



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **décembre 2015**

Coordonner et structurer la gestion des coopérations

***A la recherche d'un modèle organisationnel
adaptable : l'exemple du Centre Hospitalier de
Laval***



Centre Hospitalier de Laval



Centre Hospitalier Nord Mayenne



Polyclinique du Maine



Centre Hospitalier du Haut Anjou

Christine COSMAO



Source : revue hospitalière de France n°558 mai-juin 2014



EHESP

« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat. »

Kofi Annan - né en 1938 - Discours à l'Assemblée générale de l'ONU - 24 Septembre 2001

« La coopération n'est pas l'absence de conflits mais un moyen de les gérer », Deborah Tannen

Remerciements

Je tiens à remercier M. Pors, directeur du Centre Hospitalier de Laval pour son accueil ainsi que Sylvie Lariven, directrice adjointe et mon maître de stage pour nos échanges hebdomadaires indispensables à la compréhension du fonctionnement de l'établissement. Son expérience à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris fut un atout car nous avons des référentiels communs.

Je tiens à remercier également M. Alain Mourier, directeur d'hôpital et professeur à l'institut du management de l'EHESP pour ses conseils dans la construction du mémoire.

Je remercie l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier de Laval qui ont répondu à mes questions ainsi que l'ensemble des directeurs et professionnels qui ont participé à mon enquête de benchmark sur la gestion des coopérations.

Sommaire

Introduction	1
1 Evolution du cadre juridique des coopérations inter-hospitalières à l'épreuve des faits	3
1.1 Typologie des instruments juridiques de coopération et impacts sur la gestion ...	3
1.1.1 Tour d'horizon des instruments juridiques des coopérations : du bon usage de la « boîte à outils »	3
1.1.2 Conséquences du choix de l'outil de coopération sur les règles de gestion..	6
1.2 Une application hétérogène des outils de coopération : résultats de l'enquête de benchmark auprès de plusieurs centres hospitaliers.....	9
1.3 Les mutations induites par l'instauration de groupements hospitaliers de territoire obligatoires	10
1.3.1 Les GHT : de la construction d'un projet médical partagé au transfert de compétences facilité entre les établissements parties	11
1.3.2 Un changement de métier pour les directeurs d'hôpital	14
1.3.3 Une rénovation des GCS	14
2 Une gestion éclatée des coopérations au Centre Hospitalier de Laval	15
2.1 Contexte stratégique du Centre Hospitalier de Laval.....	15
2.1.1 Contexte sociodémographique et sanitaire.....	15
2.1.2 Offre de soins en Mayenne : une démographie médicale défavorable	15
2.1.3 Un taux de fuite important	16
2.2 Etat des lieux des coopérations au Centre Hospitalier de Laval et projets.....	18
2.2.1 Etat des lieux des coopérations public/public	18
2.2.2 Etats des lieux des coopérations public/privé	22
2.2.3 Perspectives d'évolution dans le périmètre géographique et fonctionnel des coopérations au Centre Hospitalier de Laval	26
2.2.4 Une mise en place de structures de coopération complexes à gérer.....	28
2.3 Une organisation de la gestion des coopérations éclatée au Centre Hospitalier de Laval	31

2.3.1	Présentation de l'organisation : des gestionnaires dédiés à la gestion des coopérations dispersés	31
2.3.2	Une fonction de gestionnaire des coopérations intéressante professionnellement mais peu valorisée	32
2.3.3	Forces et faiblesses de l'organisation en place : une coordination à renforcer	39
2.3.4	Modification de l'organigramme des administrateurs	40
2.3.5	Etat des lieux comparatif d'organisations en place dans d'autres établissements.....	40
3	Propositions d'organisation de la coordination de la gestion des coopérations	47
3.1	Synthèse des points communs et différences de gestion des groupements de coopération (en fonction de leur statut et du droit applicable).....	48
3.1.1	Possibilités de mutualisation de certaines fonctions de gestion	48
3.1.2	La nécessité de maintenir des référents de chaque structure de coopération	49
3.1.3	Le rôle de coordination d'un directeur en charge des coopérations	50
3.2	Propositions d'organisation au Centre Hospitalier de Laval	51
3.2.1	Scénario 1 : La création d'une direction ou d'un service des coopérations assurant la gestion des groupements	51
3.2.2	Scénario 2 : le maintien de référents autonomes pour chaque groupement mais coordonnés	55
3.2.3	Avantages/ limites des organisations proposées	56
3.2.4	Proposition de calendrier et de modalités de mise en œuvre.....	56
3.3	Perspective à moyen terme d'organisation de la gestion des coopérations au niveau du GHT	57
3.4	Quelle évolution du métier de directeur d'hôpital dans le contexte mouvant des coopérations ?.....	58
	Conclusion.....	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : Trame d'entretien sur la gestion des coopérations	II
	Annexe 2 : extrait Compte-rendu de la réunion sur la gestion des coopérations	III
	Annexe 3 : Carte exemples de coopération en Mayenne	IV

Annexe 4 : Questionnaire de benchmark sur la coordination de la gestion des coopérations	V
Annexe au questionnaire : Grille des coopérations.....	VI
Annexe 5 : Questionnaire pour les entretiens avec les ARS.....	IX
Annexe 6 : Questionnaire adressé à M X cadre du pôle médico-technique, gestionnaire GIE/GCS laboratoire du CH Y	XI

Liste des sigles utilisés

ACH : adjoint des cadres
ARS : agence régionale de santé
CAF : caisse d'allocations familiales
CCAM : classification commune des actes médicaux
CESAME : Centre de santé mentale angevin
CHHA : Centre Hospitalier du Haut Anjou
CHL : Centre hospitalier de Laval
CHLSOM : Centre Hospitalier local du Sud-Ouest mayennais
CHNM : Centre Hospitalier Nord Mayenne
CHT : communauté hospitalière de territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DPC : développement professionnel continu
FMIH : Fédération médicale inter-hospitalière
GCS : groupement de coopération sanitaire
GH : groupe hospitalier
GHT : groupement hospitalier de territoire
GIE : groupement d'intérêt économique
GIP : groupement d'intérêt public
GRPPL : groupement régional de commandes des produits pharmaceutique des Pays de la Loire
HAD : hospitalisation à domicile
IRM : image par résonance magnétique
MDA : maison des adolescents
MSA : mutuelle sociale agricole
PDM : Polyclinique du Maine
PRS : projet régional de santé
PTS : programme territorial de santé
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SSR : soins de suite et de réadaptation

Introduction

La coopération inter-hospitalière est devenue, dans un contexte marqué par le resserrement de la contrainte sur les dépenses d'assurance maladie, un instrument de planification au service de l'optimisation du parcours du patient, de l'offre de soins et des coûts. La réalité de la coopération dépend fortement des enjeux territoriaux, économiques et sociaux locaux.

Le Centre Hospitalier de Laval, établissement public de santé de référence du territoire de santé de Mayenne, Pays de la Loire, est un établissement de 573 lits qui propose une palette très large de prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), psychiatrie et gériatrie. Il dispose également de 458 lits d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) répartis sur 4 sites et 55 lits de soins de longue durée (USLD). Il est doté de 10 postes de dialyse, de 19 places d'hospitalisation à domicile (HAD), de 28 places d'hôpital de jour en MCO, 31 places en soins de suite et réadaptation (SSR) et 82 places en psychiatrie.

Cet hôpital est situé géographiquement entre 3 Centres Hospitaliers universitaires (CHU) : Angers, Nantes et Rennes et un grand centre hospitalier, le Centre Hospitalier (CH) du Mans. Il est implanté à proximité d'un établissement privé à but lucratif, la polyclinique du Maine, concurrente dans certaines spécialités et située à Laval.

