



DESSMS

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **décembre 2009**

**Le partenariat inter-établissements:
entre satisfaction des besoins des
usagers et viabilité économique
d'un établissement.**

**L'exemple de la Résidence hospitalière de la Weiss à
Kaysersberg**

Julie KAUFFMANN

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement Madame Magaly HAEFFELE, Directrice de la Résidence hospitalière de la Weiss, qui m'a associée pendant huit mois à son quotidien. Je la remercie pour son écoute, ses conseils constructifs et son investissement en qualité de maître de stage.

Je remercie également l'ensemble des professionnels de la Résidence hospitalière de la Weiss, pour leur accueil chaleureux, leur partage d'expériences, ainsi que les personnes que j'ai pu interroger et rencontrer pour leurs témoignages.

Enfin, je remercie vivement le Professeur Marc BERTHEL pour la qualité des enseignements proposés dans le cadre du diplôme d'université de gérontologie générale (Université de Strasbourg)

Sommaire

Introduction	1
1^{ère} partie : Le partenariat inter-établissements, une dynamique d'organisation territoriale impulsée par les pouvoirs publics	5
1.1 Un cadre normatif en perpétuelle mutation	5
1.1.1 Un instrument d'abord spécifique au secteur sanitaire	5
1.1.2 Un instrument élargi au secteur social et médico-social.....	7
1.1.3 Un réel besoin d'outils juridiques souples et adaptés	9
1.2 Un contexte actuel propice au développement des coopérations	12
1.2.1 Les agences régionales de santé ou le rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social.....	12
1.2.2 Les prochaines communautés hospitalières de territoire : jusqu'où la coopération doit-elle s'étendre ?	15
2^{ème} partie : Naissance de deux nouveaux partenariats pour la Résidence hospitalière de la Weiss: la conjugaison des intérêts de l'établissement et des personnes âgées	19
2.1 Les intérêts du partenariat pour la Résidence hospitalière de la Weiss	19
2.1.1 La réalisation d'une véritable activité de soins de suite et de réadaptation	19
2.1.2 L'augmentation du taux d'occupation de l'accueil de jour	22
2.1.3 Les intérêts des établissements partenaires	25
2.2 Les intérêts du partenariat pour les usagers	27
2.2.1 La prise en soins des personnes handicapées du CDRS	27
2.2.2 L'existence d'un transport.....	29
2.2.3 Une meilleure coordination des professionnels au service des usagers	32
3^{ème} partie : Comment rendre des coopérations viables et durables?	35
3.1 Un environnement favorable conditionnant la viabilité des projets	35
3.1.1 Une condition sine qua non : une réelle motivation des établissements	35
3.1.2 Une absence de contrainte voire un encouragement des tutelles	37
3.1.3 Une convention constitutive formalisée	38

3.2 Des évolutions possibles rendant les projets pérennes	39
3.2.1 Favoriser les échanges pour renforcer la coopération	39
3.2.2 Intégrer le partenariat dans une démarche d'évaluation	42
Conclusion.....	45
Bibliographie	47
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADJ Accueil de jour

ARH Agence régionale de l'hospitalisation

ARS Agence régionale de santé

CASF Code de l'action sociale et des familles

CDRS Centre départemental de repos et de soins

CHT Communautés hospitalières de territoires

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP Code de la santé publique

DDASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DMS Durée moyenne de séjour

EHPAD Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

ESMS Etablissement social et médico-social

ETP Equivalent temps plein

GCS Groupement de coopération sanitaire

GCSMS Groupement de coopération sociale et médico-sociale

PH Praticien hospitalier

PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information

RHW Résidence hospitalière de la Weiss

SSR Soins de suite et de réadaptation

SROS Schéma régional d'organisation sanitaire

USLD Unité de soins de longue durée

Introduction

Le paysage sanitaire, social et médico-social français connaît, depuis de nombreuses années, de profondes mutations. La raréfaction des fonds publics, la rationalisation des dépenses, ou encore l'optimisation des ressources invitent les établissements à revoir leur organisation et à travailler avec leur environnement. Les établissements se trouvent peu à peu dans l'incapacité de tout réaliser seuls, en interne.

Pour faire face à ces difficultés, des solutions ont dû être trouvées. En 1970, une solution apparaît en tête de liste: la coopération inter-établissements. Consacrée tout d'abord dans le secteur sanitaire, elle ne cesse d'être érigée en principe phare de l'organisation sanitaire et tend à devenir la clé de voûte de l'organisation sociale et médico-sociale. La coopération reste aujourd'hui un mode d'organisation plébiscité par les autorités publiques, preuve en est l'intervention du Président de la République, à Bordeaux, en octobre 2007, dans laquelle il considère que *« les solutions seront forcément des solutions de coopérations sur le territoire »*.

Cette coopération inter-établissements, prend la forme d'un accord écrit entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler ensemble, dans la poursuite d'objectifs communs. Ces parties deviennent de véritables partenaires œuvrant pour une cause commune, l'intérêt général.

Si ce mode d'organisation se justifie essentiellement par la recherche d'économies, il apparaît nécessaire pour d'autres raisons. La coopération est nécessaire d'abord pour faire face à la pénurie des professionnels médicaux. Les établissements de santé ont par exemple de plus en plus de difficultés à recruter des médecins gériatres alors même que le besoin est grandissant. La coopération est nécessaire ensuite pour développer les complémentarités médicales, qui doivent être préférées à la concurrence, source de gaspillages.

Ainsi, la coopération doit pouvoir répondre à deux objectifs essentiels pour les établissements: l'amélioration de la prise en charge des usagers et l'efficacité économique.

C'est surtout aux hôpitaux locaux qu'elle profite le plus. Si les hôpitaux locaux ont comme obligation de signer une convention avec un centre hospitalier pour leur activité sanitaire¹, la mise en place d'actions coopératives ne s'est pas limitée à ce domaine de compétences.

Ainsi, comme beaucoup d'établissements locaux, la Résidence hospitalière de la Weiss située au cœur du vignoble alsacien, sur les sites de Kayzersberg et d'Ammerschwhir, a su développer sa place sur le territoire en multipliant des partenariats avec des établissements voisins.

Comprenant un service de soins de suite et de réadaptation de 22 lits, un service d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de 140 lits et un accueil de jour de 10 places, la Résidence hospitalière de la Weiss a souhaité renforcer ces partenariats. Deux principaux partenariats sont concernés : l'un avec le Centre départemental de repos et de soins de Colmar, centre hospitalier de 646 lits et places spécialisé dans le handicap et la gériatrie, l'autre avec l'hôpital local de Ribeauvillé composé de 196 lits et places.

Ce sont principalement ces deux partenariats qui font l'objet de ce travail.

Cette volonté de renforcement des partenariats existants m'amène à m'interroger sur l'opportunité d'une démarche de coopération. Pour être légitime, il me semble qu'une action de coopération doit se caractériser par une double casquette : d'une part, la satisfaction des besoins des usagers et, d'autre part, la viabilité voire l'efficacité économique de l'établissement qui permet de maintenir des activités et d'atteindre les objectifs fixés par les autorités de tutelle. Ainsi, si les partenariats permettent au directeur d'établissement d'asseoir sa structure sur un territoire de santé en la dotant d'une légitimité accrue, ils ne prennent sens que s'ils sont en cohérence avec les besoins de la population.

J'ai choisi d'analyser cette double casquette en me demandant **quel est l'intérêt pour un établissement de proximité de développer un processus de partenariat et à qui profite réellement une telle démarche ?**

Face à cette problématique, les hypothèses suivantes peuvent être formulées :

- Le partenariat est un outil d'organisation qui profite aux établissements et à leurs directeurs
- Le partenariat est un outil d'organisation qui profite aux usagers

¹ Article L 6141-2 du CSP

Le cas de la Résidence hospitalière de la Weiss m'a servi de base de réflexion car il s'agit d'un exemple assez fort d'établissement soucieux de la coopération. Par ailleurs, dans le cadre de l'association EHESP+, j'ai pu participer à une mission de création d'un GCSMS dans le département de la Manche. Cette expérience m'a permis d'enrichir ma réflexion. Les données ainsi recueillies ont été complétées par des recherches bibliographiques ainsi que par des entretiens menés avec des acteurs et promoteurs de la coopération (médecins, directeurs d'établissements, représentants de la DDASS et de l'ARH).

Mon travail s'est ainsi construit en trois temps. J'ai d'abord cherché à prendre connaissance du cadre juridique et du contexte actuel dans lequel s'inscrit la coopération inter-établissements (première partie). Ensuite, en m'appuyant sur la mise en route de nouveaux partenariats sur mon lieu de stage, j'ai cherché, par le biais d'entretiens et de rencontres, à connaître les intérêts d'une telle démarche tant pour l'établissement, que pour l'utilisateur lui-même (deuxième partie). Enfin, les partenariats étudiés étant naissants, et leur mise en place prometteuse, j'ai cherché à connaître les ingrédients qui permettent d'en faire des outils viables et durables dans le temps (troisième partie).

1^{ère} partie : Le partenariat inter-établissements, une dynamique d'organisation territoriale impulsée par les pouvoirs publics

Le partenariat inter-établissements est une dynamique qui ne cesse d'évoluer. Cette évolution s'observe, d'une part, par un encadrement juridique instable et, d'autre part, dans l'environnement actuel.

1.1 Un cadre normatif en perpétuelle mutation

Le partenariat inter-établissement est aujourd'hui le nouveau mode d'organisation impulsé par les pouvoirs publics. Si c'est dans le secteur sanitaire qu'il puise ses racines, il s'est petit à petit imposé comme le mode d'organisation du secteur social et médico-social.

1.1.1 Un instrument d'abord spécifique au secteur sanitaire

C'est au début des années 1970 que la question de l'utilité d'une coopération inter-établissements s'est posée. Les coopérations entre établissements délivrant des soins ont commencé à être encouragées à cette période par les pouvoirs publics pour plusieurs raisons.

D'abord, en raison des préoccupations économiques. Elles ont effectivement conduit les pouvoirs publics à encourager des outils permettant de rationaliser l'offre de soins. L'objectif - certes toujours d'actualité – était de rationaliser les dépenses. Le rapprochement des établissements sanitaires est devenu un levier pour réaliser des économies d'échelles et optimiser l'utilisation des ressources budgétaires. L'idée était ainsi de faire mieux avec des moyens équivalents, voire diminués. La qualité des prises en charge restait le fil conducteur de toute politique publique.

Ensuite, la contrainte que fait peser l'évolution de la démographie médicale sur la plupart des établissements de santé amène ces derniers à envisager de nouvelles stratégies de coopérations. Les coopérations permettent ainsi de pallier les difficultés économiques et carences en personnel médical dans certaines spécialités comme la radiologie ou la gériatrie.

La coopération est apparue dans le secteur sanitaire par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Cette loi, ayant notamment l'objectif d'affirmer la position dominante du secteur hospitalier, fixe les premières bases de la coopération inter-

établissements en promouvant notamment deux formes juridiques: les syndicats inter-hospitaliers (SIH) et les groupements inter-hospitaliers.

La loi du 31 juillet 1991 a entendu donner une impulsion à ce mode organisationnel. En effet, en remplaçant les groupements hospitaliers par les conférences sanitaires de secteur chargées de « promouvoir la coopération entre les établissements », la coopération est largement présente.

La possibilité de coopération est étendue aux partenaires privés et aux organismes étrangers en permettant à des Etablissements Publics de Santé (EPS) d'adhérer à des Groupements d'Intérêt Public (GIP) ou des Groupements d'Intérêt Economique (GIE).

La coopération inter-établissements connaît un nouvel essor en 1996.

En effet, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique pose la coopération hospitalière comme l'un des axes prioritaires de la restructuration du paysage sanitaire. Elle s'impose comme étant un instrument de planification tout en ouvrant la voie à une nouvelle formule de coopération: le groupement de coopération sanitaire.

Les ordonnances de 1996 invitent les établissements à s'engager dans plusieurs formes de coopération selon une démarche volontaire, dont par exemple :

- la constitution de communautés d'établissements (CES) entre les établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Le cadre géographique, la forme juridique, les attributions, l'objet de la communauté sont libres. Les CES sont complémentaires des conférences sanitaires de secteur et ont pour but, de « mettre en œuvre des actions de coopération et de complémentarités... »².

- la création de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), nouvelle forme de personnalité morale adaptée à la coopération entre les établissements de santé publics et privés dans toutes les activités, Complémentaire des SIH, il peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé publics ou privés. Il réalise et gère des équipements d'intérêt commun ou constitue le cadre d'une organisation commune qui permet l'intervention des professionnels médicaux et non médicaux.

Les formules de coopération vont être aménagées et simplifiées par l'ordonnance de septembre 2003, dite de « simplification sanitaire ». Le rôle d'incitation des conférences sanitaires est rappelé. Le GCS devient la configuration la plus adéquate pour la mise en forme des coopérations sanitaires. L'objet du GCS est étendu. Certes, le GCS « réalise et gère des équipements d'intérêt commun ou constitue le cadre d'une organisation

² Article L.712.3.3 du CSP

commune » mais il a également pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres.

1.1.2 Un instrument élargi au secteur social et médico-social

Les problématiques précédemment énoncées sont loin d'être spécifiques au secteur sanitaire. Le secteur social et médico-social connaît également de profondes failles dans son organisation. Constitué de près de 24 500 établissements et services³, il reste très hétérogène et cloisonné; les secteurs associatif et privé à but lucratif y étant largement représentés.

