furent considérablement élargies par la loi HPST. Deux grandes catégories de GCS sont alors identifiées :

- **Le GCS de moyens**, dont la mission consiste à développer les activités de ses membres grâce à la mutualisation de ses moyens : équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements acquis en commun (imagerie, diagnostic, plateau technique), moyens immobiliers ou encore système d'information partagé.
- **Le GCS établissement de santé** : la loi HPST permet aux GCS les plus aboutis d'aller plus loin dans la coopération en devenant de véritables établissements de

santé. Ils peuvent alors être titulaires d'autorisations d'activités de soins et facturer en leurs propres noms les actes de soins réalisés.

Dans les deux cas, une convention constitutive vient fixer les règles de gouvernance ainsi que les contributions financières de chacun des membres aux charges du groupement. Récemment, l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des GCS prise en application de l'article 201 de la LMSS est venue compléter le dispositif réglementaire relatif aux GCS. Désormais, les GCS de moyens peuvent « exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres »¹, faculté jusque-là réservée aux seuls GCS établissements de santé.

2.1.2 Le caractère inégalitaire du droit d'option

Face à ces domaines d'intervention peu à peu élargis, plusieurs centres hospitaliers ont fait le choix de constituer un GCS établissement de santé pour reprendre des structures privées en difficulté. C'est le cas du CHMS avec la reprise de la Clinique Herbert en 2017 et du GHBS avec la reprise de la Clinique du Ter en 2018. Cette option présente plusieurs avantages qu'il s'agit d'étudier. Le premier d'entre eux, certainement le plus important, concerne la nature des tarifs appliqués. En effet, en matière de facturation des actes de soins réalisés en son sein, l'échelle tarifaire applicable est dissociée de la nature juridique du GCS en question. On parle alors d'un « droit d'option ». En pratique, « les membres qui le composent font une proposition d'échelle tarifaire au Directeur Général de l'ARS »². Ce dernier fait alors part de sa décision au regard des critères suivants³ :

- La nature juridique de la majorité des membres
- L'échelle tarifaire de la majorité des membres
- L'échelle tarifaire aux membres majoritaires au capital
- L'échelle tarifaire applicable aux membres participant aux charges de fonctionnement du groupement
- L'échelle tarifaire applicable à la part majoritaire de l'activité professionnelle du groupement.

En cas de désaccord, une procédure contradictoire est organisée entre les membres du GCS et les autorités sanitaires, mais c'est bel et bien le directeur général de l'ARS qui tranche en dernier ressort l'échelle tarifaire applicable.

¹ Article L. 6133-1 du Code de Santé Publique.

² DGOS et DGFIP, *Le GCS érigé en établissement de santé*, fiche technique n°2, 2011.

³ Article R. 6133-16 du Code de Santé Publique.

Or, face au droit d'option, force est de constater que tous les GCS ne sont pas sur un pied d'égalité. En effet, la détermination de l'échelle tarifaire par le Directeur Général de l'ARS compétente dépend de multiples critères pouvant être appréciés de diverses manières. Ainsi, dans le cadre de la reprise de la clinique du Ter à Lorient, le DG ARS Bretagne a validé l'option choisie par le GCS d'appliquer des tarifs publics, quand bien même le GCS s'avère être de droit privé. Ainsi, il semble avoir privilégié le critère de la nature juridique de la majorité des membres, en l'occurrence publique, sur le critère de la nature juridique des membres majoritaires au capital, en l'occurrence privée. Cette décision s'explique également par les spécificités de l'offre hospitalière sur le territoire Sud Bretagne (cf III). Quoi qu'il en soit, elle constitue un avantage certain dans la pérennisation de la structure en place, l'échelle tarifaire publique étant plus favorable que l'échelle privée, puisque les honoraires des médecins ne sont pas à la charge des cliniques dans le cadre de leur exercice libéral. Cette option, un temps évoquée par le CHCB lors de la reprise de la Fondation Luro, n'a jamais pu obtenir l'aval du DG ARS Nouvelle Aquitaine, ce dernier considérant que la nature juridique de la majorité des membres constituait le critère primordial. Par conséquent, l'appréciation des critères relatifs au droit d'option par les Directeurs Généraux d'ARS, par essence subjective, conditionne en grande partie le choix des EPS quant aux modalités de reprise des structures privées. Il en résulte une inégalité de fait entre régions sur les options dont disposent les centres hospitaliers.

2.1.3 Une intégration facilitée du personnel

Un autre intérêt certain à la création d'un GCS concerne le statut des personnels. En effet, la reprise d'une clinique privée par un EPS rencontre bien souvent l'opposition des médecins, ces derniers souhaitant rarement devenir praticiens hospitaliers. La création d'un GCS, qu'il soit public ou privé, leur permet alors de poursuivre leur activité dans un cadre exclusivement libéral. Cette opposition s'explique tant par des convictions personnelles (peur de l'image du « médecin fonctionnaire ») que par des motivations financières. En effet, pour certaines spécialités telles la radiologie, l'anesthésie ou l'ophtalmologie, les écarts de rémunérations entre le secteur public et le secteur privé peuvent dépasser les 100 %¹. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant de constater que les reprises ayant donné lieu à la constitution d'un GCS concernent des établissements privés spécialisés en chirurgie. C'est notamment le cas de la clinique Herbert. À l'inverse, la transformation de la Fondation Luro en EPS et l'intégration de ses

¹ de Kervasdoué J. *Le revenu des professions de santé*, La Mutualité Française.

six médecins en tant que praticiens contractuels n'a souffert d'aucune opposition, ces derniers étant soit gériatres, soit médecins généralistes, spécialités moins concernées par la pratique des dépassements d'honoraires, et tous intéressés par les vertus de l'exercice salarié (revenu garanti, congés payés).

Concernant le personnel paramédical, l'intégration des salariés de la structure reprise à la FPH suppose un surcoût financier parfois très conséquent (cf IV). Or, ce risque devient minime dès lors que l'établissement repreneur fait le choix du GCS. En effet, un GCS, qu'il soit de moyens ou établissement de santé, est autorisé à recruter du personnel en son propre nom, ce qui l'autorise à recruter par contrat des personnels médicaux et non médicaux selon les règles qui régissent son statut juridique. Si le GCS constitué s'avère être de droit privé, c'est à l'établissement public repreneur d'assurer en son nom l'intégration du personnel. Les agents concernés sont ensuite mis à disposition du GCS en question une fois leur intégration acquise. Dans les 2 cas, l'éventuel surcoût n'est pas supporté par l'établissement repreneur.

2.2 La création d'un établissement public de santé : une démarche ambitieuse mais complexe

2.2.1 La création d'un EPS : mode d'emploi

La seconde option dont disposent les établissements publics souhaitant reprendre un établissement privé consiste à créer un nouvel EPS, en lieu et place de l'ancienne structure privée. Elle fut choisie par le CHCB lors de la reprise de la clinique Sokorri en 2013. C'est également l'option privilégiée pour la reprise en cours de la Fondation Luro. La création ex-nihilo d'un EPS, opération peu courante, est régie par le Code de la Santé Public aux articles R. 6141-10, 11, et 13 : « Les établissements publics de santé à ressort communal, intercommunal et intercommunal¹ sont créés par arrêté du Directeur Général de l'ARS de la région où est située le siège de l'établissement (...) ». Au-delà de cette création, plusieurs étapes essentielles doivent être suivies². Elles sont résumées par le plan d'actions ci-dessous :

¹ C'est le cas dans la quasi-totalité des reprises d'établissements privés.

² DREES, *Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel*, Fiche technique, 2016

Opération réalisée	Interlocuteur	Objet de l'opération
Décision de dissolution ¹	Conseil d'Administration	Réuni en session extraordinaire, le CA de l'entité reprise acte la disparition de la structure au profit du nouvel EPS, après en avoir informé le CHSCT ² .
Création du nouvel EPS	Arrêté du DGARS après avis de la CSOS	La publication de l'arrêté doit intervenir suffisamment tôt pour purger le délai de deux mois durant lequel tout justiciable peut contester l'acte en question devant le juge administratif.
Nomination d'un Directeur par intérim	Arrêté du DGARS	La date de nomination correspond à la date de création de l'EPS.
Immatriculation de l'EPS	ARS et organismes compétents	Obtention des numéros SIRET et FINESS pour le nouvel établissement.
Transfert des autorisations	ARS et CSOS	La demande est formulée par l'établissement cessionnaire auprès du DG ARS. Elle peut être déposée en dehors des périodes normalement définies. Pour le reste, l'ARS statue en suivant les modalités prévues pour une demande classique d'autorisation.
Publication de l'acte définitif de dissolution	Président de l'association ou Directeur de l'établissement	Déclaration de la dissolution en préfecture. Pour la Fondation Luro, il s'est agi d'une dissolution avec dévolution des actifs au profit du nouvel EPS créé.
Mise en œuvre de la gouvernance	ARS	La gouvernance provisoire de l'établissement est assurée par un conseil de surveillance préfigurateur (absence des représentants du personnel).
Création des instances	ARS	CME, CTE, CHSCT, CSIRMT, CAPL, Directoire ³ et CDU.
Finances	Directeur et ARS	Préparation d'un EPRD suivant un calendrier dérogatoire et présentation au DGARS pour approbation avant le début de l'année suivante.

2.2.2 Avantages et inconvénients d'un tel choix

Si le GCS s'avère complexe de par la négociation préalable à la rédaction des statuts entre tous les acteurs, le choix de l'EPS se veut donc plus clair dans la démarche à suivre. Le processus s'avère toutefois lourd à enclencher du fait des nombreuses étapes à respecter. Cette option n'en présente pas moins de nombreux avantages :

¹ Annexe 2 : procès verbal du CA extraordinaire actant la dissolution de la Fondation Luro.

² L'absence de notification au CHSCT peut l'entraîner l'annulation pure et simple de la décision de dissolution par le juge administratif. Cf CCA Nancy, *arrêt n°14NCO1741*, 21 Avril 2015.

³ DHOS, Instruction n°2010-75 ndu 25 Février 2010 relative à la mise en place des Directoires dans les établissements de santé.

- La création d'un EPS ne laisse aucune ambiguïté quant à la nature de l'échelle tarifaire applicable. Elle est tout naturellement celle du secteur public, plus élevée, donc plus avantageuse dans une démarche de pérennisation du projet.
- La création d'un EPS suppose l'intégration de l'ensemble des personnels de la structure privée à la FPH. Les personnels non médicaux font alors l'objet d'une titularisation tandis que les personnels médicaux se voient proposer un contrat de praticien hospitalier. Certes coûteux dans un premier temps (cf IV), ce processus permet d'avoir la main sur le futur recrutement de l'établissement et d'éviter les écarts de statuts entre personnels médicaux et non médicaux.
- La constitution d'une nouvelle entité autonome permet une certaine forme d'indépendance dans la délimitation de la stratégie et la rédaction du nouveau projet médical. Bien que disposant d'un membre majoritaire, un GCS se doit en effet d'associer l'ensemble de ses membres dans sa gouvernance. Tous ne sont pas nécessairement susceptibles de suivre les mêmes stratégies de développement d'activité.
- La création d'un nouvel EPS suppose la disparition de l'ancienne structure privée, à but lucratif ou non. Dans le cas du GCS, les entités juridiques perdurent et se superposent au nouveau groupement, pouvant alors aboutir à un enchevêtrement confus de personnalités juridiques.
- La transformation d'une clinique privée en EPS signifie quasi systématiquement la mise en place d'une Direction commune avec l'établissement repreneur. Cela permet au nouvel EPS créé de s'appuyer sur les compétences et le savoir-faire de l'établissement repreneur dont les moyens sont plus conséquents et les équipes administratives plus fournies. Ainsi, la reprise de la Fondation Luro s'accompagne d'une refondation totale de son système d'information ainsi que d'une restructuration complète de ses activités logistiques (restauration et blanchisserie). Ces travaux sont menés par les équipes du CHCB.
- Contrairement aux idées reçues, la transformation d'une clinique privée en EPS représente un risque modéré pour l'établissement repreneur. D'un point de vue financier tout d'abord, l'établissement repreneur ne doit faire l'acquisition d'aucun bien, mobilier ou immobilier. Cette charge repose entièrement sur le nouvel EPS créé. En cas de mauvais résultats financiers lors ses premiers mois d'activité, l'EPS repreneur n'est en aucun cas contraint de combler d'éventuels déficits puisque juridiquement, deux personnes morales subsistent et ne se confondent pas.
- Pour les personnels de l'établissement créé, le sentiment des équipes d'appartenir à une seule et même structure subsiste, quand il peut être dilué au sein d'un GCS aux membres multiples.

En résumé, il est possible de dresser le bilan suivant :

Option choisie lors de la reprise	GCS	EPS
Nature de l'établissement	- Établissements privés centrés sur quelques spécialités (chirurgie notamment).	- Établissements au plateau technique complet (MCO). - Hôpitaux de proximité (médecine gériatrique et SSR polyvalent).
Région d'implantation	- Territoires attractifs - Régions pour lesquelles l'option GCS privé / tarifs publics est autorisée par l'ARS.	- Zones périphériques voire rurales - Régions pour lesquelles l'option GCS privé / tarifs publics n'est pas autorisée.
Ambition du projet	- Développer les activités et partenariats déjà existants - Maintenir le statut libéral des médecins. - Maintenir un équilibre entre offres publique et privée.	- S'engager dans une démarche territoriale intégrative supposant la création de filières de soins territoriales. - Maintenir l'accès aux soins.

* * *

Par conséquent, les établissements publics disposent de deux options lorsqu'ils souhaitent reprendre une structure privée, selon leurs caractéristiques et la nature du projet qu'ils souhaitent mener. Ce choix peut être néanmoins conditionné par le positionnement du DGARS quant à son interprétation du droit d'option, même si le cas de l'ARS Bretagne relève d'une situation singulière. Dans certains territoires, ces reprises s'avèrent impératives dans un souci de maintien de l'accès aux soins pour tous. Elles deviennent de surcroît de puissants leviers de réorganisation territoriale des filières de soins, au service des intérêts de l'établissement repreneur.

3 La réussite d'une reprise réside bien souvent dans la qualité d'un projet territorial au service de l'accès aux soins

3.1 La constitution de filières de soins territoriales et la fin du « tout-concurrence »

La reprise d'une clinique privée par un établissement public de santé ne saurait être un processus visant uniquement la sauvegarde d'une structure en difficulté sur le plan financier. Établissements repris comme repreneur doivent tous deux y trouver un intérêt. Pour le premier, les motivations sont évidentes : pallier des difficultés devenues peu à peu insurmontables pour l'établissement, grâce à l'appui d'une structure plus grande et aux moyens plus conséquents. Pour le second, l'opportunité d'une reprise réside avant tout dans l'intérêt du projet territorial qui l'anime. Grâce aux nouveaux outils juridiques à la disposition des établissements publics, tels le GHT, la direction commune simplifiée, voire la fusion, de véritables filières de soins territoriales peuvent être constituées afin de mettre fin au « tout concurrence » entre offreurs de soins sur un même territoire de santé. La rédaction d'un projet médical devient alors un moyen de graver dans le marbre les nouveaux partenariats communs. Ces projets territoriaux peuvent être multiples et s'appuient sur trois grands types de filières de soins¹ :

- **Approche pathologique** : il s'agit d'améliorer la prise en charge d'une pathologie spécifique, ou d'un ensemble de pathologies liées à une même spécialité médicale. La filière cancérologique, la prise en charge du diabète, ou encore la filière psychiatrique, s'inscrivent dans cette logique. En intégrant une nouvelle structure dans son schéma organisateur, un EPS peut ainsi travailler sur une véritable gradation des soins lui permettant de s'assurer que chaque patient atteint d'une pathologie reçoit le juste soin, au bon endroit.
- **Approche populationnelle** : il s'agit cette fois-ci de travailler sur la prise en charge d'un public homogène de par son âge, son sexe, ou sa situation sociale. La filière gériatrique, à savoir la prise en charge des personnes âgées, peut être un élément structurant lors des cas de reprises d'établissements privés lorsque ces derniers disposent de lits d'aval et de services de SSR polyvalents permettant une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le cas de la Fondation Luro le démontre parfaitement (cf 3.2.4).
- **Approche « mode de prise en charge »** : dans ce troisième type de filière de soins, il s'agit de travailler sur un type de prise en charge, telles les urgences ou

¹ Gallet B., Mattei JF., *Les coopérations en santé*, Presses de l'EHESP, 2017.

les soins palliatifs. Là encore, la reprise d'un établissement privé par un établissement public permet d'optimiser le parcours patient.

3.2 Établissement repris comme repreneur doivent tous deux trouver un intérêt au rapprochement

3.2.1 La clinique Sokorri et l'accès aux soins obstétricaux dans le Pays Basque intérieur

Lors de la reprise de l'établissement par le Centre Hospitalier de Bayonne en 2013, la clinique connaît de nombreuses difficultés. La plus symbolique d'entre elles concerne alors sa maternité. Avec environ 260 accouchements par an en moyenne, elle n'atteint pas le seuil de 300 accouchements minimum fixé par le décret de 1998¹. Pour autant, les autorités sanitaires se veulent rassurantes et rappellent que même en-deçà du seuil réglementaire, la maternité de la clinique Sokorri bénéficie d'une dérogation, prévue par la réglementation « lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population », ce qui est le cas, la maternité la plus proche (Oloron Sainte Marie) se trouvant à 50 minutes de distance en voiture². Malgré cette assurance, la menace de fermeture est réelle, tant les difficultés à remplacer les trois gynécologues-obstétriciens proches de la retraite sont grandes. À cet impératif de recrutement s'ajoute un besoin de restructuration complète d'un bâtiment vieillissant risquant la non-conformité.

