



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2013-2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

---

# **Le choix des coopérations comme outils d'optimisation de la prise en charge des usagers :**

Le cas de la direction commune du centre hospitalier de Brie-Comte-Robert et  
de l'Établissement Public Gérontologique de Tournan-en-Brie

---

**Raphael AYINA  
AKILOTAN**

---

# Remerciements

---

Je remercie toutes les personnes qui ont apporté leur contribution sous quelque forme que ce soit à la réalisation de mon stage et de ce mémoire, notamment le personnel des établissements de Brie-Comte-Robert et de Tournan-en-Brie et les interlocuteurs extérieurs qui ont bien voulu me consacrer une partie de leur précieux temps.

Ma gratitude va tout particulièrement à Mr Philippe PARET, mon maître de stage pour avoir cru en moi et pour avoir su agir en « maïeuticien » afin que je puisse exprimer mon potentiel. La mission sur la mise en place du GCS a été pour moi très formatrice.

Je n'oublie pas ma chère épouse Karine, mes enfants Luc, Matthieu, et Emmanuel, pour leur patience et les efforts fournis pour me faciliter la vie. Je leur en suis à jamais reconnaissant.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1 La nécessité d'améliorer l'efficience de la prise en charge des usagers a conduit à l'élaboration progressive d'outils juridiques favorisant la coopération entre établissements</b> .....	5
<b>1.1. La recherche de performance a conduit les pouvoirs publics à mettre progressivement en place des outils de coopération tant pour le secteur sanitaire que pour le secteur médico-social</b> .....	5
1.1.1 <i>Les différentes lois sanitaires ont fait évoluer les différents outils de mutualisation à disposition des établissements sanitaires et médico-sociaux</i> .....	5
1.1.2 <i>La coopération entre établissements doit conduire à optimiser la prise en charge au travers de la recomposition de l'offre de soins</i> .....	9
1.1.3 <i>Les outils de coopération participent à l'amélioration des convergences entre les secteurs sanitaire et médico-social</i> .....	11
<b>1.2. La loi « HPST », réformée par la loi « Fourcade », est venue renforcer les outils de coopération existant parmi lesquels les groupements de coopération prennent une place particulière</b> .....	14
1.2.1. <i>La loi HPST innove au travers d'outils de coopération plus adaptés</i> .....	15
1.1.4 <i>La loi de 2009 met en place les ARS, décisionnaire en matière de coopération</i> .....	17
1.1.5 <i>Le développement des mutualisations est une réalité tangible comme dans le cas de la Seine-et-Marne</i> .....	20
<b>2 Malgré de réels atouts, constitution d'un groupement de coopération doit faire face à des difficultés de différents ordres : l'exemple du projet porté par la direction commune de l'hôpital de Brie-Comte-Robert et de l'EPGT</b> .....	23
<b>2.1 Les atouts et la faisabilité d'un groupement de coopération à partir de la direction commune hôpital de Brie-Comte-Robert/EPGT au regard d'exemples réussis</b> .....	23
2.1.1 <i>La direction commune, bon support pour initier un début de mutualisation mais insuffisant à son déploiement</i> .....	23
2.1.2 <i>Les GCS et GCSMS présentent à-priori des avantages comparatifs sur les autres modes de coopération</i> .....	27
<b>2.2 Les difficultés rencontrées par le projet de mutualisations entre le CH de Brie-Comte-Robert et l'EPGT questionnent sur des solutions alternatives aux groupements de coopération</b> .....	30
2.2.1 <i>Le choix premier du GCS pour porter les mutualisations au sein de la direction commune mais aussi avec les établissements du territoire</i> .....	30
2.2.2 <i>Les difficultés rencontrées par la direction commune entre les deux établissements pour faire aboutir le projet de coopération</i> .....	33

2.2.3	<i>Le GCS n'apparaît pas comme le plus pertinent pour l'un des objets visés au regard des caractéristiques actuelles de la plupart des établissements partenaires potentiels .....</i>	35
<b>3</b>	<b>Un certain nombre d'éléments permettent la mise en œuvre de différentes formes de coopération rendant effective l'efficience recherchée dans la prise en charge des usagers.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>L'analyse du besoin et de l'environnement est primordiale dans le choix du type de coopération.....</b>	<b>39</b>
3.1.1	<i>Le choix du type de coopération et sa réussite dépendent notamment de l'objet de la mutualisation mais également de la volonté des différents partenaires.....</i>	39
3.1.2	<i>La nécessité d'une méthodologie adaptée pour sécuriser la mise en œuvre du projet .....</i>	41
<b>3.2</b>	<b>La réussite d'une mutualisation est un enjeu managérial qui nécessite une volonté de l'ensemble des acteurs, notamment celle du directeur porteur du projet dont le rôle est déterminant.....</b>	<b>43</b>
3.2.1	<i>L'enjeu managérial de la mutualisation : réussir à créer une dynamique de performance .....</i>	43
3.2.2	<i>Le rôle de catalyseur du Directeur porteur du projet : entre volontarisme et principe de réalité .....</i>	46
	<b>Conclusion.....</b>	<b>48</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>51</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>55</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP :

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Conseil d'Administration

CASF : Code de l'Action Sociale et de la Famille

CS : Conseil de surveillance

CSP : Code de Santé Publique

CG : Conseil Général

CH : Centre Hospitalier

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DGARS : Directeur Général de l'ARS

DGOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DT : Délégation Territoriale de l'ARS

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPGT : Etablissement Public Gérontologique de Tournan-en-Brie

EPIC : Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial

EPS : Etablissement Public de Santé

ESMS : Etablissement social et Médico-social

ESSMS : Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

ETP : Equivalent Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coordination Sociale et Médico-Sociale

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GIP : Groupement d'intérêt Public

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MJPM : Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

ONDAM : Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PE : Projet d'Etablissement

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Programme Régional de Santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PUI : Pharmacie à usage Intérieur

SIH : Syndicat InterHospitaliers

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Social

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UHR : Unité d'hébergement renforcée

## Introduction

*« Tout seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin. »*

Proverbe africain

Depuis un certain nombre d'années, le secteur médico-social comme le secteur sanitaire ont connu une évolution marquée par les recompositions territoriales. Ce mouvement déjà engagé au travers des différentes lois sanitaires a été renforcé par celle de juillet 2009 dite loi « HPST » (Hôpital, Patients, Santé, Territoires). Ainsi, elle a permis un toilettage des outils de coopération allant jusqu'à la possibilité de création de groupement de coopération intégré constituant un établissement ayant la personnalité morale.

Les retours d'expérience sur les groupements de coopérations montrent qu'il s'agit d'instruments optimisant la réponse aux besoins des populations, notamment en ce qui concerne les parcours des personnes âgées plus ou moins dépendantes. Ce sont des outils aujourd'hui indispensables pour tout directeur d'établissement qui souhaite travailler de manière coordonnée au travers de structures souples, avec d'autres acteurs de santé de son territoire. Ils permettent en effet une mutualisation de moyens propices notamment à l'amélioration de l'offre de soins des établissements mais également à la création et au renforcement des filières de prise en charge. En cela, ils constituent des leviers d'efficience de cette offre permettant d'optimiser la prise en charge des usagers, le but étant d'améliorer cette dernière à moyens constants.

Selon le Larousse, la coopération se définit comme la participation à une œuvre commune sur la base d'une entente et d'un échange entre plusieurs partenaires ; elle peut être multidimensionnelle. En cela les mutualisations entre établissements constituent donc un vecteur d'optimisation de la prise en charge des usagers qui doit se traduire par une organisation efficiente pour les différents partenaires. L'efficience est la capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances<sup>1</sup> dans un type de tâche donné autrement dit sa capacité de rendement. Il doit donc en découler une amélioration de la performance dans l'allocation des ressources et une organisation plus efficace promouvant la qualité. En effet, la raréfaction actuelle des ressources humaines, financières et matérielles permettant cette prise en charge est notamment liée aux mesures d'économies prises chaque année dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) au travers de l'objectif national de dépense d'assurance maladie

---

<sup>1</sup> Dictionnaire numérique Larousse

(ONDAM)<sup>2</sup>. La croissance annuelle de l'ONDAM devant être maintenu autour de 3%, cette situation conduit les établissements sanitaires et médico-sociaux à « gérer la pénurie ». L'enjeu des coopérations est donc clairement d'assurer la pérennité de certains établissements n'ayant pu s'adapter aux fortes contraintes qui pèsent sur eux, visant ainsi le maintien d'une offre de soin de qualité et accessible au plus grand nombre dans une optique de rationalisation des coûts.

Ainsi, différentes formes de partenariat inter-établissements ont été formalisées depuis une quarantaine d'années. La loi sanitaire de 1970<sup>3</sup> a ainsi créé les syndicats interhospitaliers (SIH) auxquels d'autres outils de coopération se sont rajoutés au fil des réformes. Parmi ces derniers, les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ou de coopération sanitaire (GCS), semblent prendre aujourd'hui une place de plus en plus importante à la fois pour améliorer la prise en charge des usagers mais également dans l'optique de pallier certaines difficultés notamment financières. Selon le site du ministère de la santé, Il s'agit d'outils maintenant bien connu des professionnels : le nombre de GCS a cru de 65 au 31 décembre 2006 à 491 au 30 juin 2012. En effet un recensement des coopérations effectué par la fédération hospitalière de France(FHF) en dénombrait 838 dans toute la France métropolitaine. Ils sont constitués pour divers objets : des prestations médicales croisées, l'informatique, les fonctions logistiques, l'investissement immobilier, les pharmacies à usage intérieur,...

Dans la lignée de la politique préconisée au niveau national, l'ARS Île-de-France promeut le recours à ce type d'organisation.

Or aujourd'hui deux domaines sont particulièrement au cœur de la réflexion de la direction commune du centre hospitalier (CH) de Brie-Comte-Robert<sup>4</sup> et de l'Etablissement Public Gérontologique de Tournan-en-Brie (EPGT)<sup>5</sup> en la matière, pour un total de 395 lits à vocation gériatriques. Il s'agit du recrutement d'un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) et de la mise en place en commun d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Pour le premier objet de coopération, au regard de la loi 2007-308 du 5 mars 2007, les deux établissements ayant chacun une capacité d'accueil supérieure à 80 lits, sont confrontés à l'obligation de désigner un MJPM. Celle-ci a par ailleurs été rappelée par la Préfecture de Seine-et-Marne en janvier 2013. Pour ce projet, plusieurs

---

<sup>2</sup> L'ONDAM créée en 1996 parallèlement aux LFSS représente une enveloppe fixée par le législateur avec pour objectif la maîtrise financière des dépenses d'assurance maladie. Il est composé de sous-objectifs dont ceux concernant les secteurs personnes âgées et handicap s'élevaient à 15,8 milliards d'euros en 2010.

<sup>3</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui a créé la carte sanitaire et les SIH

<sup>4</sup> Le CH de Brie-Comte-Robert est un ancien «hôpital local» devenu centre hospitalier depuis la loi HPST de juillet 2009.

<sup>5</sup> L'EPgt est également un ancien hôpital local devenu Ehpad à la suite du transfert vers le centre hospitalier de Melun, des lits de médecine et de SSR qu'il détenait depuis sa création.

autres établissements du secteur, essentiellement médico-sociaux, ont manifesté leur intérêt pour une éventuelle participation au futur groupement, qui pourrait aider à renforcer la filière gériatrique sur le territoire. En ce qui concerne le second objet, la problématique touche plus particulièrement l'EPGT qui ne possède pas de PUI. Il s'agit donc d'y améliorer le fonctionnement et la sécurisation du circuit du médicament en lui faisant notamment bénéficier de l'expérience du CH de Brie-Comte-Robert. Par ailleurs, il est à noter que des progrès sont aussi envisageables dans ce dernier au travers d'une PUI qui serait plus proche de la taille critique ouvrant la voie à de meilleures performances à la fois quantitatives (économies d'échelle, amortissements, ratio effectifs,...) et qualitatives (organisation de la pharmacovigilance, traçabilité, iatrogénie,...).

L'amélioration de la prise en charge au CH de Brie-Comte-Robert et à l'EPGT, qui recouvre les différentes dimensions (financières, organisationnelles,...) permettant d'assumer et de répondre de manière optimale aux besoins des usagers au sein de ces structures, incite donc au-delà de la direction commune à la constitution d'un groupement de coopération. Il permettra dans un premier temps de se mettre en conformité avec la réglementation en ce qui concerne la protection judiciaire des majeurs. Dans un second temps, Il devrait au travers de la PUI, optimiser la prise en charge médicamenteuse notamment à l'EPGT qui n'en possède pas. **Il s'agit donc de déterminer dans quelle mesure la constitution d'un groupement de coopération portant ces objets, permettra aux établissements membres d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'utilisateur tout en maîtrisant les coûts? Quelles sont la forme juridique la plus pertinente, la méthodologie la plus adaptée et l'organisation la plus efficace pour que cette coopération débouche sur des « parcours de vie » améliorés pour les personnes âgées prises en charge ?**

Pour répondre à la problématique posée plusieurs hypothèses ont vu le jour :

- La création d'un GCSMS mutualisant à la fois la PUI et le MJPM.
- La création d'un GCS portant ces deux objets de mutualisation.
- La constitution d'une mutualisation multiforme dans laquelle GCS et convention sont mis en œuvre en parallèle.

D'un point de vue méthodologique, j'ai choisi pour conduire cette étude d'adopter une approche qualitative en quatre étapes :

*i. Organisation du travail*

- o Définition de la problématique, des acteurs à contacter
- o Répartition du sujet en trois axes et élaboration des questionnaires d'entretien

*ii. Recherche documentaire*

- A travers les sources institutionnelles puis par mots clés sur les principaux moteurs de recherche
- Détermination des méthodes d'entretien et d'analyse
- Entretiens semi-directifs auprès des acteurs et de grands témoins concernant l'organisation, le fonctionnement et la portée des structures de coopération

*iii. Rédaction*

- Diagnostic puis formulation de propositions pour la mise en œuvre d'une mutualisation avec les Ehpad du territoire sur les objets visés.

Nous étudierons donc dans une première partie, l'évolution que les outils de coopération entre établissements ont connus dans le temps au travers des différentes lois qui les ont promu (1) avant d'analyser ce qui a conduit au choix particulier effectué par la direction commune de l'hôpital de Brie-Comte-Robert et l'EPGT (2). Enfin nous examinerons les différents choix à effectuer concernant les outils et la méthodologie de cette mutualisation ainsi que la place dévolue au Directeur pour rendre le projet effectif (3).

# **1 La nécessité d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des usagers a conduit à l'élaboration progressive d'outils juridiques favorisant la coopération entre établissements**

La raréfaction des ressources permettant la prise en charge des usagers a incité les autorités publiques à définir au fil des réformes des outils de mutualisation et de décloisonnement entre le (1.1). La loi HPST promeut ainsi un décloisonnement entre le secteur sanitaire et le médico-social au travers des ARS promotrice des politiques de coopération (1.2)

## **1.1. La recherche de performance a conduit les pouvoirs publics à mettre progressivement en place des outils de coopération tant pour le secteur sanitaire que pour le secteur médico-social**

Les lois sanitaires successivement mises en œuvre depuis les années 70 se sont inscrites dans une démarche de mutualisation des moyens faisant évoluer les outils de coopération à disposition des établissements sanitaires et médico-sociaux. Les objectifs de performance recherchés par ces différentes réformes doivent conduire à une prise en charge optimisée avec pour conséquence une recomposition de l'offre de soins sur le territoire découlant de la réorganisation de l'activité. Le secteur médico-social n'est pas tenu à l'écart de cette marche en avant, le rapprochement avec le secteur sanitaire étant même favorisés par ces outils dans certains cas.

### **1.1.1 Les différentes lois sanitaires ont fait évoluer les différents outils de mutualisation à disposition des établissements sanitaires et médico-sociaux**

La fusion hospitalière est devenue une nécessité par suite de l'excédent du nombre de lits d'hôpitaux qui s'est accompagnée d'une hausse continue des dépenses de santé. Cette évolution, souhaitée par les différents organismes administratifs nationaux et régionaux, ne peut être effectuée qu'après un long travail de coopération entre les différents acteurs responsables.