Le territoire de santé de la Mayenne comprend trois établissements publics de santé MCO, le Centre Hospitalier Nord Mayenne à Mayenne au nord, le centre hospitalier de Laval au centre et le centre hospitalier du Haut Anjou à Château-Gontier au Sud.

Faisant face à une démographie médicale particulièrement inquiétante puisque la densité médicale est inférieure à celle constatée dans la Creuse et à un taux de fuite important hors des frontières du territoire de santé (30% pour la chirurgie), le Centre Hospitalier, encouragé par l'Agence régionale de santé des Pays de La Loire, a noué des partenariats. Ceux-ci revêtent des formes juridiques diverses, en fonction de la nature juridique des membres et de l'objet de la coopération : groupement d'achat, groupement d'intérêt public (GIP) pour les instituts de formation, groupement de coopération sanitaire de la Mayenne (GCS) pour le laboratoire, groupement d'intérêt économique (GIE) pour la production d'images par résonance magnétique (IRM) en partenariat avec des radiologues libéraux, GCS de chimiothérapie ambulatoire, communauté hospitalière de territoire (CHT), accord-cadre entre le centre Hospitalier de Laval et le centre Hospitalier Nord Mayenne, conventions dont la convention sur l'utilisation du bloc opératoire par la polyclinique du Maine et les conventions de mise à disposition du personnel médical, projet de GIP pour la maison des adolescents....

Actuellement la gestion de ces groupements est assurée, pour les coopérations dont le Centre Hospitalier de Laval est l'établissement siège, par des gestionnaires ciblés

et éparpillés dans différentes directions fonctionnelles ou pôles : pôle gestion (département administratif et financier), pôle médico-technique, direction des instituts de formation, pôle logistique (achats). Il n'existe pas à ce jour, de coordination formalisée. La gestion au quotidien de ces coopérations s'avère complexe et nécessite le développement d'une expertise. Actuellement, les gestionnaires sont seuls sur leurs fonctions. La question de la mutualisation des compétences se pose alors même que les règles de gestion diffèrent d'une forme juridique de coopération à l'autre.

La question de l'articulation des structures de groupement avec l'organisation polaire et la délégation de gestion en cours de développement au centre hospitalier de Laval se pose également. De plus certaines coopérations voient leur champ s'élargir tant sur le plan de l'objet de la coopération que sur le nombre de membres (augmentation du nombre de membres du GCS 53 et du GIE IRM). Enfin, la perspective des futurs groupements hospitaliers de territoire invite à réfléchir à l'impact de leur mise en place sur les autres partenariats déjà en cours et sur la gestion de l'ensemble des coopérations.

Comment coordonner concrètement la gestion des coopérations, au Centre Hospitalier de Laval, alors que les groupements, selon leur statut, sont gérés selon des règles différentes et dans un contexte de mise en place des groupements hospitaliers de territoire? Comment développer des compétences communes? Peut-on imaginer une cellule de gestion des groupements ? A quel pôle la rattacher ?

Afin de proposer une organisation cible, j'ai étudié la littérature spécialisée et analysé les documents internes. J'ai étudié les aspects financiers, organisationnels et les ressources humaines et réalisé des entretiens avec les acteurs concernés : gestionnaires, cadres, directeurs. J'ai également réalisé une étude de benchmark auprès des autres établissements de santé pour connaître les organisations en place puis ai proposé une organisation cible en détaillant le contenu des fiches de poste.

Après avoir présenté l'évolution du cadre juridique (I) et la gestion éclatée des coopérations au Centre Hospitalier de Laval (II), je proposerai des scénarios d'organisation de la coordination de la gestion des coopérations (III).

1 Evolution du cadre juridique des coopérations inter-hospitalières à l'épreuve des faits

Les établissements de santé disposent d'une large palette d'instruments de coopération devant correspondre à leurs besoins. La loi HPST a simplifié ces outils. Enfin le projet de loi de santé envisage la création de groupements hospitaliers de territoire obligatoires en remplacement des communautés hospitalières de territoire.

1.1 Typologie des instruments juridiques de coopération et impacts sur la gestion

1.1.1 Tour d'horizon des instruments juridiques des coopérations : du bon usage de la « boîte à outils »

La coopération, « action de participer à une œuvre commune¹ », ou « action d'agir conjointement »² est devenue l'un des enjeux des réformes hospitalières depuis 1991.

Les établissements publics de santé peuvent nouer des partenariats par conventions.

Ils peuvent adhérer à un groupement d'intérêt public ou à un groupement d'intérêt économique depuis la réforme Evin du 31 juillet 1991. La loi portant création de la couverture maladie universelle crée la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH), mode de coopération conventionnelle ayant pour objet d'organiser un rapprochement d'activités médicales entre établissements.

Le groupement de coopération sanitaire apparaît avec l'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Son statut est modifié par l'ordonnance du 4 septembre 2003 puis simplifié et compété par la loi Hôpital, patients, santé territoires du 21 juillet 2009 complétée par la loi Fourcade du 10 août 2011. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé amende le régime du GCS. De plus la loi HPST crée les communautés hospitalières de territoire dont la défunte forme intégrative se retrouve dans les groupements hospitaliers de territoire du projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours d'examen au Parlement.

La doctrine établit trois types de coopérations : la mutualisation d'un plateau technique ou de fonctions support, le partage des équipes médicales, et la création d'une filière de prise en charge intégrée. Les outils juridiques servent à concrétiser ces objectifs.

¹ Définition du dictionnaire « Petit Robert », in Houdart L, Larose D., BARRE S., 2000, Traité de la coopération hospitalière, Volume 1, Paris, Editions Houdart, p.4

² ANAP, *Guide des coopérations territoriales*, 2010, p. 5

A) Les outils juridiques de la coopération fonctionnelle

a) *Les conventions*

Mentionnées par l'article L 6134-1 du code de la santé publique, les conventions ne sont régies par aucun texte. Leur simplicité leur confère un avantage indéniable, ce qui explique leur succès. Les conventions de mise à disposition du personnel médical facilitent le partage du personnel médical entre établissements contre remboursement.

En revanche les conventions n'offrent pas une sécurité juridique suffisante car leur exécution dépend de la bonne volonté des deux parties.

b) *La CHT*

Création de la loi HPST, la Communauté hospitalière de territoire est une convention ayant pour but de favoriser la mutualisation de fonctions support ou la définition d'une stratégie commune entre les établissements publics de santé membres. Elle facilite les transferts de compétences et d'autorisations entre ses membres qui définissent un projet médical commun. Ses instances se superposent aux instances des établissements membres qui conservent leur autonomie juridique. La convention constitutive précise les règles de fonctionnement applicables. Son originalité est de prévoir des comptes combinés³ afin d'évaluer l'impact budgétaire et financier des restructurations. La composition exclusivement « publique », l'obligation de n'adhérer qu'à une seule CHT et l'absence de personnalité morale limitent l'utilisation de cet outil de coopération qui est parfois vécu par les acteurs de terrain comme une « coquille vide ».