Le projet de reprise de la clinique par le Centre Hospitalier de la Côte Basque permet alors de pallier ces difficultés, en plusieurs étapes. Dès 2014 et la publication de l'arrêté ministériel actant la transformation de la clinique en EPS, une restructuration complète de l'établissement s'engage. Les banques, qui refusaient jusqu'alors de prêter le moindre centime d'euro faute de gages suffisants, se laissent cette fois-ci convaincre par l'ambitieux projet territorial mené de concert avec le CHCB, établissement de référence sur le territoire Navarre Côte Basque. La toute nouvelle maternité ouvre ses portes en 2017 et obtient l'agrément de l'ARS. Côté recrutement, le projet médical commun, pierre angulaire de la reprise de la clinique, prévoit la constitution d'équipes médicales communes intra-GHT dont le tout nouveau Centre Hospitalier de Saint Palais fait désormais partie. Non sans difficultés, certains praticiens de Bayonne considérant que les conditions de sécurité ne sont pas réunies. Si l'activité de jour ne pose aucun problème,

¹ Décret 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

² Elle a d'ailleurs fermé ses portes en Décembre 2017.

certaines gynécologues libéraux y réalisant une activité de consultation en complément des praticiens hospitaliers, les gardes ne peuvent plus être assurées. Trois décisions complémentaires sont alors prises :

- Participation des praticiens du CHCB au tour de gardes du CHSP. À noter que le CHCB consent à un effort important en mettant à disposition ses praticiens puisque conformément à la réglementation, toute garde de nuit doit être suivie d'un repos de sécurité de onze heures consécutives¹. Le praticien en question est donc absent deux jours consécutifs de son établissement de rattachement, ce qui peut aboutir à une baisse d'activité et pénaliser le CHCB.
- Conditionnement de tout nouveau recrutement de gynécologue-obstétricien sur Bayonne à un exercice partagé sur les deux sites, de jour comme de nuit. Le CHCB étant un établissement attractif de par son positionnement géographique, les perspectives de trouver les candidats adéquats sont bien plus grandes que pour des postes uniquement basés sur Saint Palais.
- Création d'un pôle Femme-Mère-Enfant inter-établissements permettant d'assurer sur le terrain le suivi de ces nouveaux partenariats.

De cet exemple ressort bien tout l'intérêt d'un projet de reprise d'un établissement privé en difficulté par un établissement public. Sans changement de son statut, l'établissement de Saint Palais n'aurait sûrement jamais pu accéder à l'emprunt ni bénéficier de l'appui du CHCB. Faute de praticiens, sa maternité aurait été condamnée, ce qui aurait posé un problème majeur d'accès aux soins obstétricaux.

3.2.2 La clinique Herbert et l'équilibre entre offres publique et privée en chirurgie²

Lors de sa reprise par le Centre Hospitalier Métropole Savoie en 2017, la Clinique Herbert, alors propriété du groupe Ramsay Générale de Santé, est une structure spécialisée en chirurgie avec une offre de soins comprenant l'orthopédie, la traumatologie, la neurochirurgie, l'ophtalmologie et la chirurgie vasculaire. Lorsque le groupe Ramsay fait part de son souhait de se désengager de la structure, ses détracteurs l'accusent ne pas vouloir assumer des charges de rénovation trop élevées pour une structure de petite taille jugée peu rentable. Pour autant, l'ARS Auvergne Rhône-Alpes voit dans la constitution d'un GCS public-privé une opportunité pour étendre l'offre de soins chirurgicaux dans le secteur public, l'offre privée étant d'ores et déjà très développée sur le territoire. Certes, l'entité reste privée et les praticiens y exercent

¹ Arrêté du 14 Septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé.

² Entretien réalisé le 5 Avril 2019 avec Mme Caroline JAMBIN-BURGALAT, DRH au CMS.

toujours dans un cadre libéral, mais l'ensemble des autorisations sont transférées au GCS par l'ARS. Le CHMS étant l'établissement majoritaire, des vacations sont accordées aux praticiens du Centre Hospitalier d'Aix-les-Bains voisin. Le patient peut ainsi choisir entre une offre publique ou privée. Par ailleurs, le coût de la restructuration s'avérant conséquent, le GCS a pu bénéficier du soutien financier de la Société d'aménagement de la Savoie, désormais propriétaire des murs de l'ancienne clinique.

3.2.3 La clinique du Ter et le maintien d'une offre hospitalière suffisante sur le territoire¹

Lorsque le groupe Elsan fait part de sa volonté de céder la clinique du Ter en 2016, peu de candidats se manifestent. L'ARS Bretagne souhaite pourtant maintenir à tout prix l'établissement, l'offre hospitalière publique étant d'ores et déjà sous-dimensionnée par rapport au bassin de population, en forte croissance². En effet, les caractéristiques intrinsèques du bâtiment du Groupement Hospitalier Bretagne Sud voisin rendent impossible toute évolution architecturale visant une extension des capacités d'accueil. Deux secteurs sont particulièrement problématiques : le bloc opératoire et le service d'Urgences. À cela s'ajoute le risque de déséquilibre entre offres publique et privé, le secteur privé étant en déclin dans le Morbihan. Après l'échec d'un projet de reprise par un groupe mutualiste, la clinique est alors proposée au GHBS, qui accepte le projet. Il donne lieu le 4 Mars 2018 à la constitution d'un GCS. Une négociation relative à l'échelle tarifaire applicable s'engage alors entre ses membres et l'ARS Bretagne. Les premiers proposent une échelle tarifaire publique, alors même que le GCS s'avère doté du statut privé. Faisant du maintien de l'équilibre concurrentiel entre les offres publique et privée sur le territoire un objectif prioritaire, le DGARS donne son accord, assurant de fait la pérennité financière du projet.

3.2.4 La Fondation Luro et la constitution d'une filière gériatrique de territoire

L'activité des quatorze lits de médecine que compte l'établissement s'avère particulièrement basse : à peine huit lits occupés en moyenne sur le premier semestre 2019. Ce faible taux d'occupation s'explique par l'adressage défaillant des patients par les médecins généralistes de ville. En témoigne la part d'activité plutôt faible de l'établissement sur l'activité de médecine du territoire Saint Jean Pied de Port : 13,3%

¹ Entretien réalisé le 27 Août 2019 avec M. Alain PHILIBERT, Directeur Général Adjoint au GHBS.

² La population du Morbihan a cru de 15% depuis 2000 (INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288201#titre-bloc-3>).

seulement¹ (chiffre à relativiser toutefois car il englobe l'ensemble des spécialités de médecine dont certaines ne sont pas représentées à la Fondation Luro). Ces derniers privilégient en effet le CHSP, doté d'un plateau technique complet et de nombreuses spécialités, voire le CHCB, plus lointain. Or, le recrutement par la médecine de ville s'avère essentiel pour la Fondation Luro, structure ne disposant pas de service d'Urgences. Il représente en effet 80% de sa patientèle. Dans le cadre d'une opposition public-privé, cette concurrence ne pouvait que perdurer.

Mais la transformation de la clinique en EPS et son intégration au sein du même GHT que le CHCB et que le CHSP vient changer la donne. Ces nouveaux établissements publics partenaires ont tous un intérêt à voir l'activité de médecine de la Fondation Luro s'accroître. Pour la Fondation Luro tout d'abord, le passage au statut public suppose des surcoûts conséquents, liés notamment aux travaux de modernisation du bâtiment ainsi qu'à l'intégration des personnels à la FPH. Une hausse significative des taux d'occupation des lits de médecine permettrait alors des gains de recettes importants, l'activité de médecine présentant des écarts conséquents entre les tarifs publics et privés. Pour le CHCB, les 44 lits de Court Séjour Gériatrique (CSG) dont il dispose sont constamment occupés et sont à l'origine d'un phénomène régulier de « bed blockers », à savoir ces patients, souvent âgés et polyopathologiques, dont la présence en hospitalisation aiguë n'est plus justifiée par des raisons médicales mais dont la sortie ne peut être organisée faute de lits d'aval (SSR, EHPAD, HAD). Or, certains patients accueillis relèvent du territoire de santé de la Fondation Luro.

Fort de ces intérêts convergents, un projet de filière gériatrique territoriale est en passe d'être adopté. Il répond aux besoins des trois nouveaux établissements partenaires, dont le futur EPS créé. Il pourrait présenter le plan d'actions suivant :

- Parmi les 14 lits de médecine dont dispose actuellement la Fondation Luro, identification d'une partie de ces lits en unité de court séjour gériatrique.
- Face à l'engorgement de son unité de court séjour gériatrique, le CHCB mettra en place deux actions :
 - Avant l'admission : orientation préalable des patients résidant sur le Pays Basque intérieur vers la Fondation Luro sur son unité de CSG nouvellement créée. Il en résulte une territorialisation de la prise en soins des patients du territoire pour limiter leurs déplacements.
 - Lorsque les lits de CSG du CHCB sont tous occupés : orientation des patients dont l'hospitalisation n'est plus justifiée vers la Fondation Luro (SSR et EHPAD). Le CHCB résout donc en partie son problème de « bed

¹ Annexe 3.

blockers » par des partenariats privilégiés avec les structures extrahospitalières du Pays Basque.

- Afin de remédier à l'adressage défaillant des patients vers Luro, trois initiatives pourront être menées :
 - Urgences du CHSP : orientation des patients devant être hospitalisés vers la Fondation Luro lorsque lieu de résidence à proximité, toujours dans une logique de meilleure territorialisation des parcours de soins.
 - Intervention de praticiens spécialistes du CHCB sur la Fondation Luro afin de diversifier les consultations pouvant y être réalisées (cardiologie, neurologie notamment).
 - Communication globale du GHT à l'égard des praticiens libéraux afin de les informer sur ces nouvelles possibilités de consultations spécialisées.

Ainsi, des partenariats autrefois complexes à nouer deviennent désormais possibles. Ce projet de filière territoriale gériatrique aurait certes pu voir le jour sans le changement de statut de la Fondation Luro, mais il aurait certainement mis plus de temps à se concrétiser, chaque établissement devant accepter certaines contreparties (perte d'activité pour le CHSP, mise à disposition de praticiens pour le CHCB, regard extérieur et remise en cause de certains protocoles pour Luro). La reprise de la clinique privée par un EPS constitue en cela un accélérateur d'initiatives dont les effets positifs profitent à l'ensemble des acteurs participant au projet.

* * *

Par conséquent, la reprise d'une clinique privée, quel que soit le schéma juridique choisi, constitue un puissant levier de territorialité. Bien préparée, elle sert aussi bien les intérêts de l'établissement repreneur que de l'établissement repris. À terme, c'est tout un bassin de population qui voit son accès aux soins préservé, voire développé. Toutefois, la création d'un nouvel EPS, option juridique la plus ambitieuse, peut représenter plusieurs points de difficultés qu'il s'agit de prévenir par la mobilisation des outils adéquats.

4 Sans la mobilisation des outils adéquats, la création d'un nouvel EPS peut s'avérer préjudiciable pour l'établissement repreneur

Parmi les deux options mises à disposition des établissements repreneurs (GCS *versus* EPS), la création d'un nouvel établissement public est certainement la plus ambitieuse. Elle permet la constitution de filières de soins élargies sur le territoire et de répondre aux besoins en santé de la population. Mais c'est également la plus risquée. Peu éprouvées, les modalités d'intégration des personnels privés à la Fonction Publique Hospitalière (FPH) rendent l'opération incertaine sur le plan juridique. Certains outils concrets permettent d'y remédier (4.1). Sur le plan financier, les surcoûts liés au passage au statut public sont considérables et doivent être pris en considération dès la genèse du projet afin d'être réduits au strict minimum (4.2).

4.1 L'intégration des personnels privés à la Fonction Publique Hospitalière : une opération complexe à la jurisprudence encore récente

4.1.1 Un cadre réglementaire imprécis, peu éprouvé et inadapté aux contraintes nouvelles de la fonction publique

Lorsqu'un établissement privé est transformé en établissement public, ses personnels bénéficient de droit d'une intégration à la Fonction Publique. Ainsi, l'article L. 1224-3 du Code du Travail précise :

« Lorsque l'activité d'une entité économique employant des salariés de droit privé est, par transfert de cette entité, reprise par une personne publique dans le cadre d'un service public administratif, il appartient à cette personne publique de proposer à ces salariés un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée selon la nature du contrat dont ils sont titulaires ».

Cette intégration se fait en deux étapes :

1. **« Étape contractuelle »** : les personnels intégrés se voient proposer un contrat de droit public d'une année reprenant les clauses substantielles du contrat dont ils sont titulaires dans le secteur privé, avec a minima le même niveau de

rémunération. Pour certains personnels, notamment les aides-soignants, il peut y avoir un gain de rémunération dans la mesure où les rémunérations minimales du secteur public sont parfois plus élevées que les standards pratiqués dans le secteur privé.

2. « **Étape titulaire** » : au terme de cette année, il est proposé aux agents pouvant justifier d'une ancienneté de deux années dans leur ancien établissement, une titularisation, sans mise en stage. La question de la reprise d'ancienneté est alors essentielle. Pour les agents n'ayant pas le niveau d'ancienneté requis, le contrat de droit public est reconduit pour une durée indéterminée. La titularisation peut ensuite être décidée dans les conditions prévues par la réglementation, à l'issue d'une mise en stage.

Les modalités pratiques de cette intégration sont ensuite fixées dans deux dispositions :

- L'article 102 de la loi du 9 Janvier 1986.
- Le décret n°99-643 du 21 Juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privé à caractère sanitaire ou social¹.

A) L'article 102 de la loi de 1986 :

Cet article se veut très largement dérogatoire aux modalités classiques de recrutement des fonctionnaires. Il dispose que cette intégration peut « déroger aux articles 29, 36 et 37 » du statut, respectivement relatifs :

- Au recrutement des fonctionnaires par voie de concours. Il n'y a donc pas de concours à organiser pour intégrer ces personnels privés.
- À l'obligation de publicité des postes vacants. Il ne peut donc y avoir de mise en concurrence entre ces personnels repris et d'autres candidats extérieurs à l'entité privée transformée. Il s'agit donc ici en quelque sorte d'emplois « réservés ».
- À la mise en stage comme préalable à toute titularisation. Les salariés intégrés en sont donc dispensés.

Par ailleurs, il précise qu'en matière de reprise de personnels privés, « les limites d'âge pour l'accès aux corps et emplois régis par le présent titre ne sont pas opposables. ».

B) Le décret de 1999 :

Ce texte fixe les modalités pratiques de l'intégration. Pour rappel, elle se fait en deux étapes :

¹ Annexe 4.

1. Durant une année, les personnels sont intégrés en tant qu'agents contractuels de droit public en CDD.
2. Au bout d'un an, ils sont titularisés, sans concours ni mise en stage.

Toutefois, certaines dispositions du décret peuvent donner lieu à plusieurs interprétations, mettant en difficulté le Directeur de l'entité repreneuse lors de l'élaboration concrète des projets d'intégration individualisés. Une analyse de ces points de difficulté s'impose pour en comprendre les enjeux :

Les personnels pouvant bénéficier de ces conditions d'intégration dérogatoires :

l'article 1 précise : « Les personnels d'établissement privé (...) concernés (...) peuvent, sous réserve de justifier de services effectifs dans ledit établissement d'une durée équivalente à deux ans au moins de service à temps complet (...) demander leur intégration dans l'un des corps de la fonction publique hospitalière. » Si cette disposition ne semble présenter aucune difficulté pour les salariés à temps complet exerçant dans l'établissement repris depuis plus de deux ans, le doute s'installe concernant d'autres catégories de personnels :

- Les personnels aux services discontinus : parmi les salariés de la Fondation Luro, certains exercent à temps complet depuis moins de deux ans, mais du fait de carrières hachées (interruption d'activité pour élever des enfants par exemple), avaient déjà par le passé exercé dans l'établissement. Pour ces personnels aux services discontinus, la règle des 4 mois d'interruption valable pour les contractuels en CDD susceptibles de bénéficier d'un CDI¹ pourrait s'appliquer. Considérant que le décret ne mentionne aucune notion de caractère continu des services effectués, il est décidé d'additionner les services discontinus, sans délais d'interruption donnant lieu à une remise à zéro des compteurs.
- Les personnels à temps partiel : l'expression « durée équivalente » ne laisse aucun doute : les salariés à temps partiel peuvent bénéficier d'une intégration dès lors que leur ancienneté dans l'établissement équivaut à deux années à temps complet. Exemple : quatre années d'ancienneté pour un aide-soignant exerçant à 50%.