C'est ainsi que les premiers outils de coopération visant l'adaptation de l'offre de soins aux besoins des usagers ont été instaurés par la « loi Boulin » du 31 décembre 1970

portant réforme hospitalière. Ils s'inscrivent dans la continuité du mouvement d'intercommunalité amorcé à la fin des années 1950 ayant conduit à la création de près de 2600 structures intercommunales en France. Ce début de rationalisation de l'offre est pris en compte au travers de l'instauration de la carte sanitaire par la loi qui crée à la fois les syndicats interhospitaliers (SIH) mais également service public hospitalier dont ils favorisent la mise en place sur leur territoire.

Le SIH dont les missions avaient été élargies par la loi du 27 juillet 1999<sup>6</sup> avant d'être aujourd'hui voué à disparaître, permettait la création et la gestion de services et d'installations mutualisées. Il pouvait également gérer certaines ressources mises en commun par les différents partenaires. Selon l'article R.6132-22 du code de santé publique (CSP), le SIH a toutes les obligations d'un établissement de santé, sans en avoir le statut. Toutefois, sa création n'est plus autorisée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

En incluant les établissements de santé privés dans le périmètre de la loi hospitalière de 1970, le législateur tente déjà de dépasser la logique de concurrence qui c'était progressivement installée en cherchant à rendre effectives leurs complémentarités. On observe donc à partir de cette époque un nombre croissant de mutualisations entre structures de statuts divers, issus d'un même territoire.

Aussi le secteur social et médico-social n'est pas resté en marge de ce nouveau paradigme. La loi du 30 juin 1975<sup>7</sup> incite les établissements prenant en charge ces problématiques à coopérer mais peu d'entre eux saisisront cette opportunité car le regroupement d'établissements n'est alors qu'une des possibilités de coordination offerte par ce texte. Il faudra attendre la loi du 2 janvier 2002<sup>8</sup> rénovant l'action sociale et médico-sociale pour voir apparaître « *l'instrument le plus abouti de la coopération médico-sociale ayant pour objectif de favoriser la coordination, la complémentarité et de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement* »<sup>9</sup> qu'est le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Comme nous le verrons, il a lui aussi été progressivement adapté.

---

<sup>6</sup> Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

<sup>7</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui réglemente les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur.

<sup>8</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>9</sup> A.-L. DEFFRENNES, *Les cahiers hospitaliers*, n°274, p.36

Cette ambition pour la mutualisation entre établissements va s'affirmer au travers de la loi du 31 juillet 1991<sup>10</sup> dont les outils incitent à une convergence toujours plus élaborée entre acteurs publics et privés. Ainsi, au-delà d'une planification renforcée par la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), le législateur innove en matière de coopération au travers du groupement d'intérêt public (GIP) et du groupement d'intérêt économique (GIE).

Comme le GIE pour les établissements privés, qui a été créé par l'ordonnance du 23 septembre 1967<sup>11</sup>, le GIP, instauré par la loi du 15 juillet 1982<sup>12</sup> s'est progressivement adapté au travers de textes juridiques. Il ne peut associer que des personnes morales et doit permettre aux établissements partie prenante « *d'exercer ensemble pendant une durée limitée, des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale notamment des actions de formation ainsi que pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités* ». Cet objet est défini par l'article 1<sup>er</sup> du décret du 7 novembre 1988<sup>13</sup> mais la loi du 17 mai 2011<sup>14</sup> a profondément modifié le régime juridique<sup>15</sup> du GIP. Il est à la fois « *unifié et assoupli* » avec pour objectif d'en accroître l'attractivité et cela « *même si les principes initiaux sont maintenus : majorité publique, principe de proportionnalité, principe de totalité (signature de la convention constitutive par l'ensemble des membres et participation à l'assemblée générale) et absence de solidarité* » selon l'analyse de Dominique Larose<sup>16</sup>.

En 1996, la difficulté croissante à contenir des coûts pesant sur l'assurance maladie a conduit à la recherche de voies d'efficience. Parmi elles, le souci de maîtrise médicalisée mais également quantitative de l'offre de soins a conduit à la mise en place d'outils renforçant la coopération institutionnelle. Ainsi l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>17</sup> relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée crée les communautés d'établissements de santé mais surtout les groupements de coopération sanitaire (GCS). Ils vont prendre une place de plus en plus importante dans le paysage sanitaire en recomposition notamment

---

<sup>10</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1990 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, p.10255 et s.

<sup>11</sup> Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique (création, but, composition, dissolution), JORF du 28 septembre 1967

<sup>12</sup> Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France

<sup>13</sup> Décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale

<sup>14</sup> Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit

<sup>15</sup> Bruno GALLET, *La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social*, heures de France, 2011, p. 52

<sup>16</sup> D. Larose, Juriste au cabinet Houdart et Associés, octobre 2011, *Finances hospitalières*, n° 51, pp.24-27

<sup>17</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée

grâce à l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>18</sup> qui simplifie les formules de coopération en donnant un coup d'arrêt aux autres outils.

Le GCS, sur lequel nous nous attarderons dans le corps de ce mémoire, a été à la base conçu comme un complément au SIH, avant de le supplanter. A contrario de ce dernier, il peut en effet intégrer des établissements privés à but lucratifs, ce qui en fait un outil de coopération et de restructuration de l'offre privilégié et à priori efficace<sup>19</sup>. Sa primauté sera confirmée par la loi du 21 juillet 2009<sup>20</sup> portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « HPST ». Elle lui ouvre la possibilité de porter des autorisations. Elle instaure également les communautés hospitalières de territoire (CHT) qui « visent à favoriser le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux des populations <sup>21</sup> ».

Parallèlement d'autres catégories d'outils voient le jour. Les uns, à l'exemple des coopératives hospitalières de médecins, relevant de la coopération organique ; les autres de la pratique conventionnelle : c'est le cas, des réseaux de santé et des conventions. Les deux premiers sont créés par la loi du 4 mars 2002<sup>22</sup>, alors que les conventions « non régies par un texte, sont mentionnées à l'article L.6134-1 du code de santé publique (CSP) [...] et citées à l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF) »<sup>23</sup> sont très tôt mises en œuvre. Ces dernières sont appréciées pour leur simplicité et la liberté contractuelle laissée aux établissements partie prenante.

Cet ensemble d'instruments à disposition des établissements doit donc faciliter la recomposition de l'offre nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des usagers au travers des mutualisations/coopérations.

---

<sup>18</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

<sup>19</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *Droit hospitalier*, Paris, LGJD, 2010, p. 96

<sup>20</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>21</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *Op. cit.*, p.92

<sup>22</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>23</sup> B. GALLET, *op. cit.*, p.18

### 1.1.2 La coopération entre établissements doit conduire à optimiser la prise en charge au travers de la recomposition de l'offre de soins

Le concept de mutualisation qui traduit l'action de « *mettre quelque chose en commun, de la répartir* » ou de « *faire passer un risque, une dépense à la charge d'une d'une mutualité, d'une collectivité* »<sup>24</sup>, est assimilable à celui de coopération qui peut se concevoir sous différentes acceptions. En effet, cette dernière « *s'inscrit tout d'abord dans une démarche de mutualisation des moyens, puis de réorganisation des activités et des plateaux médico-techniques pour devenir un instrument au service de la restructuration des établissements et à terme de la recomposition de l'offre de soins* »<sup>25</sup>.

Coopérer s'est à la fois se rencontrer, s'écouter, se parler, trouver des points de convergence et s'unir pour évoluer ensemble. C'est la volonté de professionnels de travailler ensemble, d'avoir une interaction sur leurs savoirs, tout en renforçant leur compétence collective. Pour le sociologue américain Richard Sennett<sup>26</sup> « *Fondamentalement, la coopération est un échange dont tous les participants tirent quelque chose de bénéfique. Or dès l'enfance nous faisons l'expérience de notre dépendance à l'égard des autres et de la nécessité de cette coopération...* ».

La coopération est donc inscrite dans le fonctionnement même de toute société. Elle est très fortement liée à l'individualité comme l'explique Richard Sennett : « *Les néolibéraux prétendent que l'individualisme et la concurrence sont naturels, contrairement à tout ce que nous vivons. [...] Mais nous avons laissé le domaine économique être totalement dominé par une vision concurrentielle et individualiste de la société. Il est devenu un espace de compétition, de lutte, d'où la coopération est exclue [...] Dans cet univers du chacun pour soi, il n'y a pas d'adhésion à un collectif. C'est ce qui explique que ces sociétés agressives manquent en réalité de ressort défensif, de capacité de résilience* ».

Ainsi, malgré les limites soulevées, elle s'associe naturellement avec les mots collaboration ou coordination. Car elle traduit le fait de partager, de donner et de prendre dans le but d'atteindre des objectifs, tout en renforçant le sentiment d'appartenance à une organisation.

---

<sup>24</sup> Dictionnaire Larousse Maxipoche 2012

<sup>25</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *op. cit.*, p. 83

<sup>26</sup> Jérôme Vasseur, Eléonore Varini, interview de Richard Sennett, sociologue américain, 16 mai 2014, « *La coopération vise à collaborer avec quelqu'un même si on ne le comprend pas* » in *actualités sociales hebdomadaires*, N°2860, p.30

Cette entreprise de rapprochement entre les différents secteurs de prise en charge de l'utilisateur prend sa source dans la loi du 10 septembre 1947<sup>27</sup> qui encourage la coopération dans la vie économique. Étendu par le décret du 2 novembre 1965<sup>28</sup> au monde de la santé, le droit coopératif appliqué aux secteurs social et médico-social est précisé par l'article 21 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui dispose que :

« [...] les établissements et les services [...] ou les personnes physiques ou morales gestionnaires [...] peuvent :

- 1- Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés
- 2- Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
- 3- Créer des syndicats inter-établissements ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.
- 4- Procéder à des regroupements ou à des fusions »

Par ailleurs elle énonce aussi qu'« afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale ».

Dans un monde complexifié par l'éclatement des structures et qui n'a que peu la culture de coopération, les enjeux de la mutualisation résident dans le développement de synergies optimisant la prise en charge de l'utilisateur. Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF) souligne dans l'« Atlas des coopérations 2010 »<sup>29</sup> qu'elle « a pour finalité d'améliorer l'organisation de la prise en charge de la santé des français dans le cadre d'un service public de santé rénové, fondé sur des projets médicaux de territoire établissant des parcours de soins complets et cohérents ». Elle est à la fois source de qualité et d'efficacité, deux objectifs aujourd'hui au cœur des politiques publiques de santé.

---

<sup>27</sup> Loi n°47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération

<sup>28</sup> Loi n°65-920 du 2 novembre 1965 relatif aux sociétés coopératives entre médecins

<sup>29</sup> G. VINCENT, 2010, *Atlas des coopérations 2010 : La stratégie de groupe des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics*, Paris, Fédération Hospitalière de France, p. 7

Or développer des synergies dans des secteurs confrontés à de réelles difficultés de coordination n'est pas chose aisée. En effet l'idée de coopérer séduit encore peu de chefs d'établissements car ils sont essentiellement confrontés à d'autres types de problématiques : difficultés organisationnelles ou financières de leurs structures, conduite du changement pour s'adapter à une réglementation en évolution constante,... Par ailleurs les cloisonnements entre secteurs ont longtemps persistés

Cet état de fait est d'autant plus regrettable que l'intérêt et au-delà la nécessité de coopérer est réelle. Les contraintes réglementaires et financières de plus en plus forte ne laissent que peu d'alternatives à la plupart des établissements qui n'ont pas les ressources nécessaires pour y répondre. Il leur sera donc de plus en plus difficile d'assurer la prise en charge d'une population dont ils ont la responsabilité, sans s'ouvrir aux autres acteurs présents sur leur territoire. Pour Murielle Jamot, responsable du secteur social et médico-social à la FHF « *Il y a une prise de conscience collective de la nécessité d'œuvrer davantage ensemble. La dynamique est lancée et les coopérations vont se renforcer et se multiplier*<sup>30</sup> ». C'est donc une « *stratégie de groupe* »<sup>31</sup> qui après avoir gagné l'entreprise s'impose progressivement au monde de la santé, dans un contexte de compétition. Tous les acteurs se regroupent : des régulateurs tels que dans les agences régionales de santé (ARS) ou les organismes complémentaires, aux usagers au sein des associations qui défendent leurs intérêts. Ce mouvement global de mutualisation permet donc une recomposition de l'offre de soins que les pouvoirs publics essaient d'adapter aux besoins des populations.

### 1.1.3 Les outils de coopération participent à l'amélioration des convergences entre les secteurs sanitaire et médico-social

Afin de favoriser développement des coopérations, nous avons pu observer que le législateur a fait évoluer les instruments à destination du secteur sanitaire comme du secteur médico-social, qui portent ces mutualisations. Nous analyserons ici plus spécifiquement ceux qui participeront potentiellement à l'évolution de l'offre proposée par le « groupe » que constituent le CH de Brie-Comte-Robert et l'EPGT.

Le premier d'entre eux est la **direction commune**. Il s'agit de la configuration choisie par les autorités publiques pour adapter l'offre des deux établissements notamment au regard des difficultés rencontrées par l'EPGT, dont la pérennité s'est trouvée questionnée il y

---

<sup>30</sup> Jean-Marc ENGELHARD, septembre 2011, « sanitaire/médico-social : un rapprochement inéluctable », *Directions*, N°88, pp.24-31

<sup>31</sup> G. VINCENT, *Op. cit.*, p. 16

quelques années du fait d'une offre fragilisée. Nous développerons cet outil plus loin dans le mémoire.

**Les conventions de coopération** en sont une autre catégorie. Appliquées aussi bien dans le sanitaire que dans le médico-social, elles sont mentionnées à l'article L. 6134-1 du CSP et à l'article L. 312-7 du CASF. Selon ce dernier : « *afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité, et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux, coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leur missions peuvent...conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé[...]* ».

A la fois souple et simple à mettre en œuvre, elles bénéficient d'un « *champs d'application particulièrement vaste dans la mesure où elles peuvent concerner non seulement les activités médicales mais également les activités administratives et techniques tels que les cuisines, blanchisseries ou encore gestion des systèmes d'information* »<sup>32</sup>. La signature d'une convention suffit à la créer mais elle doit respecter le contrat d'objectif et de moyens lorsqu'un établissement public de santé (EPS) est cosignataire. Elle ne nécessite pas de gouvernance propre et n'a pas de régime comptable spécifique. Accessible à toute personne physique ou morale de droit public ou privé si leur objet social ou leur principe de spécialité est respecté, sa durée peut être déterminée ou non selon le choix des partenaires. Enfin le personnel intervenant demeure attaché à son établissement d'origine et elle n'a pas de financement propre.

Outil de coopération le moins contraignant, la convention est très utilisée car ne nécessite pas la création d'une nouvelle entité juridique. Elle précède souvent une collaboration plus avancée. Pour M. Jamot : « *la volonté de travailler ensemble, l'accord sur le diagnostic, les objectifs et l'organisation à mettre en place doivent primer* ». L'habillage juridique n'intervient que dans un second temps<sup>33</sup>.