B) Les outils juridiques de la coopération organique

a) *Le GCS*

Le groupement de coopération sanitaire est apparu le 24 avril 1996 avec l'ordonnance n° 96-346. Il est accessible aux établissements privés à but lucratif par la loi n°2002-203 du 4 mars 2002. L'ordonnance du 4 septembre 2003 l'ouvre aux professionnels de santé libéraux ainsi qu'aux professionnels et établissements sociaux et médico-sociaux. Le GCS semble être l'instrument privilégié de la coopération public/privé et parfois même de la coopération public/public. Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, il convient de distinguer les GCS établissements de santé des GCS de moyens. Les GCS de moyens ne peuvent pas détenir d'autorisation d'activité de soins en propre. Les GCS de moyens et les GCS établissements de santé sont soit de droit public (établissements publics membres) soit de droit privé (coopération mixte). Aucun GCS établissement public de santé n'a vu le jour en raison des contraintes reposant sur cette structure analogue à un établissement public de santé. En revanche, des GCS établissements de santé de droit privé dotés, soit d'une

³ Décret n°2011-206 du 23 février 2011

échelle tarifaire publique soit d'une échelle tarifaire privée, ont été créés. L'échelle tarifaire est arrêtée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. ⁴Les GCS sont dotés de la personnalité morale. La gouvernance prévoit un administrateur et une assemblée générale pour prendre les décisions relatives au GCS. Ils peuvent être employeurs.⁵

En vertu de la loi du 21 juillet 2009, le GCS de moyens a vocation, pour le compte de ses membres, à organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche (comme les GHT), de réaliser ou de gérer des équipements d'intérêt commun, d'être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd, de faciliter des interventions communes de personnel médical et non médical des membres du GCS. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit une réforme de l'outil GCS. Ainsi un GCS de moyens pourra gérer, pour le compte de ses membres, une autorisation d'activité de soins sans être transformé pour autant en GCS établissement de santé.

L'outil juridique GCS peut recouvrir des objets de coopération diversifiés : faciliter les interventions de personnel médical dans d'autres établissements à travers des prestations médicales croisées (exemple du GCS chimiothérapie de Laval), gérer des plateaux techniques et équipements communs (formule la plus utilisée) : bloc opératoire, imagerie, laboratoire, PUI, blanchisserie, restauration ; gérer un réseau de santé ou exercer des activités de soins via la création d'un GCS établissement de santé.

b) Le GIE

Mis en place par l'ordonnance du 23 septembre 1967, le GIE a été pensé comme une structure intermédiaire entre l'association et la société ayant pour but de faciliter et développer l'activité économique de ses membres. Il n'a pas vocation en lui-même à générer des bénéfices. Il peut exercer une activité annexe d'un établissement public de santé. Doté d'une personnalité morale de droit privé, il a vocation à favoriser les coopérations public/privé. Si le GIE est employeur, ses personnels sont soumis au code du travail. Les fonctionnaires peuvent être détachés ou mis à disposition par les établissements membres.

c) Le GIP

Né avec la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France, le groupement d'intérêt public

⁴ Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010

⁵ Les fonctionnaires et personnels médicaux titulaires des établissements membres du GCS peuvent être mis à disposition même si une ambiguïté juridique demeure ou détachés auprès du GCS. Les contractuels peuvent être mis à disposition du GCS. Le GCS de droit public peut uniquement recruter directement du personnel non médical et médical contractuel. Le GCS de droit privé peut recruter du personnel médical et non médical selon les règles du code du travail.

(GIP), est également perçu comme un intermédiaire entre l'établissement public et l'association. La loi du 17 mai 2011 en a remodelé le régime juridique. Il peut être constitué à durée indéterminée mais ne peut exercer d'activité de soins sauf en matière de transfusion sanguine. Il doit servir à gérer des activités de formation ou des équipements d'intérêt commun. Il est doté d'une personnalité morale de droit public mais peut opter pour une gestion privée ou publique (si les membres ne sont que des établissements publics). Il est soumis au contrôle de la chambre régionale des comptes. Le GIP peut être employeur : la convention constitutive fixe le statut du personnel : de droit public ou droit du travail. Les agents statutaires issus des établissements membres du GIP peuvent être mis à disposition (même si un flou demeure) ou détachés auprès du GIP.

Il est à noter que les formules ne s'excluent pas. Ainsi il est possible d'adosser un GCS à une CHT pour lui donner un support juridique. C'est un cas rencontré notamment en Bretagne et en Ile de France.

1.1.2 Conséquences du choix de l'outil de coopération sur les règles de gestion

Les différents outils juridiques de la coopération inter-hospitalière impliquent des règles de gestion différentes en fonction du droit applicable et des choix des membres.

A) Sur la gestion comptable et financière

Le GIE est géré selon la comptabilité privée et commerciale. Le gestionnaire du GIE doit suivre les mouvements financiers sur le compte bancaire du GIE. Le président du GIE signe des chèques. Il n'y a pas ici d'application de la séparation entre l'ordonnateur et le comptable. Il est fait appel à un comptable privé. Le GIE IRM, titulaire de l'autorisation d'exploitation de l'équipement perçoit les recettes des forfaits techniques directement liés à l'utilisation de la machine.

Le GIP peut opter entre une comptabilité publique et une comptabilité privée. Les membres choisissent la comptabilité publique uniquement si les membres sont tous des établissements de droit public ou que les membres en ont décidé ainsi. Dans ce cas il convient d'appliquer la M9-5 et non la M21.

Le GCS de moyens de droit public est soumis à la comptabilité publique M9-5. La gestion diffère quelque peu de celle d'un établissement public de santé. En effet, un agent comptable public est nommé spécifiquement pour assurer les activités du comptable de cette structure autonome. Le GCS est pourvu d'un EPRD qui doit être présenté selon un calendrier budgétaire spécifique. Il doit être présenté en équilibre. Les recettes sont constituées exclusivement des contributions des membres.

Le GCS établissement de santé de droit public est soumis à la M21 selon les mêmes modalités de fonctionnement que les autres établissements publics de santé.

Le GCS de moyens de droit privé et le GCS établissement de santé de droit privé obéissent à la comptabilité privée et commerciale.

Toutes ces structures peuvent faire l'objet d'un contrôle de la chambre régionale des comptes.

a) *Une gestion financière et comptable complexe :*

En règle générale, un GCS de moyens ne perçoit pas de recettes en propre de l'assurance maladie car les patients sont en relation uniquement avec l'établissement de santé. Ses recettes émanent des contributions des membres correspondant au calcul des charges assumées par les membres en fonction du poids de leur activité. Cette situation nécessite la production d'outils de suivi financier et de contrôle de gestion afin de mettre en regard les dépenses générées par l'activité du groupement et les recettes correspondantes. Le calcul des charges dites communes aboutit à une complexité qui va à l'encontre de l'objectif de transparence et embolise les services gestionnaires, ce qui est à l'origine de surcoûts de gestion répercutés sur le GCS et donc sur les membres y adhérant. Cependant, il arrive que le GCS perçoive des recettes propres : c'est le cas de l'activité d'un GCS de biologie médicale qui vendrait des prestations à des organismes extérieurs au GCS : analyses pour le compte de tiers (fédération sportive, autre laboratoire...).

B) Sur la gestion des marchés et des commandes

En principe le code des marchés s'applique à l'Etat, ses établissements publics, les collectivités territoriales et leurs établissements publics. Il n'a donc pas vocation à s'appliquer aux groupements cités (sauf le GCS établissement public de santé). Cependant, les groupements peuvent être soumis à l'ordonnance n°2005-649 du 6 juin 2005.⁶

Le décret n°2012-91 du 26 janvier 2012 le prévoit explicitement pour les GIP.

Le nouveau code de la commande publique regroupera le code des marchés publics et l'ordonnance du 6 juin 2005.⁷ Dans sa convention constitutive, le GCS Mayenne avait déjà choisi de se soumettre au Code des marchés.

La constitution d'un groupement a un impact sur les relations avec les fournisseurs. Lors de la mise en place du groupement, il est nécessaire de procéder aux transferts des contrats par des avenants de transfert à la nouvelle entité juridique et de veiller à ce que

⁶ l'ordonnance n°2005-649 du 6 juin 2005 : « « Les organismes de droit privé ou les organismes de droit public autres que ceux soumis au Code des marchés publics dotés de la personnalité juridique et qui ont été créés pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général autre qu'industriel et commercial dont :

- Soit l'activité est financée majoritairement par un pouvoir adjudicateur soumis au code des marchés publics ou à la présente ordonnance
- Soit la gestion est soumise à un contrôle par un pouvoir adjudicateur soumis au code des marchés ou à la présente ordonnance
- Soit l'organe d'administration, de direction et de surveillance est composé de membres dont plus de la moitié sont désignés par un pouvoir adjudicateur soumis au code des marchés ou à la présente ordonnance. »

⁷ Ordonnance n°2005-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics

les fournisseurs établissent des factures au nom du groupement sous peine du rejet du paiement par le comptable public.