Par ailleurs, ce même article 1 prévoit que « L'intégration ne peut avoir lieu que s'il existe dans la fonction publique hospitalière des corps et emplois correspondants aux fonctions exercées par les agents intéressés ». Cette disposition n'est pas sans conséquences. En effet, dans certains établissements privés, il peut arriver que des fonctions sans aucune équivalence dans le secteur public soient créées pour répondre à des besoins spécifiques

¹ Article 9 de la loi n°86-33 du 9 Janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

à la structure en question ou à des particularismes locaux, de surcroît lorsqu'ils sont implantés en zone rurale. La Fondation Luro n'y fait pas exception. Ainsi, elle compte parmi ses membres une « gouvernante », dont la mission consiste à organiser les temps de repas des résidents. Si le poste en question ne trouve aucun équivalent dans le répertoire des métiers de la FPH, il répond pour autant à un réel besoin sur le terrain. Par ailleurs, le départ de cette personne, dont le travail est apprécié de ses collègues et de l'encadrement, serait vécu par l'équipe comme une injustice. Il est donc décidé de lui proposer une intégration en tant qu'aide-soignante, puisqu'elle dispose des diplômes requis, ce qui ne changera en rien la nature des missions qu'elle exerce au quotidien. Si les textes étaient appliqués de manière stricte, elle ne pourrait bénéficier des conditions d'intégration dérogatoires et devrait notamment faire l'objet d'une mise en stage avant titularisation.

L'intégration des agents d'encadrement : l'article 2 précise que « La détermination du corps d'intégration et le classement dans ce corps doivent permettre à chacun des agents concernés d'occuper un emploi équivalent à celui qu'il occupait précédemment. Les agents devront à cet effet justifier de la possession des titres, diplômes ou qualifications exigés ». Dans le cas de la Fondation Luro, l'application de cette disposition s'avère délicate pour l'encadrement. En effet, sur les quatre cadres exerçant dans l'établissement, deux n'ont pas le diplôme correspondant. Or, la règle en vigueur sur tous les sites de la Direction commune est claire : les seuls personnels « faisant fonction » de cadres sont les agents inscrits à la prochaine session de formation des cadres de santé. Face au refus des salariés concernés de s'engager dans une telle démarche, il ne peut leur être proposé qu'une intégration sur un grade d'infirmier, ce qui suppose une perte conséquente de rémunération ainsi qu'une profonde révision de leur exercice professionnel.

La transmission d'un projet d'intégration : selon les termes de l'article 3, « Le directeur de l'établissement public soumet dans les trois mois suivant la demande de l'agent, un projet d'intégration précisant le classement de l'intéressé. (...) L'agent reclassé est dispensé de stage ». Concernant le projet d'intégration, le décret s'avère donc peu loquace. Difficile d'imaginer transmettre pour seule information le classement d'intégration alors même que les agents concernés n'ont pour la plupart jamais exercé dans le secteur public. Les notions d'échelon, de grade ou de grille indiciaire sont pour eux des concepts abstraits, d'où l'indispensable mise en œuvre d'une stratégie de communication. Elle sera détaillée plus loin. Concernant l'absence de mise en stage, le décret se veut une fois de plus très dérogatoire par rapport aux conditions classiques d'accès à la fonction publique et ce en faveur des agents intégrés. L'établissement public reprenneur n'a de fait aucun

droit de regard sur les compétences de ces derniers et ne pourra profiter du passage du statut privé au statut public pour s'assurer qu'elles sont conformes aux standards du nouveau centre hospitalier.

La reprise d'ancienneté et l'échelon d'intégration : ces points sont fixés par l'article 4. La règle de base est la suivante : la moitié des services accomplis dans l'établissement privé sont comptabilisés, sauf dispositions plus favorables prévus par les statuts particuliers des corps d'intégration. Dans les faits, la quasi-totalité des agents bénéficient d'une prise en compte plus favorable de leurs services antérieurs, en particulier les agents paramédicaux. Toutefois, et c'est sûrement là le point le plus imprécis du décret, « la prise en compte des services antérieurs ne peut avoir pour effet de permettre le classement des intéressés à un grade d'avancement (...) qui confère un traitement égal ou à défaut immédiatement supérieur à la rémunération qu'ils percevaient dans leur ancienne situation à la date de leur intégration ». Tout l'enjeu réside alors dans la compréhension des termes « traitement » et « rémunération ». Faut-il uniquement considérer la rémunération de base, à savoir le traitement indiciaire et le salaire de base, ou faut-il y inclure les primes ? Ce point de débat est lourd de conséquences financières pour l'établissement reprenneur. En effet, le poids des primes dans la Fonction publique est plus élevé que dans le secteur privé. Au fil des ans, la proportion des primes dans la rémunération du fonctionnaire hospitalier n'a cessé de s'accroître, en passant de 19 à 30% de sa rémunération globale en moyenne entre 1990¹ et 2016²

Le versement d'une indemnité compensatrice : l'article 5 précise que l'agent intégré ne peut percevoir de rémunération inférieure à celle qu'il percevait auparavant. Si tel est le cas, une indemnité compensatrice doit lui être versée. Les seuils varient selon la catégorie d'accueil du nouvel agent :

- Catégorie A : 90% de son ancienne rémunération garantie.
- Catégorie B : 95%.
- Catégorie C : 100%.

Une fois de plus, des questions se posent. Que faut-il inclure dans les primes ? A titre d'exemple, la prime de service, dont le montant s'avère conséquent, dépend à la fois de la notation et de la présence de l'agent. Difficile donc d'anticiper son montant alors même que l'agent en question n'a toujours pas exercé dans son nouvel établissement. Et pourtant, elle doit bien être intégrée au calcul, comme en a décidé la Cour Administrative d'Appel de Paris dans un contentieux opposant l'APHP à l'une de ses agents³. Dans le

¹ DUVEAU J., *Les primes dans la fonction publique : entre incitation et complément de traitement*, 2006.

² <https://www.fipeco.fr/fiche.php?url=Les-salaires-publics>.

³ CAA Paris, arrêt n°12PA01195, 10 Février 2014.

cas de la Fondation Luro, il a été décidé d'appliquer le mode de calcul suivant : octroi d'une note généralement accordée aux nouveaux agents au terme de leur première année d'exercice (17) et présence continue à son poste (0 jours d'absence). Nul ne peut dire si l'agent sera en droit de réclamer a posteriori le versement d'une prime compensatrice au cas où le montant de sa prime de service s'avère finalement inférieur au montant anticipé, du fait d'un fort absentéisme non justifié par exemple. À l'inverse, le supplément familial de traitement ne doit pas être pris en compte, conformément aux préconisations de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)¹. Quoi qu'il en soit, ces écarts de traitement selon les catégories d'appartenance sont susceptibles d'entraîner d'une part une perte sèche de pouvoir d'achat pour les agents de catégorie A, tels les personnels infirmiers, d'autre part une dégradation du climat social. C'est pourquoi la stratégie de communication détaillée plus bas se donne pour objectif de prévenir l'émergence d'un sentiment de déclassement chez certains agents.

C) Un contentieux donnant lieu à une première jurisprudence : la clinique Sokorri

Sur la question si centrale de la détermination de l'échelon d'intégration, la réponse des autorités de tutelle n'a jamais été d'une grande clarté. Sollicitée en 2015 lors de la création du Centre Hospitalier de Saint Palais en lieu et place de la clinique Sokorri, la DGOS soutient la position suivante : la rémunération totale (traitement indiciaire + primes) de l'agent nouvellement intégré ne peut excéder la rémunération totale (salaire de base + primes) qu'il percevait dans le secteur privé. Et c'est bien cette interprétation des textes qui fut appliquée, puis contestée par les agents. Dans son jugement rendu le 21 Décembre 2017, le Tribunal Administratif de Pau a donné raison aux agents en condamnant le Centre Hospitalier de Saint Palais à reconstituer les carrières des requérants. Il affirme ainsi la chose suivante : « les dispositions du décret du 21 Juillet 1999 n'ont ni pour objet ni pour effet de s'opposer à ce que la rémunération globale résultant de l'intégration dépasse la rémunération dont bénéficiait antérieurement l'agent » et que dès lors, l'abaissement d'échelon auquel avait procédé la Direction n'était pas conforme. La question centrale est alors la suivante : faut-il faire prévaloir la reconstitution de carrière ou l'alignement des rémunérations sur les standards de la fonction publique ? Le juge semble répondre par le premier principe.

Le 25 Juin 2018, la Cour Administrative d'Appel de Bordeaux est venue confirmer le jugement en première instance du Tribunal Administratif de Pau et l'erreur de droit commise par le Centre Hospitalier de Saint Palais. Il est d'ailleurs intéressant de revenir sur le déroulement de l'audience publique du 25 Mai 2019. Dans ses conclusions, le

¹ Annexe 5.

Rapporteur Public a souligné – et le fait est assez rare pour être relevé – qu’il est assez surprenant que la rédaction du décret du 21 Juillet 1999 consacre un « mécanisme d’intégration inflationniste, de nature à peser sur les finances publiques » et que l’appel du Centre Hospitalier de Saint Palais peut dès lors se comprendre au regard des contraintes budgétaires auxquelles doivent faire face les établissements de santé. Plus rare encore, le Président et le Rapporteur de la formation de jugement ont clairement marqué leur approbation lorsque l’avocat du CHSP, dans ses remarques orales, a insisté sur le risque de voir les établissements publics se détourner de cette procédure d’intégration, d’une grande complexité, dès lors qu’elle menace leur équilibre financier. Or, nous l’avons vu, ces reprises d’établissements privés représentent bien souvent des enjeux conséquents en termes de santé publique et d’accès aux soins, en particulier dans les zones rurales.

Si l’interprétation des textes, soutenue par la DGOS elle-même, fut balayée par le juge administratif, ni le Tribunal de Pau, ni la Cour Administrative d’Appel de Bordeaux, ne sont véritablement venus éclairer les établissements publics sur la marche à suivre. À nouveau consultée lors de la reprise de la Fondation Luro, la DGOS fait évoluer sa position dans un courrier adressé à la Direction dont la diffusion dans ce mémoire n’a pas été autorisée. Il faut désormais comparer le seul traitement indiciaire au salaire de base. Les primes doivent donc être exclues du calcul, partant du constat que l’article 4 ne mentionne que le « traitement » et la « rémunération » quand l’article 5 évoque la « rémunération résultant de l’intégration » et la « rémunération globale antérieure ». Dans un autre cas de reprise, celui de la clinique du Ter, la position de la DGOS sur le sujet diffère à nouveau. Il faut cette fois-ci s’assurer que le traitement indiciaire de l’agent intégré n’excède pas sa rémunération totale antérieure comprenant le salaire de base et les primes, ce qui semble peu probable. Dans cette troisième lecture particulièrement favorable aux agents, le poids financier de l’intégration s’avère considérable pour le nouvel établissement créé.

4.1.2 Les difficultés organisationnelles liées à l’intégration de personnels privés

A) L’inévitable dégradation du climat social

Lors de la reprise d’un établissement privé et de l’intégration de son personnel, le repreneur public peut se voir confronté à de nombreux obstacles. Nous l’avons vu, ils sont en premier lieu d’ordre réglementaire. En second lieu, il peut survenir une dégradation du climat social. En effet, le passage du statut de salarié à celui d’agent public n’est pas anodin pour des personnels n’ayant pour la plupart jamais exercé dans la fonction publique. Ils ont pour certains effectué toute leur carrière au sein de la même entité, sans

aucune mobilité. Un tel changement de statut professionnel peut donc être la source de vives inquiétudes.

Tout d'abord, du point de vue de la rémunération, comme cela a été étudié précédemment, la réglementation en vigueur prévoit des conditions d'intégration plus favorables pour les agents de catégorie C. Leur rémunération globale perçue dans le secteur privé est en effet maintenue à 100%, quand les agents des catégories B et A ne la voient garantie qu'à hauteur de 95 et 90%. D'autant que les personnels de catégorie C, en touchant certaines primes spécifiques à la fonction publique, comme la prime de service, voient bien souvent leur rémunération s'accroître. Dans le cas de la Fondation Luro, ce gain avoisine les 200 euros mensuels en moyenne pour les aides-soignants, ce qui n'est pas négligeable pour un corps dont la grille indiciaire, proche du SMIC, est l'une des plus faibles de la fonction publique¹. Pour les autres personnels, il peut y avoir une baisse notable en cas de titularisation. C'est le cas des personnels administratifs, souvent bien mieux rémunérés dans le secteur privé que dans le secteur public, ou du personnel infirmier, de catégorie A (maintien de la rémunération à hauteur de 90% seulement)². Pour la Fondation Luro, la perte mensuelle peut parfois dépasser les 250 euros. Pour ces derniers, nul doute que les agents feront le choix de rester contractuels à l'issue de la première année d'intégration. Il en résulte un risque majeur de scission dans l'établissement, où certaines fonctions seraient intégralement pourvues par des agents titulaires et d'autres seraient assurées par des agents contractuels.

Ensuite, concernant les conditions de travail, les règles appliquées dans le secteur privé diffèrent parfois de celles en vigueur dans le secteur public. Leur remise à plat peut alors générer des tensions. Ainsi en a-t-il été pour les personnels à temps partiel de la Clinique Herbert repris par le CHMS. Dans l'accord local de ce dernier, il est prévu de donner la priorité, parmi les agents à temps partiels, aux titulaires, dans la libération du mercredi après-midi, très demandé par les personnels chargés de famille. Les agents contractuels ne peuvent demander cette demi-journée que si l'intérêt du service ne s'y oppose pas. Lors de leur intégration, les agents n'ayant pu bénéficier d'une titularisation (moins de deux ans d'ancienneté) ou ceux l'ayant refusée (agents de catégorie A ne souhaitant pas perdre en rémunération, agents proches de la retraite), ont donc dû renoncer à cette conciliation de leurs vies familiales et professionnelles. Autre exemple, certains personnels administratifs de la Fondation Luro travaillent chaque semaine 37 heures et génèrent donc deux heures supplémentaires. Elles sont quelque part

¹ Annexe 7 : cas concret d'une aide-soignante dont la rémunération pourrait croître de 271 euros tous les mois en cas de titularisation.

² Annexe 8: cas concret d'une infirmière dont la rémunération pourrait baisser de 250 euros tous les mois en cas de titularisation.

automatisées et intégrées à leur salaire mensuel à travers une prime spécifique. Dans le secteur public, ces agents pourront toujours travailler 37 heures, mais les deux heures dépassant le seuil hebdomadaire réglementaire viendront générer des Réductions de Temps de Travail (RTT). Elles ne seront donc pas indemnisées, ce que regrettent les agents concernés.

B) La difficile adaptation des organisations de travail

Dans une procédure de transformation d'un établissement privé en établissement public, les salariés sont en position de force. En premier lieu, cela été vu, il doit leur être proposé un contrat public reprenant les clauses substantielles du contrat privé dont ils sont titulaires. En second lieu, ils bénéficient d'une reprise d'ancienneté conséquente, leur permettant d'accéder à un échelon élevé dans la grille de leur corps d'intégration. Seuls certains personnels de catégorie A, notamment infirmiers, peuvent voir leur rémunération diminuer en cas de titularisation. Toutefois, la réglementation est claire sur un point : rien n'oblige les salariés à accepter leur intégration à la fonction publique. En cas de refus du contrat public proposé, leur contrat privé prend fin de plein droit, mais ce choix ne saurait être considéré comme une démission. Ainsi, l'entité publique repreneuse se doit d'appliquer une procédure simplifiée de licenciement et donc verser des indemnités de licenciement. Ces refus d'intégrer la fonction publique s'expliquent de façons diverses : opportunité d'une reconversion professionnelle, mobilité familiale, proximité d'un départ en retraite lorsque durée de cotisation suffisante etc.

Le nombre de départs varie selon les structures et les territoires et semble donc difficile à anticiper. Ainsi, lors de la reprise de la Clinique Herbert, pas moins de 30 personnes ont refusé leur intégration sur les 90 salariés que comptait la structure. Ils ont donc été licenciés. Dans le cas de la clinique Sokorri, à peine 10% des salariés ont quitté l'établissement lors de sa transformation en centre hospitalier. Pour la Fondation Luro, au 1^{er} Septembre, cinq personnes ont fait part de leur souhait d'être licenciés.

Globalement, il est possible d'identifier plusieurs facteurs permettant d'anticiper le nombre de refus d'intégration potentiels :

- La pyramide des âges : plus elle est élevée, moins il y a de refus. En effet, les projets de reconversion professionnelle sont plus limités chez les actifs proches de la retraite, tout comme les mobilités pour raisons familiales.
- Le bassin d'emploi : lorsque l'établissement repris est implanté en zone rurale, les perspectives d'embauche autre que dans la structure sont limitées. Ceci explique en partie pourquoi les refus d'intégration furent si limités dans le cas de la clinique Sokorri, distante de plus de 40 minutes de tout autre établissement de santé.

- Des spécificités locales : dans le cas de la Clinique Herbert, le groupe Ramsay, encore propriétaire de l'établissement a proposé à plusieurs salariés de rejoindre la Clinique d'Argonay et l'Hôpital Privé Pays de Savoie, établissements à proximité lui appartenant.