Toutefois, l'outil qui occupe aujourd'hui une position centrale dans le paysage des mutualisations est le **GCS**. Créé par l'ordonnance du 24 avril 1996, dix textes différents ont depuis permis d'en faire le principal outil d'accompagnement de la restructuration de l'offre. Dans l'analyse qu'elle en fait, Marie-Laure MOQUET-ANGER juge qu' « *il est très vite apparu comme un modèle de coopération institutionnelle à privilégier au point que l'ordonnance du 4 septembre 2003 en renforçait l'importance en le substituant au SIH et à*

---

<sup>32</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *op. cit.*, p. 86

<sup>33</sup> Jean-Marc ENGELHARD, *op. cit.*, p. 26

*l'EPS interhospitalier, l'ouvrant aux médecins libéraux et lui permettant de constituer le cadre juridique d'un réseau de santé. Ouvert à l'ensemble des établissements de santé [...] aux organismes médico-sociaux, le GCS a aussi depuis 2003 des compétences accrues comme la possibilité d'être employeur ou d'assurer les missions d'un établissement de santé. La loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » s'inscrit dans cette évolution et simplifie le régime juridique des GCS »<sup>34</sup>. Il peut donc être qualifié de groupement « de moyens » ou « d'établissement de santé » s'il est titulaire d'une autorisation d'équipement ou d'activité de soins.*

Comptant au moins un établissement de santé parmi les partenaires, sa création peut découler d'une « demande » du directeur général de l'ARS. Ainsi, il est constitué pour une durée librement fixée par eux, mais au moins égale à celle de l'autorisation le cas échéant. Par ailleurs le GCS est une personne morale à but non lucratif de droit public ou de droit privé, en fonction de la majorité de ses membres. Il peut être constitué sans capital mais la responsabilité des dettes du groupement est indéfinie, conjointe mais non solidaire car proportionnée à leurs droits respectifs et éventuellement limitée à leurs apports. Enfin sa dissolution qui intervient soit de plein droit, soit par décision de l'assemblée générale, entraîne sa liquidation.

En dernier lieu, créés à l'image des précédents mais spécifiquement dévolus aux établissements médico-sociaux, les **GCSMS** sont mis en place par la loi du 2 janvier 2002. Régis par les articles L. 312-7 et R. 312-194-1 du CASF ainsi que par l'article L. 6133-1 et suivants du CSP, le GCSMS prend sa dimension actuelle avec la loi du 11 février 2005<sup>35</sup> que suivra le décret du 6 février 2006<sup>36</sup> qui permet son déploiement effectif. Il peut être composé de personnes physiques ou morales de droit public ou de droit privé, y compris des établissements de santé. Des professionnels médicaux et paramédicaux des secteurs libéral et public, extérieurs au groupement, peuvent lui être associé par convention.

Constitué avec ou sans capital, le GCSMS est une personne morale à but non lucratif dont la durée d'existence peut être indéterminée selon le choix des partenaires. Bien que pouvant porter des autorisations ou des agréments à l'instar des structures qui le composent, il ne peut avoir la qualité d'établissement de santé ou social et médico-social. Ouvert à un large panel d'activités sociales et médico-sociales mais également périphériques (logistiques, administratif, médico-technique,...), l'article L. 312-7 du CASF l'autorise à se substituer à un ou plusieurs des établissements ou services y adhérant. Il

---

<sup>34</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *op. cit.*, p. 96

<sup>35</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>36</sup> Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)

peut d'ailleurs être employeur ou bénéficiaire d'une mise à disposition de personnels issus de ses membres. L'objectif qui lui est assigné « *est de redynamiser la coopération entre les différents intervenants de l'action sociale et médico-sociale* » notamment au travers de la possibilité qui leur est conférée « *de procéder à des regroupements ou à des fusions* »<sup>37</sup>.

Ainsi les différents outils de coopération dont nous venons d'observer les principales caractéristiques ont pour points communs leur transversalité entre les différents secteurs de prise en charge des usagers. Celle-ci est à même de permettre l'organisation d'une prise en charge fluide et coordonnée entre acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social mais aussi à l'intérieur de chacun des secteurs. C'est cette coordination, aujourd'hui favorisée par l'avancée du décloisonnement des organisations et les mutualisations entre acteurs, qui permet d'organiser le système de santé autour d'un parcours de soins. Elargie à tous les publics de plus en plus nombreux en recherche d'autonomie, cette notion évolue vers celle de parcours de vie. Elle recouvre les enjeux de continuité, d'organisation et de cohérence des soins et des accompagnements. Il s'agit de viser la qualité de prise en charge la plus optimale possible parallèlement à une gestion efficiente des ressources qui y sont consacrés.

En effet cette logique de parcours permet à l'utilisateur d'être progressivement pris en charge, sans rupture de soins grâce à une information sur sa situation globale transmise à tous les professionnels impliqués. Elle est également source de valorisation des projets institutionnels de coopération en allant dans le sens d'une réponse personnalisée et adaptée aux besoins des usagers : au-delà de la simple coordination c'est donc bien la qualité voire les économies d'échelle qui sont favorisées. L'élaboration d'un projet d'accompagnement cohérent inscrit dans la durée et auquel est associé l'utilisateur, doit ainsi conduire à la construction d'une culture commune entre professionnels.

De ce point de vue la loi « HPST » a permis de franchir un cap dans l'appui au développement des mutualisations en renforçant les outils de coopération et plus particulièrement les groupements de coopération.

## **1.2. La loi « HPST », réformée par la loi « Fourcade », est venue renforcer les outils de coopération existant parmi lesquels les groupements de coopération prennent une place particulière**

---

<sup>37</sup> A.-L. DEFFRENNES, op. cit., p.36

La dernière loi de santé publique de juillet 2009, que la réforme Fourcade a fait évoluer, a permis au législateur de confirmer le mouvement de mutualisation initié par les réformes précédentes : elle aboutit à une rénovation des outils de coopération d'outils qui deviennent plus lisibles et plus aptes à répondre aux besoins des établissements.

L'évolution du système de santé induit par cette loi se matérialise au travers de la création des Agences régionales de santé (ARS) qui sont déterminantes dans le déploiement des coopérations sur un territoire, leur donnant une dimension nouvelle au service d'une meilleure performance.

### **1.2.1. La loi HPST innove au travers d'outils de coopération plus adaptés**

L'analyse de la loi « HPST » permet de mesurer ses apports en termes de mutualisation. Ce renforcement des outils de coopération se confirme dans la loi du 10 août 2011<sup>38</sup> dite « loi Fourcade ».

Il faut tout d'abord relever que l'impact de la loi hospitalière de 2009 en matière de restructuration de l'offre de soins concerne la planification. Jusque là son principal instrument, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), créé par la loi « Evin » du 31 juillet 1991 et modifié par l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>39</sup> pour remplacer la carte sanitaire, « *a vocation à prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale [...] il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé et il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire* »<sup>40</sup>.

Ainsi le schéma dont l'annexe est opposable, fixe grâce aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) un nombre optimal de projets répondant aux besoins des populations. Avec la loi HPST, le SROS devient schéma d'organisation des soins pour traduire la volonté de dépassement des cloisonnements persistants dans le parcours de l'utilisateur. Il « *prévoit les complémentarités et adaptations de l'offre de soins ainsi que les coopérations entre les établissements de santé [...] les établissements et services médico-sociaux [...]* »<sup>41</sup>. Aussi dans le champ médico-social, la loi du 21 juillet 2009 a rendu obligatoire la réalisation d'un tel schéma auparavant circonscrit au secteur sanitaire. Il s'agit du schéma régional d'organisation social et médico-social (SROSMS) a

<sup>38</sup> Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>39</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

<sup>40</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *op. cit.*, p. 111

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 114

pour objet de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre des établissements et services médico-sociaux, afin notamment de répondre aux besoins des populations les plus fragilisées en termes de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux. Il est établi au regard des schémas départementaux, en déclinaison des priorités du plan stratégique régional de santé (PSRS) et en veillant à l'articulation des secteurs de prévention, soins ambulatoires et hospitaliers et des prises en charge et médico-sociales, voire sociales.

Cette clarification en termes d'organisation de l'offre joue ainsi un rôle incitatif en ce qui concerne le développement de coopérations. Pour cela HPST a adapté les supports de cette évolution. Ainsi, les limites rencontrées par les outils instaurés lors des différentes réformes (SIH, EPS interhospitaliers,...) ont conduit à l'aménagement des GCS et à la création des CHT.

Selon la proposition n°5 du rapport Larcher d'avril 2008 sur les missions de l'hôpital, celle-ci «  *vise à favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et le long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires* ». Elle doit par ailleurs être le «  *levier d'une hospitalisation publique cohérente proche de la population, garante de la qualité des soins sur un territoire et partenaire du privé* ». On retrouve donc bien là une volonté d'articulation, entre les coopérations et le parcours de soins comme l'analyse la FHF : «  *la CHT met en œuvre une stratégie commune et gère en commun certaines fonctions et activités [...] cette coopération vise à offrir à l'ensemble de la population du territoire de santé, dans une logique de filière, une palette de soins adaptés et complémentaires [...] la démarche doit permettre l'amélioration du parcours de soins entre l'hôpital, la médecine de ville, les soins de suite et les acteurs du secteur social et médico-social [...] il ne s'agit donc pas de concentrer les fonctions et les activités mutualisées sur un seul établissement [...]* »<sup>42</sup>. En fin son impact sur la restructuration de l'offre est bien réel puisque ses «  *activités étant redéployées entre les établissements, de tels transferts seront accompagnés de cessions ou d'échanges de biens et les agents pourront changer d'employeurs* »<sup>43</sup>.

Créés en 1996, les GCS ont acquis une autre dimension avec la loi HPST, d'autant qu'elle programme la disparition d'outils tels le SIH. En effet, elle maintient les réseaux de santé, les GIE et les GIP mais fait du GCS l'outil privilégié de la coopération institutionnelle car il «  *associe l'ensemble des secteurs (public/privé ; sanitaire, médico-*

---

<sup>42</sup> G. VINCENT, *op. cit.*, p. 66

<sup>43</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *op. cit.*, p. 92

*social et médecine de ville) dans une même forme d'organisation »<sup>44</sup>. Ainsi, avec la réforme il s'ouvre à l'ensemble des acteurs de santé qu'ils soient publics ou privés. Il s'agit là d'une acception large des acteurs de santé puisque cela concerne aussi bien les réseaux que les centres ou les pôles de santé ou d'autres. La création de ces groupements relève du libre choix des établissements et des professionnels de santé mais ils peuvent toutefois être fortement « conseillés » pour ne pas dire imposés par le directeur général de l'ARS (DGARS) dont le rôle relève des articles L. 6131-1 et suivants du CSP. Deux catégories sont à distinguer :*

- 1) le GCS de moyens qui permet la mise en commun des moyens humains, organisationnels, matériels et immatériels. Les usagers pris en charge n'ont pas de lien avec le groupement mais avec les établissements membres.
- 2) Le GCS établissement de santé qui est titulaire d'une autorisation de soins. Cette évolution d' « HPST » fait de lui un acteur de soins à part entière avec les droits et obligations qui lui incombent. En effet le lien avec les usagers et l'assurance maladie n'est plus subsidiaire mais direct.

Toutes ces évolutions sont portées par les ARS qui se substituent aux agences régionales d'hospitalisation (ARH).

#### 1.1.4 La loi de 2009 met en place les ARS, décisionnaire en matière de coopération

Dès les premières années de leur existence, malgré les bénéfices tirés de leur action en termes de restructuration de l'offre, les ARH ont échoué à réduire le cloisonnement entre secteurs du fait du périmètre de leurs missions et de la multiplicité des autorités compétentes en la matière qui « *constituent des facteurs d'aggravation de l'illisibilité et de l'absence de maîtrise de l'offre dans une période marquée par l'augmentation des inégalités et l'inflation des dépenses de santé* » souligne M.-L. Moquet-Anger<sup>45</sup>.

Ainsi dès 1993, le « rapport Soubie » préconise l'unification du pilotage des politiques de santé. La loi du 21 juillet 2009 vient donc concrétiser ce souci de « débalkanisation » des secteurs de prise en charge et de « désenchevêtrement » des compétences, dans une optique d'efficience, en instaurant les ARS. Leur création en lieu et place des ARH, a conduit à la disparition des clivages organisationnels et politiques entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. Les liens ainsi créés induisent que chacun d'eux reconnaît l'autre, sa place, son rôle et sa fonction. Pour cela, cultiver leurs

---

<sup>44</sup> G. VINCENT, *op. cit.*, p. 69

<sup>45</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *op. cit.*, p. 29

complémentarités et la richesse d'expérience issues d'identités professionnelles diverses est nécessaire à la réponse apportée aux besoins des personnes prises en charge. Les ARS voient donc leur champs de compétence étendu : au-delà de l'hospitalier, leur sont intégrés l'ambulatoire et le médico-social. La régulation, l'orientation et l'organisation de l'offre de service de santé s'appliquent aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux<sup>46</sup>. En regroupant les services déconcentrés de l'Etat compétents en matière sanitaire et sociale, et certains services de l'assurance maladie, l'ARS devient l'unique pilote local de la politique nationale de santé.

Pour agir sur l'offre globale de soins, ces agences disposent de différents leviers permettant l'adaptation aux besoins de la population. Tout d'abord, le **projet régional de santé** (PRS) qui articule et unifie les documents de planification des anciens organismes partie prenante dans les ARS. Il s'agit d'un ensemble à trois niveaux déterminés par l'article L. 1424-2 du CSP ; ce sont :

- 1) Le **plan stratégique régional de santé** (PSRS) : transversal aux différents secteurs pour lesquels l'ARS est compétente, il définit les orientations stratégiques et les priorités de santé sur la base d'un diagnostic partagé. Il vise à rendre le parcours de santé accessible et sécurisé, à améliorer la qualité et l'efficacité du système, à mettre en place une politique de santé transversale au plus près des réalités du territoire.
- 2) Les schémas d'organisation qui outre celui relatif à la prévention comprend :
  - a. Le **SROS** qui élargi aux soins ambulatoires, doit favoriser l'efficacité et l'accessibilité géographique au travers d'une incitation à l'évolution de l'offre de soins. D'ailleurs, il « *prévoit les complémentarités et adaptations de l'offre de soins ainsi que des coopérations [...] et fixe en fonction des besoins de la population, par territoire de santé, les objectifs de l'offre par activités [...] les transformations et regroupements d'établissements de santé* »<sup>47</sup>
  - b. Le **SROMS** qui précise les grandes orientations définies par le PSRS dans le domaine médico-social. Etabli avec l'ensemble des intervenants du secteur, il tient compte des schémas départementaux établis par les conseils généraux pour les personnes en perte d'autonomie (personnes âgées et handicapées). Outil du pilotage du secteur médico-social par

---

<sup>46</sup> Marie-Laure MOQUET-ANGER, *op. cit.*, p. 30

<sup>47</sup> *Ibid*, p. 44

l'ARS, il s'inscrit comme le SROS dans une logique de fluidité des parcours.

- 3) Le **programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)** est arrêté par le directeur général de l'ARS (DGARS). Il est composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du SROMS et dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'ARS, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissement ou de services au niveau régional en y affectant les dotations correspondantes sur une période de trois ans. Document pluriannuel, ses priorités sont actualisées annuellement en tenant compte des schémas départementaux.

Enfin deux autres outils permettent aux ARS de jouer leur rôle dans la restructuration territoriale de l'offre de soins. Le **contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM)** signé entre les agences et les établissements de santé ou les établissements et services médico-sociaux définissent leurs relations, en donnant aux ARS la possibilité d'orienter le positionnement de chaque structure sur le territoire. Pour finir, l'évolution de l'offre médico-sociale (création, transformation, extension) ne peut être autorisée, selon l'article L. 313-1-1 du CASF qu'après mise en œuvre de la **procédure d'appel à projet**. Il s'agit d'un processus rénové d'autorisation mis en place par la loi HPST, permettant d'afficher les priorités régionales et départementales. Elle conduit à une régulation de l'offre de service car « *Ce nouveau processus d'autorisation va d'emblée conduire les institutions gestionnaires à privilégier la recherche de coopération et de complémentarité, au-delà de la mise en concurrence. Il s'agit, au final, de se préparer à répondre à plusieurs à des appels à projets transversaux correspondant à des besoins globaux d'une population en situation de vulnérabilité sur des territoires, prenant ainsi en compte la prévention des risques de morbidité, les soins et l'accompagnement médico-social. Cette vision transversale, rejoignant ainsi la définition de la santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé, implique une mise en synergie des ressources locales multiples, qu'elles soient sanitaires, sociales, éducatives ou médico-sociales, au service de la population dans le cadre de projets de territoire* »<sup>48</sup>.