Certaines compétences font défaut aux structures sociales et médico-sociales.

En effet, face aux réglementations de plus en plus exigeantes, notamment en matière de sécurité, les structures sociales et médico-sociales sont contraintes à recruter du personnel spécialisé: ingénieur sanitaire, qualificateur. La qualité de la prise en charge suppose l'intervention croissante de psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens, animateurs, mais les structures n'ont pas les moyens de recruter une personne à temps plein. Le temps de travail proposé est ainsi très souvent, inférieur à un temps plein, ce qui nuit à l'attractivité de ces établissements et par voie de conséquence aux besoins des usagers eux-mêmes.

Toujours concernant la problématique des ressources humaines, les établissements médico-sociaux déplorent la difficulté à répondre aux obligations de formation des personnels en matière de sécurité incendie, de démarche qualité. Les besoins de ces structures, quelque soit leurs activités, sont identiques et une mutualisation permettrait des coûts moindres.

Au vu de ces difficultés, la coopération apparaît comme le moyen de restructurer l'offre médico-sociale, « *de se rassembler pour partager des moyens logistiques et atteindre une taille économique critique. Ce qui permettra aux équipes de direction de se déployer sur de nouveaux projets* ⁴ ».

Pourtant, si la coopération dans le secteur social et médico-social apparaît comme un outil innovant, sa naissance remonte à la loi du 30 juin 1975. Cette loi avait justement comme objectif de développer les partenariats et les modes de coopération.

³ Sources: www.travail-solidarite.gouv.fr

⁴David Causse, 2007, *Directions* « Groupements de coopération: apprendre à jouer collectif » N°46
Julie KAUFFMANN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2009

Or, les possibilités de coopération restaient très limitées et se réduisaient à une seule alternative: la convention ou le groupement. La première voie était très appréciée car elle maintenait l'autonomie de chaque structure. Cependant, elle était souvent mal adaptée aux projets d'envergure. La seconde voie ne pouvait prendre la forme que d'un GIP.

Peu incitatives et mal adaptées au secteur, ces formules n'ont connu qu'un développement marginal.

Le secteur social et médico-social attendait une réforme de ses modes de coopération. Cette réforme s'est progressivement précisée et trouve son application dans deux textes novateurs: d'une part l'arrêté du 26 avril 1999 et d'autre part, la loi du 2 janvier 2002.

L'arrêté du 26 avril 1999 précise qu'« il convient de développer les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local concernant [...] la collaboration inter établissements, sanitaires ou médico-sociaux, en matière d'organisation des soins, mise en commun de moyens, notamment en personnel soignant [...] ⁵». Les EHPAD sont ainsi fortement invités à développer des coopérations.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale s'inscrit également dans cette démarche. Comme l'explique Jean-François BAUDURET, conseiller technique auprès de la Direction Générale de l'Action Sociale: « *Mon idée première (...) était d'inscrire les établissements dans un réseau de chaînage, de conventions. Effectivement, il est possible de réaliser des économies, en mettant en commun des moyens. Mais, ce n'est pas une obligation. Ces formules de coopération sont une boîte à outils qui va permettre aux établissements sociaux et médico-sociaux de travailler mieux ensemble.*»

Le législateur a tenu à doter les ESMS de véritables outils de coopération, en ouvrant au secteur social et médico-social les instruments jusqu'alors réservés au secteur hospitalier et permet ainsi aux établissements de santé publics ou privés d'adhérer aux nouvelles structures constituées par les établissements sociaux et médico-sociaux, à savoir les syndicats hospitaliers et les groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Les opportunités de coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux ou avec des établissements de santé se sont multipliées.

Le secteur médico-social dispose à présent d'outils de coopération diversifiés, le dernier-né étant le GCSMS.

Il présente le mérite d'apporter des ouvertures en termes de partenariat entre les acteurs médico-sociaux, en levant de réels obstacles juridiques. C'est l'outil qui permet de

⁵Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

mutualiser des moyens logistiques, techniques ou humains, de gérer des autorisations pour le compte de ses membres ou encore de participer à la création d'activités. Son objet est large et favorise une coopération « à tiroirs ». Pour Dominique LAROSE, juriste au sein du cabinet d'avocats Houdart, « *le GCSMS permet de s'orienter vers une coopération évolutive et à la carte puisqu'il peut intervenir dans un domaine particulier pour l'un de ses membres seulement*⁶. »

C'est cette coopération « sur-mesure » qui semblait manquer. En effet, devant la complexité des formes juridiques, devant la diversité des publics pris en charge (personnes handicapées, personnes âgées, enfance) ou encore des acteurs qui interviennent dans le secteur social et médico-social (secteurs associatif, privé à but lucratif, public), il ne fallait pas seulement effectuer un « copier-coller » de ce qui existait dans le secteur sanitaire. Il fallait créer un outil de coopération qui tienne compte de toutes ces spécificités, qui soit adaptable à toute situation et qui permette de rassembler des promoteurs de projet publics et privés. Le GCSMS semble correspondre à ce besoin.

Néanmoins, si les textes évoquent ce nouvel outil de coopération comme prometteur, il n'en demeure pas moins que sa mise en place pratique suscite encore bon nombre d'interrogations.

1.1.3 Un réel besoin d'outils juridiques souples et adaptés

Jusqu'à présent, les établissements sociaux et médico-sociaux avaient à leur disposition diverses formules de coopération: conventions, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique ou encore groupement de coopération sanitaire.

Pourtant, des obstacles d'ordre juridique ou fiscal ont freiné leur développement dans le secteur médico-social. Par exemple, le groupement d'employeurs n'a pas réellement été plébiscité car son objet est limité: il permet uniquement la mise en commun de personnel. On reproche trop souvent au GIP sa nature trop publique. Quant au GIE, son principal handicap réside dans le fait que ses membres sont tenus de ses dettes indéfiniment et solidairement. Peu de promoteurs s'y sont donc aventurés, privilégiant la voie conventionnelle plus simple d'utilisation.

Cette multiplication des outils juridiques rend la démarche de coopération très complexe et moins nette. Les acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social, sont submergés

⁶ LAROSE Dominique, « Groupements de coopération: apprendre à jouer collectif » in *Directions* Novembre 2007, n°46 pages 23-28

par cette avalanche de possibilités. Pour reprendre les réflexions de Stéphanie BARRE-HOUDART et Dominique LAROSE, « *pourquoi ne pas avoir envisagé un seul outil pour les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, quitte à l'adapter à la marge pour chacun des secteurs [...] ⁷* ». Cela aurait eu l'avantage d'apporter une cohérence aux modes de coopération.

Les acteurs recherchent aujourd'hui davantage de sécurité juridique dans les partenariats qu'ils concluent. La création du GCSMS constitue une formidable avancée en ce sens. Il fournit effectivement un cadre juridique plus stable au regard des règles de marchés publics, de concurrence, d'emplois des personnels, d'utilisation des deniers publics, et de la fiscalité ce qui est loin d'être le cas dans le simple mode conventionnel.

Pourtant, si le GCSMS est considéré par certains spécialistes comme le meilleur outil de coopération, sa mise en place se heurte à des difficultés qui n'incitent guère les acteurs de terrain à se lancer dans l'aventure. Comme le précise Dominique LAROSE, juriste au sein du cabinet d'avocats HOUDART à Paris, « *Le frein essentiel reste la frilosité des acteurs devant l'inconnu⁸* ». Ma participation à une mission EHESP+ concernant la mise en place d'un GCSMS dans le sud du département de la Manche, n'a fait que confirmer ces difficultés. On peut en citer 3 principales.

La première difficulté réside dans la forme juridique que le groupement doit prendre. Si l'ambition est de rassembler des établissements publics et privés dans une même entité en raison de problématiques communes, l'intégration de personnes morales de droit public et privé est loin d'être évidente. Pour exemple, l'assujettissement à la taxe sur la valeur ajoutée. Le principe est le suivant: Les services rendus à leurs adhérents par les groupements constitués par des personnes physiques ou morales exerçant une activité exonérée de TVA sont exonérés de cette taxe. En revanche, si les établissements privés à but lucratif ont plus de 20% de leurs recettes soumises à TVA alors l'ensemble du groupement sera redevable de la TVA. L'impact est important: la participation à un GCSMS doit apporter une valeur ajoutée aux établissements. Si un membre se voit assujetti à cet impôt par le biais du groupement auquel il appartient, alors même qu'il n'y serait pas soumis en étant seul, il n'obtient aucun gain supplémentaire. Une étude fiscale permettant de mesurer les incidences financières est souvent conseillée dans la mesure

⁷ BARRE-HOUDART Stéphanie et LAROSE Dominique « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation » in Revue hospitalière de France juillet-août 2006 n°511, pages 42-47.

⁸ LAROSE Dominique, « Groupements de coopération: apprendre à jouer collectif » in *Directions* Novembre 2007, n°46 pages 23-28

où l'aspect financier est souvent complexe et beaucoup d'exceptions à la règle ne sont pas connues des acteurs de terrain. Cette difficulté n'incite pas les établissements publics à coopérer avec des établissements privés à but lucratif en raison de l'absence de gains ou de la perte d'avantages.

La deuxième difficulté réside dans la nomination d'un administrateur. L'administrateur est chargé de préparer et d'exécuter les décisions du conseil de gestion. Il représente et engage le groupement dans les rapports avec les tiers. Pour décrire cette fonction, on peut citer la définition donnée par l'administrateur du GCSMS « Les Collines Vendéennes »: « *Ma fonction consiste essentiellement à mettre en place le cadre d'action du groupement. C'est à dire créer du lien.* »⁹

Or, il est impossible actuellement de nommer des directeurs relevant de la fonction publique dans les groupements. Ce qui signifie que l'administrateur sera également le directeur d'une structure membre du groupement. Est-ce que cet administrateur, en règle générale directeur d'une petite structure, aura la capacité et la légitimité pour pouvoir gérer cette nouvelle entité? En outre, est-il bon politiquement que le directeur du groupement soit issu de l'un des établissements membres? Pour reprendre l'expression de Stéphanie BARRE-HOUDART et Dominique LAROSE, « *peut-on être juge et partie?* ».

Dans le cadre du groupement des EHPAD du Sud de la Manche, les structures membres sont de petites tailles. Le GCSMS représente près de 1000 lits. Ce qui signifie qu'un directeur d'EHPAD de 80 lits peut représenter 1000 lits. Avec les moyens dont il dispose, aura-t-il le temps nécessaire pour mener à bien sa mission? La question mérite d'être posée.

Enfin, la troisième difficulté réside dans le choix du statut du groupement: doit-on choisir un statut de droit public ou bien de droit privé? Un groupement d'établissements privés à but lucratif ou non peut faire partie d'un GCSMS de droit public. L'incidence de ce choix réside essentiellement dans le type de comptabilité applicable et dans le statut du personnel embauché (conventions collectives applicables si le groupement est de droit privé, statuts de la fonction publique hospitalière si le groupement choisit un statut de droit public.). Mon expérience dans la mise en place d'un groupement de coopération des EHPAD du Sud de la Manche m'a montrée qu'il est important que le statut choisi soit en phase avec la majorité des établissements: si la plupart des établissements sont publics,

⁹LAROSE Dominique, 2007 *Directions* « Groupements de coopération: apprendre à jouer collectif », n°46 pages 23-28

mieux vaut opter pour un GCSMS de droit public car la gestion sera facilitée par l'utilisation quotidienne de ces réglementations.

Par ailleurs, il est important de bien définir l'objet du groupement. Il est nécessaire qu'il soit suffisamment large car un objet trop réduit risque de restreindre le champ d'intervention du GCSMS. Il faut savoir anticiper les besoins: les besoins des établissements en année n ne sont probablement pas ceux de l'année n+3 et l'objet du groupement doit être suffisamment large pour en tenir compte.

1.2 Un contexte actuel propice au développement des coopérations

Les coopérations inter établissements sont au cœur des grandes réformes qui touchent actuellement le secteur sanitaire, social et médico-social. La coopération est en quelque sorte le résultat souhaité par les pouvoirs publics, l'objectif national à atteindre. Ainsi, deux nouveaux moyens sont sur le point d'être mis en place pour les encourager : les agences régionales de santé et les communautés hospitalières de territoire.

1.2.1 Les agences régionales de santé ou le rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social

Les agences régionales de santé (ARS) se définissent comme des organes régionaux compétents pour définir la politique de santé du territoire, et pour coordonner les acteurs des domaines sanitaire, social et médico-social.

D'une manière large, elles sont définies comme étant « un pilotage régional unifié et responsabilisé du système de santé »¹⁰. En clair, ces agences prennent la forme d'une coopération institutionnelle de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

Le rapport RITTER pointe un certain nombre de dysfonctionnements dans notre organisation actuelle et prouve que notre système de santé trouve ses limites dans sa construction. Il fait ainsi le constat que les compétences en matière de politiques de santé sont réparties entre plusieurs acteurs sans véritable cohérence. Par exemple :

- La gestion des crises sanitaires est assurée par le préfet
- La définition des politiques régionales et l'organisation de la prévention sont de la compétence des DRASS, de l'Assurance Maladie et des collectivités locales

¹⁰ RITTER P., 2008, *Rapport sur la création des agences régionales de santé*, 63 p

- L'organisation et le financement des établissements et services du secteur médico-social relèvent des DRASS et DDASS
- Le financement des soins de ville et les relations avec les professionnels sont de la compétence de l'Assurance-Maladie.