Si ces quelques facteurs permettent d'anticiper le nombre de départs et de licenciements à prévoir, impossible de savoir quelles fonctions et quelles unités seront touchées. Pour l'établissement repreneur, la constitution des maquettes organisationnelles et des nouvelles organisations de travail devient alors une tâche ardue. À cela s'ajoute la question sensible des temps partiels. Dès lors qu'ils cumulent deux ans d'ancienneté équivalent temps plein, ces agents doivent bénéficier d'une intégration, c'est-à-dire d'une titularisation après un contrat public d'une année. De plus, l'établissement repreneur doit reproduire les clauses de leur précédent contrat, comprenant notamment leur quotité de travail. Or, sur la question des temps partiels, la réglementation est claire : tout agent à temps partiel peut demander sa réintégration à temps plein, et ce avant même l'expiration de sa période de renouvellement¹. Par conséquent, l'établissement peut soudainement devoir se confronter à de nombreuses demandes de passages à temps plein s'il s'avère que ces temps partiels étaient subis dans le secteur privé. Tout l'enjeu réside alors dans l'anticipation de ces réintégrations à temps complet, afin de ne pas bousculer les nouvelles organisations de travail mises en place. En outre, bon nombre de salariés occupent dans le secteur privé des quotités de travail n'existant pas dans le secteur public (65 et 85% notamment). Leur intégration devra donc nécessairement s'accompagner d'une mise en conformité de leurs quotités. Dans cette perspective, comme sur d'autres sujets, les rencontres avec les agents intégrés deviennent un outil essentiel pour connaître la position des agents à temps partiel.

4.1.3 La mise en œuvre d'une ambitieuse stratégie de communication apparaît alors indispensable pour y remédier

Face à ces deux grands risques que sont la désorganisation des services et la dégradation du climat social, la mise en œuvre d'une ambitieuse stratégie de communication semble indispensable. Préparée en amont, elle permet d'éviter certains impairs commis dans la plupart des cas de reprise étudiés. Ainsi, le contentieux qu'a dû affronter le CHSP s'explique en grande partie par le fait que les salariés de l'ancienne Clinique Sokorri se soient vus présenter deux projets d'intégration. Le premier, très favorable, prévoyait pour tous les agents des gains de rémunération substantiels. Il

¹ Articles 41, 41-1 et 46 de la loi 86-33 du 9 Janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

permettait d'apaiser des équipes très hostiles à la transformation de leur établissement en EPS. Constatant que ce surcoût en dépenses de personnel ne pourrait être compensé par les gains de recettes d'activité liés au passage à des tarifs publics, un second projet a été proposé aux agents, annulant le premier. Plus défavorable, il ne respectait ni les conditions de forme, ni les impératifs de fond, fixés par le décret de 1999. Il en a résulté le contentieux décrit précédemment. Preuve que cette stratégie de communication s'avère indispensable, elle permet parfois d'éviter les recours contentieux, même dans l'hypothèse où la réglementation ne serait pas respectée. Ainsi, le CHMS a-t-il évité les recours administratifs alors même que les agents intégrés ont été « stagiaires », quand la réglementation ne prévoit aucune mise en stage avant titularisation. Mais dans ce cas précis, la Direction avait fait appel à un prestataire extérieur, l'agence conseil en communication de la société RGDS (Ramsay Générale De Santé). Un effort de pédagogie avait été fourni à travers des rencontres individuelles pour traiter avec chaque agent de sa situation personnelle et lui présenter toutes les spécificités de la fonction publique.

Fort de ce constat, c'est un véritable plan de bataille qui a été mobilisé pour la Fondation Luro. Il s'est appuyé sur divers outils et s'avère aujourd'hui payant, les retours des agents quant à leurs projets d'intégration étant très positifs.

La rédaction d'un « guide pédagogique de l'intégration » : partant du constat que la plupart des agents intégrés n'avaient jamais exercé dans la fonction publique, un livret d'accueil, sorte de « fonction publique pour les nuls », a été préparé¹. Il vient tout d'abord présenter le contexte territorial justifiant la transformation de l'établissement en EPS ainsi que le nouvel organigramme de la Direction. Ensuite, il donne quelques clés de compréhension de la Fonction Publique permettant aux agents d'appréhender du mieux possible leurs projets d'intégration : quelles différences entre les catégories A, B et C ? Quelle distinction entre un agent contractuel et un agent titulaire ? Qu'est-ce qu'une grille indiciaire, un corps, un échelon ? Il vient ensuite préciser les conditions d'intégration prévues par la réglementation, en les simplifiant, afin qu'elles soient assimilables par des agents n'ayant aucune formation juridique. Sont ainsi détaillées les options dont disposent les agents, sans parti pris. En outre, il intègre une Charte des droits et devoirs du professionnel hospitalier, premier jalon d'un sentiment d'appartenance au secteur public. Enfin, il contient une fiche individuelle d'intégration, reprenant les informations personnelles de chaque agent (âge, quotité de travail, fonction etc.) et détaillant les

¹ Annexe 6.

projections de rémunération pour chaque option : agent titulaire ou contractuel. Elle se veut la plus intelligible possible¹.

L'organisation de rencontres collectives : deux rencontres se sont tenues les mardi 9 et mercredi 10 Juillet, en présence de la Directrice des Ressources Humaines et de l'adjoint des cadres chargée de la rédaction des projets d'intégration. La première regroupait les personnels soignants, la seconde les personnels administratifs et techniques. Elles ont été l'occasion d'explicitier de vive voix la procédure d'intégration, avant distribution des projets individuels en mains propres. Les personnels présents purent également poser toutes leurs questions. Elles portèrent globalement sur les conditions d'exercice et mirent en évidence la crainte de devoir changer de service et d'être contraint d'exercer sur d'autres sites de la Direction commune. Ces doutes, légitimes, ne furent toutefois pas le reflet d'une résistance au changement. À noter la présence de représentants syndicaux qui, informés de l'issue du contentieux de Saint Palais et du jugement de la CAA de Bordeaux, se sont assurés du bon respect de la réglementation.

Des rencontres individuelles ont été planifiées et se tiendront à la rentrée. Elles seront l'occasion de répondre aux questions des agents sur leurs projets individuels mais aussi (et surtout) de connaître leur décision quant à un éventuel départ de la structure. Elles permettront également de savoir quels agents à temps partiel souhaitent modifier leurs quotités de travail. Dans les deux cas, ces éléments de réponse alimenteront l'élaboration des nouvelles maquettes organisationnelles. Lors de ces entretiens, il sera tout à fait possible pour l'agent d'être accompagné d'un représentant du personnel, gage de transparence et de confiance dans ce processus. Les organisations syndicales, à l'origine de la fronde au CHSP, font cette fois-ci office de relais sur le terrain.

Ainsi, toute intégration de personnels privés doit être précédée d'une stratégie de communication minutieusement préparée, sous peine de dégrader le climat social, voire d'être confronté à un ou plusieurs recours contentieux. À cette alerte relative à la gestion des ressources humaines s'ajoute un potentiel risque financier pour le nouvel EPS créé.

¹ Annexe 7.

4.2 Un fragile équilibre financier

L'équilibre financier de la nouvelle structure créée conditionne bien souvent le succès du projet tout entier. Or, la pérennité de la Fondation Luro semble incertaine, en témoigne son déficit de plus de 140 000 euros en 2018. À cela s'ajoute le surcoût généré par un tel changement de statut. Il s'avère considérable : plus de 600 000 euros, soit 15% des dépenses totales de personnel non médical. En effet, les conditions d'intégration à la fonction publique, très favorables aux salariés repris, sont à l'origine d'une hausse notable des dépenses de personnel (4.2.1). Quant aux potentiels gains de recettes liés au passage à des tarifs publics, ils ne la compensent que partiellement (4.2.2).

4.2.1 L'inévitable hausse des dépenses de personnel non médical

Le surcoût généré par la reprise d'une clinique privée peut être considérable. Cela dans un contexte incertain, les établissements repris étaient bien souvent en proie à des difficultés financières lorsqu'une telle procédure est engagée. Ainsi, la clinique Sokorri fut reprise suite à sa liquidation judiciaire tandis que la Fondation Luro, bien que non menacée à court terme, a connu un déficit de 146 000 euros en 2018. Dans ce dernier cas, l'augmentation des dépenses de personnel a fait l'objet d'une étude précise permettant d'en connaître l'ampleur et les causes. Cette étude figure en annexe 9 du dossier à travers 3 documents :

- Le tableau de projection des coûts de personnel sur les deux années du processus de transformation de la clinique en EPS.
- La ventilation de ce surcoût par grand motif.
- La ventilation de ce surcoût par grande filière de personnels : agents de service, filière technique, encadrement, personnel administratif, personnel infirmier et aides-soignants.

Méthodologie déployée : il a été demandé à chaque salarié susceptible d'être intégré de remplir une fiche personnelle décrivant la carrière totale de l'intéressé : diplômes, fonctions exercées, parcours professionnel, quotité de travail etc. Les documents comptables de l'établissement ont également été demandés, notamment les livres de paie. Ces informations ont permis au service des Ressources Humaines de constituer pour chaque salarié une simulation d'intégration à la FPH avec détermination du grade, reprise d'ancienneté et calcul de l'échelon d'intégration. Les salariés ayant le choix entre l'intégration en tant que titulaire, l'intégration en tant que contractuel, ou bien le licenciement pur et simple, une simulation d'intégration en tant que contractuel a également été construite. La comparaison entre ces deux simulations a permis d'anticiper

quelle serait a priori la décision de chaque agent. Il est évident que certains choix individuels tels que la volonté d'engager une reconversion professionnelle ou de prendre une retraite anticipée peuvent parfois contredire ces anticipations. Pour autant, au regard des premiers retours, elles restent d'une grande fiabilité. Le surcoût global est donc la somme des surcoûts individuels anticipés.

À nombre d'ETP constant, le surcoût est estimé à 325 347 euros au terme de la première année du processus d'intégration (phase contractuels) et à 601 840 euros au terme de la seconde année (phase titulaires). Pour des dépenses totales de personnel non médical évaluées à 4 591 075 euros en 2021, le surcoût avoisine les 15%. En y intégrant l'absentéisme et les futures charges de remplacement, il atteint même 881 000€ pour 2021.

Contrairement à ce qui avait été anticipé, la part de ce surcoût lié aux conditions favorables d'intégration fixées par le décret de 1999 est assez limitée, aux alentours de 16%. Cela s'explique par le fait que la plupart des agents pour lesquels la titularisation suppose une perte sèche de revenus font le choix de rester contractuels. C'est le cas de la plupart des personnels infirmiers et des autres agents de catégorie A. Pour ces derniers, il n'y a donc quasiment pas de surcoût. Pour autant, les agents de catégorie A les plus jeunes décident tout de même d'être titularisés afin de privilégier leur évolution de carrière, quitte à perdre en revenus à court terme.

À ce surcoût lié au décret de 1999 s'ajoutent les écarts de charges sociales entre le secteur public et le secteur privé. Ils s'avèrent très conséquents et représentent 49% des dépenses supplémentaires de personnel non médical. Ainsi, le taux moyen appliqué aux salariés de la Fondation Luro avoisine les 42% en secteur privé. En secteur public, il sera de 52% pour la « phase contractuels » et de 56% pour la « phase titulaires ». Cet écart de charge représentera pour l'année 2021, soit la première année pleine où les agents intégrés seront titulaires, environ 433 000€ de surcoût. Ceci s'explique en grande partie par la localisation de la Fondation Luro en zone rurale, plus précisément en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR). À ce titre, elle bénéficie d'exonérations conséquentes de cotisations sociales. Or, ce dispositif n'est pas ouvert au secteur public.

Enfin, il convient d'identifier les surcoûts liés aux écarts de variables ainsi que ceux liés à l'absentéisme. Pour les premiers, l'impact est mineur : environ 3% seulement du surcoût global. Ils s'expliquent par les écarts de rémunérations de certaines variables entre le secteur public et le secteur privé, tels le travail de nuit, le dimanche ou les jours fériés. Y sont également intégrés, le Supplément Familial de Traitement (SFT) et la prime

de chaussures. Pour les seconds, l'impact est beaucoup plus conséquent. En effet, tous les établissements privés ayant été transformés en établissements publics ont connu dans les mois qui suivirent la naissance de l'EPS une hausse soudaine de l'absentéisme. Elle peut s'expliquer par le nombre réduit de jours de carence (un dans le secteur public contre trois généralement dans le secteur privé). Or, un taux d'absentéisme élevé représente une charge considérable pour le nouvel EPS. En effet, les établissements publics de santé, comme tout employeur public, assurent le versement des prestations en espèce de leurs agents en arrêt maladie. Ils fonctionnent ainsi en auto-assurance, quand ce versement est assumé par les caisses primaires d'assurance maladie dans le secteur privé. À ces coûts s'ajoutent les prestations des éventuels agents contractuels recrutés pour remplacer les agents absents. Pour l'année 2021, il a été anticipé un taux d'absentéisme de 9,5%, soit le même que celui constaté au Centre Hospitalier de la Côte Basque, remplacé à hauteur de 7 points. Le surcoût est alors estimé à près de 280 000 euros, soit 31,7% du surcoût global.

Enfin, le rapprochement de la Fondation Luro avec d'autres établissements publics de plus grande taille implantés à proximité (Bayonne et Saint Palais) peut être l'occasion de mutualiser certaines activités, dans un souci de performance économique. Ainsi, un projet de blanchisserie commune et de fonction restauration partagée est envisagé. Il pourrait aboutir à des économies substantielles pour l'EPS nouvellement créé.

4.2.2 Le passage aux tarifs publics ne compense que partiellement les surcoûts liés à la création de l'EPS

Au-delà du service rendu à la population, le maintien des quelques 14 lits de médecine (12 lits d'hospitalisation complète et 2 lits d'hospitalisation de jour) de la Fondation Luro, bien que rarement tous occupés, représente un enjeu financier significatif pour la nouvelle structure créée. Tout d'abord, comme vu précédemment, la présence de lits de médecine est la condition *sine qua non* fixée par le législateur pour pouvoir bénéficier du statut d'Hôpital de proximité. Or, il ouvre droit à un financement dérogatoire caractérisé par le versement d'une dotation. Selon les études financières réalisées, elle pourrait atteindre environ 490 000 euros. Sur ce point, il est intéressant de noter que le choix fait à Lorient et à Aix-les-Bains de constituer un GCS en lieu et place d'un EPS suppose l'abandon de ce statut et de ce mode de financement innovant.

Concernant plus spécifiquement cette activité de médecine, le passage de GHS privés à publics permet de dégager de très nombreux excédents. A titre d'exemple, une étude menée sur l'année 2017 évalue le différentiel à 718 000€ auquel il convient de déduire les honoraires des consultations des médecins libéraux effectuées sur les

hospitalisés (intégrés au GHS pour le secteur public). L'excédent net est alors de 425 000 euros. Par ailleurs, l'analyse de la performance de la DMS met en évidence certaines insuffisances. La durée de séjours en hospitalisation complète (9,5 jours en 2018) est largement supérieure à la DMS nationale (8,72 jours), ce qui démontre une rotation limitée sur les lits. En outre, le taux d'occupation est très faible : 57% en 2018, soit 6,8 lits occupés en moyenne. Il en résulte un gain potentiel d'activité considérable : avec un taux d'occupation cible de 85% et un maintien de la DMS aux alentours de 9,5 jours, 392 séjours pourraient être potentiellement réalisés, contre 263 en 2018¹. Avec un Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) constant à 3800€ (équivalent secteur public), les recettes potentielles de ce service de 12 lits pourraient s'élever à 1 489 600 euros, contre environ 1 million en 2018. Tout l'enjeu réside alors dans la capacité des équipes à tendre vers ce taux d'occupation cible de 85%. Sur ce point, le nouveau projet médical et les partenariats territoriaux décrits précédemment seront des leviers essentiels. Plus globalement, le passage de GHS privés à publics permet de dégager de très nombreux excédents.

Concernant le service de SSR, élément central d'un hôpital de proximité, le récent passage à la Dotation Modulée à l'Activité (DMA) lie son équilibre financier à sa capacité à se positionner comme seul établissement de recours et d'expertise sur le territoire. Sur ce point, la Fondation Luro est d'ores et déjà identifiée en tant que tel par les établissements partenaires. En témoigne le taux d'occupation supérieur à 100% de ses 19 lits de SSR en 2018. Ceci s'explique par le fait que des lits de médecine sont occupés par des patients SSR lorsque les 19 lits sont tous occupés, ce qui n'est théoriquement pas autorisé. A noter que les principaux établissements pourvoyeurs de patients sont les Centre Hospitaliers de Saint Palais et de la Côte Basque, tous deux membres de la future Direction Commune. La création de l'EPS ne fera donc que renforcer ces liens. Côté recettes, le passage du statut d'ESPIC à celui d'EPS déclenche le passage d'un prix de journée à un financement mixte composé d'une Dotation Annuelle de Financement (DAF) à hauteur de 90% et d'une DMA à hauteur de 10%.

* * *

Par conséquent, la reprise d'une clinique privée par un établissement public suppose une hausse considérable de ses dépenses en personnel non médical. Elle s'explique tant par les conditions favorables d'intégration des salariés à la FPH que par les écarts de charges sociales. Ces derniers sont d'autant plus importants lorsque l'établissement en question bénéficie de dispositifs d'exonérations fiscales non ouverts au secteur public. S'ajoutent enfin les spécificités du régime de protection sociale des fonctionnaires qui

¹ Détail du calcul : 12 lits x 365 jours x 85% d'occupation = 3723 journées. 3723/9,5 = 392 séjours.

désigne bien souvent l'employeur public comme seul interlocuteur de ses bénéficiaires. Le passage à des tarifs publics, bien que significatif pour l'équilibre financier de l'établissement créé, ne compense que partiellement ce surcoût global.