Cependant, Le décloisonnement des secteurs de prise en charge n'est pas totalement garanti malgré la mise en place d'un conseil national de pilotage des ARS. Ainsi La mise en cohérence des politiques ne relève pas de l'évidence, de même que la compatibilité

---

<sup>48</sup> ANAP, 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social – Guide méthodologique*, Paris, Anap, p. 13

du SROS et du SROMS avec les schémas départementaux peut constituer un frein dans l'articulation des planifications hospitalière et médico-sociale. Cependant, La progression des mutualisations est aujourd'hui une réalité comme dans le cas de la Seine-et-Marne.

#### 1.1.5 Le développement des mutualisations est une réalité tangible comme dans le cas de la Seine-et-Marne

Avec environ 1,31 millions d'habitants pour 5915,3 km<sup>2</sup>, le département de Seine-et-Marne présentait en 2009 une densité de population supérieure à la moyenne nationale. Il couvre 49% de la superficie de la région Île-de-France et est constitué d'une population plutôt jeune avec un pourcentage de personnes âgées de 75 ans ou plus inférieur à la moyenne nationale (5,6% contre 8,7%). Cette population est concentrée dans la partie ouest qui jouxte la petite couronne francilienne. La densité des professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux) y est également inférieure à la moyenne nationale. Le taux de mortalité générale a été en recul de 14,6% dans ce département durant les périodes 2000-2002 et 2007-2009, contre seulement 12,3% au niveau national<sup>49</sup>.

La Seine-et-Marne est un territoire de santé peu urbain puisqu'il comprend 74,3% communes rurales. L'espérance de vie à la naissance et à 60 ans est le plus faible de la région avec notamment un taux standardisé d'incidence médico-sociale de la maladie d'Alzheimer supérieur à la moyenne régionale. De nombreux réseaux de santé y sont installés dont l'un est porté par un GCS. 36 structures de soins participent à son maillage territorial en établissements de santé dont le CH de Brie-Comte-Robert qui est l'un des deux ex-hôpitaux locaux seine-et-marnais. Ainsi l'existence de filières de proximité telles que la gériatrie ou les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou le projet de CHT au sud du département constitue un atout en termes de prise en charge<sup>50</sup>.

D'un point de vue strictement médico-social, l'offre est conséquente notamment pour les personnes âgées. Sur 284 structures, ce secteur comptait 119 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 19 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en 2013 mais peu de relais existent avec la médecine de ville. C'est donc une capacité totale d'hébergement de 12 333 lits (accueil permanent et temporaire) et d'accueil de jour de 249 places<sup>51</sup>. L'offre est néanmoins en progression notamment pour les usagers atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles

---

<sup>49</sup> Source [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org), juillet 2013

<sup>50</sup> Données ARS-IdF, *Professionnels de santé, « exercer en Seine-et-Marne »*, exposé du 12 juillet 2013

<sup>51</sup> Source [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org), juillet 2013

apparentés. Ainsi le CH de Brie-Comte-Robert a ouvert début 2014 une unité d'hébergement renforcée à destination de ces publics. Cette politique d'accompagnement des personnes âgées du territoire est soutenue par le Conseil général au travers de son schéma départemental en faveur des personnes âgées. Après celui couvrant la période 2006-2011, le département a engagé une démarche novatrice et participative incluant tous les acteurs du secteur. Elle doit déboucher sur la rédaction d'un unique « schéma départemental de soutien à l'autonomie », reliant les problématiques des personnes âgées et des personnes handicapées.

En termes de coopérations, l'organisation des soins en Seine-et-Marne est en pleine évolution. Sur le plan hospitalier, elle se traduit au nord, par un hôpital moderne qui vient d'ouvrir ses portes fin 2012 à Marne-la-Vallée. Inscrit dans le Groupement Hospitalier de l'Est Francilien, il forme avec les hôpitaux de Meaux et de Coulommiers un GCS en plein développement. Au sud, la construction programmée d'une plateforme hospitalière reliant Melun et de Sénart va ouvrir de nouvelles perspectives. Avec la reconstruction programmée du CH de Fontainebleau qui vient d'être annoncée, elle permettra l'essor d'une coopération hospitalière qui s'engage actuellement entre les centres hospitaliers de Melun, Montereau, Fontainebleau et Nemours. Grâce à ces groupements sanitaires, au nord et au sud, les centres hospitaliers du département pourront dans les prochaines années améliorer la diversité, la qualité et la complémentarité de leur offre de soins.

Par ailleurs, le SROS d'Ile-de-France prévoit d'ici 2017 le développement en Seine-et-Marne de certaines activités, telles que l'Hospitalisation à Domicile, les soins palliatifs, les capacités de prise en charge psychiatrique, la procréation médicalement assistée, etc.

Enfin, l'offre d'EHPAD et dans une moindre mesure d'établissements pour personnes handicapées de Seine-et-Marne est la plus importante de la région et plusieurs réseaux de santé sont constitués pour assurer la coordination et l'accès aux soins des usagers, ainsi que l'appui aux professionnels libéraux. Les usagers bénéficient eux de l'existence des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui participent à l'optimisation de l'orientation des personnes âgées pour leur prise en charge.

## **2 Malgré de réels atouts, constitution d'un groupement de coopération doit faire face à des difficultés de différents ordres : l'exemple du projet porté par la direction commune de l'hôpital de Brie-Comte-Robert et de l'EPGT**

Un certain nombre de difficultés qui se sont posées sur leur territoire à conduit à la mise en place d'une direction commune entre le CH de Brie-Comte-Robert et l'EPGT. Toutefois, la nécessité d'une adaptation permanente aux besoins des populations conduit à envisager d'aller vers un groupement de coopération pour y répondre et élargir les potentialités (2.1). Il convient donc d'analyser la pertinence du choix de ce type de mutualisation au regard notamment des difficultés dans leur mise en œuvre ainsi que les partenariats alternatifs possibles (2.2).

### **2.1 Les atouts et la faisabilité d'un groupement de coopération à partir de la direction commune hôpital de Brie-Comte-Robert/EPGT au regard d'exemples réussis**

Outil de coopération aujourd'hui éprouvé, la direction commune, malgré des insuffisances, est un bon support pour initier une mutualisation. Dans le cas du CH de Brie-Comte-Robert et de l'EPGT, elle a permis de créer des synergies.

Ainsi l'objectif étant de mettre en commun une pharmacie à usage intérieur (PUI) et un service de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) avec d'autres établissements du territoire, il est décrit ici les avantages (atouts et faisabilité) que le groupement de coopération sanitaire (GCS) ou médico-social (GCSMS) dans le cas d'espèce. Des exemples plutôt réussis viennent appuyer cette option.

#### **2.1.1 La direction commune, bon support pour initier un début de mutualisation mais insuffisant à son déploiement**

Le chapitre VII du décret du décret du 26 décembre 2007<sup>52</sup> portant statut particulier du corps de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social lui donne la

---

<sup>52</sup> Décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social de la fonction publique hospitalière

possibilité d'exercer ses fonctions dans le cadre d'une direction commune établie entre plusieurs établissements. Formule de coopération appliquée à la gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, elle est de plus en plus courante du fait d'une baisse drastique de la population des directeurs liée à la profonde mutation induite par les réformes sanitaires successives.

Pour autant, non définie par un texte juridique propre, la direction commune repose sur une relation conventionnelle entre les établissements qui la mettent en œuvre. Néanmoins le centre national de gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, qui en nomme les responsables, s'appuie sur un certain nombre de textes notamment statutaires pour accompagner et faciliter la mise en place de ces directions.

Ainsi en sus du décret du décret du 26 décembre 2007, l'article 4 du décret 2005-920<sup>53</sup> modifié dispose que « *Sur délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance de plusieurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, ceux-ci peuvent être gérés, dans le cadre d'une convention établie à cet effet, par une direction commune.*

*Il peut, en outre, être créé dans les mêmes conditions une équipe de direction, pour partie ou dans son intégralité, commune aux établissements concernés.*

*La convention de direction commune peut être dénoncée par délibération du conseil d'administration ou de surveillance de l'un des établissements composant cette direction commune.*

*Conformément aux dispositions de l'article L. 313-24-2 du code de l'action sociale et des familles, le préfet ou le directeur général de l'agence régionale de la santé peut demander à deux ou plusieurs établissements autonomes relevant de sa compétence exclusive ou conjointe mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée de conclure une convention de direction commune ». Cet article qui définit la procédure de création des directions communes, donne un rôle prépondérant en la matière à certaines des autorités de tarification qui par ce biais peuvent « fortement » inciter à la mise en place d'une direction commune.*

---

<sup>53</sup> Décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Par ailleurs, l'article 29 du décret 2005-921<sup>54</sup> modifié affirme que « *Dans le cas où plusieurs établissements sont gérés par une direction commune, la nomination du directeur intervient soit parmi les personnels de direction de ces établissements, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion pris sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, qui aura préalablement recueilli les avis des présidents du conseil d'administration ou du conseil de surveillance, sans publication préalable de la vacance de l'emploi de directeur, soit, dans le cas contraire, selon les dispositions des articles 15 à 19.*

*Les directeurs adjoints, membres de la direction commune, sont nommés dans cette équipe par arrêté du directeur général du Centre national de gestion sans publication préalable de vacance d'emploi, et sur proposition du directeur concerné.*

*Dans le cas où il est institué une direction commune entre, d'une part, des établissements publics de santé figurant sur la liste prévue à l'article 1er du décret du 26 décembre 2007 déjà mentionné et, d'autre part, des établissements mentionnés aux 2° à 6° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, l'emploi de directeur est pourvu par un membre du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans les conditions de nomination définies au premier alinéa du présent article. Les directeurs adjoints d'un établissement mentionnés aux 2° à 6° de l'article 2 de la même loi peuvent être nommés membres de la direction commune, dans les conditions définies au deuxième alinéa du présent article ».* ce texte pose donc les conditions de nomination des personnels de direction devant assurer la gestion de ces organisations. Leur prolongation s'effectue par simple avenant à la convention ou par la signature d'une nouvelle. Il faut préciser que c'est la nomination du directeur qui les rend effectives.

Cependant, si la convention constitutive peut être dénoncée par délibération du conseil d'administration ou de surveillance de l'un des établissements composant la direction commune, il sied de souligner qu'il s'agit d'un mode de coopération qui trouve son efficience dans la souplesse de sa mise en œuvre qui découle de son caractère contractuel. Il a aussi l'avantage de permettre d'élaborer une stratégie d'ensemble, favorisant les synergies inter-établissements. La décision de la mettre en place est le fruit du libre-choix de ces organes délibérants.

Entre le CH de Brie-Comte-Robert et l'EPGT, ce mode de coopération est maintenant effectif depuis plusieurs années. Il est porté par une convention de direction commune depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Pour Philippe Paret, son directeur, elle est le « *cadre d'une*

---

<sup>54</sup> Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

*communauté d'avenir et de destin au service de la population du territoire [...] elle permet de structurer les parcours des personnes âgées sur le territoire et de donner du sens à la gouvernance notamment au travers d'une démarche qualité forte [...]».* En effet, tout en permettant à chaque établissement de garder son autonomie financière, sa personnalité juridique, mais également sa spécificité culturelle et professionnelle, cette direction commune leur a permis de porter de nombreux projets en communs. Parmi ceux-ci, je citerais :

- la mise en commun de la fonction lingerie, le CH mettant sa blanchisserie à disposition de l'EPGT avec un système de compensation des coûts ;
- l'autre exemple, plus institutionnel, a conduit à l'obtention par les deux établissements du « Label diversité » délivré pour quatre ans par l'Association française de normalisation (Afnor). C'est un label public créé en 2008<sup>55</sup>, accordé pour quatre ans, qui vise à prévenir les discriminations et à promouvoir la diversité dans les secteurs public et privé. Cette certification concerne toute l'activité de ressources humaines, du recrutement au développement de carrière et couvre 19 "points de discrimination", dont l'origine, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, le handicap, la religion, la grossesse ou encore l'activité syndicale.

Aussi l'analyse de ces deux établissements (organisation, activité,...) montre qu'ils se positionnent en acteurs majeurs de la filière gériatrique du territoire.

Avec un effectif de 252 agents, le CH de Brie-Comte-Robert est un ex-hôpital de 260 lits dont 63 répartis entre la médecine et les SSR et 197 pour l'hébergement (permanent, temporaire et renforcé). Il a également la responsabilité de 70 places de SSIAD. Le pôle sanitaire a produit 16 117 séjours pour un taux d'occupation (TO) moyen de 77,85% ; tandis que le pôle médico-social a eu une activité de 59 071 journées pour un TO de 87,48%.

L'EPGT, structure de proximité, dispose d'activités médico-sociales diversifiées. Après le transfert des lits de SSR et de soins longue durée au CH de Melun à la fin des années 2000, il a été transformé en EHPAD. Accueillant 102 agents, il dispose de 142 lits d'hébergement permanent, d'une unité d'hébergement temporaire Alzheimer de 5 lits, d'un centre d'accueil de jour Alzheimer de 12 places et d'une plateforme d'Accompagnement et de répit. En 2012, il a réalisé un peu plus de 49 000 journées. Enfin, un CLIC lui est rattaché et un PASA est en projet.

---

<sup>55</sup> Décret n°2008-1344 du 17 décembre 2008 relatif à la création d'un label en matière de promotion de la diversité et de prévention des discriminations dans le cadre de la gestion des ressources humaines et à la mise en place d'une commission de labellisation

## 2.1.2 Les GCS et GCSMS présentent à-priori des avantages comparatifs sur les autres modes de coopération

Dans la palette d'outils à disposition du directeur des établissements de Brie-Comte-Robert et de Tournan-en-Brie, nous allons tenter d'analyser les avantages comparatifs qu'induit le choix des groupements de coopération pour optimiser la prise en charge des usagers. Ainsi, comme vu précédemment, après la loi du 2 janvier 2002 et celle du 21 juillet 2009, les groupements de coopération prennent une place particulière dans le paysage des coopérations malgré les potentialités encore offertes notamment par les GIP. Les assouplissements de ce dernier en font « *un concurrent redoutable des GCS et GCSMS qui paraissent archaïques chaque fois que l'objet de la coopération sera limité aux fonctions dites de support (blanchisserie, restauration, informatique, ...)* »<sup>56</sup>. Toutefois, selon Jean-Jacques Tregoat, directeur général de l'action sociale, « *la globalité, la continuité et l'individualisation des réponses constituent un enjeu majeur pour lequel le groupement de coopération est un outil pertinent, car il peut réaliser des prises en charge en filières et/ou rassemblant des publics, des savoir-faire, des disciplines, des stratégies, différents et complémentaires* ».

En effet ouverts à l'ensemble des établissements qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, publics ou privés, le GCS peut également intégrer tout professionnel de santé ou toute organisation de soins sur autorisation du DGARS. Les dispositions de l'article L. 6133-1 du CSP le destinent à être le support de l'évolution de l'activité de ces membres au travers de projets ou d'équipements communs, de mises en commun de ressources,... Son atout premier est de pouvoir assurer une mission de soins par le biais d'autorisations concomitamment au fait que peu d'outil permettent une coopération entre structures publiques et privées. Il a par exemple l'avantage sur la convention de pouvoir bénéficier d'un financement et d'un personnel propres tout en apportant une sécurité juridique notamment au travers d'une dissolution encadrée par l'ARS. Comparativement aux autres formules de coopération du type organique donc créant une nouvelle personne juridique, la plupart ne peuvent être érigés en établissement de santé. Le SIH y faisait exception mais uniquement pour les établissements publics alors que les autres formules (GIE, GIP) ne peuvent exercer des missions de soins et ont une personnalité juridique prédéterminée, en l'occurrence privée. Par ailleurs alors que pour les autres formes de mutualisations le recrutement du personnel est soit conditionné soit impossible, le GCS peut bénéficier d'agents mis à disposition par ses membres ou détachés voire les recruter

---

<sup>56</sup> Dominique LAROSE, op. cit., p.24

directement. Outil de coopération de référence de plus en plus répandu, il souffre toutefois du manque d'autonomie financière lorsqu'il est de moyens.