Ces compétences, parfois enchevêtrées, manquent de lisibilité pour les acteurs et les usagers. Par ailleurs, ce cloisonnement entre les structures et les acteurs (hôpital/ville, secteurs sanitaire/médico-social) entraîne parfois des gaspillages de ressources puisque plusieurs acteurs interviennent pour des choses identiques.

La création des agences régionales de santé (ARS) est « à l'ordre du jour » depuis de nombreuses années.

Tout d'abord, elles avaient été envisagées en 1996 mais ont été remplacées par les agences régionales de l'hospitalisation. Le besoin de rapprocher le secteur sanitaire du secteur médico-social était déjà présent à cette période, comme en témoigne Ivan PAPADACCI, Directeur de l'hôpital Corentin-Celton AP-HP à Issy les Moulineaux « *Je me souviens de la déception en 1996 quand les ARS prévues ne se sont révélées être que de simples ARH ! Nous savions déjà qu'il fallait coordonner le secteur hospitalier avec les secteurs libéral et médico-social.* »¹¹

Ensuite, les pouvoirs publics avaient décidé, à l'occasion de la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie, de tester leur intérêt dans le cadre d'expérimentation. Aucune suite n'a été donnée.

Enfin, l'idée des ARS est revenue sur le devant de la scène dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et de modernisation des politiques de solidarité et de santé. Ce rapprochement entre les secteurs sanitaire et médico-social est cette fois-ci acté et trouve naissance dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) publiée au journal officiel le 21 juillet 2009.

Cette réforme est marquée par la place du secteur médico-social dans la nouvelle organisation. Là réside d'ailleurs tout l'enjeu de cette réforme : intégrer ces deux secteurs, qui ont des problématiques communes, mais qui sont gérés par des entités juridiques distinctes, au sein d'une même organisation.

¹¹ Ivan PAPADACCI, 2009, *La Gazette santé social* dossier « Le médico-social perdant face à la santé ? » n°52

La création de ces ARS répond à un objectif clair, celui de piloter conjointement les secteurs sanitaire et médico-social, au niveau régional, afin de mettre en place un système de santé permettant de gérer des politiques, l'organisation des soins et la maîtrise des dépenses dans les deux secteurs.

Ainsi, le médico-social est affirmé au titre à la fois des missions et du mode de gouvernance des ARS.

En ce qui concerne les missions des ARS, la loi fait référence à deux articles importants : D'une part, l'article L.1411 du CSP qui définit la santé publique au sens large de l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire intégrant, au-delà de l'amélioration de l'état de santé de la population, « la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ». D'autre part, l'article L.311-1 du CASF qui définit les grands principes de l'action sociale et médico-sociale mise en œuvre par les institutions gestionnaires d'établissements et services. Ces deux articles témoignent de l'intégration concrète du secteur médico-social dans les missions mêmes des futures ARS.

La place du médico-social est formalisée. Ainsi, l'agence sera notamment chargée de définir, financer et évaluer les actions visant « à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie » ou chargée encore d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé « afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux ».

Ces agences auront également compétence sur les établissements de l'enfance handicapée

En ce qui concerne le mode de gouvernance des ARS, certaines dispositions intègrent également les problématiques du médico-social. Ainsi, ces agences seront placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. De plus, les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées seront signataires du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence. De manière générale, est inscrite dans les textes une sorte « d'égalité de traitement » entre les secteurs sanitaire et médico-social. Cela s'observe notamment par le fait que les deux ministres sont mis sur un même pied d'égalité dans toutes les dispositions formalisant la gouvernance des agences : conseil de surveillance, conférence régionale de santé, commissions de coordination des politiques.

1.2.2 Les prochaines communautés hospitalières de territoire : jusqu'où la coopération doit-elle s'étendre ?

La création des communautés hospitalières de territoire constitue un bouleversement de l'organisation sanitaire. Pour comprendre leur fonctionnement, revenons d'abord sur l'évolution du paysage sanitaire dans lequel elles s'inscrivent. Elles constituent en quelque sorte la dernière pierre d'un paysage sanitaire en construction depuis les années 1970.

Durant cette période, on évoque l'établissement hospitalier public comme l'établissement « roi » : l'intervention de l'Etat est importante, la Sécurité sociale dispose de ressources financières jugées inépuisables à l'époque compte tenu de la croissance de l'emploi. Dans ces conditions, les hôpitaux se développent sur un modèle autocentré ; chaque ville, quelque soit sa taille, a pour objectif de développer « son » centre hospitalier généraliste, sans souci de complémentarité ou de coopération avec les structures voisines. On développe une culture de l'autonomie des établissements qui va de pair avec la proximité de l'hôpital public avec le pouvoir politique local

Après le choc pétrolier de 1973, les deniers publics s'amointrissent et une réflexion sur les moyens nécessaires permettant d'aboutir à une diminution des coûts hospitaliers est amorcée. La coopération sanitaire apparaît comme une solution adéquate.

Après 1996, les ARH s'imposent et mettent en place des outils permettant de définir l'allocation des ressources aux établissements. C'est la naissance du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). On commence petit à petit à réviser les moyens de financements : la dotation globale d'abord, puis la régulation par le biais du PMSI et enfin la T2A traduisent bien l'évolution de l'hôpital public : on passe d'un système qui prône l'autonomie des structures hospitalières publiques (par le biais notamment de dotations globales, quelque soit l'activité réalisée) à une interdépendance hospitalière nécessaire voire vitale.

Ce changement de contexte favorise ainsi les réflexions sur les coopérations. La notion de cohérence au sein d'un territoire prend de l'ampleur. On repense l'organisation sanitaire au niveau des territoires : l'amorce avait été donnée par l'ordonnance du 4 septembre 2003¹² qui avait supprimé la carte sanitaire et qui avait introduit la notion de « territoire de santé » organisé autour d'un établissement hospitalier de référence. Le rapport LARCHER confirme l'importance de penser l'organisation sanitaire en termes de besoins inscrits sur un territoire : « *L'organisation des soins ne peut que tenir compte des*

¹²

problématiques générales d'aménagement du territoire (bassins de vie et d'emploi, zones d'attractivité, transports...). Il convient résolument de penser cette organisation à partir des besoins et non pas de l'offre ou des structures existantes ».

Emmanuel VIGNERON, Professeur d'aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier, définit les communautés hospitalières de territoire comme la recherche « *d'un bon compromis entre l'effectif de population, l'accès de tous à l'hôpital en un temps acceptable et une taille minimale de l'établissement permettant sa viabilité.* » Ainsi, pour lui, « *il est nécessaire de parvenir à une définition des territoires où les élus, les usagers, les citoyens se reconnaissent au moins autant que l'administration* ». La constitution des CHT n'est que la concrétisation juridique de cette définition.

Il s'agit de trouver un équilibre entre l'administration et les usagers.

Si les objectifs de ce nouveau pilier de l'organisation sanitaire sont clairement définis dans la loi « Hôpital, Santé, Patients, Territoires » : (favoriser une meilleure complémentarité entre les acteurs, mieux répartir les ressources et les activités, valorisation des compétences rares, meilleure organisation de la filière de soins), il n'en demeure pas moins que les écueils de cette réforme ne sont pas négligeables et nous amènent légitimement à nous demander jusqu'où la coopération doit-elle s'étendre ?

Le principe d'une coopération est de rendre davantage de services à une même population, d'offrir davantage de prestations à un besoin plus large. La nature même d'une coopération est donc d'apporter des réponses de proximité. La création de ces CHT ne risque-t-elle pas de dénaturer ces coopérations et rendre obligatoire l'intégration des petites structures dans des « mammoths hospitaliers » dans lesquels l'utilisateur ne serait qu'un pion. Risquent ainsi de se constituer, des CHT par addition d'établissements sans projet, ni restructuration de l'offre.

Cette nouvelle organisation suscite, comme toute réforme, bon nombre d'inquiétudes.

D'abord, pour la population. Il existe un risque de perte de visibilité si la CHT est trop lourde, un risque pour la population de ne pas savoir à qui s'adresser, une perte de services aigus de proximité puisque les activités seront regroupées sur un même territoire au détriment de la proximité géographique des soins.

Ensuite, pour les praticiens hospitaliers. Ils y voient une perte d'identité, des lourdeurs concernant le fonctionnement des structures, un risque de bureaucratie, ou encore un travail multi sites comme obstacle à la permanence des soins.

Puis, pour les directeurs qui se voient, à juste titre, reléguer sur des postes d'adjoints, puisqu'il y aura moins de chefferie d'établissements.

Enfin, pour les élus et présidents de Conseils d'Administration qui voient en ce projet une perte d'influence sur leur commune par le biais notamment de la suppression du Conseil d'Administration de l'établissement local.

2^{ème} partie : Naissance de deux nouveaux partenariats pour la Résidence hospitalière de la Weiss: la conjugaison des intérêts de l'établissement et des personnes âgées

Pour avoir du sens et être dotée d'une certaine légitimité, une démarche de partenariat doit être construite à un double niveau. Elle doit en effet répondre à la fois à des problématiques intrinsèquement liées au fonctionnement des établissements partenaires, mais également apporter des solutions pratiques aux usagers eux-mêmes. C'est en tout cas le constat que je dresse suite aux démarches de partenariat mises en place à la Résidence hospitalière de la Weiss.

2.1 Les intérêts du partenariat pour la Résidence hospitalière de la Weiss

La Résidence hospitalière de la Weiss rencontre deux difficultés conséquentes : un service de soins et de réadaptation en perte de vitesse et un accueil de jour non rentable. Ces deux difficultés mettent à mal la viabilité économique de l'établissement et nécessitent de trouver des solutions rapides. Les partenariats récemment conclus en sont un exemple : cela profite aux activités sanitaire et médico-sociale de la Résidence hospitalière de la Weiss mais également aux autres établissements partenaires.

2.1.1 La réalisation d'une véritable activité de soins de suite et de réadaptation

Un partenariat avec le Centre départemental de repos et de soins de Colmar s'est mis en place petit à petit au courant de l'année 2007. Pour comprendre les intérêts de ce partenariat dans le maintien de l'activité sanitaire de la Résidence hospitalière de la Weiss, il est important d'exposer en amont les problèmes rencontrés par l'établissement de Kayzersberg.

Le service de soins et de réadaptation de Kayzersberg comprend 22 lits et était confronté à trois difficultés majeures.

La première difficulté résidait dans le fait qu'il n'y avait pas de médecin coordonnateur au sein de ce service. Jusqu'au mois d'avril 2007, l'établissement rémunère un médecin

libéral à raison de 0,10 ETP d'un praticien attaché pour la coordination du SSR, et à l'acte les interventions des médecins libéraux. Six principaux médecins libéraux interviennent au sein de ce service. Si la coordination est confiée à l'un d'entre eux, le temps de travail accordé à ce praticien pour la réalisation de cette mission est très réduit. Les conséquences en sont donc importantes : il n'existait pas de commission d'admission c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de « sélection » des patients à l'entrée. Il était ainsi fréquent d'admettre en SSR des patients qui ne relevaient pas spécifiquement de ce service : on admettait des patients en pré-admission d'un USLD ou d'EHPAD c'est-à-dire en attente de place dans ces services. La DMS était donc largement supérieure aux objectifs fixés par l'ARH : 50 jours au lieu de 30 jours.

La deuxième difficulté résidait dans l'absence de transmission des données PMSI. La saisie des données PMSI est une compétence propre du médecin coordonnateur. Il effectue ces saisies d'après les informations recueillies dans les dossiers informatisés des patients. Puisque leur envoi représente la fonction première du médecin coordonnateur, et qu'il n'y en avait pas au sein du SSR, aucune production de statistiques sur l'activité du SSR ne pouvait être réalisée, ce qui n'est pas conforme aux dispositions réglementaires qui imposent aux établissements de santé de transmettre les informations relatives à leur moyen de fonctionnement et à leur activité aux ARH, afin d'élaborer et de réviser la carte sanitaire.

La troisième difficulté résidait dans le fait qu'il n'y avait pas de localisation exacte du SSR au sein de l'établissement. Les lits n'étaient pas ciblés sur un étage mais au contraire répartis sans véritable cohérence dans l'établissement. Il n'y avait pas de découpage exact des secteurs SSR et USLD.

Pour faire face à ces difficultés, un partenariat avec le Centre départemental de repos et de soins de Colmar a été suggéré, ce qui a été profitable à l'établissement de Kaysersberg à plusieurs titres.

Tout d'abord, en ce qui concerne la présence médicale. Une convention de mise à disposition de personnel médical a été signée pour 1,5 ETP de praticien hospitalier, conformément aux objectifs du CPOM de la Résidence hospitalière de la Weiss. Depuis le premier trimestre 2008, un praticien hospitalier est actuellement présent dans l'établissement à hauteur de 0,4 ETP (0,1 ETP en 2007 sur 9 mois) ce qui correspond à quatre demi-journées dans la semaine. Il assure ainsi des fonctions de coordinations, des fonctions administratives, des fonctions de soins et saisit les données PMSI. Si en théorie, la convention de mise à disposition est signée pour 1,5 ETP, la pratique ne permet pas de mettre à disposition un praticien hospitalier à cette hauteur (le CDRS ne

fait pas exception à la règle : comme bon nombre d'établissements de santé, il n'a pas suffisamment de moyens humains et est en attente de recrutements). Il reste ainsi 1,1 ETP de praticien hospitalier vacant dans l'établissement. A cela s'ajoute 1,6 ETP de praticien hospitalier vacant au sein du CDRS. L'intérêt du partenariat est ainsi de regrouper ce temps disponible car il est plus facile de recruter 2,7 ETP de praticien hospitalier plutôt que 1,1 ETP d'un côté et 1,6 de l'autre. L'établissement est ainsi plus attractif. Le partenariat a donc un intérêt en matière de recrutement.