Conclusion

Face à l'émergence des cliniques de groupe et au coût croissant de l'innovation médicale, bon nombre de cliniques isolées ne parviennent plus à maintenir leur activité. Lorsqu'elles sont implantées dans des territoires ruraux où les déserts médicaux se développent, leur disparition peut dégrader l'accès aux soins, portant ainsi préjudice aux habitants de la zone concernée.

Afin d'éviter cet écueil, certaines cliniques se rapprochent des établissements publics de santé voisins. Cette démarche originale de coopération, encore peu fréquente, pourrait bien essaimer dans les prochaines années. Longtemps défavorable, le contexte politique semble aujourd'hui propice au développement de ces projets de par l'affirmation récente de la place essentielle qu'occupent les hôpitaux de proximité dans la gradation des soins ainsi que l'émergence des GHT qui facilitent la constitution de filières de soins territoriales. La reprise peut se réaliser via deux modalités juridiques distinctes : la constitution d'un groupement de coopération sanitaire, ou bien la création *ex nihilo* d'un établissement public de santé, chacune présentant ses avantages et inconvénients. Concernant le GCS, une clarification du droit d'option et des critères relatifs à la détermination de l'échelle tarifaire applicable viendrait sécuriser les projets de reprise.

Pour l'établissement reprenneur, la reprise d'une clinique privée constitue une belle opportunité de renforcement de son positionnement territorial, à travers la création de filières de soins et la recherche d'un équilibre entre offres publique et privée sur un territoire. Elle est par ailleurs l'occasion de tester la pertinence d'un projet médical partagé à l'épreuve des faits. Les quelques cas étudiés illustrent la capacité des acteurs à coopérer pour renforcer l'accès aux soins et à porter une stratégie médicale conforme aux objectifs fixés.

Néanmoins, la reprise d'une entité fragile sur le plan financier peut représenter de nombreux points de difficulté tel le surcoût lié à l'intégration de personnels privés à la fonction publique hospitalière, ou la dégradation du climat social. Un accompagnement des établissements reprenneurs, a minima durant l'année qui suit la transformation de la clinique en EPS, au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR) par exemple, permettrait de pérenniser ces projets et d'encourager les établissements à s'engager dans de telles démarches. Par ailleurs, la réglementation en la matière semble peu adaptée aux besoins des établissements concernés. Une évolution de cette réglementation et son adaptation aux contraintes nouvelles du secteur public hospitalier semblent indispensables, afin

d'assurer la pérennité des projets de reprise. Enfin, une anticipation de ces difficultés apparaît nécessaire tout comme l'élaboration d'une ambitieuse stratégie de communication. Cette dernière permet de prévenir les conflits sociaux et de rassurer les agents intégrés quant à leur futur exercice professionnel.

Bibliographie

Ouvrages :

- Claveranne JP., Pascal C., Piovesan D., *Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation*, Revue Française des affaires sociales, 2003, n°3, pp 55-78.
- DUVEAU J., *Les primes dans la fonction publique : entre incitation et complément de traitement*, 2006.
- Gallet B., Mattei JF., *Les coopérations en santé*, Presses de l'EHESP, 2017.

Articles de périodiques, revues :

- Bubien Y., *L'attractivité de l'hôpital public*, Gestions Hospitalières, n°553, 2016.
- Drexler A., *Attractivité médicale : comment traduire, sur le terrain, les annonces ministérielles*, Revue hospitalière de France, n°573, 2016, pages 50-55.

Études, rapports, guides :

- de Kervasdoué J. *Le revenu des professions de santé*, La Mutualité Française.
- DREES, *Les établissements de santé*, édition 2019, fiche 32, pp 159-153.
- DREES, *Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel*, Fiche technique, 2016.
- DREES, *Statistiques annuelles des établissements de santé*, 1997-2014.
- Frechou C., *Les opportunités de transformation d'un ESPIC dans le cadre de la régulation de l'offre de soins sur le territoire Navarre Côte Basque*, 2018.
- Grienenberger S, *La mutualisation des blocs opératoires entre une clinique privée et un établissement public de santé*, Presses de l'EHESP, 2018.

- Obsevatoire Régional de Santé, *Les inégalités sociales et territoriales de santé en région Aquitaine*, 2016.

Supports et textes juridiques :

- Article 9 de la loi n°86-33 du 9 Janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Arrêté du 14 Septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé.
- Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.
- Arrêté du 18 avril 2018 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique.
- Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.
- Décret n°2016-658 du 20 Mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement.
- DHOS, Instruction n°2010-75 ndu 25 Février 2010 relative à la mise en place des Directoires dans les établissements de santé.
- DGOS, *La réforme des hôpitaux de proximité, support méthodologique*, 2016.
- DGOS et DGFIP, *Le GCS érigé en établissement de santé*, fiche technique n°2, 2011.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Dossier de presse « Ma Santé 2022 »*, septembre 2018.

Sites internet, ressources en ligne :

- APM News, *La FHP alerte Agnès Buzyn sur la situation financière des maternités privées*, dépêche du 14/08/2008.
- Hospimedia, *Le CH Métropole Savoie ouvre des discussions pour la reprise de la clinique Herbert d'Aix-les-Bains*, article du 29/11/16.
- Hospimedia, *La Clinique Herbert d'Aix-les-Bains devient un GCS*, article du 18/10/2017.
- Le Télégramme, *La clinique du Ter bientôt cédée au Groupement Hospitalier Bretagne Sud*, article du 29/06/18.
- Le Télégramme, *Clinique du Ter. Le GHBS s'installe*, article du 04/03/19.
- Ouest France, *Clinique du Ter. Les raisons de sa reprise par l'hôpital*, article du 10/07/18.
- Ouest France, *Rachat de la clinique du Ter : il ne fait pas l'unanimité...*, article du 24/09/18.
- Ouest France, *Rachat de la clinique du Ter : la coopération en marche*, article du 26/10/18.

Liste des annexes

- ANNEXE 1 : liste des personnes consultées lors d'entretiens présentiels et téléphoniques.
- ANNEXE 2 : procès verbal du Conseil d'Administration de la Fondation Luro du 25 Juin 2019 actant la dissolution de l'association.
- ANNEXE 3 : répartition par établissement des séjours de médecine réalisés en 2018 pour des patients originaires du territoire de Saint Jean Pied de Port.
- ANNEXE 4 : 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.
- ANNEXE 5 : fiche technique ministérielle relative à l'application de l'article 102.
- ANNEXE 6 : guide pédagogique distribué aux agents de la Fondation Luro.
- ANNEXE 7 : projet d'intégration individualisé (aide-soignante, gain de rémunération).
- ANNEXE 8 : projet d'intégration individualisé (infirmière, perte de rémunération).
- ANNEXE 9 : étude financière relative à l'intégration des personnels privés à la FPH.

ANNEXE 1 : liste des personnes consultées lors d'entretiens présentiels et téléphoniques

- Astrid BEUDET, Conseillère établissements de santé à la DGOS.
- Marie-Claude CAZABAN, Directrice des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de la Côte Basque.
- Stéphanie COHORT, Directrice déléguée du Centre Hospitalier de Saint Palais.
- Michel GLANES, Directeur du Centre Hospitalier de la Côte Basque.
- Catherine FAURE-BEAULIEU, chargée de mission « statut général de la FPH » à la DGOS.
- Stéphane GUILLEVIN, Directeur délégué du GCS Clinique du Ter.
- Docteur Jean HURMIC, gynécologue-obstétricien au CHSP.
- Caroline JAMBIN-BURGALAT, Directrice des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Métropole Savoie.
- Docteur Benoît OUI, Président de CME du CHCB.
- Alain PHILIBERT, Directeur Général Adjoint du Groupe Hospitalier Bretagne Sud.
- Édith RIOU, Adjointe au chef de bureau évaluations, modèles et méthodes à la DGOS.

ANNEXE 2



ASSOCIATION SAINT-FRANCOIS-XAVIER

Association régie par l'article 5 de la loi du 01/07/1901

Siège social : ISPOURE 64220

PROCES VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU MARDI 25 JUIN 2019

L'an deux mille dix neuf,

Le Mardi vingt cinq Juin, à dix huit heures, le Conseil d'Administration de l'Association Saint François Xavier s'est réuni, au siège social, sous la présidence de Mme Madeleine ALCHOURROUN.

Étaient présents: Mme Madeleine ALCHOURROUN, Mme Eliane AMESTOY, Mr le Dr Bruno CHESNAY, Mme Marie Baptiste ETCHEVERRY, Mme Monique IRIART, Mr Gérard LANS, Mr Jean Bernard LHOSMOT, Mr Jean BERARD, Sœur Marie-Andrée BRETHERS (Pouvoir décerné à la présidente), Mr Jacques ETCHEVERS, Mme Florence GASTELLU, en qualité d'administrateurs.

Étaient aussi présents sans voix délibératives :

Mr Michel GLANES, Directeur du CHCB et Président du GHT Navarre-Côte Basque,
Mme Stéphanie COHORT, Directrice de l'établissement,
Melle Ghislaine ETCHEMENDY, Directrice Adjointe,
Mr le Dr Denis LANDABURU, Président de la CME : **excusé**.
Mme Mary AUZERAL, Qualificatrice et Responsable des Achats : **excusée**.
Mme Catherine BARNETCHE, Cadre de santé EHPAD,
et Mr Jean LARRIEU, Cadre de santé Clinique.

Excusés : Mr Alexis INCHAUSPE (membre d'honneur), Mme Simone ITHURBIDE (administrateur),
Mr le Dr Patrick MONLONG (administrateur).

Le quorum requis étant atteint, le Conseil d'Administration peut valablement délibérer sur le point 3 inscrit à l'ordre du jour, à savoir :

« DELIBERATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SUR LE PROJET DE TERRITOIRE AU 1^{er} JANVIER 2020. »

Le Conseil d'Administration, préalablement à l'Assemblée Générale Ordinaire, se définit ce jour sur les principes de mise en œuvre, et officialise son projet de transmission de ses actifs et emprunts au profit de la création d'un Etablissement Public de Santé à effet du 01 JANVIER 2020, lequel EPS regroupera les EHPAD TOKI EDER et ADINDUNEN EGOITZA de Saint Jean Pied de Port ainsi que la FONDATION LURO.

Ce choix s'appuie sur les raisons de « mission régaliennne » dont relèvent nos activités de clinique (14 lits de médecine et 30 lits de SSR), d'EHPAD (94 lits), et ce projet de dévolution, conformément au Titre V des statuts, sera entériné par Assemblée Extraordinaire convoquée préalablement à la dissolution en Décembre 2019.

Pour ce faire,

Après avoir terminé en 2019 les travaux de réhabilitation et mise aux normes de la clinique, frappée de fermeture administrative pour raison de sécurité incendie, levée par les services de l'Etat fin 2018,

En concertation avec les services de l'Etat :ARS, le GHT Navarre-Côte Basque, les institutions territoriales : Conseil Départemental, CAPB, les Maires de St Jean Pied de Port et d'Ispoure, et les EHPAD Toki Eder et Adindunen Egoitza, adhérant à ce projet commun,

Devons décider officiellement à compter de ce jour de concrétiser les nombreuses démarches nécessaires à la finalisation de ce projet territorial, en émettant les conditions suivantes :

1 – Que notre histoire humaine de la FONDATION LURO, commencée en 1924,

.....Par la générosité de Mme Graciane LURO, qui fit acquisition de terres et villa au nom de l'Association Guillaume LURO,

mises à disposition de l'Association Saint-François-Xavier ayant pour objet « dans un but essentiellement charitable et désintéressé, d'assurer les soins, l'entretien et la garde des vieillards, des enfants, des infirmes, des malades et des convalescents, de les assister matériellement, moralement et socialement, de leur assurer selon le cas tous les soins et services donnés par les hospices, hôpitaux, maisons de santé chirurgicales et de repos, et dans ce but d'organiser et gérer tous les services de tous établissements hospitaliers, de fournir le personnel et les soins nécessaires à cet effet et plus généralement de satisfaire à tous les besoins et à tous les services d'assistance médicale, matérielle et sociale qu'entraîne le dit-objet. Son action bienveillante s'étend à tous les nécessiteux, de quelque âge et de quelque condition qu'ils soient, toutefois elle favorise spécialement, selon l'intention des fondateurs, les populations du pays de Cize et des environs. »

puis transmises à l'Association Saint-François-Xavier par acte notarié de Maître Jean Paul MATTEI, notaire à Pau, du 17 Mars 1998,

..... Se poursuive dans le même esprit.

2 – Que persistent les valeurs humaines et sociales qui ont toujours été portées dans notre Association par les religieuses, et maintenant par les civils.

3 – Que tout le personnel, médecins et spécialistes, dans leur intégralité, poursuivent leurs activités sans interruption dans le cadre de l'EPS, avec considération et respect.

4 – Qu'il soit donné à cet EPS tous les moyens nécessaires, notamment humains et financiers, afin de répondre au mieux aux besoins de l'Etat et du Territoire.

5 – Que les liens étroits, déjà existants, se poursuivent avec le CHCB et le CHSP dans le cadre du développement de nos activités médicales, et dont nous partageons déjà une Direction commune.

6 – Que les achats de fournitures, notamment alimentaires et pharmaceutiques pour les EHPAD, se perpétuent au maximum auprès des professionnels de santé et des commerçants de notre territoire Basse Navarre.

Pour la forme, ce transfert de propriété sera consécutif à une dissolution volontaire de l'Association Saint-François-Xavier, avec transmission du patrimoine immobilier, mobilier et emprunts au 01/01/2020, sur base d'une estimation des Domaines (ou autre).

La liquidation quant à elle, dont la nomination et la mission seront attribuées à la présidente du CA, devra s'achever le 30/06/2020, et le boni/mali de liquidation attribué intégralement à l'EPS.

Pour information, l'analyse des valeurs constituant les fonds propres de la Fondation LURO, selon le bilan arrêté au 31/12/2018, avant actualisation par les Domaines, s'établit ainsi :

<u>BILAN 31/12/2018 :</u>			
	<u>ACTIF :</u>	<u>PASSIF :</u>	<u>FONDS PROPRES :</u>
IMMOBILISATIONS :	10.157.503 €		
EMPRUNTS :		5.493.854 €	
<u>SOIT :</u>	<u>10.157.503 €</u>	<u>- 5.493.854 €</u>	<u>= 4.663.649 €</u>
ACTIF CIRCULANT :	1.389.835 €		
DETTES A Court Terme :		1.008.123 €	
<u>SOIT :</u>	<u>1.389.835 €</u>	<u>- 1.008.123 €</u>	<u>= 381.712 €</u>
<u>BILAN :</u>	<u>11.547.338 €</u>	<u>6.501.977 €</u>	<u>5.045.361 €</u>

A cet effet, considérant l'importance significative des biens transmis, dont la part d'autofinancement liée à la réhabilitation immobilière (2.100.000 €) a épuisé nos ressources financières, nous conduit à l'exigence suivante :

7 – Aucune charge financière liée au futur EPS ne sera prise en charge par la FONDATION LURO, à savoir :

- Emoluments notaires s/donation,
- Systèmes d'information,
- La liste n'est pas exhaustive,

Dont le financement, selon nous, doit être assuré par le GHT, ou ARS, ou Territoire, chacun devant y prendre part.

8 – Que, au cours de la période de liquidation, soit du 01/01/2020 au 30/06/2020, l'effectif administratif actuel procède aux relances et apurement des comptes tiers de l'actif et du passif pour le compte du liquidateur.

9 – Enfin, notre existence tient à la famille de Mme LURO, donatrice en 1924, et nous rendons aussi hommage à un de ses descendants en la personne de Mr Alexis INCHAUSPE qui a tant apporté à la Fondation Luro et qui soutient pleinement notre décision de ce jour.

10 - Le dernier point que l'on souhaiterait exprimer consiste au choix du nom de notre entité dans le nouvel EPS, savoir :

EPS GARAZI – BAIGORRI
FONDATION LURO

Après délibération et à l'unanimité le Conseil d'Administration:

- VALIDE les amendements présentés en séance ;
- CHARGE le Directeur d'exécuter la présente délibération.

Ce point 3 de l'ordre du jour fait l'objet de la présente délibération.