Parallèlement, le GCSMS possède un potentiel presque aussi large. Très abouti juridiquement, il concerne autant les mises en commun de moyens, de services ou d'équipements que les regroupements ou encore la substitution à un ou plusieurs de ses membres pour exercer ses missions ou prestations. Les délibérations sur la base de sa convention constitutive permettent sa création après approbation du préfet de département. A l'instar du GCS, soit il est employeur direct, soit il bénéficie de la mise à disposition ou du détachement des personnels de ses membres. S'il exerce des missions en propre, elles lui seront directement tarifées selon la réglementation par les autorités compétentes. Le GCSMS peut par ailleurs « *assurer directement une prise en charge, dans les mêmes conditions qu'un établissement social et médico-social* »<sup>57</sup> mais sans pouvoir en avoir la qualité : il doit pour cela être porteur d'autorisations relatives missions et prestations sociales et médico-sociales. Sa gouvernance est simple, elle est construite autour d'une assemblée générale et d'un administrateur.

Ces deux formules ont l'avantage de « *consolider les bases juridiques de la coopération [...] au travers d'une solide assise* » entretenant ainsi « *des liens de confiance et de proximité entre acteurs* »<sup>58</sup>. Les entretiens conduits dans le cadre de ce mémoire, ont permis de toucher du doigt le potentiel de ces outils dans la résolution de problématiques spécifiques.

L'une d'elle concerne la mise en place d'un MJPM mutualisé entre neuf Ehpad<sup>59</sup> en Gironde comptants 1095 lits et accueillant en 2012 un total de 305 personnes sous mesure de protection (toutes modalités confondues : famille, association, privé, MJPM). Au cours des entretiens avec l'administrateur suppléant et l'un des deux mandataires désignés, il m'a été précisé que « *parmi les possibilités de coopération, le choix qui a été fait par nos établissements a été dicté par un souci d'efficience. Il fallait qu'à moyens constants, les partenaires puissent se mettre en conformité avec les dispositions de la loi du 5 mars 2007*<sup>60</sup> ». En effet, selon l'article L. 472-5 du CASF « *Lorsqu'ils sont publics, les établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 qui hébergent des personnes adultes handicapées ou des personnes âgées et dont la capacité d'accueil est supérieure à un seuil fixé par décret sont tenus de désigner un ou plusieurs agents*

<sup>57</sup> Bruno GALLET, *op. cit.*, p.126

<sup>58</sup> Anne-Laure DEFFRENNES, *op. cit.*, 37

<sup>59</sup> Etablissements situés à Cestas, Le Bouscat, Pessac, Talence, Ambès, Bègles, St André de Cubzac, Castelnaude-Médoc, Soulac et Vertheuil

<sup>60</sup> Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

*comme mandataires judiciaires à la protection des majeurs pour exercer les mesures ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire.*

*Ils peuvent toutefois confier l'exercice de ces mesures à un service mentionné au 14° du I de l'article L. 312-1, géré par eux-mêmes ou par un syndicat interhospitalier, un groupement d'intérêt public, un groupement de coopération sanitaire ou un groupement de coopération sociale ou médico-sociale dont ils sont membres. « Ils peuvent également recourir, par voie de convention, aux prestations d'un autre établissement disposant d'un service mentionné au 14° du I de l'article L. 312-1 ou d'un ou de plusieurs agents mentionnés au premier alinéa du présent article et déclarés auprès du représentant de l'Etat ». Tous les établissements ayant une capacité d'accueil en hébergement permanent de plus de 80 lits, accueillant des majeurs protégés, doivent donc se mettre en conformité avec ce texte.*

Les Ehpad girondins ont fait le choix d'un GCSMS public dénommé « groupement des établissements médico-sociaux publics girondins » qui gère un service mandataire judiciaire inter-établissements, réparti en 3 pôles : Bordeaux, CUB Rive droite et Médoc, et dont le siège se situe sur le site de l'Ehpad du Bouscat. Cette formule a été « préférée à une convention du fait de son cadre juridique sécurisé et sécurisant »<sup>61</sup>. Le service est donc composé de 1,5 équivalents temps-pleins (ETP) de mandataire judiciaire ayant l'agrément préfectoral requis, ce qui permet d'assurer une continuité et une couverture géographique du service. Ils sont aidés par un ETP pour les tâches de secrétariat. Le budget de près de 103 000€ est couvert par la quote-part versée par chaque établissement au prorata du nombre de lits.

Pour les besoins liés à l'exécution des mesures judiciaires comme pour les interrogations juridiques venant des usagers, « il est fait recours à trois cabinets juridiques sous convention ». Du point de vue de la qualité de prise en charge, le service s'inscrit essentiellement dans le cadre des recommandations de l'Agence Nationale d'Evaluation et de Qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) notamment les recommandations « participation de majeurs à la gestion des mesures » et « qualité de vie en Ehpad ». Aussi une attention particulière est portée à « l'interface avec les juges, le service assurant le transport des personnes convoquées en audience ». Certes quelques difficultés existent mais surmontables. Tel que le questionnement des usagers sur le statut du service (non autonome et rattaché au groupement ; confusion avec une association ; impossibilité pour les directeurs de suppléer les MJPM ;...) ou sa localisation

---

<sup>61</sup> Source : entretien avec Stéphane PICHON et Marie-Hélène BIELLE, respectivement administrateur suppléant et MJPM du GCSMS « groupement des établissements médico-sociaux publics girondins »

(confusion avec l'Ehpad siège). Ou encore le fait d'être « *qualifié par la loi d'établissement, ce qui impose la mise en œuvre des outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002* ».

Malgré ces obstacles, le fonctionnement du groupement est globalement positif voire efficient. La mutualisation a permis de répartir plutôt équitablement entre les 9 partenaires, l'ensemble des coûts qui auraient sans doute été prohibitifs pour un seul établissement, au regard de leur taille et de leurs ressources. De plus qualitativement, il s'agit d'un service de proximité amélioré, à disposition de l'usager pris en charge ou de sa famille (réponse apportées aux questions juridiques, ...).

Ainsi la direction commune entre le CH de Brie-Comte-Robert et l'EPGT, confrontée à ce type de problématiques, se trouve dans l'obligation de « trancher » entre les différentes options de mutualisations.

## **2.2 Les difficultés rencontrées par le projet de mutualisations entre le CH de Brie-Comte-Robert et l'EPGT questionnent sur des solutions alternatives aux groupements de coopération**

Malgré des perspectives encourageantes, le choix initial du GCS par le directeur initiateur du projet pour porter les mutualisations au sein de la direction commune mais aussi avec d'autres établissements du territoire se heurte à certaines difficultés pour faire aboutir le projet.

Les éléments qui découlent de l'analyse et la réalité du terrain montrent que le GCS n'apparaît pas comme l'outil le plus pertinent pour au moins l'un des objets visés au regard des caractéristiques actuelles de la plupart des potentiels partenaires.

### **2.2.1 Le choix premier du GCS pour porter les mutualisations au sein de la direction commune mais aussi avec les établissements du territoire**

Dès sa prise de fonctions en 2012, Philippe Paret a souhaité s'appuyer sur différents axes pour structurer les parcours de soins des personnes âgées accueillis par ses deux établissements. Parmi ceux-ci, « *le développement de coopérations entre le CH de Brie et l'EPGT mais surtout au-delà, avec d'autres structures médico-sociales voire sanitaires, sociales ou associatives de Seine-et-Marne [...] apparaît primordial au positionnement*

*stratégique des deux établissements sur le territoire »*<sup>62</sup>. Or très vite se sont posées deux problématiques pour lesquelles la mise en œuvre de mutualisations a paru assez vite être une évidence. La première concernait la sécurisation du circuit du médicament depuis la prescription médicale, jusqu'à l'administration au patient au travers d'une PUI unique, en prenant en compte le fait que les deux établissements sont sous options tarifaires distinctes concernant leurs lits d'Ehpad. La seconde découlait du rappel, par courrier du préfet de Seine-et-Marne, de l'obligation légale pour tout établissement de plus de 80 lits de disposer d'un MJPM.

Il faut tout de même rappeler qu'en 2011, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales préconisait le développement et la mutualisation des PUI au sein des Ehpad. La même année, la FHF recensait les coopérations et projets de coopération associant des établissements sociaux et médico-sociaux sur toute la France. Sur un total de 838, 16 avaient une PUI parmi ses activités dont un GCSMS et 10 GCS. Pour la gestion des tutelles 11 coopérations étaient mises en place quasi-exclusivement sous la forme de convention ou de GCSMS sauf pour un cas où il s'agit d'un SIH avec pour première activité une blanchisserie : aucun GCS ne portait de service de tutelles à cette date. Par ailleurs, les diverses observations ont conduit à déterminer une durée moyenne de mise en œuvre d'un groupement de coopérations entre trois et cinq ans.

Au regard de ce qui précède, le premier objectif de mutualisation étant la PUI, l'option du GCS semble la plus opportune. Le MJPM viendrait alors comme second objet du groupement, accroissant de fait les synergies entre les partenaires potentiels. Le projet initial va donc concerner nos établissements en direction commune et ceux des alentours pour s'articuler comme suit :

- Pour des raisons d'économies d'échelle, il faudrait inclure la dizaine d'Ehpad du territoire qui ne possède pas encore de PUI. Cela permettra d'atteindre une « taille critique » de 1391 lits qui serviront de base de répartition, la clé en étant le pourcentage par établissement.
- Sur la base de l'existant à Brie-Comte-Robert, il faut aboutir à une harmonisation du fonctionnement (informatique, chariots, piluliers, livret thérapeutique,..). Une convergence des systèmes d'information est indispensable pour une prescription sécurisée générant un « enchaînement vertueux » ; le livret thérapeutique récemment élaboré et mis en œuvre au CH peut être généralisé,...
- Du point de vue institutionnel et organisationnel, la création du GCS devait induire un transfert de l'autorisation de soins pour l'activité de PUI doit être transférée vers

---

<sup>62</sup> Source : entretien avec Philippe PARET, Directeur de la direction commune du centre hospitalier de Brie-Comte-Robert et de l'EPGT

le GCS qui l'exercerait pour ses membres. La convention constitutive devra être approuvée en assemblée générale et les coûts et charges induits seront solidairement supportés par les établissements

- Il faut prévoir des recrutements (ETP de pharmacien, préparateur, infirmières, secrétaire, chauffeur), l'achat de mobilier, de véhicules de livraison et d'un logiciel de gestion. Le site d'implantation (notion géographique mais aussi notion juridique qui traduit le rattachement à l'entité porteuse de l'autorisation) doit pouvoir faciliter la concentration des moyens humains et techniques en un seul lieu, ayant des relais implantés sur les sites des membres du groupement qui bénéficient des prestations car « *Une pharmacie à usage intérieur peut disposer de locaux implantés sur plusieurs emplacements distincts situés dans un ou plusieurs sites géographiques* » selon l'article R. 5126-2 du CSP. L'approvisionnement des différents établissements doit être quotidien et l'organisation en place doit être en mesure d'assurer la délivrance en urgence.

Ainsi, les effets positifs attendus sont nombreux : un EPRD à l'équilibre ; une prescription centralisée ; des infirmières qui se recentrent sur leurs missions de contrôle (livraison, administration,...) ; des frais fixes répartis au nombre de lits, des frais variables répartis selon les consommations réelles ; l'optimisation des circuits logistique d'approvisionnement et de délivrance, la réduction des charges d'investissement et d'exploitation de l'informatisation du circuit du médicament ; une expertise pharmaceutique partagée ; une équipe coordonnée et complémentaire entre pharmacie/personnel soignant et pharmaciens/prescripteurs. Aussi il est admis que la maîtrise du circuit du médicament tout comme la rationalisation des procédures d'approvisionnement est génératrice d'économies bénéfiques aux budgets des établissements.

Dans certains cas, comme pour le GCS PUI de Franche-Comté, les économies réalisées sont allées jusqu'à 20% des dépenses pharmaceutiques pour les Ehpad, le CH porteur assumant lui un surcoût de près de 15%. Un des Ehpad participant au groupement, d'une capacité de 115 lits, a ainsi vu ses dépenses de pharmacie se réduire de près de 52 000 €. Mais en plus d'un gain stratégique en tant qu'acteur central du territoire et de la baisse des coûts fixes, la mise en place du GCS laisse aussi entrevoir d'autres opportunités de mutualisations.

C'est donc presque naturellement que P. Paret a souhaité se tourner vers la formule du GCS. Dénommé « PEPS » pour promotion de l'efficience dans les parcours de soins, la

mise œuvre d'une PUI commune devrait structurer le circuit du médicament du futur groupement. Elle limiterait les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse, assurerait la délivrance du bon produit au bon patient au moment le plus opportun et la maîtrise de la consommation du médicament « autant que faire ce peut ». Pour le CH, dont l'Ehpad est sous tarif global, il s'agira d'améliorer le service, de partager ses compétences et ses modes opératoires pour une prise en charge globale de qualité et sécurisée. Les mêmes objectifs sont aussi assignés à L'EPGT avec à contrario une organisation plus complexe à mettre en place. L'un des espoirs pour le groupement relève d'un des articles de la convention tripartite de l'EPGT qui prévoit une révision de l'option tarifaire pour un passage éventuel au tarif global en 2015 en cas d'obtention d'un avis favorable au projet de mutualisation de PUI.

## 2.2.2 Les difficultés rencontrées par la direction commune entre les deux établissements pour faire aboutir le projet de coopération

Cependant, les établissements Seine-et-marnais ont été confrontés à plusieurs obstacles réduisant fortement la probabilité de parvenir à faire aboutir l'ambitieux projet de GCS tel que voulu au départ :

- La première difficulté qui se pose est d'ordre financière : sur la totalité des Ehpad<sup>63</sup> sollicités pour intégrer le GCS PEPS, seul celui qui est rattaché au CH bénéficie de l'option tarifaire globale avec PUI. L'EPGT et les 9 autres établissements sont sous tarif partiel sans PUI. Intégrer le GCS pour l'activité PUI engendre donc pour eux un surcoût très important puisque les dépenses du groupement sont financées par une contribution de chaque membre au prorata du nombre de lits. Or cette option tarifaire exclut les médicaments de la dotation soins. Ils sont acquis directement auprès des officines de ville puis sont remboursés par l'assurance maladie. En conséquence, l'accès au tarif global étant actuellement (bien que temporairement) suspendu, le passage en tarif partiel avec PUI ne suffirait pas à couvrir l'engagement dans le GCS pour les établissements concernés. Pourtant « *les projections effectuées permettent d'espérer un gain progressif pour les Ehpad qui y adhèreraient mais pas avant un ou deux ans* » selon P. Paret, le chef d'établissement. En effet, le rapport Lancry sur la réintégration des médicaments dans le forfait soins, le coût de revient moyen est

---

<sup>63</sup> Hormis le CH de Brie-Comte-Robert, l'essentiel des établissements est situé au nord et au centre de la Seine-et-Marne (La Ferté-Gaucher, Jouarre, Nangis, Noisiel, Les ormes-sur-Voulzies, Rebais, Rozay-en-Brie, Tournan-en-Brie). Deux établissements se situent dans la partie sud du territoire (Bray-sur-Seine et Château-Landon).

de 4,47 € par jour et par résident alors qu'il est de 3,90 € en moyenne pour une PUI portée par un GCS. Mais pour cela les régimes tarifaires doivent être les plus homogènes possibles. C'est donc la première année, synonyme de fragilité financière et d'incertitudes engendrées par cette mise en commun de moyens qui pose problème aux potentiels partenaires.