C) Sur la fiscalité

Les GIE, les groupements de coopération et les GIP échappent à l'impôt sur les sociétés. Les GCS de moyen, s'ils exercent une mission industrielle et commerciale (ex la biologie médicale) peuvent opter pour l'impôt sur les sociétés.

Les prestations délivrées par un groupement peuvent être soumises à la TVA par exemple une prestation de blanchisserie vendue à des clients extérieurs au GCS blanchisserie.

D) Sur le régime d'autorisation

Les autorisations d'activité de soins sont exclusivement l'apanage des établissements de santé, c'est pourquoi l'octroi d'une autorisation de soins à un GCS entraîne sa transformation en établissement de santé public ou privé. Ainsi le GIE et le GIP ne peuvent en détenir. Le GCS de moyens et le GIE peuvent être uniquement titulaires d'une autorisation pour un équipement matériel lourd (IRM, scanner,...) alors que le GIP ne peut détenir en propre aucune autorisation. Un GCS de moyens peut regrouper une activité dont l'autorisation reste détenue par les établissements membres comme c'est le cas pour l'activité de chimiothérapie du Centre Hospitalier de Laval et de la polyclinique du Maine.

E) Sur la gestion des ressources humaines

Soit les salariés restent employés par le membre du groupement et mis à disposition, soit le groupe doté de la personnalité juridique, pourra recruter et payer du personnel sur son budget propre (contractuels ou agents détachés). La mise à disposition du groupement peut concerner tant les salariés de droit public (titulaires, contractuels, personnel médical) que de droit privé. Les salariés de droit privé sont mis à disposition d'un groupement d'intérêt public avec leur accord selon les modalités précisées dans une convention dont la durée est de trois ans maximum renouvelable⁸ et par un avenant au contrat de travail. La mise à disposition statutaire d'un agent de droit public requiert son accord préalable et la signature d'une convention. Elle n'est pas explicitement prévue pour les fonctionnaires pour le GCS. Curieusement, la mise à disposition des contractuels de droit public en CDI est explicitement prévue uniquement pour les GCS⁹. Elle est limitée à 6 ans alors que ce n'est pas le cas pour les fonctionnaires. A la fin de la mise à disposition, les agents ont droit à leur réintégration. Les praticiens hospitaliers peuvent également être mis à disposition avec leur accord, celui de l'établissement d'origine, et l'établissement ou groupement d'accueil contre remboursement sauf si la mise à disposition est considérée comme une contribution

⁸ Décret du 25 avril 2013

⁹ Décret n°2010-19 du 6 janvier 2010

de l'employeur aux charges du groupement.¹⁰ Il convient de recueillir au préalable l'avis du chef de pôle, du président de CME et d'informer le directeur du CNG et le directeur de l'ARS. Elle est limitée à six mois uniquement dans le cas d'un GCS établissement de santé ; au-delà, une mutation devient nécessaire. Les conventions de mise à disposition prévoient les modalités de remboursement des salaires et charges sociales par le groupement aux membres.

En principe tous les groupements ayant la personnalité juridique peuvent recruter des salariés en propre ou devenir leur employeur par voie de détachement. Le détachement des fonctionnaires hospitaliers est prévu auprès des GIP, GIE et GCS.¹¹ Dans le cas des GIE et GCS de droit privé, le recrutement obéit aux règles du code du travail. Les membres du GIP peuvent opter dans la convention constitutive pour l'application du droit public ou du code du travail. Les GCS de moyens de droit public peuvent recruter des contractuels de droit public ou des fonctionnaires détachés et non directement des titulaires. Ils peuvent recruter des praticiens hospitaliers par voie de détachement et des praticiens contractuels. Les praticiens hospitaliers peuvent demander leur détachement « auprès d'un groupement de coopération sanitaire, auprès d'un groupement d'intérêt public ».¹² A noter que les praticiens hospitaliers qui travaillent dans plusieurs établissements peuvent percevoir une prime multi-sites s'ils effectuent au moins deux demi-journées en moyenne par semaine en dehors de leur établissement. En cas de fusion ou de création de GCS établissement de santé, ils la conservent pendant 12 mois. La CHT étant dépourvue de personnalité juridique, elle ne peut revêtir la qualité d'employeur direct.

La représentation du personnel au sein des groupements est également un enjeu important. En application de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011, le GIP doit se doter de délégués du personnel, d'un comité d'entreprise et d'un CHSCT selon le code du travail. Il n'est pas prévu de façon obligatoire de représentation du personnel dans les GCS de moyens de droit public et de droit privé : « la convention constitutive peut prévoir des instances de consultation du personnel¹³. » Les membres du groupement sont donc libres en la matière. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit la création obligatoire de CTE et CHSCT dans les GCS de moyens de plus de 50 agents.

1.2 Une application hétérogène des outils de coopération : résultats de l'enquête de benchmark auprès de plusieurs centres hospitaliers

L'enquête que j'ai réalisée auprès de 22 centres hospitaliers et 4 centres hospitaliers universitaires m'a permis de me rendre compte de l'appropriation de ces outils de

¹⁰ Article R.6152-50 du CSP

¹¹ Décret n°2011-67 du 18 janvier 2011 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition

¹² Article R.6152-51 du CSP

¹³ Article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles

coopération par les établissements au service de la recomposition de l'offre de soins sur les territoires de santé. En revanche, le degré de maturité des coopérations engagées n'est pas homogène sur le territoire ; de rencontres entre établissements à la fusion, toutes les étapes sont possibles. La formule la plus répandue est la coopération visant à mutualiser des fonctions logistiques ou médico-techniques. C'est le cas des blanchisseries inter-hospitalières prenant la forme de GIP ou de GCS, de la coopération dans l'imagerie : scanner, IRM, PET scan, coronarographie avec les cabinets de libéraux ou encore les GCS de biologie, pharmacie, stérilisation.

Certains établissements travaillent au rapprochement des fonctions administratives via des « clubs », rencontres entre membres d'un GCS pour des échanges de pratique, la mutualisation de tableaux de bord voire des fonctions administratives (qualité, informatique, DIM) sous la forme d'un GCS ou d'une convention de direction commune.

De nombreux établissements travaillent sur la coopération médicale afin de structurer les filières de prise en charge, la gradation des soins et assurer la permanence des soins. Cela prend la forme de temps médicaux partagés en partie financés par les agences régionales de santé, de conventions de mise à disposition, de CHT voire de GCS.

Certains établissements ont mis en place des directions communes, soit à minima où seul le chef d'établissement est commun, soit en créant des directions fonctionnelles communes à plusieurs établissements. Plus original, certains établissements expérimentent les directeurs à temps partagé entre plusieurs établissements sans direction commune, chaque établissement restant doté de son propre chef d'établissement.

Enfin certains établissements, assez peu nombreux, se lancent dans l'aventure de la fusion après une étape de direction commune après un mouvement long de maturation lorsque les acteurs de terrain sont prêts et que c'est la meilleure solution pour assurer un avenir aux établissements fusionnés.

1.3 Les mutations induites par l'instauration de groupements hospitaliers de territoire obligatoires

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé¹⁴ est actuellement examiné par le Parlement. Son article 27 prévoit la création de groupements hospitaliers de territoire obligatoires à l'exception des trois plus gros CHU de France, exclus par la loi en raison de leur taille déjà importante et à l'exception des spécificités de l'offre de soins régionale.