Pour extrait conforme,

Le 27 Juin 2019,

La Présidente,



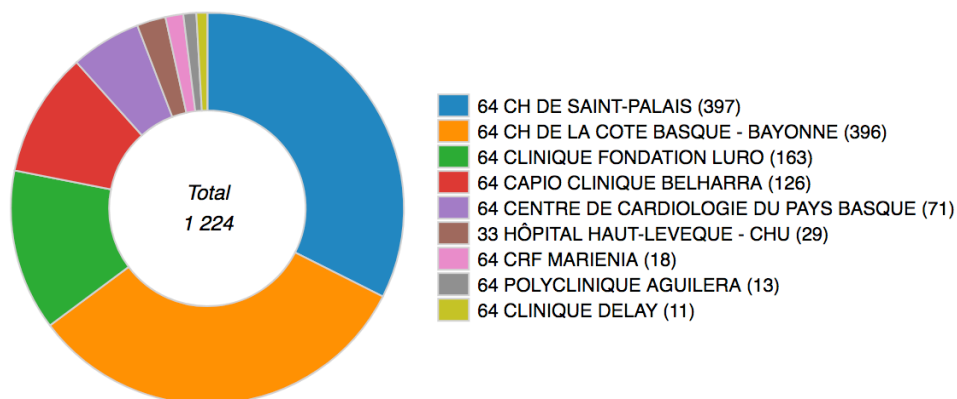
Mme Madeleine ALCHOURROUN

ANNEXE 3

SÉJOURS PMSI MCO DE LA ZONE - TOTAL M - TOUS DOMAINES D'ACTIVITÉ

Répartition des séjours par établissement - Total Médecine

Total Médecine



Source : ATIH - PMSI - 2018 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

ANNEXE 4

Le 1 mars 2019

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

NOR: MESH9921764D

Version consolidée au 1 mars 2019

Article 1

Les personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social, concernés par une des opérations mentionnées à l'article 102 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et en fonction dans un de ces établissements à la date de réalisation de cette opération peuvent, sous réserve de justifier de services effectifs dans ledit établissement d'une durée équivalente à deux ans au moins de service à temps complet et de remplir les conditions énoncées aux articles 5 et 5 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, demander leur intégration dans l'un des corps de la fonction publique hospitalière régis par la loi du 9 janvier 1986 susvisée et leur nomination dans un emploi de l'établissement public auquel l'opération a donné naissance ou auquel a été transférée tout ou partie de l'activité de l'établissement privé les employant antérieurement.

La demande d'intégration doit être présentée avant l'expiration d'un délai de six mois courant à compter de la date de publication de l'arrêté mentionné à l'article 6. Elle est accompagnée des pièces justificatives, notamment de la durée des services effectifs mentionnés ci-dessus et adressée au directeur de l'établissement public visé au premier alinéa ci-dessus.

L'intégration ne peut avoir lieu que s'il existe dans la fonction publique hospitalière des corps et emplois correspondant aux fonctions exercées par les agents intéressés.

Article 2

La détermination du corps d'intégration et le classement dans ce corps doivent permettre à chacun des agents concernés d'occuper un emploi équivalent à celui qu'il occupait

précédemment. Les agents devront à cet effet, d'une part, justifier de la possession des titres, diplômes ou qualifications exigés, le cas échéant, pour l'exercice de la profession et, d'autre part, justifier de la possession des titres, diplômes ou qualifications exigés par les dispositions statutaires en vigueur ou, dans le cas contraire, avoir satisfait aux épreuves d'un examen professionnel.

Article 3

Le directeur de l'établissement public, mentionné à l'article 1er du présent décret, auquel les agents ont adressé leur demande d'intégration soumet à chacun d'entre eux, dans les trois mois suivant la demande, un projet d'intégration précisant le classement de l'intéressé. Celui-ci dispose, à compter de la notification du projet, d'un délai de trois mois pour faire connaître au directeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ses observations éventuelles sur le projet. Compte tenu des observations formulées et, au plus tard avant l'expiration de ce délai de trois mois, le directeur prononce l'intégration.

L'agent reclassé est dispensé de stage.

Article 4

Lors de leur classement dans les corps d'intégration, les personnels mentionnés à l'article 1er bénéficient d'une reconstitution de carrière prenant en compte la moitié des services accomplis dans l'établissement où ils étaient précédemment employés, sauf dispositions plus favorables résultant de l'application des statuts particuliers des corps d'intégration.

La prise en compte des services antérieurs ne peut avoir pour effet de permettre le classement des intéressés dans les corps d'accueil à un grade d'avancement - à l'exception des personnels exerçant des fonctions de moniteur dans les écoles paramédicales - ou à un échelon supérieur à celui qui confère un traitement égal ou à défaut immédiatement supérieur à la rémunération qu'ils percevaient dans leur ancienne situation à la date de leur intégration.

Article 5

Les personnels intéressés perçoivent, le cas échéant, une indemnité compensatrice visant à leur maintenir une rémunération égale à celle qu'ils percevaient antérieurement lorsqu'ils sont intégrés dans un corps de catégorie C ou D, à 95 % au moins de cette

rémunération lorsqu'ils sont intégrés dans un corps de catégorie B et à 90 % au moins de cette rémunération lorsqu'ils sont intégrés dans un corps de catégorie A. Cette indemnité est résorbée au fur et à mesure des augmentations de rémunération consécutives aux avancements dont les intéressés bénéficient dans leur corps d'intégration.

Pour le calcul de l'indemnité prévue au premier alinéa, sont prises en compte, d'une part, la rémunération globale antérieure, comprenant le salaire brut principal augmenté du montant brut des primes et indemnités qui en constituent éventuellement l'accessoire et, d'autre part, la rémunération résultant de l'intégration, comprenant le traitement indiciaire augmenté de la totalité des primes ou indemnités afférentes au nouvel emploi.

Le montant cumulé de l'indemnité compensatrice et de la rémunération ne peut être supérieur à la rémunération afférente au dernier échelon du grade le plus élevé du corps auquel l'intéressé accède.

Article 6

· Modifié par Décret n°2004-1185 du 8 novembre 2004 - art. 1 JORF 10 novembre 2004

Le nom des établissements, la date de réalisation de l'opération ainsi que, par corps d'accueil, le nombre d'agents susceptibles de bénéficier d'une intégration sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, au vu des délibérations concordantes des organes compétents de ces établissements publics et privés.

Article 7

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE 5 : fiche technique relative à l'application de l'article 102



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

•

Sous-direction des ressources humaines

du système de santé

Bureau des ressources humaines hospitalières

Personne chargée du dossier :

Monsieur David Ventura

Tél. : 01 40 56 60 50

Fax : 01 40 56 50 89

claude-david.ventura@sante.gouv.fr

Fiche technique relative à l'application de l'article 102

(intégration des personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social)

- I – Rappel de la réglementation applicable

L'article 102 de la *loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière* a prévu, en son article 102, la possibilité d'intégrer en qualité de fonctionnaires les salariés d'un établissement privé à caractère sanitaire ou social lorsque celui-ci vient à être transformé en établissement public relevant du titre IV ou lorsqu'une partie ou la totalité de son activité est transférée à l'un des établissements mentionnés à l'article 2 de cette même loi.

Les dispositions initiales prévoyaient que, pour chaque opération d'intégration, devait être pris un décret en Conseil d'Etat fixant les conditions de l'intégration.

Il est apparu à l'usage que cette procédure était lourde et dissuasive. C'est la raison pour laquelle a été pris en Conseil d'Etat le *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 qui détermine, de façon générale et absolue, les conditions d'intégration de ces personnels dans la fonction publique hospitalière et prévoit que l'effectif par corps d'accueil des personnels susceptibles d'être intégrés est fixé par la voie d'un arrêté du ministre chargé de la Santé.

Les points les plus importants de ce décret sont les suivants :

- pour être intégrés, les personnels de l'établissement privé doivent avoir effectué dans celui-ci une durée de service au moins égale à deux ans (ou l'équivalent à temps complet) et remplir les conditions (nationalité, droits civiques, aptitude physique...) pour être admis dans la fonction publique ;
- il doit exister dans la fonction publique hospitalière un corps correspondant aux fonctions exercées ;
- les personnels susceptibles d'être intégrés doivent justifier des titres, diplômes ou qualifications exigées, le cas échéant, pour l'exercice de la profession, et par le statut particulier d'un corps pour pouvoir y être intégrés, ou avoir satisfait aux épreuves d'un examen professionnel ;
- les agents titularisés sont dispensés de stage ;
- la reconstitution de carrière des personnels intégrés prend en compte la moitié des services accomplis dans l'établissement où ils étaient salariés, sauf si les statuts particuliers du corps en disposent plus favorablement (ce qui est le cas pour les personnels soignants, cf. *décret n° 93-317 du 10 mars 1993 relatif aux modalités de prise en compte de certains services accomplis par divers personnels hospitaliers avant leur recrutement par l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires*) ;
- le reclassement ne peut toutefois avoir lieu dans un grade d'avancement, et il ne peut se faire dans un échelon conférant un traitement supérieur à la rémunération qui était servie ;
- une indemnité compensatrice peut prendre en charge la différence de rémunération si le reclassement aboutit à une rémunération plus faible que dans l'établissement privé, de façon à maintenir 100 % de cette rémunération pour les agents des catégories C & D, 95 % pour ceux de la catégorie B et 90 % pour ceux de la catégorie A, sans toutefois que le total de la rémunération ne puisse excéder le montant de la rémunération afférente au dernier échelon du grade le plus élevé du corps d'intégration ;
- la rémunération globale antérieure comprend le salaire brut principal augmenté du montant brut des primes et indemnités à caractère permanent qui en constituent l'accessoire.

N.B. : Seuls les agents recrutés sur des emplois à temps complet pouvant être affiliés à la CNRACL en l'état actuel de la réglementation, il n'y a que les salariés qui avaient été recrutés pour une quotité de travail de 100% qui peuvent prétendre à être titularisés, les autres étant nécessairement repris sur la base d'un contrat.

Par ailleurs, l'article L. 1224-3 du code du travail prévoit que « Lorsque l'activité d'une entité économique employant des salariés de droit privé est, par transfert de cette entité, reprise par une personne publique dans le cadre d'un service public administratif, il appartient à cette personne publique de proposer à ces salariés un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée selon la nature du contrat dont ils sont titulaires.

« Sauf disposition légale ou conditions générales de rémunération et d'emploi des agents non titulaires de la personne publique contrairement, le contrat qu'elle propose reprend les clauses substantielles du contrat dont les salariés sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération.

« En cas de refus des salariés d'accepter le contrat proposé, leur contrat prend fin de plein droit. La personne publique applique les dispositions relatives aux agents licenciés prévues par le droit du travail et par leur contrat. »

Tous les salariés de l'établissement privé doivent donc se voir proposer, dès la date du transfert de l'activité, un contrat de droit public, CDI ou d'un CDD selon la nature du contrat qui les liait à leur employeur, ceux qui remplissent les conditions pour être titularisés bénéficiant ensuite du délai de 6 mois mentionné à l'article 1^{er} du décret du 21 juillet 1999 pour formuler leur demande d'intégration.

Il appartient donc aux établissements relevant du titre IV du statut général de la fonction publique amenés à intégrer le personnel d'un établissement privé à caractère sanitaire ou social dans le cadre d'une opération de transfert d'activité de distinguer entre les salariés de l'établissement privé qui, ne remplissant pas les conditions susmentionnées, bénéficieront d'un contrat de droit public, et ceux qui sont susceptibles d'être titularisés, l'ensemble de ces derniers devant être pris en compte sans préjuger de leur choix futur, l'arrêté ministériel fixant, par corps d'intégration, un effectif maximum que l'établissement ne pourra en aucun cas dépasser.

II – Modalités pratiques de mise en œuvre

1. A l'échelon local

L'établissement d'intégration doit procéder à l'examen des situations individuelles afin de déterminer, pour chaque salarié concerné, le corps d'accueil dans la fonction publique hospitalière, le positionnement dans la grille de rémunération et le détail des rémunérations proposées (traitement de base et éventuellement indemnité compensatrice, primes et indemnités spécifiques).

A cette fin, doivent être établies des fiches individuelles mentionnant :

- le nom ;
- la date de naissance ;
- la date d'entrée dans l'établissement d'origine ;
- la quotité de travail ;
- les titres ou diplômes ;
- les fonctions occupées dans l'établissement d'origine et la rémunération brute correspondante (salaire, primes et indemnités) ;
- le reclassement envisagé.

En outre, un état récapitulatif de la totalité des personnels de la structure transférée doit faire apparaître, pour chacun d'entre eux, les conditions de reprise (grade d'intégration pour ceux qui sont susceptibles d'être intégrés en qualité de titulaires ou contrat de droit public).

2. A l'échelon ministériel

La direction générale de l'offre de soins est chargée de l'élaboration et de la publication de l'arrêté ministériel prévu par le décret du 21 juillet 1999.

Cet arrêté fixe, pour chaque opération, la liste et l'effectif des corps pour lesquels l'établissement public de santé est autorisé à proposer l'intégration directe dans la fonction publique hospitalière. Cette liste est établie à l'issue de l'étude extrêmement fine, menée par chaque établissement concerné, de la situation individuelle des salariés du privé et de leurs possibilités réelles d'être intégrés dans la FPH compte tenu de leur ancienneté et de leur niveau de qualification et de diplômes.

Pour la préparation de cet arrêté, les établissements demandeurs doivent fournir à la DGOS les documents suivants :

- une note rappelant le cadre général qui justifie l'opération envisagée et son historique ;
- un extrait de la délibération de l'organe délibérant de l'établissement public de santé ou de l'établissement public social ou médico-social approuvant l'intégration des personnels en précisant la date d'effet ;
- un extrait du procès-verbal de l'instance délibérante de l'établissement privé concerné, approuvant l'opération et portant si possible mention de la date d'effet ;
- l'avis favorable de la tutelle ;
- un rappel des modalités de financement de l'opération ;
- les fiches individuelles du personnel et l'état récapitulatif susmentionnés.

Les établissements sont donc invités à transmettre ce dossier dans les meilleurs délais et, si possible, en amont de la date effective du transfert d'activité pour permettre à la DGOS de l'instruire et de préparer le projet d'arrêté qui est soumis à l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

Un exemplaire du dossier doit être adressé, sous couvert de la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé, à l'adresse suivante :

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
 Direction générale de l'offre de soins – Bureau RH4
 14, avenue Duquesne
 75350 PARIS SP

3. Rappel de quelques points particuliers

- Cette procédure de recrutement est dérogatoire et ne nécessite ni publicité, ni concours
- La durée du service militaire est prise en compte au moment de la titularisation
- Pour les catégories de personnel dont les statuts particuliers prévoient une reprise total des services effectués dans le secteur privé, le calcul de l'ancienneté doit se faire au vu des certificats de travail précisant les dates de début et de fin de contrat
- Le supplément familial de traitement ne fait pas partie des primes et indemnités et est versé, le cas échéant, en sus de l'indemnité compensatrice
- L'indemnité compensatrice se résorbe du fait des avancements d'échelon

- Toute augmentation de la valeur du point s'applique de la même façon au traitement principal et à l'indemnité compensatrice
- Quand bien même elle ne pourrait effectuer 15 années de services publics, toute personne remplissant les conditions pour être intégrée dans le cadre de l'opération peut demander, bien qu'elle risque d'y perdre au moment de la liquidation des droits à la retraite, à être titularisée. Il convient cependant d'étudier soigneusement sa situation et d'appeler son attention sur ce problème particulier
- Compte tenu des délais nécessaires à la publication de l'arrêté interministériel au *Journal officiel*, un décalage s'instaure fréquemment entre celle-ci et la réalisation de l'opération. La situation des personnels concernés sera régularisée au moment de leur titularisation qui interviendra à titre rétroactif à la date effective du transfert
- Il convient d'informer les personnels sur les droits et obligations des fonctionnaires et des agents publics, notamment en ce qui concerne l'obligation de consacrer l'exclusivité de son activité à son employeur et les règles de cumul d'activités résultant de l'article 25 du titre I^{er} du statut général des fonctionnaires et du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007

ANNEXE 6 : guide pédagogique



Mot d'accueil

Nous vous souhaitons la bienvenue au sein du futur Etablissement Public de Santé du territoire de Garazi, futur membre du Groupement Hospitalier de Territoire Navarre Côte Basque.

Notre objectif est de procéder à la création d'un nouvel établissement, regroupant la Fondation Luro, l'EHPAD Toki Eder et l'EHPAD Adindunen Egoitza en établissement public de santé le 1er janvier 2020. Ce processus, destiné à garantir la pérennité des activités des établissements et à consolider l'offre de soins territoriale, peut aussi être source d'inquiétude quant à votre statut, votre carrière et votre place dans cette future structure. Par ce guide, nous souhaitons y répondre.

Au quotidien, vos missions poursuivront le même objectif en matière d'offre de soins et d'accompagnement de l'ensemble des résidents et patients du territoire. Toutefois, votre statut va changer. Jusqu'à présent salarié du secteur privé, vous serez progressivement intégré à la Fonction Publique Hospitalière, institution de plus d'un million d'agents publics. Le statut public confère de nombreux droits à ses titulaires et s'avère protecteur sur bien des aspects. Mais il est également synonyme de devoirs qu'il convient de connaître et de respecter.

Ce guide a pour but de vous informer sur les grands principes structurant la Fonction Publique Hospitalière et de vous présenter un projet d'intégration individualisé. Nous espérons qu'il vous sera utile et permettra de répondre à ce stade à vos principales interrogations.

Madeleine ALCHOUROUN

Présidente de la Fondation Luro

Monsieur Alphonse IDIART

Président du Conseil d'Administration de l'EHPAD Toki Eder

Jean-Bernard LHOSMOT

Président de l'EHPAD Adindunen Egoitza

Michel GLANES

Directeur du Groupement Hospitalier de Territoire Navarre Côte Basque.