Par ailleurs, grâce à ce partenariat, la présence médicale est accrue et continue. Elle est continue car, en l'absence du praticien hospitalier habituel, c'est un autre praticien du CDRS qui prend le relais et qui assure la permanence médicale au sein de l'Hôpital Local de Kayzersberg. Elle est accrue par la mise en place d'une vidéoconférence. Ainsi, tous les mardis à 8h30, l'équipe de Kayzersberg, composée de l'assistance sociale et du cadre de santé, et celle de Colmar composée du praticien hospitalier exerçant à Kayzersberg accompagné du chef de service du CDRS, échangent sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge de certains patients, les solutions d'hébergement envisageables après l'hospitalisation, les relations avec les familles. C'est un système très apprécié par les deux parties car il permet, d'une part, un échange d'informations hebdomadaire et, d'autre part, il évite tout déplacement et permet ainsi des gains de temps non-négligeables.

Ce système de vidéoconférence est le résultat d'une autre démarche de coopération mise en place en 2007. En effet, le CDRS est un établissement-pivot dans le département du Haut-Rhin et assure la mission de coordination de trois établissements publics et privés, dans le domaine du sanitaire et du médico-social. L'idée était de permettre un travail en réseau entre ces établissements, d'augmenter la présence médicale à l'intérieur des équipes, et de constituer un support dans leurs pratiques professionnelles. C'est ainsi par la mise en place d'une association, l'association *Gériatimage*, que le projet de vidéoconférence a pu être mis en place au sein de ces établissements partenaires.

Ensuite, en ce qui concerne la politique d'admission. Une réunion hebdomadaire a été instituée et regroupe les médecins coordonnateurs du SSR et de l'EHPAD, les cadres de santé des deux sites, l'assistante sociale, la secrétaire médicale ainsi que le directeur. Cette instance est chargée d'évaluer les réels besoins de la personne âgée sollicitant une hospitalisation en SSR et de vérifier si son état relève d'une prise en charge en SSR.

Cette modification de la politique d'admission a eu pour conséquence de diminuer la durée moyenne de séjour. En 2008, le taux d'occupation est en progression : il s'élève à 79%, contre 67% en 2007.

Enfin, par cette démarche de partenariat, la Résidence hospitalière de la Weiss tente de se démarquer sur son territoire de santé en se spécialisant petit à petit pour la prise en charge sanitaire de personnes handicapées mentales qui, suite à une hospitalisation aiguë, nécessitent une prise en charge en SSR. Ces personnes pourront être hospitalisées à Kayzersberg en raison de la confiance partagée entre ces deux établissements : le personnel médical de Kayzersberg est connu des résidents du CDRS, les repères des résidents tentent d'être ainsi préservés. Le CDRS joue un rôle de conseil, un rôle d'accompagnement et s'est rendu disponible pour informer le personnel de Kayzersberg des troubles du comportement rencontrés par cette population.

Cette démarche apporte de la valeur ajoutée aux deux établissements partenaires et, pour reprendre l'expression d'un directeur rencontré lors d'un entretien, permet de « *développer le sens des complémentarités* », base essentielle à toute démarche de coopération.

2.1.2 L'augmentation du taux d'occupation de l'accueil de jour

L'accueil de jour « La Rose des Vents », situé sur le site d'Ammerschwihr, accueille des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Il est ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 17h, 260 jours par an environ. Mis en place en 2007, il comprend 10 places dont 6 à titre permanent. En termes de ressources humaines, l'effectif autorisé est composé de 0,25 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'agent des services hospitaliers, 3 ETP d'aide soignante et enfin de 0,7 ETP d'animateur.

Comme beaucoup de structures du même type, cet accueil de jour n'était pas rentable. En 2008, son taux d'occupation est faible : 48,49%. Peu de journées sont réalisées : 1222 journées réalisées durant la même année. La viabilité économique de cette structure était donc en jeu. Il était nécessaire de comprendre la faiblesse de ce taux d'occupation et de trouver des solutions afin de rendre ce service pérenne. Par manque de solutions, le service risquait de fermer. L'idée était donc d'interpréter la faiblesse de ce taux alors même qu'une convention de partenariat avec deux hôpitaux de jour était signée depuis plus d'un an et qu'un troisième hôpital de jour, récemment créé, est situé à une douzaine de kilomètres d'Ammerschwihr. Après analyse, malgré la convention signée, peu de personnes âgées étaient envoyées par ces deux hôpitaux de jour. Une de mes missions de stage était ainsi de répondre à cette problématique et de trouver des solutions permettant de maintenir ce service à long terme.

J'ai réalisé cette mission en deux phases successives.

La première phase consistait à comprendre le fonctionnement de l'ADJ et surtout de connaître l'image que cette structure véhiculait auprès des partenaires extérieurs. Pour ce faire, il m'est apparu nécessaire de faire un bilan de la première année de fonctionnement de la convention qui liait l'accueil de jour avec deux hôpitaux de jour de Colmar : l'un public, l'autre rattaché à une structure privée. J'ai ainsi réalisé des audits avec les chefs de service de ces hôpitaux de jour afin de comprendre les raisons du manque de coopération avec l'accueil de jour d'Ammerschwihr. Cette étape a été très profitable.

La motivation quant à la conclusion d'une convention avec un accueil de jour a été l'un des premiers points abordés lors des entretiens. En effet, on sait qu'un hôpital de jour s'apparente à du court séjour et ne peut donc pas garder ses patients trop longtemps. Un relais doit se faire avec un accueil de jour. Lors d'un entretien, le chef de service d'une des structures précisait qu'il ne s'engageait pas dans une démarche de partenariat avec n'importe quel établissement: *« Si on signe une convention, on sait pourquoi. Il y a un cahier des charges. On sait que vous avez une psychologue, ce qui est important à nos yeux. Il faut qu'il y ait des activités spécifiques proposées aux personnes qui viennent, on regarde l'environnement, avec un personnel spécifique. Ce n'est pas primordial qu'il y ait une infirmière. »* Par conséquent, l'effectif ainsi que l'organisation du service sont des critères déterminants qui motivent un hôpital de jour à s'engager dans une démarche de partenariat avec un accueil de jour.

La communication entre les partenaires est apparue un point central des entretiens menés. En effet, les avis exposés par mes interlocuteurs étaient similaires et portaient principalement sur l'échec d'une politique de communication. Par exemple, pour l'un des chefs de service, *« une convention doit avoir du sens, elle ne doit pas être plaquée artificiellement. Il est nécessaire de vouloir travailler ensemble et de faire vivre cette convention par un minimum de réunions et de retours d'informations. Nous avons un grand intérêt à ce que cet accueil de jour soit créé. Cette structure se présentait en tant que dynamique : aujourd'hui, la situation n'est plus la même : on appelle et on tombe sur des gens qui ne sont pas motivés ou qui ne savent pas »*. C'est bien ce retour d'informations qui pêchait. L'accueil de jour d'Ammerschwihr ne transmettait pas de listes de personnes présentes au sein de la structure et suivies par l'hôpital de jour concerné. De la même manière, aucune réunion régulière entre les équipes des deux structures n'avait été instituée, ou encore aucune information n'était transmise par mail. Or, il est

important pour un hôpital de jour « *d'avoir un œil sur le patient* » pour reprendre l'expression d'un des deux chefs de service. Autrement dit, le partenariat en l'espèce se résumait à une convention commune, sans outil permettait de la faire vivre.

La seconde phase du travail consistait à mettre en place des outils de partenariat. En effet, au vu des éléments recueillis lors des entretiens, il était indispensable de mettre en place des outils de suivi des personnes âgées entre les deux structures. Il a fallu réfléchir à la mise en place d'outils de travail. Le cadre de santé était pleinement concerné par cette réflexion. Des mesures ont ainsi été prises très rapidement, et ont conditionné l'augmentation du taux d'occupation de l'accueil de jour. Il s'agit concrètement de :

- La nomination d'un interlocuteur référent pour les hôpitaux de jour, à savoir le cadre de santé de cette structure qui est allé se présenter aux chefs de services partenaires.
- La mise en place d'une politique de communication qui se traduit concrètement par l'instauration de réunions annuelles, l'envoi de feuilles de présences journalières ainsi que l'échange de mails en cas de difficultés dans la prise en charge médico-sociale d'une personne âgée.
- La mise en place d'un transport conformément au décret du 11 mai 2007 qui impose aux établissements de prévoir des modalités d'organisation de transports adaptés aux besoins des personnes accueillies.¹³

Grâce à l'instauration de ces mesures, le taux d'occupation est en augmentation : sur le premier semestre 2009, il atteint 66,56% ce qui est encore loin de l'objectif de 82 % fixé en accord avec le Conseil Général.

Le partenariat trouve ici tout son sens : c'est à l'aide des autres, en écoutant leurs attentes et en formalisant les nôtres qu'il est possible d'avancer et de continuer à offrir une prestation de proximité aux usagers.

¹³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel, n°110 du 12 mai 2007

2.1.3 Les intérêts des établissements partenaires

Les intérêts du partenariat dépassent les frontières de Kayzersberg. Les deux principaux partenaires que sont le Centre départemental de repos et de soins de Colmar et l'hôpital de jour de Ribeauvillé trouvent également leur place dans une démarche de coopération.

Tout d'abord, en ce qui concerne le CDRS, les intérêts à s'engager dans une démarche de partenariat étaient au départ limités. Le directeur a d'ailleurs un regard critique sur cette démarche car, lorsque son établissement s'est engagé dans une telle démarche en 2004, il avait le sentiment que « *le CDRS offrait du partenariat mais n'avait rien en retour* ». Pour lui, le rôle du CDRS est un « *un rôle de fournisseur de médecins coordonnateurs* » car il exerce une mission de coordination des maisons de retraites environnantes. Il s'agit en quelque sorte, pour reprendre son expression, « *d'un partenariat à sens unique* » qui profite davantage aux petites structures sanitaires et médico-sociales qu'à celle qu'il dirige dans la mesure où le CDRS compte près de 600 lits et dispose d'un large panel de moyens humains. Ce sentiment de ne pas tirer de valeur ajoutée à cette démarche de partenariat s'est dissout en 2007, à compter de la création de l'association *Gérialimage* : Etant porteur du projet, le CDRS a bénéficié directement de l'impact politique dû au caractère innovant de ce nouveau concept de vidéoconférence. La balance s'est petit à petit rééquilibrée, les liens avec la Résidence hospitalière de la Weiss ont pris du corps et ont permis de créer des opportunités pour les malades : pour exemple, la prise en charge sanitaire à Kayzersberg des personnes handicapées mentales résidant au CDRS. Ainsi, grâce à la convention signée entre ces deux structures, les relations ont pris du poids et ont permis de concrétiser ces échanges entre patients.

Ensuite, l'hôpital de jour de Ribeauvillé trouve lui aussi une utilité à coopérer avec un accueil de jour, d'autant plus avec celui d'Ammerschwihr éloigné d'une douzaine de kilomètres. Cet hôpital de jour est récent : il a été créé en 2007 tout comme l'accueil de jour. Le partenariat avec une structure médico-sociale est important dans la mesure où l'établissement de Ribeauvillé, structure sanitaire, doit se recentrer sur ses véritables missions d'hôpital de jour c'est-à-dire sur sa mission de soin : diagnostic et évaluation, mais aussi traitement, rééducation et suivi, sans oublier l'aspect de prise en charge globale de la personne âgée. Jusqu'à présent, l'hôpital de jour faisait de l'occupationnel et empiétait sur les missions d'un accueil de jour. Les missions d'un accueil de jour sont clairement d'ordre social en veillant à redonner un rôle social à la personne âgée, en se

servant des capacités restantes et en évitant l'échec. Pour l'hôpital de jour de Ribeauvillé, ce partenariat permet de diminuer la durée moyenne de séjour et de recentrer ses actions autour du soin. Une convention de coopération a été signée courant du premier trimestre 2009 et une première réunion entre les deux établissements s'est tenue en juin 2009. Cette réunion avait pour objet la réalisation d'un bilan des premiers mois de fonctionnement de la convention. Le partenariat étant naissant, et sa mise en place encore bancal, des axes d'amélioration ont été trouvés. Ainsi, il a été décidé :

- de prévoir des réunions d'échanges une à deux fois par an entre les professionnels des deux établissements
- de recevoir les nouvelles admissions de l'accueil de jour suivis par l'hôpital de jour en présence d'un représentant de chaque structure lors d'une réunion commune. Cette réunion, permettrait aux familles de découvrir le fonctionnement d'un accueil de jour et d'avoir un premier contact avec le cadre de cette structure.
- de mettre en place une fiche de liaison entre professionnels de chaque structure.

Par ailleurs, l'hôpital de jour s'est proposé de réaliser des évaluations gériatriques. Une convention formalisant cette prestation sera établie.