¹⁴ Projet de loi n°505 de modernisation de notre système de santé

1.3.1 Les GHT : de la construction d'un projet médical partagé au transfert de compétences facilité entre les établissements parties

Le groupement hospitalier de territoire se veut un héritier de la Communauté Hospitalière de territoire mais en diffère par son caractère obligatoire. « Le GHT constitue une nouvelle forme de coopération conventionnelle fondée sur une adhésion obligatoire des établissements publics de santé. L'objet principal de la coopération consiste à définir une stratégie commune. Elle vise également à rationaliser les modes de gestion soit par une mise en commun des fonctions, soit par des transferts d'activité entre établissements. »¹⁵

Le cœur de l'objet du GHT est d'élaborer un projet médical partagé¹⁶ : « dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence de recours. »¹⁷ Le but des GHT est d'adopter une stratégie de prise en charge commune par l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet médical partagé et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Les GHT devront être juridiquement mis en place (signature de la convention constitutive) dès le 1^{er} juillet 2016¹⁸ et opérationnels le 1^{er} janvier 2018. Il reviendra aux directeurs généraux des ARS d'arrêter le périmètre des GHT.

L'élaboration du projet médical partagé devra précéder la décision de l'ARS sur le périmètre des GHT. La convention constitutive devra comporter la description de l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, et les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements.

Le GHT demeure une convention à l'instar de la CHT et dépourvu de personnalité morale afin de ne pas ajouter de complexité coûteuse et de ne pas contraindre les établissements à multiplier les instances représentatives. Un amendement parlementaire qui visait à réintroduire la personnalité juridique a été rejeté au motif qu'un amendement parlementaire ne peut pas aboutir à une augmentation des charges de l'Etat. L'octroi des autorisations sera subordonné au respect du projet médical de territoire. Le projet de loi distingue 3 typologies d'établissements :

- Etablissements parties au GHT : EPS, CHU, EP santé mentale
- Etablissements qui peuvent être parties : ESSMS (un seul GHT)

¹⁵ Commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, Olivier Véran, Bernadette Laclais, Jean-Louis Touraine, Hélène Geoffroy, Richard Ferrand, *rapport n °2673 au nom de la commission des affaires sociales, sur le projet de loi de santé*, mars 2015

¹⁶ La commission des affaires sociales du Sénat (Commission des affaires sociales du Sénat, Alain Milon, Catherine Deroche et Elisabeth Doineau, *rapport au nom de la commission des affaires sociales (n°653), sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé*, juillet 2015) propose que le travail sur le projet médical partagé précède la décision de l'ARS d'arrêter la liste des GHT.

¹⁷ Article 27 du projet de loi de modernisation du système de santé

¹⁸ La date initiale du 1^{er} janvier 2016 a été repoussée de 6 mois lors de l'examen au Sénat.

- Etablissements partenaires : ESPIC, ES privé lucratif : possibilité de convention association avec possibilité de dispositions relatives à la fonction achat

Les GHT pourront s'ouvrir à l'interrégionalité. Les établissements de santé mentale et d'hospitalisation à domicile seront associés au projet médical partagé d'autres GHT.

Les établissements médico-sociaux publics pourront adhérer de façon facultative au GHT. Quant aux établissements de santé privés, leur projet médical pourra être en cohérence avec le projet médical partagé de territoire. Chaque GHT devra s'associer à un CHU via une convention d'association pour les activités d'enseignement, de recherche, de référence. La question du choix du CHU partenaire pourra se poser en fonction des configurations régionales. Les établissements parties concluent une convention constitutive en lien avec le projet médical partagé et désignent un établissement support qui exerce certaines fonctions pour le compte des membres.¹⁹ Les établissements membres transféreront directement des compétences, des activités et leurs autorisations afférentes, à l'établissement support qu'ils auront désigné. Cette désignation pourra poser problème s'il existe des établissements de taille homogène au sein du GHT. Certaines compétences seront obligatoirement transférées à l'établissement support : système d'information hospitalier (SIH), département de l'information médicale (DIM)²⁰, fonction achat, formation développement professionnel continu (DPC). D'autres resteront optionnelles : il s'agit des fonctions administratives, logistiques, techniques et médico-techniques. A noter qu'un amendement qui visait à rendre ces compétences optionnelles obligatoires a été rejeté par l'Assemblée Nationale. Les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat proposent que les activités de biologie et d'imagerie soient organisées en commun. Le sénat a voté cette modification.

Il sera également possible de transférer des activités d'enseignement, de recherche et des activités de soins grâce à un système de transfert d'autorisation simplifié. Le mécanisme de cession d'autorisation et de changement d'implantation sera remplacé par une simple inscription du transfert dans la convention constitutive qui devient automatique. Cependant le risque contentieux n'est pas à négliger. Dans les deux cas de transfert, les autres établissements seront entièrement dessaisis de leur compétence au profit de

¹⁹ La convention constitutive du GHT sera soumise à l'approbation de l'ARS qui en appréciera la conformité avec le projet régional de soins. Il est à noter que les conseils de surveillance ne seront pas consultés sur le sujet mais seulement sur la désignation à la majorité des deux tiers de l'établissement support qui recevra les transferts de compétence. Faute d'accord, l'ARS tranchera. Les conseils de surveillance ne donneront pas leur avis sur les compétences transférées y compris celles qui ne sont que facultatives.

²⁰ Le projet de loi a évolué. Au départ, le projet de loi prévoyait le transfert de la facturation mais il a été retiré car il remettait en cause l'autonomie des établissements. Il est prévu en revanche que le médecin DIM de l'établissement support recueille les informations d'activité auprès de ses confrères des autres établissements alors qu'il ne fera pas partie de la CME des autres établissements. Le positionnement du médecin DIM au sein de la communauté médicale se posera.

l'établissement support, ce qui aura des conséquences sur l'autorité du directeur. Par dérogation le directeur de l'établissement support du groupement aura autorité sur l'ensemble des personnels pour les compétences transférées y compris le pouvoir de nomination. Les personnels resteront rattachés à leur établissement d'origine ou seront transférés dans l'établissement support.

La démarche de certification (qualité) sera conjointe.

A l'horizon 2020, les comptes des établissements parties au groupement seront consolidés à l'instar du mécanisme reliant dans le privé, une maison mère à ses filiales, ce qui suppose une adaptation de la nomenclature comptable M21.

A ce stade le GHT ne disposera pas de la personnalité morale, ce qui n'est pas sans conséquence. Chaque établissement gardera sa gouvernance donc ses instances. Au départ le projet de loi ne prévoyait aucune disposition concernant la gouvernance. Finalement quelques instances ont été prévues à ce stade du projet de loi. Un comité stratégique réunira les directeurs généraux d'établissements, les présidents de CME et les directeurs des soins. Un comité des élus assurera la représentation des élus qui pourront s'assurer de l'égal accès de leurs administrés à la santé et d'une même qualité de prise en charge sur tout le territoire. Ils émettront un avis sur le projet médical partagé et seront destinataires de rapports annuels. Il n'est pas prévu de CME ou de CTE de territoire obligatoire.

Le GHT pourra prévoir la mise en place de pôles inter-établissements, d'équipes médicales de territoire, et une organisation commune des fonctions médico-techniques : laboratoire, imagerie, pharmacie.

Le service financier sera directement touché par la réforme car il est prévu une trésorerie commune, un compte 515 commun, qui nécessitera une adaptation des services du Trésor Public puisqu'il faudra un comptable unique pour l'ensemble des membres du GHT. Les membres du GHT seront solidaires financièrement. C'est le résultat comptable global du GHT qui comptera pour les ARS. Ces aspects devront être régis par une ordonnance à paraître. Les membres du GHT pourront calculer la facturation des charges de l'établissement support aux autres membres du GHT car il supportera davantage de coûts que les autres membres du groupement (budget annexe). Les positions des acteurs de terrain, des tutelles et de la mission GHT sont loin de converger sur les conséquences de la mise en place des GHT. Là où les membres de la mission GHT voient une simplification, les acteurs de terrain et les juristes craignent une complexification pour les gestionnaires. Le GHT se situe à mi-chemin entre le groupement de coopération et la fusion sans véritablement choisir entre les deux. Il est vraisemblablement une étape vers des fusions hospitalières et pourra être adossé à une direction commune afin d'assurer une gouvernance plus lisible.