Stéphanie COHORT,

Directrice de la Fondation Luro

Delphine ALCETEGARAY

Directrice déléguée de l'EHPAD Toki Eder

Christian WRIGHT

Directeur de l'EHPAD Adindunen Egoitza

Harrera Hitza

Ongi etorri laster sortzekoa den Garaziko Osasun Erakunde Publikora, Nafarroa-Euskal Kostaldea Lurraldeko Ospitale Zentroko kide izanen dena. Gure helburua 2020ko urtarrilaren 1.ean erakunde berri bat sortzea da; Luro Fundazioa, "Toki Eder" eta "Adindunen Egoitza" menpekotasuna duten Adineko Pertsonen Ostatalekua (MAPO), Osasuneko Erakunde Publiko gisa biltzen dituen. Erakundeen aktibitateak egonkortzeko eta lurraldean den artamendu eskaintza indartzea xede duen eraldaketa honek arrangurak sor ditzake ere zuen estatusari dagokionez, zuen lan-ibilbideari buruz edota eraikitzen ari den egitura berri horretan ukanen duzuen tokiaz. Gidaliburu honen bidez, zuen galderari arrapostu eman nahi diegu.

Zuen eginkizuna berdina izanen da, lurraldeko biztanle eta eri guzietan eta laguntza eskaintzeko helburuarekin.

Aldiz, zuen estatusa aldatuko da. Orain arte, sektore pribatuko langile zineten; hemendik goiti milioi bat agente publiko baino gehiago dituen Ospitaleetako Funtzio Publikoan sartuko zarete. Estatus publikoak hainbat eskubide ematen dizkie bere titularrei eta babes-emailea da hainbat alorretan. Baina aldi berean betebeharrak badira, ezagutu eta errespetatu beharrekoak.

Gidaliburu honen helburua, Ospitaleetako Funtzio Publikoa egituratzen duten printzipio nagusiak ezagutaraztea da eta zuei banakako integrazio proiektua aurkeztea. Espero dugu baliagarria izanen zaizuela eta une honetako zuen galdera nagusiei ihardesten ahalko diela.

Madeleine ALCHOUROUN

Luro fundazioaren Lehendakaria

Monsieur Alphonse IDIART

Toki Eder MAPOren Administrazio Kontseiluko Lehendakaria

Jean-Bernard LHOSMOT

Adindunen Egoitza MAPOren Lehendakaria

Michel GLANES

Nafarroa-Euskal Kostaldea Lurraldeko Ospitale Zentroko Zuzendaria

Stéphanie COHORT

Luro Fundazioko Zuzendaria

Delphine ALCETEGARAY

Toki Eder MAPOko Zuzendari Ordea

Christian WRIGHT

Adindunen Egoitza MAPOko Zuzendaria

LE CONTEXTE

Au 1^{er} Janvier 2020, la Fondation Luro ainsi que les EHPAD de Toki Eder et d'Adindunen disparaîtront pour ne former qu'un seul et même établissement public de santé. Dans ce contexte, votre statut actuel de salarié du secteur privé va se voir modifié afin de permettre votre intégration à la fonction publique hospitalière. Ce guide a pour mission de vous préciser cette évolution, de vous informer sur vos droits et de vous présenter un projet d'intégration personnalisé. Si toutefois des interrogations subsistent, il vous est tout à fait possible de contacter la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de la Côte Basque (Marie-Josée Berhondo, 05.59.44.31.22).

Direction commune avec le CHCB : le nouvel établissement de santé créé sera autonome dans ses activités de soins auprès des patients et des résidents. Mais sa Direction sera commune à celle des Centres Hospitaliers de la Côte Basque et de Saint-Palais. Concrètement, M. Michel Glanes sera le Directeur des établissements de Bayonne, de Saint Palais et du futur établissement public regroupant Luro, Toki Eder et Adindunen. Au quotidien, Mme Stéphanie Cohort, Directrice adjointe, coordonnera les équipes sur le terrain et sera votre interlocutrice. Elle bénéficiera également de l'appui de Delphine Alcetegaray et Christian Wright.

QU'EST-CE QUE LA FONCTION PUBLIQUE ?

En France, il existe trois grandes fonctions publiques : la Fonction Publique d'Etat (éducation nationale, police, affaires étrangères etc.), la Fonction publique territoriale (municipalités, conseils départementaux, conseils régionaux et autres collectivités) et la Fonction Publique Hospitalière. Les personnes qui y exercent leur activité sont qualifiées « d'agents publics » et se divisent en deux catégories :

- **Les agents publics « titulaires »**, recrutés à l'issue d'un concours.
- **Les agents publics « contractuels »**, recrutés par contrats, à durée déterminée ou indéterminée, dans certaines situations précises : surcharge ponctuelle d'activité, compétence spécifique inexistante dans la Fonction Publique, remplacement d'un agent titulaire en congé longue maladie etc. Juridiquement, ce contrat est qualifié de droit public, il est donc distinct de votre contrat de droit privé actuel. Il relève de la compétence du Tribunal Administratif et non du Conseil des Prud'hommes.

Chaque agent public appartient à un « corps » correspondant à ses missions et à ses compétences. Exemples : corps des infirmiers en soins généraux, corps des aides-soignants etc. Ces corps se répartissent en trois grandes catégories :

- **Catégorie A** : assure des fonctions d'études générales, de conception et de direction.
- **Catégorie B** : chargée des fonctions d'application.
- **Catégorie C** : assure les tâches d'exécution.

Chaque corps est ensuite divisé en plusieurs « grades ». Ainsi, l'un des grands principes de la Fonction Publique réside dans la **séparation du grade et de l'emploi**. Vous êtes titulaire de votre grade, qui ne peut vous être retiré qu'en cas de mesure disciplinaire, mais vous n'êtes pas titulaire de votre emploi, c'est-à-dire de votre poste de travail. Ce dernier peut évoluer si le bon fonctionnement du service l'exige.

Filière	Corps	Catégorie
Administrative	Adjoint Administratif	C
	Adjoint des cadres	B
	Assistant médico-administratif	B
	Attaché d'administration hospitalière	A
	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social	A
Technique et ouvrière	Personnel ouvrier	C
	Technicien hospitalier	B
	Technicien supérieur hospitalier	B
Socio-éducative	Animatrice	B
	Assistante sociale	B
	Psychologue	A
Filière de soins, de rééducation et médico-technique	Agent des services hospitaliers	C
	Aide-soignant	C
	Ergothérapeute	B
	Préparateur en pharmacie	B
	Infirmier en soins généraux et spécialisés	A
	Cadre de santé paramédical	A

Voici un tableau récapitulatif des corps d'agents publics représentés dans votre établissement, par filière

LA REMUNERATION DU FONCTIONNAIRE

La rémunération d'un fonctionnaire se compose de deux grands éléments :

- **Le traitement indiciaire**, sorte d'équivalent du salaire de base dans le secteur privé. Il varie selon le corps de l'agent et augmente automatiquement avec l'ancienneté. Il se calcule en multipliant l'indice net majoré correspondant à votre échelon par la valeur du point d'indice (4.686).

$$\text{Traitement indiciaire} = [\text{Indice net majoré}] \times [\text{point d'indice}]$$

Exemple : pour un infirmier échelon 5, l'indice net majoré est de 469. Calcul de son traitement indiciaire : $469 \times 4.686 = 2197.74 \text{ €}$.
 Votre grille indiciaire figure dans ce dossier.

- **Les primes et indemnités**, versées pour certaines catégories d'agents, selon différents critères (fonctions exercées, service d'affectation, notation etc.). En voici quelques exemples :
 - La prime de service : tous les agents logistiques et administratifs peuvent y prétendre. Elle est attribuée une fois par an aux agents ayant une note égale ou supérieure à 12,5 et un nombre de jours d'absence inférieur à 140. Son montant varie selon la quotité de travail, la note et l'assiduité de l'agent.
 - L'indemnité de Sujétion Spéciale : elle est versée à l'ensemble des personnels hospitaliers pour compenser les contraintes subies et les risques encourus dans l'exercice de leurs fonctions.
 - Le supplément familial de traitement, versé sur demande des agents ayant au moins un enfant à charge.
 - L'indemnité pour travail les dimanches et jours fériés
 - La Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) : attribuée aux fonctionnaires titulaires et stagiaires pour certains emplois comportant une responsabilité ou une technicité particulière dans des conditions fixées par décret, elle constitue un complément de traitement et est versée sous forme de points d'indice majoré. Exemple : NBI de dix points attribuée aux fonctionnaires nommés dans le corps des infirmiers et le corps des aides-soignants exerçant auprès des personnes âgées.
 - La prime spécifique : d'un montant mensuel fixé à 90 € pour un temps plein, cette prime est attribuée aux fonctionnaires titulaires et stagiaires classés dans un des grades des corps d'infirmier diplômé d'État ou de cadre de santé paramédical.
 - Etc.

Quotité :

- Temps complet : 100 %
- 90 % : 32/35ème
- 80 % : 6/7ème
- 75, 70, 60, 50 % : Valeur correspondante

Le salaire brut comprend :

- Des éléments fixes communs
- Des éléments liés à la charge de famille
- Des éléments liés au grade
- Des éléments liés à l'activité

URSSAF/ Sécurité Sociale

Retraite

Charges salariales

Charges patronales

Prélèvement à la source

BULLETIN DE PAIE MARS 2019

N° SIRET : 26640567900017 N° APE : 8610Z
 N° URSSAF : 227000000620170114
 Lieu de paiement : URSSAF PYRENEES ATLANTIQUES

Code agent : 01420
 NIS : 130242041215
 Statut : 00 Titulaire
 Grade : 1418 Adjoint Admin. Ppal 2cl
 Etablissement : 052 SAINT LEON
 MP d'affectation :

Mme Dupont Jeanne
 Née le 2, rue du jardin
 64100 Bayonne

Code	Libellé	Montant	Montant de jours		Taux de rémunération	Droits 677	Nombre d'heures
			NET / jour	NET / mois			
0000	Rémunération brute	1644,79			1408,82		
0007	Traitement indiciaire	10,00			40,17		
0030	Heure Suppl. Indiciaire				73,79		
0038	Supplément Familial				33,42		
0100	Indem. Compensatrice CGO	13,00			119,00		
0450	Ind. Sujétion Spéciale	12,50			174,13		
0451	Heures Suppl. hors tract				11,93		
0452	Transfert primes-points						
	Mont imposable				1838,48		
Cotisations							
	C.S. Tertiaire				1449,99		
	C.R.D.S	0,50			1806,26	9,03	223,73
	C.S.O. Déductible	9,80			1806,26	122,83	
	C.S.O. Non Déductible	2,40			1806,26	43,36	
	CRANCO	10,83			1449,99	157,03	444,62
	RAPP	5,00			281,98	14,15	14,15
	Autres charges					5,00	278,33
	Total cotisations					388,34	
Autres retenues							
	Retraite Complémentaire	2,50			1844,79	41,12	
	Retenue Nouriture					34,58	
	Total autres retenues					75,70	
	Net à payer avant impôt				1416,41		
	Prélèvement à la source	0,00				0,00	
	Net à payer						1416,41 €

Montant imposable : 1544,49
 Cotisations URSSAF : 388,34
 Net à payer : 1416,41 €



VOTRE CARRIERE

La notation

Une fois par an, une évaluation de votre travail est faite par votre supérieur hiérarchique. Cette procédure permet de faire le point sur vos résultats et objectifs professionnels.

Cette évaluation permet d'attribuer à tout agent stagiaire ou titulaire comptant au moins 6 mois de présence une note chiffrée (de 0 à 25) et une appréciation littéraire.

Votre avancement

Avancement d'échelon

L'avancement d'échelon se traduit par une augmentation de traitement et a lieu de façon continue d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur. Il est fonction à la fois de l'ancienneté et de la valeur professionnelle des fonctionnaires. Il est prononcé par le Directeur après avis de la Commission Administrative Paritaire compétente.

A chaque échelon correspond un indice brut et un indice nouveau majoré qui sert de base au calcul de la rémunération.

Avancement de grade

L'avancement de grade a lieu, en fonction des statuts particuliers de chaque corps, suivant l'une ou plusieurs des modalités ci-après :

- Soit « au choix », par voie d'inscription à un tableau annuel d'avancement établi après avis de la commission administrative paritaire par appréciation de la valeur professionnelle des agents ;
- Soit par sélection opérée par voie de concours sur titres ou sur épreuves ou par voie d'examen professionnel.

VOS DROITS ET DEVOIRS

Appartenir à l'hôpital public implique pour vous une disponibilité permettant d'assurer la continuité des soins. Vous pourrez être conduit à modifier vos horaires et vos plannings face à des situations difficiles. Cela suppose également le respect de valeurs professionnelles fortes telles que l'empathie, l'accueil, le respect de la personne, la solidarité professionnelle et la responsabilité dans la prise en charge des patients. Enfin, appartenir à l'hôpital, c'est participer à l'amélioration continue de la qualité du service rendu en adaptant sa pratique professionnelle.

En tant qu'agent public, vous disposez de nombreux droits, mais aussi de devoirs. Ils figurent à la Charte des droits et devoirs de l'ensemble du personnel au dos de la plaquette.

LA DISCIPLINE

L'agent hospitalier qui ne respecte pas ses obligations fait l'objet de poursuites disciplinaires. Toute faute commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions expose l'agent à une sanction disciplinaire. D'une manière générale, il y a faute disciplinaire chaque fois que le comportement d'un agent entrave le bon fonctionnement du service.

Les sanctions : elles sont réparties en 4 groupes :

- **1^{er} groupe** : L'avertissement, le blâme
- **2^e groupe** : La radiation du tableau d'avancement, l'abaissement d'échelon, l'exclusion temporaire de fonctions pour une durée maximale de 15 jours.
- **3^e groupe** : La rétrogradation, l'exclusion temporaire de fonctions pour une durée de 3 mois à 2 ans.
- **4^e groupe** : La mise à la retraite d'office, la révocation.

En cas procédure disciplinaire, le droit à la communication du dossier individuel et le droit à l'assistance de défenseurs sont garantis.

LES CONDITIONS DE VOTRE INTEGRATION A LA FONCTION PUBLIQUE

Ces conditions sont pour l'essentiel fixées dans trois textes juridiques :

- La loi du 9 Janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière (notamment l'article 102).
- Le 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. Il figure en annexe à la fin de ce livret.
- La loi 2005-843 du 26 Juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique.

VOUS SOUHAITEZ INTEGRER LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Cette intégration va se faire en deux étapes :

- **Au 1^{er} Janvier 2020**, vous intégrez la fonction publique hospitalière en tant que contractuel. Il vous est proposé un contrat à durée déterminée d'un an reprenant les clauses substantielles du contrat dont vous êtes actuellement titulaire.
- **Au 1^{er} Janvier 2021**, vous êtes titularisé, sans mise en stage préalable.

Lorsqu'un établissement de santé privé est transformé en établissement public, ses salariés bénéficient de conditions d'accès dérogatoires à la fonction publique hospitalière. Ainsi, vous êtes exempté de concours, il ne vous est imposé aucune limite d'âge et vous bénéficiez d'une reprise d'ancienneté. Celle-ci peut se faire de deux façons :

- Prise en compte de la moitié de vos services accomplis dans votre établissement. Exemple : vous y avez exercé 8 ans, vous intégrez donc la Fonction Publique Hospitalière avec quatre ans d'ancienneté.
- Pour certains corps, des dispositions plus favorables s'appliquent. C'est notamment le cas des personnels soignants.

Nous vous invitons à vous référer à votre tableau de reprise d'ancienneté.

LE CALCUL DE VOTRE REMUNERATION

Durant toute l'année 2020, vous êtes rémunéré en tant que contractuel, au niveau de votre rémunération actuelle. Pour certains professionnels, notamment aides-soignants, il se peut que vous touchiez une rémunération légèrement supérieure car le niveau minimum de rémunération dans le secteur public est plus élevé que dans le secteur privé du fait des primes.

Au 1^{er} janvier 2021, vous serez intégré en tant que fonctionnaire titulaire. Il vous est proposé la rémunération suivante : voir fiche nominative.

Cette rémunération découle directement de l'application du décret précité et se calcule de la façon suivante :

➤ 1^{ère} étape : calcul de votre échelon d'intégration.

Votre reprise d'ancienneté détermine votre échelon d'intégration et votre position dans la grille indiciaire de votre corps d'affectation. Toutefois, cette reprise ne peut vous conférer un traitement indiciaire supérieur au salaire de base que vous touchiez précédemment. Lorsque c'est le cas, votre échelon d'intégration est abaissé de façon à percevoir un traitement indiciaire égal ou immédiatement supérieur à votre ancien salaire de base.

2^{ème} étape : le versement d'une prime compensatrice

Votre nouvelle rémunération doit être au moins égale à un certain pourcentage de la rémunération globale que vous touchiez précédemment en tant que salarié. Ce calcul intègre les primes que vous touchiez précédemment et que vous percevrez bientôt en tant qu'agent public. Si tel n'est pas le cas, une prime compensatrice vous est versée afin d'atteindre ce seuil. Les seuils à respecter varient selon la catégorie de votre corps d'affectation :

- Catégorie A : 90% de mon ancienne rémunération garantie.
- Catégorie B : 95%.
- Catégorie C : 100%.

VOUS NE SOUHAITEZ PAS ÊTRE TITULARISÉ

Il vous est tout à fait possible de refuser cette intégration, quelles que soient vos motivations : projet de reconversion, mobilité géographique, insatisfaction quant à vos futures conditions de rémunération etc. Plusieurs options se présentent à vous :

- Vous refusez le contrat à durée déterminée qui vous est proposé au 1^{er} Janvier 2020. Une procédure de licenciement classique est engagée et le nouvel établissement public créé vous versera des indemnités de licenciement. Vous pourrez par la suite bénéficier des allocations d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE).
- Vous acceptez le contrat à durée déterminée au 1^{er} Janvier 2020 mais vous refusez votre titularisation au 1^{er} Janvier 2021. Deux possibilités :
 - vous souhaitez continuer à exercer vos fonctions dans l'établissement : vous signez un Contrat à Durée Indéterminée (CDI) de droit public reprenant les conditions de votre CDD précédent.
 - Vous quittez définitivement l'établissement : vous ne touchez pas d'indemnité de licenciement.