- Un autre frein à la création du GCS relève de son l'organisation. Tout d'abord il faut pouvoir mobiliser les différents acteurs. En effet, les contraintes toujours plus pesantes dans la gestion du quotidien surtout pour les petits établissements, ne les incitent pas toujours à s'engager dans des démarches innovantes. D'autant que dans le cas de la création d'un groupement de coopération porté par un établissement plus important, la tendance à croire à une absorption future, voire à une perte de son identité est bien réelle donc a prendre en compte. Ayant été missionné sur ce dossier de création de GCS, j'ai pu me rendre compte de cette frilosité qui appelle donc une communication bien construite autour du projet axée sur les avantages comparatifs et les gains à venir (financiers, qualitatifs,...).
- Par ailleurs, l'article R. 5126-2 du CSP énonce qu' *« il ne peut être autorisé qu'une pharmacie à usage intérieur par site géographique d'implantation d'un établissement de santé, de chirurgie esthétique ou médico-social, d'un hôpital des armées ou des établissements membres d'un groupement de coopération sanitaire. On entend par site géographique tout lieu où sont installées des structures habilitées à assurer des soins et non traversé par une voie publique. Une pharmacie à usage intérieur peut disposer de locaux implantés sur plusieurs emplacements distincts situés dans un ou plusieurs sites géographiques »*. Cela pose donc la question des locaux adaptés à l'implantation de ces emplacements sachant que la robotisation actuelle exige de disposer d'espace adéquat, ce qui peut s'avérer bloquant.
- De même le rythme de dispensation hebdomadaire minimum (une fois par jour) des médicaments et dispositifs médicaux imposé par l'article R.5126-3 du CSP peut poser problème. C'est effectivement la condition pour qu'une PUI puisse desservir plusieurs sites. A Brie-Comte-Robert, futur lieu d'implantation, le praticien titulaire gérant la PUI a un temps de présence de 80%. Ainsi, l'obligation de présence sur chacun des sites fait partie des difficultés majeures soulevées par les autres établissements. Paradoxalement, l'impact de ces conditions au regard de la responsabilité professionnelle du pharmacien justifie le besoin de se regrouper pour disposer d'une équipe compétente et suffisante en nombre. C'est là, la continuité de l'activité et la sécurité qui sont mis en jeu si le recrutement

effectué ne parvient pas à couvrir le temps de présence minimal nécessaire sur chacun des sites concernés.

- Enfin, bien que le « retour sur investissement » à moyen terme de la mutualisation de la PUI soit plus que probable pour tous les établissements partenaires, le poids des coûts estimés, qui pèsera sur leurs budgets respectifs n'engage pas à s'y engager. D'autant que pour le second objet sur lequel il leur a été proposé simultanément de coopérer et qui concerne la mise en place du MJPM, il est à envisager comme dans l'exemple girondins, la constitution d'un service préposé avec toutes les contraintes que cela suppose (recrutement de personnel, achat de véhicule et d'un progiciel,...). Les charges ainsi générées notamment de personnel, n'étant couvertes que très partiellement par les recettes liées à cette activité, le problème de leur financement se pose avec acuité aux petites structures sollicitées. En effet, aucune dotation des autorités de tarification (ARS et Conseil général) n'est prévue pour accompagner cette mise en conformité des établissements avec la loi du 5 mars 2007. Cette activité ne peut donc être financée, a priori, que par une augmentation du tarif journalier dans chaque établissement, ce qui nécessite une autorisation spécifique du président du Conseil général, compétent en la matière.

De fait aucun des Ehpad du territoire sollicités pour constituer ce GCS n'a souhaité s'y engager, jugeant le projet trop ambitieux pour leurs établissements malgré les projections financières qui laissaient entrevoir un réel gain tant sur la qualité de la prise en charge (amélioration et sécurisation du parcours de soins,...) que sur le plan financier (réduction des coûts fixes de pharmacie).

### 2.2.3 Le GCS n'apparaît pas comme le plus pertinent pour l'un des objets visés au regard des caractéristiques actuelles de la plupart des établissements partenaires potentiels

La réflexion sur le mode de coopération approprié pour porter a donc progressivement évolué. Le projet a donc du être adapté en tenant compte de la réalité et des caractéristiques des acteurs du territoire. Il a donc fallu trouver une architecture qui respecte à la fois les besoins de chacun mais également leur volonté et leur capacité à s'engager dans des mutualisations qui allient équilibre, efficience et respect de l'identité de chacun.

Au regard de ce qui précède notamment de toutes les réticences exprimées par les Ehpad sollicités, l'option de deux formules distinctes de coopération a été retenue, chacune apportant son économie propre dans un souci d'efficacité. Le GCS a donc été choisi pour porter la PUI, au regard des qualités qu'il présente et des perspectives qu'il ouvre. Par contre la réticence des autres établissements à y adhérer pour la fonction de MJPM, a pu être dépassée en proposant une convention de coopération pour cette mutualisation.

a) L'option du GCS pour la PUI

Seule structure de coopération avec le GCSMS à pouvoir créer une PUI, l'article L. 6133-1-2 du CSP dispose qu'un GCS peut « réaliser ou gérer pour le compte de ses membres des pharmacies à usage intérieur ». Cet objet nécessite une organisation formalisée bâtie autour d'une personne morale nouvelle. Celle-ci doit être titulaire de l'autorisation indispensable à l'ouverture d'une PUI. Sa création obligera donc le CH de Brie à abandonner son autorisation pour que celle de la nouvelle entité s'y substitue (article R. 5126-2 du CSP). Ainsi, les partenaires sollicités ayant exprimé leur refus d'adhérer au projet, la direction commune entre le CH de Brie et l'EPGT a décidé de le réserver à ses deux établissements, laissant tout de même dans le projet de convention constitutive la porte ouverte à son élargissement en terme d'objet et de d'adhésion.

Son premier atout sera de d'optimiser la fonction achat mutualisée au sein du groupement. Elle conduira à une économie d'échelle importante et donnera une force de négociation sur les prix plus importante.

Il renforcera également la sécurité des soins, essentiellement à l'EPGT qui bénéficiera des outils et de l'expérience engrangée par les professionnels du CH. En effet un travail de réorganisation y a déjà été effectué ayant débouché sur une informatisation et une robotisation de sa pharmacie. Cette évolution a aussi conduit à l'élaboration d'un livret thérapeutique qui pourra servir de base à celui qui devra être rédigé pour le GCS.

Par ailleurs comme le préconise le rapport IGAS de 2011 intitulé « Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Evaluation de l'option tarifaire dite globale », Philippe Paret c'est « *fixé comme objectif le passage de l'EPGT au tarif global dès que possible* ». Si le décret n°2014-652 du 20 juin 2014 relatif aux tarifs global et partiel applicables aux EHPAD rend obligatoire l'accord du DGARS, sa convention tripartite avait déjà prévu de faciliter cette évolution en 2015 « *en cas d'obtention d'un avis favorable au projet de coopération sanitaire créant une PUI* ». La faveur accordée au groupement sanitaire plutôt qu'au groupement médico-social pouvant aussi porter une PUI, tient à la fois à cette objectif mais aussi à la présence d'un CH dans le

groupement, afin qu'aucune opportunité future à caractère sanitaire ne soit fermées au groupement.

b) L'option de la convention pour le MJPM

Malgré les réticences à l'égard du GCS, la plupart des Ehpad sollicités par la direction commune de Brie et Tournan ont accepté le principe de la mutualisation d'un MJPM. Il est donc apparu que la réponse à l'obligation réglementaire d'en disposer dans tout établissement ayant une capacité d'accueil de plus de 80 lits, devait être le plus souple et le plus simple possible pour que le projet puisse voir le jour. De ce point de vue, la convention est donc apparu l'option la plus pertinente au regard des avantages comparatifs sur les autres modes de coopération. Réunissant potentiellement 10 établissements dont 9 Ehpad, pour 1391 lits, le projet s'oriente vers la création d'un service préposé plutôt qu'une personne physique préposé, afin de pouvoir assurer un fonctionnement plus sécurisé. Personne morale non autonome, distincte des partenaires à la convention, ce service sera rattaché à l'établissement-siège porteur du projet, en l'occurrence le CH de Brie. Il nécessitera donc la création d'un budget annexe à celui du CH et le dépôt d'une demande d'autorisation.

Ainsi, la simulation du projet propose une mise en commun des charges d'exploitation qui seraient financées par des contributions de chaque établissement au budget. La clé de répartition serait alors le pourcentage de nombre de lits. Cette simulation laisse entrevoir un coût de revient par lit et par jour de 0,24 € impactant le tarif hébergement donc soumis à l'accord du Conseil général. En cas de refus de ce dernier, le promoteur du projet souhaite « *étudier l'éventualité de la création d'un service MJPM rattaché au CH de Brie dans le cadre d'une convention de mise à disposition aux Ehpad du territoire. Les prestations effectuées pour les établissements partenaires leurs seraient alors facturés* ».

### **3 Un certain nombre d'éléments permettent la mise en œuvre de différentes formes de coopération rendant effective l'efficienne recherchée dans la prise en charge des usagers**

Ce qui précède permet de faire le constat que le choix de l'option des groupements de coopération, malgré les possibilités qu'ils offrent, ne suffit pas à garantir le succès d'un projet de mutualisation.

La complexité de leur mise en œuvre, au regard des différentes dimensions impactées, nécessite de bien cerner le besoin et le positionnement de la structure au moment du choix de l'outil juridique mais également de la méthodologie (3.1) afin de « réduire la marge d'erreur ». Par ailleurs, la réussite de projets de cette envergure ne saurait se concevoir sans une réelle synergie entre les partenaires et au-delà sans un management efficace du Directeur promoteur de projet (3.2).

#### **3.1 L'analyse du besoin et de l'environnement est primordiale dans le choix du type de coopération**

Il s'agit maintenant de déterminer quels sont les éléments nécessaires à réalisation du projet de coopération. En effet parmi le panel d'outils à disposition des partenaires, nous constaterons que le choix du type de coopération dépend préalablement de l'objet de la mutualisation porté par l'initiateur.

Et au-delà de l'orientation prise, une volonté affirmée des divers acteurs est déterminante pour permettre un aboutissement du projet sachant que les établissements porteurs, ici le CH de Brie-Comte-Robert et l'EPGT, ont un rôle primordial à jouer. Dans ce cas précis, la solution envisagée est d'une coopération multiforme faisant appel à la fois au GCS pour la PUI et à la convention de coopération pour le MJPM semble la plus adaptée. Elle est donc à préconiser.

##### **3.1.1 Le choix du type de coopération et sa réussite dépendent notamment de l'objet de la mutualisation mais également de la volonté des différents partenaires**

Le choix d'une multi-coopération pour atteindre l'objectif de la direction commune de l'hôpital de Brie et de l'EPGT s'est finalement arrêté sur deux des outils les plus « en vogue » : la

convention et le GCS. En fait, si le GCS est une « nouvelle aventure » pour ces deux établissements, la convention fait partie de leur culture comme de celle de la quasi-totalité des établissements publics des secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux.

Aujourd'hui, c'est dans une quinzaine de conventions que le CH de Brie est engagé. Il coopère ainsi sur de nombreux sujets avec de nombreux partenaires qu'ils soient publics ou privés. On le retrouve ainsi dans divers types de mutualisations : filière de soins gériatrique, imagerie médicale, réseau oncoval, hospitalisation à domicile,... C'est ainsi à la fois l'aval et l'amont des patients/résidents de cet établissement donc leur parcours de vie qui bénéficient d'une coordination positive pour leur prise en charge.

L'EPGT participe pour sa part à trois conventions de coopération sur le territoire, hormis celles passées avec des officines pour la fourniture en médicaments des personnes qu'il héberge. Encore peu engagé dans des mutualisations, il doit profiter du renouvellement actuel de son projet d'établissement (2015-2019) pour en faire un axe fort de son futur positionnement stratégique. En effet ces liens participent à affirmer l'identité d'une structure sur son territoire en mettant en avant ses capacités d'adaptation à la demande de soins et de prise en charge. Muriel Jamot fait d'ailleurs remarquer que « *Le secteur médico-social se caractérise par un émiettement des structures. Appartenir à un réseau ou être membre d'un groupement est un moyen d'être identifié comme un acteur incontournable [...] Par ailleurs le partage d'expériences n'est pas à négliger, les soignants comme les équipes médico-sociales ont une expertise à mettre en commun* ». Ainsi, nous constatons avec tout ce qui précède que le choix de l'outil et au delà la réussite du projet de coopération, dépend de ce qu'on veut en faire. Le PRS, les schémas, les appels à projet,... constituent des éléments permettant de sentir le besoin et donc d'adapter la réponse au travers du choix d'outils le plus pertinent possible. En conséquence, les GCS prédominent dans le domaine de la gestion logistique, pour les PUI et plus largement pour des mutualisations qui demandent des investissements importants. De leur côté, en sus de pouvoir faire l'objet d'une mise en œuvre rapide, les conventions n'impliquent pas la création d'une nouvelle personne morale. Elles sont donc plus appropriées dans le cadre de partenariats ne visant pas une restructuration profonde de l'offre.

Toutefois, nonobstant les nombreux cas de réussite de projet de GCS leur nombre reste relativement faible au regard des potentialités offertes par la loi HPST. En 2011, on en dénombrait « environ 360 »<sup>64</sup> alors que près de « 50 000 conventions interétablissements » sont actuellement en vigueur. Aussi, les difficultés rencontrées par celui porté par la direction commune de Brie et Tournan, illustrent assez bien l'articulation entre l'objet et le support

---

<sup>64</sup> Bruno GALLET, op. cit. , p. 137

mais également l'obligation de suscité de l'intérêt voire de l'engouement en « donnant du sens ». Ce sens créera la dynamique et l'adhésion indispensable à la réussite du projet car de tels projets ne peuvent aboutir sans une commune volonté de « s'associer ».

### 3.1.2 La nécessité d'une méthodologie adaptée pour sécuriser la mise en œuvre du projet

Pour toute entreprise de coopération la méthodologie est déterminante pour pouvoir atteindre les objectifs. Elle doit être la plus adaptée possible afin de conduire à une organisation claire et porteuse d'efficacité. Les étapes qui la constituent sont donc cruciales pour le succès attendu. La complexité des montages à effectuer appelle à une gestion de projet mobilisant de multiples compétences.

Tout découle de l'analyse préalable qui sera faite : des besoins, des risques, des éléments de forces, des contraintes. C'est donc ici un travail de « reconnaissance » du positionnement des établissements partenaires sur leur territoire avec ce qui constitue leurs forces et leurs faiblesses dans l'optique de la coopération envisagée. Les premiers échanges doivent ainsi permettre un partage d'information propice à la confiance mutuelle.

Cette démarche d'échange et de communication doit se poursuivre en interne, dans chaque établissement partenaire afin de créer une dynamique de changement. Les cadres de l'institution doivent ainsi être impliqués dans des groupes de travail spécifiques à chaque établissement puis commun aux différents membres lorsque l'adhésion au projet est acquise. De ce point de vue, les instances doivent également servir cet objectif notamment vis-à-vis des représentants du personnel qui doivent être inclus dans la démarche.

Surtout il est important d'avoir une construction rationnelle quant aux ressources nécessaires au projet. Le dispositif de conduite du projet a forcément un coût correspondant au temps consacré aux réunions de pilotage par tous les collaborateurs qui y prennent part. L'équilibre à trouver répond donc à la question de savoir si le temps que les participants consacrent au projet n'obère pas leur missions principales tout en favorisant l'efficacité dans l'avancée du projet.

Enfin, il est essentiel d'associer à chaque étapes du projet les acteurs non directement concernés par l'objet de la mutualisation mais partie prenante à la décision finale. Ainsi les élus dans le cadre de l'assemblée délibérante (conseil d'administration ou de surveillance) ou de manière plus informelle doivent être tenu informés de son évolution

car l'acteur politique dispose d'une capacité de nuisance qu'il est souhaitable d'avoir « avec soi, plutôt que contre soi ».