La solidarité financière risque de susciter les réticences des établissements excédentaires qui ne voudront pas absorber les déficits des autres établissements. Il conviendra de veiller à démontrer la plus-value de l'adhésion au GHT. La loi ne préconise pas de taille ou de distance maximale pour les GHT même si le rapport de la mission y fait référence. La distance temps ne doit pas excéder une heure. Au-delà d'une certaine taille difficile à déterminer, les économies d'échelle disparaissent.²¹

Il est difficile à ce stade d'évaluer toutes les conséquences de cette réforme. On peut déjà estimer que les GHT auront des conséquences sur le droit des autorisations (risque de contentieux), l'EPRD, la gestion financière et le contrôle de gestion, la gestion des ressources humaines, la gestion des affaires médicales, les achats, le SIH, le DIM, la gestion des coopérations. Le transfert des compétences facultatives comme la logistique peut poser des problèmes juridiques au regard des règles de la commande publique et de la jurisprudence de la CJUE. Les prestations risquent de ne pas être considérées comme des prestations « in house » en l'absence de groupement de coopération doté de la personnalité morale. La solution pourrait être d'adosser un GCS ou un GIP au groupement hospitalier de territoire.

1.3.2 Un changement de métier pour les directeurs d'hôpital

La mise en place des GHT risque de modifier le métier de directeur qui se profile comme un manager territorial. Les chefs des établissements autres que l'établissement support deviendront des directeurs délégués.

1.3.3 Une rénovation des GCS

En complément de l'article 27, l'article 27 bis rénove le GCS. Des établissements publics et privés pourront créer un GCS de moyens pour gérer une autorisation d'activité de soins sur un site unique et de procéder à la facturation pour le compte des membres.

Le Centre Hospitalier de Laval a choisi d'utiliser une partie de ces instruments juridiques afin d'organiser au mieux le parcours de prise en charge du patient tout en rationalisant les dépenses engagées.

²¹ P.Y. Bocquet, J-L. Bonnet, F. Lalande, C Scotton (IGAS), *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, Paris, IGAS, 2012

2 Une gestion éclatée des coopérations au Centre Hospitalier de Laval

2.1 Contexte stratégique du Centre Hospitalier de Laval

Le Centre Hospitalier de Laval est l'établissement de référence du territoire de Mayenne. En région Pays de la Loire, les territoires de santé correspondent aux départements.

2.1.1 Contexte sociodémographique et sanitaire

La Mayenne est un département rural, faiblement peuplé (309 106 habitants, densité 55 hab./km²) et à la population relativement âgée. Les plus de 60 ans représentent 23% de la population et en représentent le tiers en 2030. La population de l'agglomération de Laval s'élève à 100 000 habitants soit le tiers de la population du département. La situation sanitaire du département est globalement favorable, les taux de mortalité et de mortalité prématurée étant inférieurs à la moyenne régionale. Cependant on note davantage d'accidents de la circulation chez les femmes, une mortalité par suicide plus importante que dans le reste de la région et une situation sanitaire moins favorable dans le nord du département.

En revanche, on constate une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire (qui reste la première cause de mortalité avec 30%) et les cancers (2^e cause de mortalité 28% mais première cause chez les hommes). Les femmes sont touchées par le cancer du sein et du colon tandis que les hommes souffrent de cancers du poumon et de la prostate.

2.1.2 Offre de soins en Mayenne : une démographie médicale défavorable

L'offre de soins en Mayenne est caractérisée par une démographie médicale préoccupante parmi les plus faibles de France. On dénombre 194 médecins pour 100 000 habitants en 2013 contre 333 en moyenne nationale²³ soit 113 généralistes pour 100 000 habitants et 81 spécialistes pour 100 000 habitants. La création d'une CHT 49 53 avait pour objectif d'agir sur la démographie des spécialités médicales.

Médecins spécialistes libéraux selon la spécialité exercée au 01/01/2009 source : STATISS 2010 – retraitement données délégation territoriale 53 : densité pour 100 000 hab

spécialité	Région	53	France
Anesthésie réa	5,28	2,32	5,77
cardio	4,19	1,99	6,50
pédiatrie	2,55	1,66	4,66
Chir générale	1,14	0,99	2,52
ophtalmo	6,60	4,32	7,67
ORL	2,35	1,66	3,53

²² Projet territorial de santé de la Mayenne PTS 53

²³ Source DREES

psy	7,20	4,98	10,41
-----	------	------	-------

Médecins spécialistes salariés exclusifs

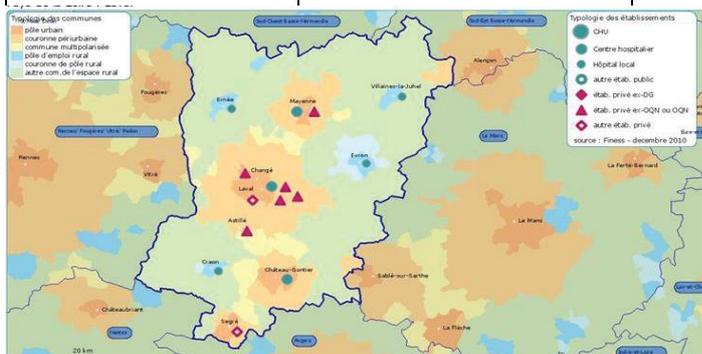
spécialité	Région	53	France
Anesthésie réa	9,96	5,98	11,15
cardio	2,84	1,66	3,58
pédiatrie	5,13	1,99	6,58
Chir générale	3,64	2,66	3,77
ophtalmo	0,83	0,66	1,33
ORL	1,17	0,66	1,17
psy	9,1	4,98	11,68

On constate un vieillissement des effectifs médicaux, une féminisation et une augmentation de l'exercice à temps partiel avec une fuite de patients. Au niveau des établissements de santé, le département compte trois établissements de santé sur le champ MCO : le Centre Hospitalier Nord Mayenne au Nord, le Centre Hospitalier de Laval au Centre et le Centre Hospitalier du Haut Anjou à Château-Gontier au Sud. De plus des centres hospitaliers de proximité maillent le territoire comme le centre hospitalier d'Ernée, le Centre Hospitalier d'Evron, le Centre Hospitalier local du Sud-Ouest Mayennais (CHLSOM) (Craon Renazé), le Centre Hospitalier de Villaines la Juhel. La polyclinique du Maine fait concurrence au Centre Hospitalier de Laval dans certaines spécialités. Les activités de recours comme la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les greffes sont réalisées dans le CHU d'Angers, CHU de référence. Les patients peuvent également être transférés au CHU de Nantes ou au CHU de Rennes hors région.