A en croire ces expériences, le partenariat offre aux établissements membres des avantages qu'ils ne sauraient obtenir seuls. Toutefois, il existe parfois des échecs qui mettent en péril la coopération. Preuve en est par exemple la création du poste d'assistante sociale relais personnes âgées.

La création de ce poste dans le cadre du plan urgences part d'un constat simple : la personne âgée est très souvent hospitalisée via les urgences par manque d'information des disponibilités des établissements d'accueil pour personnes âgées et par absence d'évaluation des possibilités de retour à domicile. La présence d'une assistante sociale permet d'éviter ou de raccourcir certaines hospitalisations par la mise en place d'une coordination des professionnels. La mission de l'assistante sociale relais personnes âgées serait ainsi d'organiser la sortie des patients des centres hospitaliers vers les hôpitaux locaux lorsque les besoins des personnes âgées existent. Son temps de travail serait ainsi partagé entre les hôpitaux locaux du territoire de santé. Le poste a été créé début 2008 : après quelques mois de fonctionnement, il apparaît clairement que la coopération espérée entre les établissements locaux est un échec. Les différents partenaires s'accordent à dire qu'il serait plus opportun de créer des postes d'assistante sociale dans chaque établissement disposant de lits de SSR afin de libérer des places plus rapidement. Autrement dit, les partenaires ne voient pas l'intérêt d'une assistante

sociale partagée et préfèrent opter pour un poste propre à chaque établissement. Il est parfois difficile de faire primer l'intérêt collectif sur l'intérêt de chaque structure.

2.2 Les intérêts du partenariat pour les usagers

La raison d'être du partenariat peut se résumer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées ou handicapées. C'est du moins l'objectif principal poursuivi par la Résidence hospitalière de la Weiss et ses partenaires.

2.2.1 La prise en soins des personnes handicapées du CDRS

Si en pratique il est ouvert à l'ensemble des personnes hébergées dans des structures médico-sociales, le partenariat est né de la volonté d'ouvrir des ponts en faveur des personnes handicapées mentales. C'est au cours d'un entretien obtenu avec le médecin gériatre du CDRS que j'ai pu comprendre les raisons qui ont justifié une coopération pour ce public.

L'entretien a débuté par l'explication d'un cas concret que je reprends: une personne adulte atteinte de Trisomie 21 qui se fracture un os doit être hospitalisée, comme tout individu, dans un service compétent. Or, la plupart du temps, les équipes ne sont pas formées à la prise en charge d'une personne handicapée mentale dans un service de soins aigus et le risque est de limiter au maximum le séjour de cet individu alors même qu'il nécessite des soins adéquats.

Dans l'enquête PACA réalisée par Pierre VERGER en 2008¹⁴, certains médecins du panel interrogé ont exprimé un malaise dans la prise en charge des personnes handicapées, les réponses étant significativement différentes selon qu'il s'agisse d'un handicap mental ou physique : la proportion des médecins se sentant mal à l'aise dans la prise en charge d'une personne handicapée mentale s'élève à 21,6% contre 8,2% lorsqu'il s'agit d'un handicap physique.

L'idée est ainsi d'offrir aux personnes handicapées mentales du CDRS qui le nécessitent des soins de réadaptation. En 2008, l'âge moyen des patients suivis dans notre SSR et en provenance du CDRS s'élève à 69 ans. Certains d'entre eux avaient le statut de

¹⁴ Rapport de la commission d'audition janvier 2009 *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*, page 27

personne handicapée avant leurs 60 ans et entrent sous le vocable des personnes handicapées vieillissantes. Il n'y a pas de réelle définition de ce public.

Au plan administratif, l'âge limite retenu est 60 ans. C'est l'âge à partir duquel le tarificateur arrête une prise en charge : un individu peut ainsi avoir le statut de personne handicapée avant 60 ans et à compter de cet âge être transformé en simple personne âgée. Une personne handicapée vieillissante peut être ainsi définie comme celle qui était déjà en situation de handicap avant d'entamer un processus de vieillissement. En quelque sorte, se rajoute de l'incapacité à une incapacité déjà existante.

L'enjeu est important car les personnes handicapées ont une longévité de plus en plus grande : les trisomiques gagnent par exemple trois mois d'espérance de vie par an.

Pour la majorité de cette population qui n'avait qu'une déficience intellectuelle ou mentale à l'origine, des déficiences physiques s'ajoutent désormais aux autres : troubles sensoriels, troubles digestifs, troubles cardiovasculaires fréquents ou encore des troubles psychopathologiques qui prennent la forme de dépressions, de pertes de repères importants mais difficilement diagnostiqués car il n'y a souvent pas de verbalisation des éléments dépressifs.

Il est actuellement difficile de chiffrer le nombre de personnes handicapées vieillissantes : on table actuellement sur 19000 personnes de plus de 60 ans qui résident ou non en institution. Pour ce praticien hospitalier du CDRS, la société est face à « *un défi d'une nouvelle gérontologie* ». La prise de conscience au niveau national est tardive, principalement en raison des coûts que cela engendre. Il me donnait une donnée concrète qui illustre bien cette difficulté : « *on dépense autant pour 10% de personnes handicapées que 100% de personnes âgées.* »

Face à ces constats généraux, aux besoins de soins de rééducation et de réadaptation des personnes handicapées mentales, la problématique posée aux établissements partenaires était de savoir comment assurer la continuité de la prise en charge en limitant les changements d'environnements, sources de perturbation pour ce public.

Des échanges ont été formalisés entre ces deux structures, par le biais d'une convention qui prévoyait ainsi que les personnes handicapées mentales du CDRS qui nécessitent des soins de rééducation et de réadaptation seront hospitalisées au sein de notre SSR.

S'il a été impossible de rencontrer une personne handicapée mentale afin qu'elle me parle de son sentiment vis-à-vis de cet partenariat, en raison de ses troubles mentaux, j'ai évoqué ce thème, à plusieurs reprises, avec les deux praticiens hospitaliers qui interviennent au sein du SSR de Kayzersberg. Pour eux, les intérêts pour ce public sont

nombreux : des soins adaptés, un corps médical qu'ils connaissent puisque ce sont les mêmes médecins gériatres qui les suivent, un personnel qui est formé à la prise en charge de ce public et qui connaît ces troubles du comportement.

Par ailleurs, en tant que directeur d'établissement, il faut scrupuleusement veiller à ce qu'une solution en aval soit apportée afin de ne pas faire chuter la DMS. Un partenaire en aval est essentiel.

2.2.2 L'existence d'un transport

La mise en place d'un transport au sein de l'accueil de jour a eu un double effet :

Si l'objectif premier était de se conformer aux exigences réglementaires¹⁵ et aux contraintes des tutelles, ce projet a été un moyen de développer un partenariat entre deux structures et une manière concrète d'améliorer la vie quotidienne des accueillis. Avant d'examiner comment la démarche de partenariat a été intégrée au travers de ce projet et surtout, en quoi elle a profité aux usagers eux-mêmes, intéressons nous d'abord à la présentation du dispositif et à sa mise en place.

Le décret de mai 2007 impose aux établissements d'organiser une modalité de transport et dispose en ce sens, que les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes bénéficiant d'un accueil de jour sont pris en charge par l'assurance maladie sous forme d'un forfait journalier applicable au nombre de places autorisées. Pour les accueils de jours annexés, ce montant se calcule par rapport à la formule suivante : 8,35 euros x nombre de places autorisées x 365 jours financés à 100 % par la dotation soins. Au vu de ces éléments, la Résidence hospitalière de la Weiss a pu bénéficier de 30 480 euros en recette de l'assurance maladie.

Nous avons donc cherché des solutions afin de répondre à cette problématique.

Dans un premier temps, nous avons réfléchi à nos besoins. Même si aucun texte ne l'exigeait, il nous paraissait essentiel de prévoir deux personnes dans le véhicule : un chauffeur et un accompagnateur. Cet accompagnateur aurait une double mission : d'une part, rassurer et aider les accueillis durant le voyage et d'autre part, répondre aux

¹⁵ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel, n°110 du 12 mai 2007

éventuelles difficultés logistiques pendant le trajet. La présence de l'établissement qui se prolongeait durant le transport, nous semblait importante. En outre, les horaires de ramassage ne devaient pas perturber le planning d'activités prévues pour la journée, au sein de l'accueil de jour : les accueillis arrivant à 9h et repartant à 17h, la prestation devait tenir compte de ces horaires d'ouverture. Enfin, la prestation devait être réalisée dans un périmètre de 20 kilomètres et tenir compte du lieu d'habitation de l'accueilli.

Il fallait effectivement envisager l'hypothèse dans laquelle une personne âgée habitait de manière isolée dans les Vosges. A partir du moment où cette personne résidait au sein d'un périmètre que nous nous étions fixés, et que la route était accessible, il a été convenu que la personne âgée pourra bénéficier de la navette.

Dans un second temps, une fois nos besoins définis, nous nous sommes tournés vers des prestataires locaux capables de répondre à nos demandes. Une des difficultés a été de trouver un prestataire qui était en mesure de respecter nos horaires. La majorité d'entre eux pouvait offrir une prestation avec des horaires décalés : le matin, une arrivée prévue à 10h et le soir un retour à 17h30 ce qui n'était pas envisageable dans la mesure où les activités de l'accueil de jour débutaient à 10h.

Par ailleurs, il nous semblait important que la présence de l'établissement soit prolongée au sein du véhicule par la présence d'un agent de l'établissement qui assure le lien avec les équipes d'un côté et les familles de l'autre. De ce fait, nous avons préféré recruter un accompagnateur en interne. En fonction des distances susceptibles d'être parcourues et de la durée passée dans le véhicule, nous avons opté pour un recrutement à mi-temps.

Compte tenu de l'absence d'aide financière de la part de la Communauté des communes, une participation forfaitaire de 10 euros a été demandée aux usagers : certes il s'agit d'un coût non négligeable lorsque la personne utilise la navette 2 à 3 fois par semaine, mais ramené au coût d'un taxi, la personne âgée est nettement gagnante financièrement.

L'organisation du transport en interne a été envisagée mais a très vite été écartée principalement en raison du coût. Après étude, le coût prévisionnel s'élevait à 55 000 euros pour un véhicule de 7 personnes à véhiculer. A cela s'ajoutaient les frais de personnel liés au recrutement d'un chauffeur. Il fallait tenir compte des arrêts maladie du personnel, les accidents de trajet et toute la responsabilité qui aurait pesé sur la structure et le personnel durant le transport des accueillis.

Ce projet a permis d'améliorer la vie quotidienne des usagers.

D'une part, en ce qui concerne les familles .En effet, les conjoints des personnes atteintes de ces troubles sont majoritairement âgés et ne peuvent plus conduire. Ils font appel à des compagnies de taxis, ce qui coûte cher et limitent ainsi la fréquentation de l'accueil de jour. L'organisation de la navette a permis en quelque sorte de se substituer aux carences des familles et aux aidants naturels de se reposer davantage. A titre d'exemple, un homme âgé n'avait plus aucun moyen de transport pour se rendre à l'accueil de jour alors même que son état le justifiait. Il habitait dans les Vosges, dans un coin difficile d'accès. Le transport était un frein à sa fréquentation de notre accueil de jour. La navette lui a permis de retrouver du lien social plusieurs fois par semaine. Ainsi, à plusieurs reprises, les familles faisaient part de leur satisfaction quant à l'ouverture de cette prestation supplémentaire, voyant là une amélioration de leur qualité de vie.

D'autre part, en ce qui concerne les accueillis. Il m'était important de recueillir leur avis quant à la navette qu'ils utilisaient plusieurs fois par semaine. Ne sachant pas quelles personnes âgées étaient capables de répondre à mes questions au cours d'un entretien, je me suis renseignée auprès de la psychologue de la structure. Elle m'a présentée à deux femmes âgées de 85 ans, originaires de Ribeauvillé et suivies par l'hôpital de jour de cette commune. Elles empruntaient la navette deux fois par semaines et qui étaient tout à fait d'accord pour échanger avec moi sur ce point. A travers cet échange assez bref disons le (30 minutes), j'ai mesuré toute la reconnaissance qu'elles avaient vis-à-vis des équipes de l'accueil de jour. Elles considèrent que le transport « *est une bonne chose* », et qu'elles sont agréablement prises en charge. Elles m'ont expliqué le fonctionnement : juste avant de prendre la navette, l'accompagnateur téléphone à leur domicile et dit « *Soyez prête, nous arrivons !* ». Cette organisation leur permet d'avoir des repères, de discuter durant le trajet, et permet à leurs enfants de continuer à exercer leur activité professionnelle. Par ailleurs, elles n'ont aucune difficulté à monter et descendre du véhicule : « *Nous ne sommes pas des grands- mères !* » m'a-t-on répondu.

Ces deux personnes âgées sont suivies par l'hôpital de jour de Ribeauvillé. D'une manière générale, lorsqu'une prise en charge au sein d'un accueil de jour est proposée aux familles, celles-ci hésitent notamment en raison du coût du transport qui n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. En effet, en ce qui concerne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, les frais de transports ne sont pas remboursés lorsqu'ils se rendent dans un accueil de jour, à l'inverse d'un hôpital de jour car c'est une structure sanitaire. Il est vrai qu'en tant que directeur d'établissement, il apparaît difficile de comprendre ces différences car si l'accueil de jour ne constitue pas en

soi une structure thérapeutique, il s'agit d'un maillon qui participe directement à la prise en soins de ces malades.