Dans le cas d'espèce du GCS, cette méthodologie se déclinera d'abord par un bilan de la PUI de Brie relatif aux personnels, aux locaux, aux équipements et au système d'information. Ce dernier est, in concreto, le premier élément de difficulté à traiter pour pouvoir mettre en lien les différents membres. Un système d'information spécifique au GCS étant indispensable, il doit être capable de communiquer avec ceux des adhérents au groupement, alors que ces entités ne disposent pas des mêmes bases de données. Le premier objectif est donc de mettre en place à l'EPGT une informatisation orientée vers la coopération future. Elle doit être calibrée pour créer une convergence des deux systèmes (logiciels si possible identique, base de données commune,...)

Il est indispensable de définir la répartition des activités, d'arrêter les modalités de travail entre les établissements et celles concernant la gérance et la permanence pharmaceutique. Il est nécessaire d'évaluer le coût de mise en œuvre et de fonctionnement du groupement en les mettant en parallèle avec les gains potentiels à venir. Enfin, le planning de conduite de projet doit prendre en compte la mise en place d'une logistique administrative, financière et informatique supplémentaire et indépendante des entités constituant le GCS. Il s'agit là d'un point de vigilance particulier car source de surcoûts qui peuvent conduire à retarder la mise en fonctionnement du GCS.

Nous pouvons donc conclure que la rigueur méthodologique dans la préparation et la conduite du projet autant que l'aspect organisationnel est essentiel à son déploiement. Pour autant, elle ne garantit pas l'absence d'obstacles sur le long parcours de la mise en œuvre d'une coopération. Devant ces difficultés le recours à des intervenants extérieurs est recommandé. De par leur expertise juridique ou opérationnelle, ils sécurisent les processus qui conduisent à la mise en place des mutualisations.

Ils sont de nature diverses et leurs contributions sont de nature variables. Il ya tout d'abord les acteurs institutionnels tels que :

- L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux dont le cœur de métier est l'accompagnement de ces établissements dans leur démarche de modernisation et d'efficience
- La fédération hospitalière de France qui peut également jouer un rôle d'accompagnement et de conseil auprès des établissements
- Dans une moindre mesure, la Direction générale de l'offre de soins et les ARS

En ce qui concerne les organismes non institutionnels, on peut citer : le centre national d'expertise hospitalière (CNEH) ou les cabinets-conseils spécialisés (droit, systèmes

d'information,...) très utiles tant d'un point de vue juridique que de celui de la mise en œuvre opérationnelle.

Mais la réalisation effective d'une coopération réussie, passe aussi par le management que saura appliquer le directeur porteur du projet.

### **3.2 La réussite d'une mutualisation est un enjeu managérial qui nécessite une volonté de l'ensemble des acteurs, notamment celle du directeur porteur du projet dont le rôle est déterminant**

En définitive, réussir un projet de mutualisation n'est possible qu'au travers d'une dynamique de performance gardant pour objectif une prise en charge optimale de l'usager. C'est un enjeu managérial fort vers lequel doivent converger tous les acteurs de la mutualisation.

En ce sens, le Directeur porteur du projet a un rôle déterminant qui doit allier volontarisme et principe de réalité.

#### 3.2.1 L'enjeu managérial de la mutualisation : réussir à créer une dynamique de performance

Si les groupements se développent, il reste néanmoins des freins. Ils sont de différents ordres et ceux à dimension culturelle sont amplifiés par le fait que la culture des ARS et de l'ANAP est avant tout sanitaire. Par ailleurs, les résistances peuvent aussi être humaines : craintes d'un début de fusion, craintes de voir l'établissement se fondre dans une entité plus grande. *« des dirigeants ont aussi peur de dénaturer le projet fondateur. Alors que le réactualiser, en prenant en compte les évolutions du secteur, c'est aussi une manière d'y être fidèle »* selon David Causse à la FEHAP. Or comme le rappelait Richard Sennett *« Le turnover rapide et une gestion managériale individualisée et dépersonnalisée érodent les liens sociaux, donc la confiance. L'isolement relatif des salariés avec le travail en silo et une communication très verticale est l'ennemi naturel de la coopération... Aujourd'hui les institutions de service public de la santé, de l'aide sociale, de l'aide aux personnes âgées, normalement vouées à soutenir les gens et sans but lucratif fonctionnent sur le même modèle que les entreprises privées. Tout cela se traduit par l'émergence d'un moi non ou faiblement coopératif. Les gens se protègent en mettant entre eux et leur univers professionnel une forme de distance émotionnelle »*<sup>65</sup> pourtant

---

<sup>65</sup> Jérôme Vasseur, Eléonore Varini, interview de Richard Sennett, sociologue américain, 16 mai 2014, «La coopération vise à collaborer avec quelqu'un même si on ne le comprend pas» in *actualités sociales hebdomadaires*, N°2860, p.30

comme il le précise «*La capacité de coopérer avec les autres fait partie intégrante de l'être humain* ».

Entreprise collective par excellence, la coopération souffre donc des tendances individualiste de l'être humain. Toute la difficulté pour le manager qu'est le directeur est de pouvoir emmener tout le monde vers le même objectif. Tout d'abord sa propre équipe qu'il doit faire adhérer au projet avant de la conduire à sa réalisation. Puis les partenaires et enfin les autorités, qui lorsqu'il s'agit d'une initiative d'un chef d'établissement doivent être convaincu de la pertinence du projet pour le soutenir.

Au sein de sa structure, le directeur manager dispose d'une palette d'instruments lui permettant de conduire le changement. « *Le fait que les partenaires potentiels ne soient pas très éloignés les uns des autres favorise les coopérations [...] il est nécessaire d'associer les cadres des différents établissements à la définition des besoins communs, dès l'origine du projet* » selon Christophe Praquin, cadre socio-éducatif au foyer de vie de Tilloloy qui poursuit « *Pour favoriser la compréhension mutuelle, les professionnels se retrouvent toutes les semaines autour d'une table pour évoquer les situations individuelles. Cela peut être un moyen de faire émerger une pratique (culture) commune. Ils suivent également des sessions de formation sur ces pratiques à inventer* ».

Pour cela l'initiateur doit construire avec ses pairs une relation de confiance à double facette : confiance en lui, confiance dans le projet. Les directeurs partenaires doivent être convaincus qu'il ne s'agit pas d'une opération « hégémonique » tendant à les mettre sous « tutelle » pour l'activité mutualisée.

Ainsi, le premier outil à mobiliser est le **projet d'établissement (PE)** qui définit l'offre de prise en charge et fixe les orientations stratégiques de l'établissement. Il conditionne la pérennité de chaque partenaire mais projette l'établissement à partir de la politique de coopération qu'il préconise. Car les coopérations relèvent de la stratégie qui elle doit permettre à tout établissement de s'adapter au changement continu qui caractérise les sociétés modernes. C'est donc un outil de dialogue interne et externe, de mobilisation et de dynamisation des équipes au service duquel les mutualisations induisent un positionnement relationnel avec les autres acteurs. Le nouveau PE de l'EPGT est en cours de rédaction, celui du CH de Brie le sera dans quelques mois. C'est donc l'occasion de réaffirmer la coopération comme un axe fort de la politique de leur direction commune.

En second lieu, la **gestion des finances** de l'organisation est « *un levier essentiel du management de la mutualisation* » comme l'a relevé Philippe Calvez<sup>66</sup> dans son mémoire de fin de formation. Il précise qu' « *elle a pour but de dégager des marges de manœuvres supplémentaires qui serviront à améliorer la situation de ses membres [...] permet de solidifier la situation économique [...] la conduite d'une gestion financière pragmatique et ayant pour objet la maîtrise des dépenses allouées est un challenge de la coopération que le directeur se doit de gagner au profit du résident et du patient.* ». Cette analyse traduit bien l'impératif de construire son projet avec des prévisions réalistes au risque d'une démobilitation des équipes voire d'un abandon de celui-ci en cas de sous-financement. Aussi un budget prévisionnel respecté répondant aux besoins relatifs à la coopération contribue à créer une dynamique de performance susceptible d'imprégner tous les acteurs.

Autre levier managérial d'importance, la **gestion des ressources humaines** en particulier sous deux de ses volets : l'accompagnement et la formation. Le premier doit conduire au partage de compétence. Il a par exemple été demandé à la pharmacienne en poste au CH de Brie d'accompagner la mise en place du nouveau système d'information de l'EPGT qui est destiné à « converger » avec celui du CH. Il vise à sécuriser le circuit du médicament de l'Ehpad en attendant la finalisation du GCS. L'action du praticien devrait notamment permettre un pré-paramétrage orienté vers une prescription informatisée et la mise en commun future du livret thérapeutique.

Le volet formation s'inclut dans la mise en place plus large d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) qui peut se définir comme « *une gestion anticipative et préventive des ressources humaines en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement [...] à partir d'un état des lieux de l'existant, elle anticipe les écarts entre les futurs besoins en compétences et les ressources disponibles puis détermine et planifie des ajustements*<sup>67</sup> ». Il s'agit donc d'optimiser l'utilisation du personnel en valorisant les complémentarités entre agents et leurs savoirs-faire. Cette démarche vise à promouvoir le droit individuel à la formation propice à la mobilisation des agents sur les objectifs fixés par l'établissement, « *en anticipant l'évolution des métiers en quantité et en qualité* ». L'invasion du monde des soins par les nouvelles technologies en illustre bien la nécessité. Dans ce secteur aujourd'hui la question n'est plus de savoir s'il faut les intégrer à la prise en charge mais quand, comment et à quel coût notamment pour le personnel. Cet outil qui prend peu à

---

<sup>66</sup> CALVEZ P., *La mutualisation inter-établissements, un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social*, Mémoire DESSMS, EHESP, p. 47

<sup>67</sup> MANSOURI S., *Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale de missions : un établissement médico-social inachevé ? L'exemple du GCSMS ESPACES ANJOU*, Mémoire DESSMS, EHESP, pp. 40-41

peu place au niveau du CH est donc à pérenniser de concert avec l'ensemble des acteurs parties au projet.

La **communication institutionnelle** est aussi un élément central de la dynamique managériale. N'ayant pas encore pris réellement forme, elle s'est pour l'instant limitée à la communication interne à destination des instances. Le chef d'établissement a choisi d'attendre l'accord de l'ARS pour communiquer plus largement sur le projet. A partir de là il serait judicieux de mettre en place un plan de communication ciblant précisément les acteurs à mobiliser pour la réussite du projet.

Enfin, le benchmarking ou parangonnage qui peut s'entendre comme « *l'étude et l'analyse des techniques de gestion, des modes d'organisation des autres organisations du secteur afin de s'en inspirer et d'en tirer le meilleur*<sup>68</sup> », est utile à créer cette dynamique. En effet, il met en perspective tous les atouts et les forces de la coopération pour les établissements.

### 3.2.2 Le rôle de catalyseur du Directeur porteur du projet : entre volontarisme et principe de réalité

Les retours d'expérience du secteur montrent que les coopérations les plus réussies sont celles qui se sont construites sur une démarche volontaire de l'ensemble des acteurs. Mais la volonté qui prime, qui est la plus déterminante reste celle qui guide le directeur initiateur du projet de coopération. Il doit être à la fois moteur de changement donc en mouvement et producteur de stabilité. Ce qui se joue dans ce mouvement c'est autant l'adaptation des établissements aux besoins de leur territoire que leur pérennisation, justifiée par cette adaptation : c'est en quelque sorte « s'adapter ou mourir ».

Le directeur promoteur n'a d'autres choix que de « croire » et de « faire croire » à son projet avec enthousiasme et envie. Car au delà de la peur du changement, c'est bien souvent la peur de l'inconnu qui décourage les plus ambitieux. Il doit donc afficher une volonté et un engagement sans faille dans le processus, en usant de toute la force de persuasion dont il dispose. Ce n'est qu'à ce prix qu'il peut espérer susciter une adhésion qui créera la mobilisation pour l'atteinte de l'objectif.

L'exercice du métier de directeur est un engagement permanent vis-à-vis de soi et des autres que se soit l'utilisateur, le résident, le professionnel ou l'établissement. Le directeur s'engage sur des choix, nourris par des questionnements et qui sont liés à la fois à sa personnalité, à ses savoir-faire, aux circonstances, à l'environnement. Il est dans une position de funambule qui mobilise son énergie et l'oblige à avancer dans une dynamique

---

<sup>6868</sup> [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

souvent fragile. En effet, P. Calvet précise que « *l'art de diriger consiste à vivre ce paradoxe* :

- *rendre pérenne une institution, permettre une stabilité dans la durée pour produire un accompagnement de qualité et récolter les effets et les résultats.*
- *prévoir les évolutions, saisir les opportunités, mesurer les enjeux, anticiper les actions, ce qui suppose déstabilisation, déploiement, mutations à la fois structurelles, techniques et comportementales.*

*Les regroupements et coopérations participent de ce paradoxe car c'est par la mise en commun de moyens et d'activités qu'ils assurent leur devenir et leur activité. En définitive le directeur est l'acteur principal de ces regroupements, qu'il refuse toute évolution ou qu'il en soit au contraire l'initiateur. S'agissant de l'accompagnement de ce mouvement, le directeur manager se doit de mobiliser un certains nombres de compétences et de savoir-faire »<sup>69</sup>.*

Mais une volonté à toute épreuve, ne suffit pas à contourner les obstacles. Sur la route qui mène au succès d'une entreprise de coopération les directeurs d'établissement sont confrontés à un certain nombre de difficultés. Parmi elles, on peut citer l'absence d'indicateurs précis pour mesurer la pertinence d'une coopération puis son impact : « *ces derniers doivent être adaptables à toutes les coopérations, que leur but soit d'améliorer la prise en charge ou de mettre en place un système d'informations* » selon Christophe Douesneau de l'ANAP. Ou encore la difficulté d'impulser des synergies lorsque des paradigmes s'affrontent comme pour la nécessaire harmonisation des pratiques à conduire pour toute mutualisation qui s'engage.

Pour autant, le directeur sera toujours la cheville ouvrière sans qui les projets de coopération ne peuvent prendre forme car « *il faut toujours un pilote dans l'avion* » pour éviter le crash.

---

<sup>69</sup> Philippe CALVEZ, op. cit. , p. 45

## Conclusion

En définitive, parmi les outils qui ont progressivement pris place pour permettre une prise en charge plus efficiente des personnes âgées et plus largement des celles inscrites dans un « parcours de vie », la coopération prend une place grandissante. Comme nous l'avons vu son impact sur la restructuration de l'offre est réelle et lorsqu'elle est menée avec professionnalisme, elle débouche sur l'optimisation de la prise en charge de l'utilisateur qu'il soit résident, patient ou aidant et cela dans tous ses aspects : économiques d'abord avec des possibilités d'économies d'échelle ; financiers ensuite avec des réductions de coûts non négligeables alors que les budgets sont contraints ; qualitatifs et éthiques encore parce que la formation et l'accompagnement des personnels, induits par ces mutualisations, vont dans le sens du bien-être au travail et de la promotion de la bientraitance ; organisationnels enfin parce que l'adaptation des organisations de travail rend ceux qui les font vivre et par effet domino leur établissement plus performants.

De ce point de vue, le CH de Brie-Comte-Robert et l'EPGT sont en pleine mutation. En effet, s'ils s'étaient déjà engagés dans des conventions de coopération, deux paliers successifs ont été franchis ces dernières années qui semblent « sceller » leur destin. Tout d'abord avec la mise en place de la direction commune entre les deux établissements puis avec le projet de GCS aujourd'hui bien avancé. L'arrivée d'un troisième établissement, l'occurrence le CH de Jouarre, dans un premier temps en intérim avec une perspective de direction commune à trois ne pourra qu'être favorable à cette dynamique. Le directeur devra toutefois parvenir à trouver une organisation pérenne et équilibrée entre ces structures. Cette responsabilité qui lui a été confiée montre bien qu'au niveau institutionnel il est admis que la personne même du promoteur dans toutes ses dimensions, est déterminante pour la réussite d'une coopération.