2.1.3 Un taux de fuite important

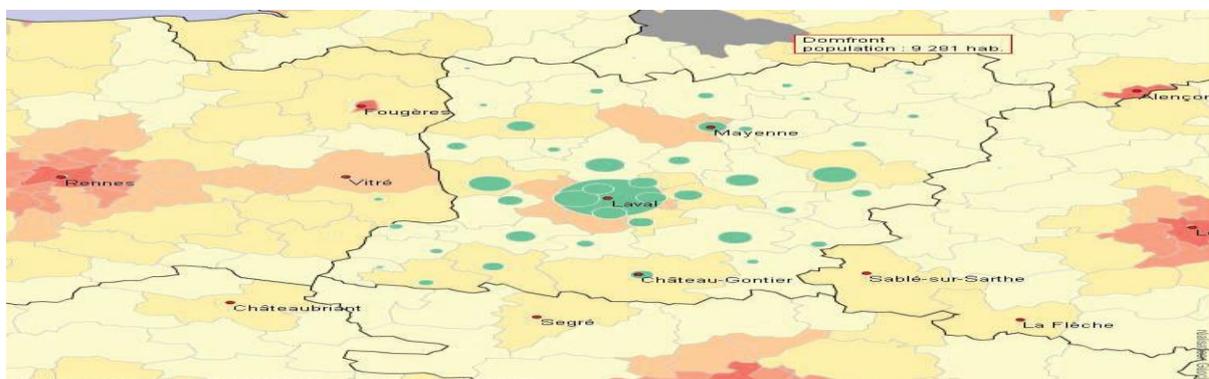
Source : panorama statistique ARS 2011 : retraitement DT 53 : taux de fuite

département	Taux de fuite médecine	Taux de fuite chirurgie
Mayenne	29%	33%
Maine et Loire	10,66%	13,13%
Loire atlantique	3,92%	3,80%
Sarthe	16,04%	14,04%
Vendée	38%	40%
Région	5,20%	4,62%



La carte ci-dessus fait apparaître l'aire de recrutement du CH de Laval, sur la base des données PMSI, pour les séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (données 2013) et notamment les taux de fuite des patients mayennais et lavallois qui sont élevés dans certaines spécialités, comme en cancérologie, en chirurgie ou en spécialités médicales.

Source ATIH PMSI aire de recrutement du Centre Hospitalier de Laval



Situé au cœur du triangle formé par les CHU d'Angers, de Rennes et le CH du Mans, le centre hospitalier de Laval est comparativement moins attractif pour les médecins. Ces trois établissements proposent des postes attractifs aux jeunes spécialistes au sein d'équipes et accueillent les patients du bassin de santé lavallois. Le CH de Laval est attiré par des coopérations avec le CHU breton en raison de sa taille, de ses spécialités et d'un accès facilité par la route et le rail. Cette proximité avec le CHU de Rennes et le CH du Mans est encore plus prégnante pour le CH du Nord-Mayenne. La situation se révèle bien différente pour le Centre Hospitalier du Haut Anjou dont la situation à 45 minutes d'Angers et les relations culturelles se traduisent par des postes partagés dont les établissements de Laval et de Mayenne ne disposent pas. Le CHHA oriente en priorité ses patients vers le CHU d'Angers d'autant plus que le site Hôpital des hauts Saint Jean se situe à Segré en Maine et Loire. Le recrutement du Centre Hospitalier de Laval est limité à son bassin de vie et près de 79% de ses séjours concernent des habitants du territoire de santé. La fuite des patients sur les établissements limitrophes est significative sur les activités non développées par l'établissement mais aussi sur des activités majeures (ex orthopédie, gynéco-obstétrique...). Tous domaines d'activité confondus, le taux de fuite sur la zone d'attractivité est de 29%. Ces patients se tournent en priorité vers les CHU et les cliniques privées des départements limitrophes, mais aussi vers le CHNM (orthopédie par exemple) et le CHHA (obstétrique par exemple).

Cet état des lieux pousse à la coopération entre structures de santé pour contrecarrer la situation de la démographie médicale : CHT, consultations avancées, postes d'assistants partagés avec CHU d'Angers, contrats de cliniciens avec les médecins libéraux, pôles de santé, télémédecine. Cependant il est difficile d'obtenir des postes partagés avec le CHU

d'Angers en raison de l'éloignement géographique et du manque d'attractivité. Le Centre hospitalier de Laval est engagé dans de très nombreux dispositifs de coopération visant à favoriser la cohérence de l'offre de soins et la mutualisation de moyens. Le Centre Hospitalier de Laval assure des consultations de neurologie et de pneumologie au CH du Nord Mayenne et Haut Anjou.

2.2 Etat des lieux des coopérations au Centre Hospitalier de Laval et projets

Le Centre Hospitalier de Laval a recours à des coopérations avec des établissements publics mais aussi privés.²⁴

2.2.1 Etat des lieux des coopérations public/public

Le Centre Hospitalier de Laval privilégie les liens avec le Centre Hospitalier Nord Mayenne mais également avec le Centre Hospitalier du Haut Anjou, les centres hospitaliers de proximité et les CHU.

A) Les coopérations conventionnelles, fonctionnelles

164 conventions de coopération sont actuellement en vigueur. De nombreuses conventions permettent de formaliser la mise à disposition de praticiens même si d'autres conventions sont plus structurantes.

a) *CHT 53-49*

La communauté hospitalière de territoire (CHT) Maine et Loire et Mayenne avait pour but de répondre aux défis posés par la démographie médicale. C'est une CHT hémi-régionale assez souple sans perspective de fusion et axée sur la structuration des filières de cancérologie. Les membres de la CHT sont le CHU d'Angers, le centre de santé mentale angevin (CESAME), le Centre Hospitalier de Cholet, le Centre Hospitalier du Haut Anjou, le Centre Hospitalier de Laval, le Centre Hospitalier Nord Mayenne et le Centre Hospitalier de Saumur. Le siège de la CHT est le CHU d'Angers. Les partenariats dans le cadre de la CHT prennent la forme de conventions.

Si on note des avancées en matière de cancérologie pour la construction de filières de prises en charge sur le territoire de l'hémi-région, cette CHT n'est en revanche pas très intégrative.

b) *Accord cadre CHNM/CHL*

L'accord-cadre signé entre le Centre Hospitalier de Laval et le Centre Hospitalier de Mayenne a pour but de mettre en valeur les coopérations existant entre les deux

²⁴ Cf tableau des coopérations au Centre Hospitalier de Laval annexe 2 et 4 et carte annexe 3

établissements et de les structurer dans une perspective de stratégie de groupe sur le territoire de la Mayenne. Au niveau de l'offre publique, le partenariat le plus étroit est bien celui avec le Centre Hospitalier Nord Mayenne. Les conventions déjà existantes entre les deux établissements sont intégrées à l'accord cadre. Le Centre Hospitalier de Laval et le Centre Hospitalier Nord Mayenne partagent un laboratoire bi-sites dans le cadre du GCS Mayenne dont le champ pourrait s'étendre à d'autres activités comme la blanchisserie, la stérilisation, l'HAD ou d'autres activités support, DIM commun aux deux établissements, transmission d'images. Les deux établissements s'engagent à agir en complémentarité, à partager du temps médical via des conventions de mise à disposition, à se coordonner pour la parution des postes médicaux vacants. Les activités médicales pour lesquelles les deux établissements coopèrent sont nombreuses : cardiologie, pneumologie (projet de consultation avancée du Centre Hospitalier de Laval au Centre Hospitalier Nord Mayenne), neurologie (intervention d'un médecin du CH de Laval à Mayenne), cancérologie, chirurgie viscérale, pédiatrie, urgences.

c) Conventions de mise à disposition du personnel médical

Le Centre Hospitalier de Laval établit des conventions de mise à disposition de praticiens auprès d'autres établissements centres hospitaliers ou centres hospitaliers universitaires et inversement contre remboursement. Ce partage du temps médical permet une mutualisation de compétences rares : urgentistes, cardiologues, neurologues... Malheureusement certains praticiens préfèrent arrêter cette modalité d'exercice qui leur permet une rémunération en temps additionnel au profit de l'exercice médical en qualité d'intérimaire, plus rémunérateur, qui met l'établissement en difficulté financière.

d) Autres conventions

Il existe d'autres types de conventions entre établissements de santé. J'ai participé à l'écriture de la procédure détaillant le circuit d'élaboration et de validation des conventions dans le cadre de la mise en œuvre de la délégation de gestion aux pôles. L'idée est que toute convention soit adressée systématiquement au responsable du suivi des conventions pour s'assurer de la vérification de son contenu par le département administratif et financier pour les conditions financières et par les autres pôles non médicaux. L'établissement s'est doté d'un outil informatique de gestion et de suivi centralisé des conventions de fabrication locale qui permet de gérer les alertes pour les renouvellements.