Néanmoins, lorsque les familles constatent que les équipes entre les deux structures se connaissent, qu'une visite de l'accueil de jour est proposée et qu'un moyen de transport relie les deux communes à un prix relativement bas si on le compare à une société de taxis, elles sont favorables à cette organisation et acceptent la proposition. Elles se sentent rassurées par cette collaboration.

2.2.3 Une meilleure coordination des professionnels au service des usagers

Pour reprendre les termes de Patrick FOURNIER, praticien hospitalier et chef de service de la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Lens (62)¹⁶, « *l'un des principes de base pour pouvoir faire fonctionner la coordination, c'est accepter de perdre du pouvoir pour gagner de la qualité* ».

L'idée est donc d'organiser les réponses multi professionnelles indispensables dans la prise en charge des usagers, afin de rendre leur travail plus cohérent et d'éviter l'éparpillement des prestations. Organiser la coordination revient à savoir partager l'information, dégager du temps de synthèse, respecter la liberté de choix de l'utilisateur et négocier les décisions avec les autres partenaires.

La gérontologie est un terrain particulièrement fertile pour des démarches de coopération. Deux remarques à ce sujet.

Tout d'abord, la prise en charge des personnes âgées est une prise en charge globale qui nécessite une intervention de tous les acteurs de terrain qui gravitent autour d'elles : médecins, psychologues, ergothérapeutes, soignants, assistantes sociales... La multiplicité des problèmes et leur complexité conduisent inévitablement à rechercher des réponses pluri professionnelles. C'est grâce à l'intervention coordonnée de toutes ces compétences qu'une réponse adaptée aux besoins et aux désirs de la personne âgée pourra être apportée.

Ensuite, instaurer une coordination, c'est cordonner les secteurs sanitaire, social et médico-social. Les liens entre ces secteurs sont indéniables et la coordination des trois

¹⁶FOURNIER Patrick, 2002 « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique », Fondation nationale de Gérontologie, *Gérontologie et société. Réseaux et Coordination*. n°100, pp 131-147

secteurs contribue à rendre cohérent l'analyse des problèmes et facilite la prise en charge adaptée.

Ainsi, coordonner la prise en charge revient d'une part à associer les différents professionnels afin de les rendre complémentaires et, d'autre part, à unir les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Au sein du service SSR de la Résidence hospitalière de la Weiss, la coordination se fait grâce au partage de temps médical avec le CDRS. Des réunions hebdomadaires sont programmées, par le biais de la vidéoconférence, entre les équipes du CDRS et de Kaysersberg afin de répondre aux situations difficiles et de dépister les situations de précarité. Cette coordination permet une bonne gestion des sorties en SSR, vers d'autres structures médico-sociales ou vers le domicile. A ce titre, les bonnes relations entre les assistantes sociales du secteur gériatrique et l'assistante sociale de la Résidence hospitalière de la Weiss, sont un gage de qualité.

La coordination est en marche également au sein de l'accueil de jour. Grâce au naissant partenariat avec l'hôpital de jour de Ribeauvillé, des solutions de coordination sont en place : rencontres des équipes, réunions annuelles, rencontre des familles en présence du médecin de l'hôpital de jour et du cadre de santé de l'accueil de jour. Le prochain projet est de partager en réseau le dossier informatisé des personnes âgées suivies en commun. Ce projet est rendu possible notamment par l'utilisation du même programme de gestion informatisée de dossier du patient (ASC2I).

Si la coordination des professionnels est un gage de qualité pour les usagers, elle est parfois difficile à obtenir, notamment du fait des médecins libéraux. Un médecin libéral me disait qu'il n'existe pas pour lui de concurrence entre le secteur libéral et le secteur hospitalier, mais qu'il a, tout de même, parfois du mal à comprendre le mécanisme hospitalier : la DMS à 30 jours dans le SSR est pour lui un frein à une bonne prise en charge de ses patients.

Concernant les médecins libéraux, une remarque mérite réflexion. Une des spécificités de l'hôpital local est que son fonctionnement repose essentiellement sur l'intervention de médecins généralistes libéraux¹⁷.

En tant que directeur d'établissement, il apparaît difficile de comprendre cette spécificité. La prise en charge des patients âgés à domicile est le fait des médecins de ville. Or, leur

¹⁷ Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

intervention dans un service de soins risque de remettre en question le positionnement de praticiens hospitaliers comme spécialistes d'une médecine globale en direction des plus âgés. J'ai pu constater sur le terrain, que la présence de médecins libéraux en SSR ne permet pas aux praticiens hospitaliers d'avoir la maîtrise médicale dans leurs services et nuit à une bonne prise en charge des patients. A mon sens, il s'agit d'un exemple de coopération (médecine de ville/hôpital) qui n'apporte pas de valeur ajoutée aux personnes âgées, ni même aux hôpitaux locaux car cela complexifie leur fonctionnement.

3^{ème} partie : Comment rendre des coopérations viables et durables?

Nous avons pu le constater, le partenariat inter-établissements profite tant aux établissements qu'aux usagers eux-mêmes. Or, s'il n'est pas régulièrement entretenu, le partenariat peut perdre ses effets bénéfiques. Le terrain de stage ainsi que les entretiens menés m'ont permis de réfléchir à la manière dont on peut rendre un partenariat viable et durable dans le temps. Voici donc des propositions applicables au partenariat conclu entre le CDRS et la Résidence hospitalière de la Weiss, mais qui peuvent bien entendu trouver corps dans d'autres modèles de coopérations.

3.1 Un environnement favorable conditionnant la viabilité des projets

Au cours de mon stage, j'ai pu constater que la solidité d'un partenariat repose sur trois principaux piliers que sont la motivation des partenaires, l'encouragement des autorités de tutelle et enfin, la formalisation des accords.

3.1.1 Une condition sine qua non : une réelle motivation des établissements

C'est la condition indispensable à la mise en œuvre d'une démarche de coopération. Coopérer n'est pas chose facile. Cela demande un investissement important, un temps d'échanges non-négligeable et une disponibilité des acteurs. C'est seulement si ces conditions de création sont réunies qu'il sera intéressant de coopérer. Coopérer, c'est avant tout se connaître et se reconnaître.

En tant que directeur, il me semble que la coopération ne peut être mise en œuvre sans une volonté des acteurs clairement affirmée. L'outil principal permettant de mesurer cette volonté des établissements partenaires est le projet d'établissement. Le projet d'établissement définit les objectifs généraux de l'établissement en matière de prise en charge des usagers, détermine les moyens nécessaires pour réaliser ces objectifs et assure les perspectives stratégiques de l'établissement. Au cœur de la coopération, le projet d'établissement conditionne la viabilité, mais aussi la pérennité, de chaque établissement mais fixe également les objectifs de la coopération. Autrement dit, le projet

d'établissement est un instrument de viabilité d'une action de coopération, non pas qu'en son absence, toute action de coopération n'a pas d'existence, mais qu'il constitue un outil efficace. Chaque établissement doit se positionner de manière rationnelle avec les autres acteurs. Ils doivent mener ensemble une étude de leur environnement afin de se positionner au sein de leur territoire. La motivation des établissements s'observe dans l'inscription ou non des actions de coopération au projet d'établissement. Affichée clairement dans les projets d'établissement, la coopération doit permettre de déterminer une offre commune et concertée. La place donnée à la coopération dans le projet d'établissement témoignera de l'engagement et de la volonté des directeurs et des équipes autour de cette dynamique

Autres outils permettant d'affirmer la volonté des acteurs: la politique d'échanges des établissements partenaires. Pour coopérer, les établissements doivent multiplier les échanges : rencontres des agents, visites des établissements, mise en place de groupes de travail en commun afin de rendre les directeurs et leurs équipes acteurs des actions de coopération.

Il faut également donner du sens au projet. Cette mission incombe principalement au directeur. En effet, le rôle du directeur est de guider les professionnels, de les fédérer. Il doit faire preuve de pédagogie afin d'explicitier les raisons du projet, car une absence de réponse risque de conduire à des résistances, des crises. Les agents ont besoin de s'appropriier le projet en comprenant l'intérêt d'une telle démarche, et c'est au directeur que revient cette mission de communication.

A Kayzersberg, les actions de coopération étudiées dans la présente étude figurent dans le projet d'établissement 2008-2012. Par ailleurs, il est intéressant de constater que l'inscription du partenariat avec le CDRS autour du public des personnes handicapées, résulte des propositions mêmes des agents, lors de groupes de travail nécessaires à l'élaboration d'un projet d'établissement.

Autrement dit, le projet a tout de suite eu du sens car il était le résultat d'une proposition des agents, ce qui est toujours plus facile pour le directeur

3.1.2 Une absence de contrainte voire un encouragement des tutelles

Une action de coopération prend du sens si elle est reconnue ou encouragée par les tutelles, c'est du moins l'avis de certains acteurs de terrain rencontrés durant mon stage (directeurs, praticiens hospitaliers). Pour perdurer, l'initiative prise par un établissement partenaire nécessite d'être encouragée par les autorités de tutelle. J'ai voulu rencontrer des représentants des tutelles afin de confronter leur vision à celle déjà obtenue en amont par ces autres acteurs. Deux entretiens ont ainsi été planifiés avec des représentants de l'ARH Alsace et de la DDASS du Haut-Rhin. Le discours est identique et consiste à encourager les actions de coopération entre établissements.

Pour le représentant de l'ARH, *« la coopération ne s'impose pas. »*. Elle recouvre *« les opérations qui répondent à des intérêts obligatoirement partagés »*. Tous deux s'accordent à dire que, pour fonctionner, la coopération doit reposer sur le volontariat. C'est d'ailleurs un pilier qui est respecté par les tutelles : même s'ils ont la possibilité de contraindre des établissements à coopérer –c'est une de leurs prérogatives– elle n'est utilisée que de manière marginale. *« De manière marginale, on est fortement incitatif. On utilise les autorisations : c'est par ce biais qu'on impose une action de coopération. Par exemple, on vous autorise à prendre ce scanner mais on vous impose un GCS pour l'utilisation de cette activité »*.

Les représentants rencontrés conçoivent leur rôle comme un rôle d'accompagnement. Le représentant de la DDASS me disait qu'il est là *« pour accompagner et faciliter des actions de coopération »*. Il conseille sur le mode juridique à choisir et incite les établissements à intégrer des actions de coopération dans les projets d'établissement ou tout autre document stratégique de l'établissement (CPOM ...). En découle l'efficience de l'établissement pour reprendre le terme utilisé par mon interlocuteur : *« Les critères d'efficience de certains établissements sont moins bons car ils n'ont pas assez réfléchi à des actions de coopération »*. Pour prendre en compte les besoins des usagers et être à leur service, *« les acteurs doivent être derrière un projet commun. »* Pour le représentant de l'ARH, *« le poids des acteurs est le même. Il est important de faire rencontrer les acteurs, important de connaître l'autre, des barrières peuvent tomber »*.

Le regard porté par les autorités de tutelles est assez riche de sens et est encourageant pour les acteurs. Seulement, il me semble important de dire que l'accompagnement doit se faire à la demande des établissements partenaires, s'ils estiment qu'il y a un besoin en ce sens. Ainsi, pour un projet de coopération qui ne prévoit aucun financement particulier de l'ARH, il est légitime de se demander en quoi l'accompagnement de l'ARH apporte une

valeur ajoutée au projet. En tant que directeur, il faut rappeler que la gestion stratégique et politique de l'établissement nous appartient. Il est ainsi de notre ressort de mettre en place des actions de coopérations, sans forcément attendre le feu vert de nos tutelles, à partir du moment où aucun financement supplémentaire ne sera octroyé.

Cela intéresse les décideurs d'avoir des structures avec lesquelles ils peuvent avoir la certitude d'avoir des recrutements et des prestations.

3.1.3 Une convention constitutive formalisée

Pour assurer le bon fonctionnement d'une action de coopération, il est prudent de formaliser les droits et obligations de chaque membre. La convention représente « l'acte de naissance » de la coopération. Ainsi, pour être viable et reconnue, la coopération doit exister juridiquement. Attention toutefois à ne pas enfermer le partenariat dans un formalisme juridique aigu. Comme me le disait un directeur, la coopération ne se résume pas à la signature d'une convention commune : pour reprendre ses dires, « *il faut faire vivre cette convention* » en permettant la rencontre entre les signataires, entre les acteurs, en élaborant des pistes d'évolutions déterminées en fonction des besoins des établissements partenaires.

L'élaboration de la convention est une étape importante du partenariat qu'il ne faut pas négliger. A ce sujet, deux points, résultant de difficultés observées sur le terrain, méritent d'être mentionnés.

Tout d'abord, il est important d'anticiper les besoins des établissements partenaires, de recenser les clauses qui risquent d'être nécessaires au bon fonctionnement du partenariat. C'est une difficulté dans la mesure où il n'est parfois pas évident de se projeter dans l'avenir et de déterminer des besoins qui ne sont pas encore existants. Par exemple, la convention signée entre le CDRS et la RHW de Kaysersberg, était assez générique. Elle ne prévoyait pas de modalités d'évaluation, ce que l'ARH nous a, par la suite, reproché. De plus, quelques mois après la signature de la présente convention, nous avons décidé de mettre en place des échanges de personnels¹⁸. Or cette possibilité n'était pas prévue dans une clause de la convention.