Par ailleurs des pistes en matière de mutualisation sont ouvertes par l'avant-projet de loi santé présenté par Marisol Touraine, Ministre de la santé et des affaires sociales. Elles prennent en compte la demande de la FHF de rendre opposable les coopérations entre établissements à l'échelle territoriale et de réguler la médecine de premier recours<sup>70</sup>. Il s'agit donc de simplifier les modes de coopération actuels, de rendre obligatoires les CHT et d'engager les fonctions support dans la mutualisation. Cela s'est traduit dans le texte par une innovation dénommée groupement hospitalier de territoire (GHT) qui se substituerait à la CHT dans une logique encore plus inclusive voire intégrative. Tous les établissements qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, privés ou publics pourraient se

---

<sup>70</sup> Lettre de la FHF adressée le 7 avril 2014 au Premier ministre proposant un plan d'actions en sept points pour réduire les dépenses d'assurance maladie et améliorer le système de santé français.

voir « incités » à intégrer ou du moins à collaborer fortement avec ces nouvelles structures de coopération. L'efficacité d'une telle construction voire même sa faisabilité reste encore à démontrer.

Toutefois, ces futurs GHT s'inscrivent dans une dynamique de d'unification et de simplification des instruments de mutualisation que semblait déjà entrevoir Maître Houdart, avocat spécialiste du droit de la santé, dans l'évolution des groupements de coopération : « *il est logique qu'à terme GCSMS et GCS ne forme plus qu'un seul outil dispositif puisque le premier permet d'inclure des structures médico-sociales et le second des établissements de santé* ».

Enfin de réelles lacunes persistent encore car « *Entre coopération, reconversion de places, recours à la télémédecine,...des passerelles se construisent mais le fossé entre les secteurs sanitaire, social et médico-social n'est pas encore entièrement comblé [...] les changements sont difficiles à impulser mais une fois mis en œuvre et intégrés, l'effet d'entraînement est réel* » analyse Jean-Marc Enghelard<sup>71</sup>. Aussi il est impératif de conforter le modèle décisionnel actuel qui se veut ascendant et permet de construire des logiques de parcours partant du besoin. A ce sujet, le sociologue Richard Senett déclare « *Le pouvoir vient top down ou bottom up... Les évolutions doivent venir des gens. De ce point de vue la coopération renforce la qualité de vie sociale, et la communauté locale me paraît être le bon niveau pour y parvenir* » car « Les acteurs doivent se connaître et tisser des liens de confiance. Les conférences de territoire sont pour cela une occasion à ne pas rater. Elles offrent une vue transversale sur des besoins locaux et un moyen d'identifier des domaines d'expertise partagés ».

Ainsi, la coopération ayant aussi besoin d'imagination, il sied d'être à l'écoute de l'expression du besoin venant du terrain afin d'y répondre de manière toujours plus performante.

---

<sup>71</sup> Jean-Marc ENGELHARD, *op. cit.*, p. 26

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

- Y.-G. AMGHAR, J.-F. BOURDAIS, S. DUPAYS, F. LALOUE, H. LEOST, M. MOLEUX, P. PENAUD, 2011, *Politiques sociales*, Presses de sciences po et Dalloz, 756 p.
- CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., 1998, *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*, Paris, Masson, 184 p.
- Bruno GALLET, novembre 2011, *La coopération dans les secteurs sanitaire, social, et médico-social*, Paris, édition Heures de France, 205 p.
- M.-L. MOCQUET-ANGER, février 2010, *Droit hospitalier*, Paris, LGDJ lextenso edition, 520 p.
- VINCENT G., 2010, *Atlas des coopérations 2010 : La stratégie de groupe des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics*, Paris, Fédération Hospitalière de France, 160 p.

## Documentation professionnelle

- ANAP, 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social – Guide méthodologique*, Paris, Anap, 102 p.

## Textes législatifs et règlementaires

- Loi n°47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération
- Loi n°65-920 du 2 novembre 1965 relatif aux sociétés coopératives entre médecins
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1970 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, p.10255 et s.

- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui régleme les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur.
- Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs
- 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° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit
- Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique (création, but, composition, dissolution), JORF du 28 septembre 1967
- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale
- Décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale
- Décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social de la fonction publique hospitalière
- Décret n°2008-1344 du 17 décembre 2008 relatif à la création d'un label en matière de promotion de la diversité et de prévention des discriminations dans le cadre de la gestion des ressources humaines et à la mise en place d'une commission de labellisation

#### **Articles et revues**

- DEFFRENNES A.-L., janvier 2011, « Quelles coopérations dans le secteur médico-social », *Les cahiers hospitaliers*, n°274, pp.35-38

- Jérôme Vasseur, Eléonore Varini, interview de Richard Sennett, sociologue américain, 16 mai 2014, «*La coopération vise à collaborer avec quelqu'un même si on ne le comprend pas*» in *actualités sociales hebdomadaires*, N°2860, p.30
- Jean-Marc ENGELHARD, septembre 2011, « sanitaire/médico-social : un rapprochement inéluctable », *Directions*, N°88, pp.24-31

### **Mémoires EHESP**

- ANDRE E., *Initier et structurer une démarche de coopération pour un établissement médico-social*, l'exemple de l'établissement public Saint-Antoine, Mémoire DESSMS EHESP, 2010, 65 p
- CALVEZ P., *La mutualisation inter-établissements, un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social*, Mémoire DESSMS, EHESP, 76 p
- MANSOURI S., *Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale de missions : un établissement médico-social inachevé ? L'exemple du GCSMS ESPACES ANJOU*, Mémoire DESSMS, EHESP, 68 p

### **Sites internet**

- [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- [www.gazette-sante-social.fr](http://www.gazette-sante-social.fr)
- [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)
- [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org)

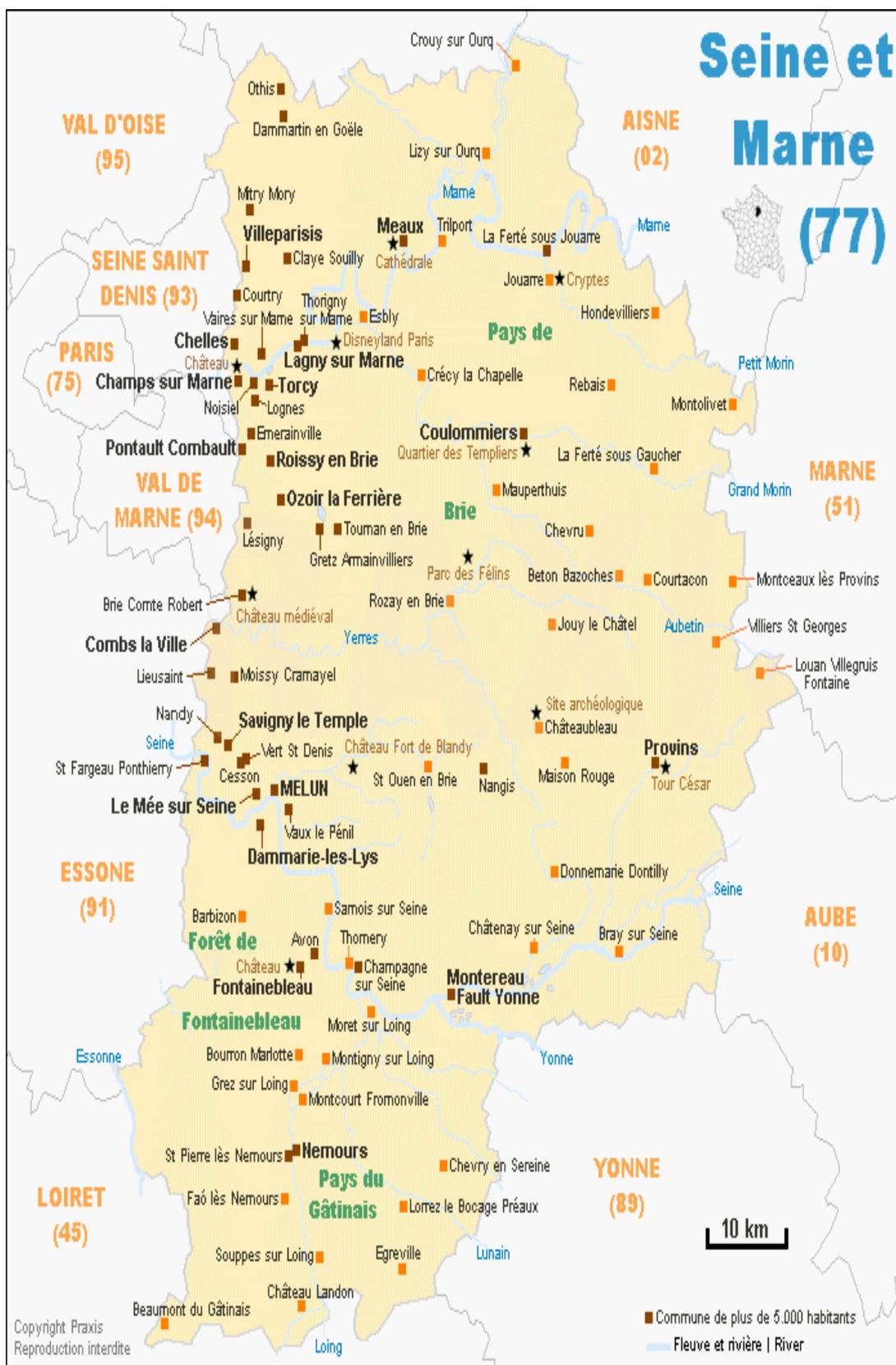
---

## Liste des annexes

---

- **ANNEXE 1** : Carte de la Seine-et-Marne
- **ANNEXE 2** : Organigramme direction commune CH Brie-Comte-Robert / EPGT
- **ANNEXE 3** : Liste des personnes interrogées

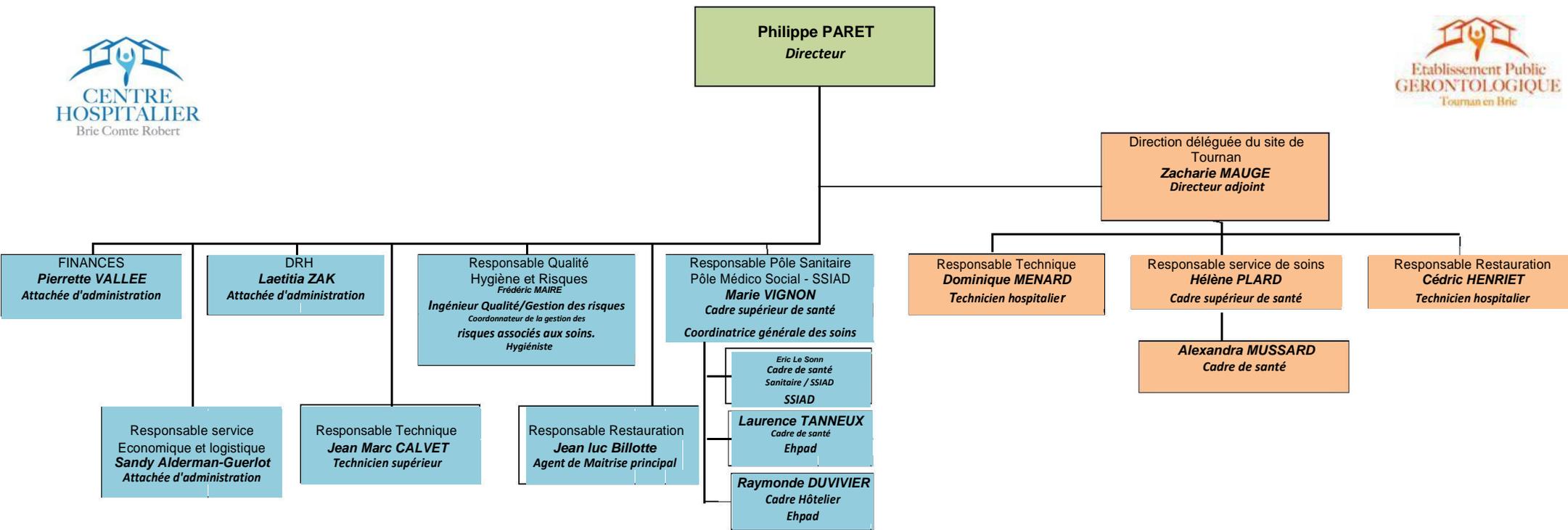
## ANNEXE 1 : Carte de la Seine-et-Marne



**ANNEXE 2 :  
 ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION COMMUNE DU CENTRE HOSPITALIER  
 DE BRIE-COMTE-ROBERT ET DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC  
 GERONTOLOGIQUE DE TOURNAN-EN-BRIE**

CENTRE HOSPITALIER DE BRIE COMTE ROBERT

ETABLISSEMENT PUBLIC GERONTOLOGIQUE DE TOURNAN EN BRIE



CAPACITE 288 LITS ET PLACES		CAPACITE 159 LITS ET PLACES				
	CAPACITE	TOTALE	447	LITS	ET	PLACES



### **ANNEXE 3 : Liste des personnes interrogées**

- ❖ Le directeur de la direction commune du CH de Brie-Comte-Robert et de l'EPGT
  
- ❖ Le directeur- adjoint chargé de l'EPGT
  
- ❖ La pharmacienne de la PUI du CH de Brie-Comte-Robert
  
- ❖ Le directeur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics de Palaiseau et de Morangis, participants au GCSMS « Les EHPAD publics de l'Essonne »
  
- ❖ L'administrateur suppléant du GCSMS « groupement des établissements médico-sociaux publics girondins » au Bouscat
  
- ❖ La mandataire judiciaire à la protection des majeurs du GCSMS « groupement des établissements médico-sociaux publics girondins » au Bouscat

AYINA AKILOTAN

RAPHAEL

Décembre 2014

**Directeur d'établissement sanitaire social et médico-social**

Promotion 2013-2014

**Le choix des coopérations comme outils  
d'optimisation de la prise en charge des usagers :**

Le cas de la direction commune du centre hospitalier de Brie-Comte-Robert et de  
l'Etablissement Public Gériatrique de Tournan-en-Brie

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

**Résumé :**

Des lois d'après-guerre posant les jalons du droit coopératif en passant par les grandes lois hospitalières, l'histoire de la coopération dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux s'égrène au fil de la longue litanie des réformes qui lui ont permis de se développer.

Or la raréfaction des ressources actuelles, et l'exigence de qualité de plus en plus présente incitent aux mutualisations. Celles-ci ont démontré leurs potentialités à répondre au souci de réduction des dépenses et à faire de l'amélioration de la prise en charge des usagers un leitmotiv mobilisateur. Elles sont devenues l'un des principaux outils de la restructuration de l'offre de soins.

Toutefois, la réussite de ces entreprises complexes nécessitant des synergies entre acteurs d'horizons voire de culture professionnelle parfois très éloignés, appelle l'action fédératrice d'un « pilote » pour conduire ces projets. En cela, le directeur, chef de l'établissement promoteur, chef d'orchestre, joue un rôle indispensable. L'enjeu pour lui est de parvenir à « mener le navire à bon port ». Pour atteindre cet objectif qui va jusqu'à mettre en œuvre les conditions assurant la pérennité de sa construction, il doit faire preuve d'un grand sens du management et « faire don » d'un peu de lui-même. C'est à ce prix qu'il suscitera l'adhésion nécessaire au succès de son action.

Ce mémoire décrit ce cheminement en s'appuyant sur des expériences illustrant, plus particulièrement sur celle que j'ai pu vivre lors de mon stage de professionnalisation auprès du directeur de la direction commune constituée entre le centre hospitalier de Brie-Comte-Robert et l'établissement public gériatrique de Tournan-en-Brie qui m'a fait vivre de l'intérieur l'expérience de la conduite d'un projet de groupement de coopération sanitaire.

**Mots clés :**

Coopération, mutualisation, optimisation, changement, directeur, efficacité, qualité, soins, projet, prise en charge, médico-sociaux, sanitaire, groupement, convention

*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.*