CHARTRE DES DROITS ET DEVOIRS DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

Vos droits

1. Le respect de la liberté d'opinion politique, syndicale, philosophique, religieuse et le respect de ses origines.
 2. Le droit à la protection sociale.
 3. Le droit de grève.
 4. Le droit syndical et de formation syndicale.
 5. Le droit d'information lié aux instances de l'établissement.
 6. Le droit à la formation permanente professionnelle et personnelle.
 7. Le droit à la rémunération après le service fait.
 8. Le droit à la protection juridique de l'employeur (morale et physique). L'établissement est tenu de protéger tout agent contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.
 9. Le droit de réponse à toute question écrite posée à la Direction.
 10. Le droit d'être reçu par la Direction.
 11. Le droit d'être informé sur des changements de plannings.
 12. Le droit de retrait après information immédiate du supérieur hiérarchique en cas de danger grave et imminent pour la vie ou pour la santé de l'agent.
 13. Le droit à la déclaration d'évènements indésirables et des situations de violence.
 14. Le droit au respect mutuel.
- Le respect mutuel est entendu comme étant un des piliers fondamentaux des relations interpersonnelles entre toutes les catégories de personnel et entre toutes les générations. Il intègre la tolérance, la politesse et le civisme.

Vos devoirs

1. L'obligation de servir l'intérêt général et d'assurer la continuité des soins .
2. Le respect du secret professionnel.
Le secret professionnel est défini comme la protection des intérêts matériels et moraux des particuliers concernant les informations les concernant. Le cadre de ces règles est institué par le Code Pénal.
3. L'obligation de discrétion professionnelle.
La discrétion professionnelle a pour objet de sauvegarder les intérêts de l'administration et des usagers. Tout agent doit faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.
4. L'obligation d'effectuer les tâches confiées par le supérieur hiérarchique dans le cadre de la loi.
5. L'obligation d'obéir à sa hiérarchie dans le cadre de ses fonctions sauf si l'ordre donné est manifestement illégal.
6. Le devoir de réserve.
7. Le devoir d'informer la Direction en cas de cumul des emplois et des rémunérations.
8. Le devoir de respecter l'ensemble des agents de l'établissement.
9. L'obligation de contacter sa hiérarchie dans les plus brefs délais en cas d'absence ou en cas de retour d'absence.
10. L'obligation de respecter le matériel et les locaux mis à disposition par l'établissement.
11. L'obligation de connaître et de respecter les protocoles et procédures validés par l'institution et liés aux fonctions de chaque agent.
12. Le devoir d'adopter une attitude éco-responsable liée aux problématiques de développement durable (usage de l'électricité, eau...).

ANNEXE 7 : projet d'intégration individualisé (aide-soignante, gain de rémunération)

FICHE INDIVIDUELLE D'INTÉGRATION

Identité

- Nom :** ABRIACQ Séverine
- Date de naissance : 19 décembre 1980
 - Diplômes : DE Aide Soignant le 29/01/2004

Expérience à la FONDATION LURO

- Date d'entrée : 01 février 2018
- Fonction(s) exercée(s) : Aide Soignant
- Affectation principale : Maison de Retraite
- Quotité de travail : 100%

Votre situation si vous étiez resté(e) salarié(e) du secteur privé :

Au 01/01/2020 : Total mensuel brut : 1 802,38 €	Total annuel brut : 21 628,56 €
Au 01/01/2021 : Total mensuel brut : 1 827,08 €	Total annuel brut : 21 924,96 €

Votre proposition d'intégration en tant que Contrat Public au 01/01/2020

Grade : Aide-Soignant Affectation : Maison de Retraite Quotité : 100%

En tant qu'agent Contractuel							
Traitement Indiciaire	Indemnité Différentielle SMIC	Indice de Sujétion Spéciale	Prime de sujétion	Prime forfaitaire	Indemnités Diverses	BRUT Mensuel	BRUT Annuel
1 513,58 €	28,18 €	124,27 €	151,36 €	15,24 €		1 832,62 €	21 991,48 €

Vos propositions d'intégration à la fonction publique hospitalière au 01/01/2021

Reclassement envisagé :

Quotité de travail : 100% Échelon : 05 Indice majoré : 345 Maintien rémunération : 100%

OPTION 1 : VOUS SOUHAITEZ INTÉGRER LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

En tant qu'agent Titulaire									
Traitement Indiciaire	NBI	Indice de Sujétion Spéciale	Prime de sujétion	Prime forfaitaire	Indemnités Diverses	Prime de Service	Transfert Prime Point	BRUT Mensuel	BRUT Annuel
1 616,68 €	46,86 €	136,58 €	161,67 €	15,24 €		140,00 €	13,92 €	2 103,10 €	25 237,21 €

OPTION 2 : VOUS NE SOUHAITEZ PAS ÊTRE TITULARISÉ(E)

En tant qu'agent Contractuel							
Traitement Indiciaire	Indemnité Différentielle SMIC	Indice de Sujétion Spéciale	Prime de sujétion	Prime forfaitaire	Indemnités Diverses	BRUT Mensuel	BRUT Annuel
1 513,58 €	48,99 €	124,27 €	151,36 €	15,24 €		1 853,43 €	22 241,20 €

ANNEXE 8 : projet d'intégration individualisé (infirmière, perte de rémunération)

FICHE INDIVIDUELLE D'INTÉGRATION

Identité

- Date de naissance : 13 janvier 1966
- Diplômes : DE Infirmier le 10/10/1986

Expérience à La FONDATION LURO

- Date d'entrée : 01 septembre 1987
- Fonction(s) exercée(s) : Infirmier
- Affectation principale : Maison de Retraite
- Quotité de travail : 100%

Votre situation si vous étiez resté(e) salarié(e) du secteur privé :

Au 01/01/2020 :	Total mensuel brut : 2 875,76 €	Total annuel brut : 34 509,12 €
Au 01/01/2021 :	Total mensuel brut : 2 911,49 €	Total annuel brut : 34 937,88 €

Votre proposition d'intégration en tant que Contrat Public au 01/01/2020

Grade :	Inf. S.G (D.E) grd 1 ISGS	Affectation :	Maison de Retraite	Quotité	100%
---------	---------------------------	---------------	--------------------	---------	------

En tant qu'agent Contractuel				
Traitement Indiciaire	Indice de Sujétion Spéciale	Indemnités Diverses	BRUT Mensuel	BRUT Annuel
2 652,29 €	217,75 €	6,00 €	2 876,04 €	34 512,48 €

Vos propositions d'intégration à la fonction publique hospitalière au 01/01/2021

Reclassement envisagé :

Quotité de travail :	100%	Échelon :	05	Indice majoré :	469	Maintien rémunération :	90%
----------------------	------	-----------	----	-----------------	-----	-------------------------	-----

OPTION 1 : VOUS SOUHAITEZ INTÉGRER LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

En tant qu'agent Titulaire								
Traitement Indiciaire	NBI	Indice de Sujétion Spéciale	Prime Spécifique	Indemnités Diverses	Prime de Service	Transfert Prime Point	BRUT Mensuel	BRUT Annuel
2 197,74 €	46,86 €	184,28 €	90,00 €		140,00 €	32,42 €	2 626,47 €	31 517,58 €

OPTION 2 : VOUS NE SOUHAITEZ PAS ÊTRE TITULARISÉ(E)

En tant qu'agent Contractuel				
Traitement Indiciaire	Indice de Sujétion Spéciale	Indemnités Diverses	BRUT Mensuel	BRUT Annuel
2 652,29 €	217,75 €	42,00 €	2 912,04 €	34 944,48 €

ANNEXE 9 : étude financière relative à l'intégration des personnels privés à la FPH

Ventilation surcoût annuel 2021	Luro Clinique	Luro EHPAD	TOTAL	ADINDUNEN
Ecart de charges sociales	147 028 €	286 512 €	433 540 €	143 455 €
	43,97%	52,41%	49,20%	55,55%
Impact décret 1999	40 311 €	99 024 €	139 335 €	8 056 €
	12,05%	18,11%	15,81%	3,12%
Variables	14 068 €	14 901 €	28 969 €	13 024 €
	4,21%	2,73%	3,29%	5,04%
Absentéisme (taux de remplacement de 7%)	132 996 €	146 251 €	279 246 €	93 697 €
	39,77%	26,75%	31,69%	36,28%
Total	334 403 €	546 687 €	881 090 €	258 233 €
	100%	100%	100%	100%

TOTAL INTÉGRATION 2021	1 139 323 €
---------------------------------------	--------------------

Fondement juridique : décision TA Pau (clinique Sokorri)	Fondation LURO					Adindunen	
	Clinique		EHPAD		TOTAL		
Volume d'agents non médicaux intégrés (hors CDD)	54 agents 46,3 ETP		66 agents 57,8 ETP		120 agents 104,1 ETP	41 agents - 34 ETP	
Coût	Mensuel	Annuel	Mensuel	Annuel	Annuel	Mensuel	Annuel
Privé 2020	156 345 €	1 876 136 €	171 830 €	2 061 960 €	3 938 096 €	110 050 €	1 320 597 €
Public 2020	165 941 €	1 991 297 €	189 345 €	2 272 146 €	4 263 443 €	119 446 €	1 433 352 €
Surcoût intégration 2020	9 597 €	115 161 €	17 516 €	210 186 €	325 347 €	9 396 €	112 756 €
Privé 2021	158 328 €	1 899 941 €	174 108 €	2 089 294 €	3 989 235 €	111 544 €	1 338 529 €
Public 2021	175 112 €	2 101 344 €	207 478 €	2 489 731 €	4 591 075 €	125 255 €	1 503 065 €
Surcoût intégration 2021	16 784 €	201 403 €	33 370 €	400 437 €	601 840 €	13 711 €	164 536 €
Ecart public/privé 2021 en %	10,60%	10,60%	19,17%	19,17%	15,09%	12,29%	12,29%
Projection 2025	178 649 €	2 143 785 €	212 969 €	2 555 631 €	4 699 416 €	127 413 €	1 528 957 €

TOTAL INTÉGRATION 2021	766 375 €
---------------------------------------	------------------

Emploi	Nombre d'agents		TOTAL Agents	ETP		TOTAL ETP
	Clinique	Maison de Retraite		Clinique	Maison de Retraite	
Agent de Service	6,5	22,5	29	6,5	20,15	26,65
Médecin Technicien	2,5	2,5	5	2,4	1	3,4
Filière Technique	2,5	3,5	6	2,5	3,5	6
Cadres	2,15	1,85	4	2,25	1,75	4
Administratifs	3,85	2,15	6	3,85	1,2	5,05
Infirmiers	19	6	25	15,4	6	21,4
Aide Soignants	17,5	27,5	45	13,4	24,2	37,6
			0			0
	54	66	120	46,3	57,8	104,1
TOTAL			120			104,1

PRIVE LURO 2020					
Coût Mensuel		Coût Annuel		TOTAL MENSUEL	TOTAL ANNUEL
Clinique	Maison de Retraite	Clinique	Maison de Retraite		
17 018,78 €	53 054,79 €	204 225,36 €	636 657,48 €	70 074 €	840 883 €
5 283,89 €	5 911,15 €	63 406,68 €	70 933,80 €	11 195 €	134 340 €
8 692,90 €	11 233,09 €	104 314,80 €	134 797,08 €	19 926 €	239 112 €
12 970,37 €	9 340,68 €	155 644,44 €	112 088,16 €	22 311 €	267 733 €
12 350,02 €	4 220,15 €	148 200,24 €	50 641,80 €	16 570 €	198 842 €
58 408,56 €	21 827,78 €	700 902,72 €	261 933,36 €	80 236 €	962 836 €
41 620,16 €	66 242,34 €	499 441,92 €	794 908,08 €	107 863 €	1 294 350 €
156 345 €	171 830 €	1 876 136 €	2 061 960 €	328 175 €	3 938 096 €

CONTRAT PUBLIC 2020					
Coût Mensuel		Coût Annuel		TOTAL MENSUEL FPH	TOTAL ANNUEL FPH
Clinique	Maison de Retraite	Clinique	Maison de Retraite		
17 993,30 €	57 459,86 €	215 919,64 €	689 518,29 €	75 453 €	905 438 €
5 494,55 €	6 462,20 €	65 934,62 €	77 546,38 €	11 957 €	143 481 €
9 118,75 €	12 152,22 €	109 424,94 €	145 826,66 €	21 271 €	255 252 €
13 577,27 €	10 178,80 €	162 927,25 €	122 145,65 €	23 756 €	285 073 €
12 831,60 €	4 628,51 €	153 979,23 €	55 542,15 €	17 460 €	209 521 €
61 099,54 €	23 829,37 €	733 194,48 €	285 952,48 €	84 929 €	1 019 147 €
45 826,40 €	74 634,51 €	549 916,84 €	895 614,10 €	120 461 €	1 445 531 €
165 941 €	189 345 €	1 991 297 €	2 272 146 €	355 287 €	4 263 443 €

PRIVE LURO 2021					
Coût Mensuel		Coût Annuel		TOTAL MENSUEL	TOTAL ANNUEL
Clinique	Maison de Retraite	Clinique	Maison de Retraite		
17 359,74 €	53 873,83 €	208 316,88 €	646 485,96 €	71 234 €	854 803 €
5 351,54 €	5 995,98 €	64 218,48 €	71 951,76 €	11 348 €	136 170 €
8 814,17 €	11 387,27 €	105 770,04 €	136 647,24 €	20 201 €	242 417 €
13 086,71 €	9 450,68 €	157 040,52 €	113 408,16 €	22 537 €	270 449 €
12 491,06 €	4 277,13 €	149 892,72 €	51 325,56 €	16 768 €	201 218 €
59 142,85 €	22 091,27 €	709 714,20 €	265 095,24 €	81 234 €	974 809 €
42 082,34 €	67 031,69 €	504 988,08 €	804 380,28 €	109 114 €	1 309 368 €
158 328 €	174 108 €	1 899 941 €	2 089 294 €	332 436 €	3 989 235 €

PUBLIC 2021 (titulaires + contractuels)					
Coût Mensuel		Coût Annuel		TOTAL MENSUEL FPH	TOTAL ANNUEL FPH
Clinique	Maison de Retraite	Clinique	Maison de Retraite		
19 187,16 €	62 299,75 €	230 245,96 €	747 596,98 €	81 487 €	977 843 €
5 692,03 €	6 775,64 €	68 304,33 €	81 307,70 €	12 468 €	149 612 €
9 514,98 €	12 473,41 €	114 179,71 €	149 680,88 €	21 988 €	263 861 €
13 704,84 €	10 377,54 €	164 458,04 €	124 530,53 €	24 082 €	288 989 €
13 315,88 €	4 812,29 €	159 790,55 €	57 747,42 €	18 128 €	217 538 €
63 877,35 €	25 267,45 €	766 528,17 €	303 209,42 €	89 145 €	1 069 738 €
49 901,25 €	85 471,49 €	598 814,94 €	1 025 657,88 €	135 373 €	1 624 473 €
175 193 €	207 478 €	2 102 322 €	2 489 731 €	382 671 €	4 592 053 €

HUET	Cyprien	Octobre 2018
Filière DH Promotion 2018-2019		
La reprise d'une clinique privée par un établissement public de santé : une démarche originale de coopération au service de l'accès aux soins		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Face à l'émergence des cliniques de groupe et au coût croissant de l'innovation médicale, bon nombre de cliniques isolées ne parviennent plus à maintenir leur activité. Lorsqu'elles sont implantées dans des territoires ruraux où les déserts médicaux se développent, leur disparition peut dégrader l'accès aux soins, portant ainsi préjudice aux habitants de la zone concernée.</p> <p>Afin d'éviter cet écueil, certaines cliniques se rapprochent des établissements publics de santé voisins. Cette démarche originale de coopération, encore peu fréquente, pourrait bien essaimer dans les prochaines années, de par un contexte politique favorable. Elle peut se réaliser via deux modalités juridiques distinctes : la constitution d'un groupement de coopération sanitaire, ou bien la création <i>ex nihilo</i> d'un établissement public de santé, chacune présentant ses avantages et inconvénients.</p> <p>Pour l'établissement reprenneur, la reprise d'une clinique privée constitue une belle opportunité de renforcement de son positionnement territorial, à travers la création de filières de soins et la recherche d'un équilibre entre offres publique et privée sur un territoire.</p> <p>Néanmoins, la reprise d'une entité fragile sur le plan financier peut représenter de nombreux points de difficulté tels le surcoût lié à l'intégration de personnels privés à la fonction publique hospitalière, ou la dégradation du climat social. Par ailleurs, la réglementation en la matière semble peu adaptée aux besoins des établissements concernés. Une anticipation de ces difficultés ainsi que l'élaboration d'une ambitieuse stratégie de communication permettent d'en réduire les effets néfastes.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Accès aux soins, clinique, coopération, filière, fonction publique, gradation, groupement de coopération sanitaire, partenariat, proximité, statut, territorialité.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		