En tant que directeur, il est donc important, lorsqu'on rédige une convention, de projeter son établissement dans l'avenir, à plus ou moins long terme, afin d'éviter des

¹⁸ Cf. partie 3.2.1 du présent mémoire

modifications de conventions qui sont des pertes de temps inutiles. Une des missions du directeur est ainsi d'anticiper les besoins de son établissement, de ses usagers, et de s'intégrer dans un réseau même si ses besoins ne sont pas immédiats.

Ensuite, dans la même lignée, il est important également de ne pas enfermer l'objet de la convention dans un cercle trop réduit. La convention vit, les besoins des partenaires évoluent et il faut en tenir compte au moment de la rédaction. Par exemple, si les établissements veulent constituer un GCSMS pour recruter du personnel en commun, peut être que d'autres besoins apparaîtront à plus ou moins long terme: actions de formations communes, mutualisation de moyens matériels...D'où l'importance de ne pas enfermer l'objet de la convention dans un périmètre réduit du type *Mutualisation de compétences par l'intervention de professionnels dans les établissements membres* et de trouver un terme plus général qui englobe toutes ces possibilités tel que par exemple, *la promotion d'actions visant à l'amélioration de la qualité des prestations offertes* . La mise en place d'un groupement prend du temps car la procédure d'enregistrement est longue, mieux vaut donc anticiper les choses pour ne pas devoir modifier l'objet du groupement quelques mois seulement après sa signature.

3.2 Des évolutions possibles rendant les projets pérennes

Pour devenir durable dans le temps, une action de coopération ne doit pas être figée sur un axe particulier. Au contraire, c'est en rendant le partenariat évolutif, qu'il est possible de l'inscrire dans le temps. Voici deux propositions d'évolutions envisageables.

3.2.1 Favoriser les échanges pour renforcer la coopération

La coopération prend la forme d'un partage de moyens ou d'expériences qui traduisent la volonté des directeurs d'utiliser au mieux les moyens alloués et d'améliorer la qualité des prestations offertes aux usagers. Le partenariat a également l'ambition d'offrir de meilleures conditions de travail et de donner la possibilité aux agents de l'établissement d'ouvrir leur horizon professionnel. Ainsi, développer les échanges, c'est partager des documents, partager des ressources humaines, des moyens matériels, organiser des actions de formations communes ou encore proposer, sur la base du volontariat, aux agents de changer temporairement de structure.

Tout d'abord, des ressources humaines peuvent être partagées. En effet, les établissements ont souvent des difficultés à recruter des professionnels qualifiés en raison des temps de travail réduits que ces établissements sont en mesure d'offrir. A deux, le recrutement devient possible et attractif : la prise en charge de l'utilisateur est ainsi de meilleure qualité en raison de son aspect multidisciplinaire et le panel de prestations offertes est largement développé. Le recrutement du praticien hospitalier à la Résidence hospitalière de la Weiss s'est fait de cette manière. L'établissement étant peu attractif car offrant un temps de travail de 1,5 ETP, le recrutement s'est fait avec le CDRS qui avait les moyens humains pour mettre à disposition de la Résidence hospitalière de la Weiss, un praticien hospitalier à hauteur de 0,4 ETP. Actuellement, il reste 2,7 ETP vacants dans ces deux établissements (1,6 ETP au CDRS et 1,1 ETP à Kayzersberg) et le recrutement continu d'être mutualisé. Le partage de ressources humaines peut être également élargi à d'autres compétences rares comme les kinésithérapeutes, en raison des problèmes de recrutement que rencontrent, de manière générale, les établissements à vocation gériatrique ou encore comme les animateurs non pas parce que ce sont des compétences rares, mais parce qu'ils sont souvent isolés dans leur établissement. Les animateurs pourraient ainsi partager leurs expériences, leur vécu, s'ouvrir à d'autres pratiques et, par ce biais, offrir une palette d'activités plus diversifiée aux usagers qui ont plus ou moins le même profil.

Ensuite, des moyens humains et matériels peuvent être mis en commun au niveau des services logistiques. A titre d'exemple, on peut citer la mutualisation des astreintes techniques, envisageable du fait du faible éloignement géographique qui sépare le CDRS de la Résidence hospitalière de la Weiss. L'intérêt est surtout d'ordre économique : une astreinte commune a l'avantage de diminuer pour chaque agent le nombre d'astreintes à assurer et, par voie de conséquence, de réduire le coût pour les établissements. Sa mise en place doit être préparée : il faut déterminer les connaissances de base à acquérir par les agents pour pouvoir intervenir efficacement dans un établissement qu'ils ne connaissent pas (localisation des appareils techniques, contrats de maintenances, motifs précis d'intervention...). Un temps de stage sera nécessaire.

De plus, la mutualisation des moyens est utile pour le prêt de matériels. Cela permettrait d'éviter d'avoir recours à des locations temporaires. On peut ainsi penser aux matelas anti-escarres souvent loués temporairement à des prix élevés par des sociétés privées. Un prêt par un établissement voisin peut être envisageable et permet une utilisation rationnelle des moyens.

Le développement des échanges peut également prendre la forme de mutualisations de formations. En effet, le profil des usagers étant presque identique d'un établissement à l'autre (personnes âgées et personnes handicapées), les besoins en formation sont relativement proches : lutte contre la douleur, prise en charge de la fin de vie, prévention des chutes, gestion des troubles du comportement. Une mutualisation des plans de formation permettrait d'offrir un plus grand choix de formations aux agents, de réduire les coûts pour les établissements ou encore d'harmoniser les pratiques entre les deux établissements. L'idée n'est pas de faire un seul plan de formation ce qui engendrerait des effets pervers (lourdeur du travail administratif) mais de recenser les besoins communs en termes de formations et d'organiser des sessions communes dans l'une ou l'autre structure, ce qui permettrait également aux agents de sortir de leur établissement et de partir à la découverte d'un établissement voisin.

A la mutualisation de formations, peut également s'ajouter la mutualisation des groupes de paroles régulièrement mis en place dans chaque structure. En respectant l'identité de chaque structure, il est peut-être possible de réfléchir à une base commune composée de thèmes fréquemment discutés dans les équipes des établissements partenaires. Le personnel soignant étant confronté aux mêmes questionnements et préoccupations, il serait judicieux d'en faire des moments d'échanges « inter-établissements » afin de créer une coalition, afin d'ouvrir les équipes à d'autres méthodes, d'autres points de vue.

Par la réflexion qu'ils suscitent, par l'échange de connaissances et d'idées, ces travaux contribueront directement à améliorer la qualité de prise en charge des usagers.

Quant aux infirmières libérales du secteur, la directrice de la Résidence hospitalière de la Weiss, soucieuse de coopération, leur avait proposé de participer à ces groupes de paroles. Ces dernières avaient décliné l'invitation considérant qu'elles n'étaient pas confrontées aux mêmes problématiques qu'en établissement. A travers ce refus, c'est surtout la volonté de ne pas coopérer avec le secteur hospitalier qui prime: malgré les efforts, les corporatismes perdurent.

Enfin, il serait intéressant de programmer des échanges de personnels. C'est lors d'un entretien avec le praticien hospitalier de Kayzersberg que cette idée est née. Son idée est la suivante : permettre à un soignant travaillant avec des personnes âgées, d'échanger sa place, pendant une semaine, avec un soignant exerçant sa profession auprès de personnes handicapées mentales. L'objectif de cette action est d'enrichir les connaissances des soignants quant aux prises en charge, de connaître d'autres façons

de travailler et de remettre en question leur propre pratique. Plusieurs sessions seraient programmées dans l'année, et un bilan sera effectué avec l'ensemble des candidats à la fin de la réalisation de ces échanges. Cette proposition a été exposée aux directeurs des deux structures qui ont été favorables à ce projet, à condition qu'il soit fondé sur le volontariat. D'un point de vue juridique, la mise à disposition semble être la solution la plus appropriée. Ces propositions d'échanges de personnel rejoignent l'idée de formations complémentaires suggérées par le sénateur des Pyrénées-Orientales, Paul BLANC, dans son rapport remis en 2006 au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille¹⁹. Il indiquait ainsi que « *des formations complémentaires en cours d'emploi au métier initial des professionnels en contact avec le public handicapé ou âgé et portant sur l'autre champ sont donc a minima nécessaires* ». Il préconise de favoriser des « *actions de formation croisées* » afin d'ouvrir les professionnels vers d'autres pratiques. La proposition d'échanges de personnel répond à cette préconisation.

Dans toutes ces propositions, le directeur joue un rôle actif. Il doit faire preuve de pédagogie afin d'éviter les craintes des équipes quant à l'idée que « le plus gros absorbe le plus petit » et créer un climat de confiance favorable à la mobilisation des moyens.

3.2.2 Intégrer le partenariat dans une démarche d'évaluation

La coopération doit être considérée comme un outil constructif, innovant et évolutif. Pour ce faire, elle doit être intégrée à la politique d'évaluation de l'établissement. La politique d'évaluation doit permettre de mesurer le décalage entre les objectifs fixés et la réalité, de déterminer les mesures à mettre en œuvre. Afin qu'il y ait une adéquation entre la satisfaction des besoins des usagers et l'établissement, il est nécessaire de réaliser un bilan de l'efficacité de la mesure.

La démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité est déjà très importante au sein de la Résidence hospitalière de la Weiss et du CDRS : poste de responsable qualité et gestion des risques, Certification V2, autoévaluation, convention tripartite. Il est donc nécessaire d'intégrer le partenariat dans une démarche d'évaluation déjà mise en place dans l'établissement, selon des critères qui ont déjà fait leur preuve.

¹⁹ Rapport de M. Paul BLANC, Sénateur des Pyrénées-Orientales, « *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge* », 2006.

Ces actions de coopérations doivent être régulièrement évaluées d'une part par les partenaires, d'autre part par les usagers.

Les partenaires doivent organiser des réunions d'évaluation une à deux fois dans l'année. Ces réunions ont trois objectifs : mesurer les résultats obtenus, dresser la liste des dysfonctionnements rencontrés et enfin proposer des pistes d'amélioration. Par ailleurs, la coopération sera grandie si la politique d'évaluation des résultats est identique au sein des établissements partenaires.

La satisfaction des usagers doit également faire l'objet d'une évaluation. A cet effet, des enquêtes de satisfaction peuvent être réalisées ponctuellement. A travers ces enquêtes, il faut rechercher la qualité attendue, la qualité produite et rechercher les attentes et besoins des usagers et de leurs familles. Il serait par exemple intéressant d'obtenir l'avis des représentants des usagers et celui des familles afin de garder l'utilisateur au centre des réflexions et des propositions. Au sein de la Résidence hospitalière de la Weiss, une évaluation a déjà eu lieu avec l'hôpital de jour de Ribeauvillé concernant les besoins et les attentes des établissements. Il serait peut-être intéressant d'élargir cette évaluation aux utilisateurs de la navette reliant les deux structures ou même aux familles des patients de l'hôpital de jour de Ribeauvillé accueillis la journée à Ammerschwihr afin d'obtenir leur ressenti. S'il est parfois difficile de recueillir l'avis des usagers eux-mêmes en raison de leur déficience ou de leur pathologie, il faut savoir trouver d'autres interlocuteurs proches de ces usagers, sans pour autant substituer l'avis de ces interlocuteurs à celui des usagers.

L'avis des élus doit également être intégré dans la politique d'évaluation de la coopération. En effet, leur participation est indispensable car ils représentent les intérêts des citoyens. Il est important d'obtenir leur caution dans un projet de coopération car, de part leurs missions, ils pourront être des moteurs dans l'avancée des actions.

Si cette évaluation est nécessaire pour construire et améliorer les actions de coopération, il faut toutefois être vigilant quant à ses dérives : cette évaluation ne doit pas entraîner les établissements vers une perte de temps, un surplus de communication. Il faut trouver le juste équilibre.

Conclusion

Au terme de ce travail, il apparaît que la coopération devient une nécessité absolue pour un établissement et s'inscrit même comme étant le fil conducteur des politiques publiques dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

L'expérience et l'analyse sur le terrain ont montré que la coopération profite à deux acteurs de terrain essentiels : d'une part, aux établissements et à leurs directeurs, notamment en termes de positionnement et, d'autre part, aux usagers en termes d'offres de services et d'amélioration de leurs prises en charge.

Tout d'abord, le partenariat est un outil qui profite aux établissements et à leurs directeurs. La coopération est un outil constructif qui permet d'asseoir un établissement sur un territoire, de favoriser le maintien d'activités sanitaires ou médico-sociales, de rendre l'établissement viable économiquement (mutualisation, partage de compétences...) et enfin, de permettre aux directeurs de faire partie d'un réseau et de partager des problématiques communes : c'est d'ailleurs la vision partagée par le représentant de l'ARH qui me disait « *qu'il est bon qu'un directeur ne soit pas seul et participe à un projet commun à plusieurs établissements.* » Jouer la carte de la complémentarité en respectant l'identité de chaque établissement est incontestablement la clé de réussite de l'organisation territoriale, et les directeurs sont les chefs d'orchestre de cette dynamique.

Ensuite, le partenariat est un outil qui profite aux usagers. Il a été démontré, tout au long de ce travail, que les actions de coopérations ne trouvent une raison d'être que si elles permettent aux usagers d'obtenir une palette d'offres plus importante, des prestations nouvelles adaptées au changement de leurs attentes, une prise en compte de leurs désirs. Les actions de coopération trouvent du sens si elles placent les usagers au cœur de leur organisation. Pour avoir du sens, elles devront également être en cohérence avec les schémas gérontologiques, les SROS et devront s'inscrire dans une réflexion globale sur les besoins à satisfaire sur le territoire. La proximité des services est indéniablement un élément important pour les usagers et les actions de coopération doivent en tenir compte. Coopérer ce n'est pas forcément fusionner l'ensemble des services en un seul endroit. C'est au contraire, réfléchir à la manière dont on peut combiner la complémentarité des actions à la proximité des résultats.

Ainsi, une démarche de coopération, pour fonctionner correctement, doit reposer sur ces deux pieds, sur ces deux fondements. Il n'y a en a pas un qui prime sur l'autre : par exemple, une opération qui ne servirait pas aux usagers car il y a concurrence de services et non pas innovation, n'aurait pas de sens, de même qu'une opération qui ne trouverait sa raison d'être que dans les gains financiers. C'est le juste équilibre qu'il faut réussir à trouver entre ces deux fondements.

Il ressort clairement de ce travail que les établissements doivent jouer la carte de la complémentarité et de la continuité. Face au défi du vieillissement, la concurrence n'a plus lieu d'être. Les établissements doivent s'unir pour que chaque personne âgée, ou plus globalement chaque usager, trouve rapidement dans son environnement une réponse adaptée à ses besoins et à ses désirs.

La question de la coopération inter-établissements est inévitablement une problématique d'avenir qui pose la question de l'évolution du métier de directeur. Il est légitime de se demander si les hôpitaux locaux et les EHPAD resteront des structures autonomes ou seront-elles systématiquement rattachées à un centre hospitalier. La place des directeurs dans une communauté hospitalière du territoire suscite beaucoup d'inquiétudes, de même que celle des usagers. Ces derniers doivent rester au cœur des réformes sanitaires, sociales et médico-sociales et il serait une erreur de ne pas en tenir compte.

Bibliographie

1 . Ouvrages et Mémoires

ALILI S., 2008, *Le groupement de coopération sociale et médico-sociale, un outil fonctionnel de coopération?* , Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, DESSMS

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., 2005, *Droit hospitalier*, 5ème édition, Dalloz, 824 p.

ESCALIER NICOLAS M-F, 2005, *La coopération inter-établissements. La coopération: facteur d'efficience et de qualité de la prise en charge des personnes âgées en institution*, Mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, DESS

HOUDART L., LAROSE D., BARRE S., 2000, *Traité de la coopération hospitalière*, Editions Houdart, Paris, vol.1, 207 p.

PETIT L., 2004, *Les risques de la multicoopération*, Mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, DESS

TOURNEUR S., 2001, *La coopération inter-établissements dans le champ sanitaire et social: dynamique et enjeux*, Mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, DESS

2 . Rapports

BLANC P., 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes: un nouveau défi pour leur prise en charge*, 95 p.

LARCHER G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 102 p.

RITTER P., 2008, *Rapport sur la création des agences régionales de santé*, 63 p.

3 . Revues

BARRE-HOUDART S. et LAROSE D., 2006, « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation », *Revue hospitalière de France*, n°511, pp 42-47

CAUSSE D., 2007, « Groupements de coopération : apprendre à jouer collectif », *Directions*, n°47, pp 23-28

COSTE B., MILON A., PAPADACCI I., 2009, « Le médico-social perdant face à la santé ? », *La Gazette santé social*, n°52

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, 2002, *Gérontologie et Société. Réseaux et coordination*, n°100, 159 p.

LAROSE D., 2007, « Groupements de coopération : apprendre à jouer collectif », *Directions*, n°47, pp 23-28

4 . Textes règlementaires et législatifs

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

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

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux. Journal officiel, n°267 du 17 novembre 1992

MINISTERE DE LA SANTE. Décret n°97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel, n°110 du 12 mai 2007

MINISTERE DE LA SANTE. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel n°98 du 27 avril 1999

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/02 n°2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin officiel n° 2007/04

MINISTERE DE LA SANTE. Circulaire DHOS/DGAS n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. Bulletin officiel n°2007/6

5. Sites internet

www.sante.gouv.fr

www.travail-solidarite.gouv.fr

6. Audition publique

Rapport de la commission d'audition, 23 janvier 2009, *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*

Liste des annexes

Annexe A : Convention de coopération entre la Résidence hospitalière de la Weiss et le Centre départemental de Repos et de Soins

Annexe B : Grille d'entretien Directeur du CDRS

Annexe C : Grille d'entretien usagers de la navette reliant l'AJ d'Ammerschwhir à l'Hôpital local de Ribeauvillé

Annexe D : Convention de coopération entre la Résidence hospitalière de la Weiss et l'Hôpital local de Ribeauvillé

Annexe A

CONVENTION DE COOPERATION

Entre la Résidence Hospitalière de la Weiss, représentée par Mme, Directrice,
Et

Le Centre départemental de repos et de soins, représenté par M., Directeur,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 :

Dans le cadre de la politique définie au sein du projet d'établissement de la Résidence hospitalière de la Weiss, la présente convention vise à fixer les modalités d'une coopération inter-hospitalière dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées.

Article 2 :

La Résidence hospitalière de la Weiss s'engage à prendre en charge, au sein de son secteur sanitaire (Soins de suite et de réadaptation), les personnes handicapées qui résident dans des structures au Centre départemental de repos et de soins et qui nécessitent des soins de rééducation et de réadaptation.

Article 3 :

Le Centre départemental de repos et de soins s'engage à admettre en priorité un patient en provenance du service de soins de suite et de réadaptation de la Résidence hospitalière de la Weiss, qui nécessite une place dans une structure spécialisée, dans la limite des places disponibles.

Article 4 :

La Résidence hospitalière de la Weiss s'engage à mettre en œuvre, conformément à l'enveloppe budgétaire qui lui est allouée, les moyens nécessaires à la prise en charge de cette population spécifique (formation du personnel, moyens matériels...).

Pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées, le personnel soignant de la Résidence hospitalière de la Weiss pourra prendre contact avec les équipes du Centre départemental de repos et de soins pour un conseil ou un accompagnement.

Article 5 :

Lorsqu'une sortie définitive est validée par le praticien hospitalier de la Résidence hospitalière de la Weiss, le Centre départemental de repos et de soins s'engage à réintégrer le plus rapidement possible le résident dans sa structure d'origine.

Article 6 :

La Résidence hospitalière de la Weiss s'engage à donner la priorité au Centre départemental de repos et de soins dans la limite de sept lits.

Article 7 :

La présente convention entre en vigueur à la date de la signature. Elle est conclue pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Elle pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, moyennant un préavis de trois mois.

Article 8 :

L'évaluation de cette convention sera faite annuellement au moyen des critères suivants :

- Nombre de patients âgés de moins de 60 ans, hospitalisés en service de soins et de réadaptation à la Résidence hospitalière de la Weiss et accueillis dans une structure médico-sociale appartenant au Centre départemental de repos et de soins.
- Nombre de patients âgés de moins de 60 ans présentant un handicap mental extrait des données PMSI de la Résidence hospitalière de la Weiss.

Des réunions entre les deux établissements seront organisées une fois par an afin de d'établir un bilan de l'année écoulée.

Article 9 :

Des échanges de personnel sont susceptibles d'être organisés entre les deux établissements. L'objectif recherché est d'harmoniser les pratiques, de diversifier les savoirs des personnels soignants et, de manière plus large, de décroïsonner les secteurs de la gériatrie et du handicap.

Ces échanges seront formalisés par le biais d'une convention de mise à disposition.

Fait à Kaysersberg,

Pour le Centre Départemental de Repos et de Soins

Directeur

Pour la Résidence hospitalière de la Weiss

Directrice

1. Inventaire des principales conventions de coopération dont l'établissement est signataire

Et présentation de l'établissement

A quelle période l'établissement s'est-il engagé dans un processus de conventionnement ?

Quel était le besoin ?

Est-ce inscrit dans son projet d'établissement ?

Comment envisagez-vous la coopération pour votre secteur ? (le contenu, les procédures ?)

2. Représentation de la coopération.

En tant que directeur d'établissement, que représente la coopération pour vous ?

Est-ce une démarche qui vous est imposée par les tutelles ? D'après vous, quel est le sentiment des tutelles concernant la coopération ?

Est-ce une démarche volontariste ? Si oui, à quels objectifs répond-elle ? Quel était le besoin ?

Est-ce une démarche politique ?

Les relations avec l'hôpital de référence ?

3. Intérêts d'une coopération

Quel intérêt y voyez-vous pour le résident ou le patient ?

Qu'est-ce que cela lui apporte-il ?

Est-ce que l'intérêt du patient/résident est un préalable à votre questionnement relatif à la coopération ?

4. L'organisation d'une coopération

Est-ce difficile à mettre en œuvre ? Pourquoi ?

Un suivi est-il nécessaire ?

Sur quelles bases une coopération doit-elle reposer pour bien fonctionner : Qu'est-ce qu'une bonne et mauvaise démarche de coopération selon vous ?

5. Les freins, les risques

Quels risques voyez-vous, quelles craintes ? Quels sont les freins à la mise en œuvre d'une coopération ?

Est-ce que les élus peuvent être un frein à une démarche de coopération ? (Ou au contraire un centre d'impulsion)

Considérez-vous que la coopération soit une perte d'autonomie des établissements membres ?

N'y a-t-il pas un risque de hiérarchisation des intérêts des membres ?

6. Direction commune avec l'EHPAD de Turckheim

Pourquoi une direction commune s'est-elle justifiée ?

Quelle était l'impulsion donnée par les tutelles ?

Quels sont les éléments qui permettent la construction d'une culture commune ?

Avez-vous eu l'impression qu'il existait des résistances au changement ? Quelle était la place des élus ?

Es-ce que cela a été vécu comme une prise de pouvoir ?

7. Mise en place d'un GCS

En quoi consiste ce projet ? Etiez-vous le centre d'impulsion de ce projet ?

A quelles difficultés actuelles êtes-vous confronté dans la mise en place de ce groupement ?

8. Avenir de la loi HSPT

A votre avis, est-ce qu'il sera plus simple de créer des GCS que des SIH avec cette nouvelle réforme ?

De quoi les établissements ont-ils besoin pour s'engager dans une démarche de regroupement ?

Une des priorités des ARS dès 2010 est d'inscrire tous les établissements de santé dans un dispositif coopératif. Cette démarche sera à terme opposable dans le cadre des schémas régionaux : quel est votre point de vue ?

Dialogue autour du sujet de la navette qui est organisée entre l'hôpital de jour de Ribeauvillé et l'Accueil de jour d'Ammerschwhir.

1. Que pensez-vous de la mise en place de la navette ? Etes-vous satisfait ?
2. Avez-vous le sentiment d'avoir été informé de la mise en place de cette navette ?
Qui vous a proposé de la prendre ? L'hôpital de jour ?
3. Est-ce qu'elle vient vous chercher devant chez vous ?
4. Comment faisiez-vous avant ? Un membre de votre famille vous amenait jusqu'à l'AJ ? Quel moyen de transport utilisiez-vous ?
5. Connaissez-vous des personnes de l'hôpital de jour qui prennent également la navette ?
6. Qu'est-ce qui vous plaît dans ce transport ?
7. Qu'est-ce qui ne vous plaît pas et que vous souhaitez voir amélioré ?
8. Sentiment sur les infos qui passent entre l'Accueil de jour et l'Hôpital de jour ?

CONVENTION DE COOPERATION

Entre la Résidence Hospitalière de la Weiss pour son activité : accueil de jour, représentée par Mme, Directrice,

Et

L'Hôpital Local de Ribeauvillé pour leur activité : hôpital de Jour de médecine gériatrique, représenté par Mme, Directrice,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 :

L'accueil de jour s'engage à accueillir des personnes souffrant de démence de type Alzheimer ou de troubles apparentés, suivies par l'hôpital de jour de médecine gériatrique, pour lesquelles le maintien à domicile est possible et dont l'état de santé est stabilisé. Le diagnostic de la maladie a été posé en hôpital de jour.

Article 2 :

Une attestation individuelle signée par l'hôpital de jour préconisant un soutien en accueil de jour accompagnera l'entrée en accueil de jour de chaque personne.

Article 3 :

L'hôpital de jour gériatrique s'engage à admettre rapidement les patients référés par l'accueil de jour afin d'effectuer une évaluation gériatrique et divers bilans.

Article 4 :

Pour garantir une prise en charge globale et coordonnée de la personne, l'hôpital de jour s'engage à consigner toute information utile à la prise en charge en accueil de jour sous la forme jugée la plus appropriée (fiche de liaison, synthèse...)

Article 5 :

L'accueil de jour s'engage à suspendre la présence de la personne atteinte de démence d'Alzheimer ou de troubles apparentés dont l'état psychique ne serait plus stabilisé. En accord avec la famille et le médecin traitant, une réévaluation en hôpital de jour sera conseillée.

Article 6 :

L'accueil de jour et l'hôpital mettent en place des réunions de synthèse régulières pour évaluer ensemble et ajuster les prises en charges des personnes atteintes de démence de type Alzheimer.

Article 7 :

Sur demande de l'équipe de l'accueil de jour, l'hôpital proposera des formations adaptées à cette activité.

Article 8 :

La présente convention entre en vigueur à la date de la signature. Elle est conclue pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Elle pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, moyennant un préavis de trois mois.

Fait à Kaysersberg, le

Pour l'Hôpital Local de Ribeauvillé
Mme
Directrice

Pour la Résidence hospitalière de la Weiss
Mme
Directrice