B) Les coopérations institutionnelles

Le Centre Hospitalier de Laval a mis en place avec ses partenaires des groupements de coopération afin de mutualiser les moyens humains, matériels, financiers et renforcer l'attractivité de l'offre publique sur le territoire.

a) *Le GCS de la Mayenne : un groupement multiprogrammes à vocation de support d'un GHT*

Le GCS de moyens de la Mayenne est un GCS multiprogrammes dont le siège est le Centre Hospitalier de Laval. Pour l'instant il comporte le programme de biologie médicale qui concerne deux établissements, le Centre Hospitalier de Laval et le Centre Hospitalier du Nord Mayenne. Les deux établissements partenaires ont fait le choix d'un laboratoire bi-sites dans lequel travaille une équipe médicale commune de biologistes. Les personnels paramédicaux (techniciens de laboratoire, secrétaires, aides-soignants) sont restés sur leurs sites respectifs. Le laboratoire partage cependant le technicien de laboratoire référent accréditation, le cadre de santé, le gestionnaire du GCS et l'administrateur.

Les réflexions sur le rapprochement des laboratoires des deux CH ont débuté en 2010. Un biologiste du CH de Laval intervenait à Mayenne dans le cadre d'une convention. Aux problèmes d'effectifs médicaux s'est ajoutée la problématique de l'accréditation des laboratoires, coûteuse, surtout pour le Centre Hospitalier Nord Mayenne qui aurait dû investir pour la mise aux normes de son laboratoire.

Il a fallu décider du partage de l'activité de biologie entre les deux sites en fonction du type d'examens à réaliser. Ainsi les examens de bactériologie sont analysés uniquement au CHL car il n'est pas nécessaire de les traiter en urgence. Cependant le maintien de l'activité sur deux sites est coûteux en masse salariale en raison du maintien des équipes de techniciens de laboratoire, peu mobiles.

Les biologistes peuvent valider les résultats à distance grâce à un système d'information commun (logiciel inlog).

Le GCS de la Mayenne est un GCS de moyen de droit public soumis à la M9-5 avec une répartition des droits 60% CHL et 40% CHNM. Dans les faits, l'activité concerne à 70% le CHL et à 30% le CHNM. Le GCS n'est pas employeur et n'est pas doté à ce jour d'une section d'investissement. Les établissements restent propriétaires des locaux et des matériels mis à disposition du GCS. Les ressources du GCS dépendent essentiellement des contributions des membres et des recettes générées par les analyses fournies à des structures externes. Ces contributions sont établies au prorata des consommations de chaque membre pour chaque prestation de chaque programme auquel il adhère et sur la base des prix de revient prévisionnels de chaque programme. Le GCS émet un titre de recette à l'encontre de chaque membre.

Les charges sont facturées au coût réel comme prévu par la réglementation. Le GCS est doté d'un EPRD et d'un compte 515 propres. L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an. Il existe un comité de programme et un responsable de programme. Une cellule de gestion composée à ce jour d'un ETP adjoint administratif, aide l'administrateur, le directeur de programme et le responsable de programme dans l'accomplissement des actes de gestion : élaboration et exécution du budget, comptabilité ordonnateur, passation

et suivi des marchés publics en lien avec le département des achats de l'hôpital de Laval, secrétariat des instances.

Les commandes sont réalisées par une technicienne de laboratoire à Mayenne et par une secrétaire du laboratoire à Laval. Le transport entre les 2 sites du laboratoire est assuré la semaine (2/jour) et le week-end (1/jour) par un prestataire privé qui réalise certains examens externalisés. Cette situation pourrait évoluer lors du renouvellement du marché des examens externalisés en mars 2016.

b) Le projet de GIP Maison des adolescents

La Maison des adolescents de la Mayenne, en place depuis mai 2011, est rattachée actuellement au pôle ambulatoire et santé publique du Centre Hospitalier de Laval. Une permanence est assurée à Evron le mercredi après-midi. Le projet de création de GIP répond à une recommandation du rapport IGAS de 2013²⁵. « Plusieurs formes juridiques de MDA sont possibles. Le GIP apparaît la plus prometteuse car il permet un regroupement pérenne de partenaires, publics et privés et assure un renforcement et une stabilité des financements. »²⁶ La maison des adolescents a vocation à accueillir gratuitement et anonymement, sur demande, les adolescents du département avec ou sans rendez-vous. Ses missions sont de, répondre à leurs questions, agir sur la prévention, évaluer la situation, les orienter et les accompagner vers une prise en charge. Elle fonctionne grâce à un coordonnateur médical, du temps infirmier, un éducateur et une psychologue à mi-temps. Elle souhaite par ailleurs développer un maillage territorial et les partenariats avec les professionnels sur l'ensemble du département, y compris en territoire rural. Le projet de création de groupement d'intérêt public s'inscrit dans cette démarche de consolidation du dispositif actuel en assurant une structuration juridique pérenne et des financements stables. A cette fin, le Centre Hospitalier s'est rapproché en 2015 des collectivités territoriales, de la caisse d'allocations familiales (CAF) et de la mutuelle sociale agricole (MSA) afin de recueillir des financements complémentaires. Il s'agit d'articuler les missions et compétences des acteurs intervenant dans le champ de l'adolescence en Mayenne dans une optique de parcours des usagers. Le projet de GIP n'aboutira que si suffisamment de partenaires le financent. En effet, il est nécessaire d'atteindre une taille et un budget critiques pour garantir l'efficacité d'une gestion autonome.

C) Les groupements d'achat

Le Centre Hospitalier de Laval s'inscrit dans le mouvement de massification des achats. La part des achats mutualisés atteint 55% de l'ensemble des achats d'une année. Il coordonne les achats pour d'autres établissements et passe les marchés pour eux, soit sur

²⁵ Inspection Générale des Affaires sociales, Fadela Amara et Pierre Naves, *Evaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents »* (MDA), octobre 2013

²⁶ Même rapport de l'IGAS, p.4

un périmètre départemental, soit au niveau de la région. Il est coordonnateur du groupement de commande du département de la Mayenne pour le gaz, les travaux de rénovation et de maintenance des bâtiments pour les trois centres hospitaliers MCO du département. Il est coordonnateur du groupement régional de commandes des produits pharmaceutiques des Pays de la Loire (GRPPL), regroupant vingt-trois établissements MCO (ex: St Nazaire, Cholet) et psychiatriques (ex: CESAME Angers), soit près de 12000 lits, par voie de convention. Ce groupement couvre les médicaments et les dispositifs médicaux.

2.2.2 Etats des lieux des coopérations public/privé

Le Centre Hospitalier de Laval a noué également des partenariats avec des acteurs privés comme la polyclinique du Maine et les associations gérant des instituts de formation.

A) Les coopérations conventionnelles

a) *La convention avec la polyclinique du Maine sur l'utilisation du bloc opératoire*

La convention entre le Centre Hospitalier de Laval et la Polyclinique du Maine prévoit la mise à disposition d'une salle de bloc opératoire pour les patients de la Polyclinique du Maine nécessitant une prise en charge en réanimation post opératoire au Centre Hospitalier de Laval car la Polyclinique ne dispose pas d'unité de réanimation.

Cette convention vise à limiter les fuites de ces patients qui sinon auraient été pris en charge dans un CHU voisin, hors du territoire de santé. Cela concourt à la prise en charge de proximité de la population. Pour la polyclinique, cela lui permet d'accroître son activité, le nombre de séjours de chirurgie. Pour le Centre Hospitalier de Laval dont les blocs sont sous-utilisés, cela peut générer des forfaits de réanimation.

Une vacation est réservée à la polyclinique un mardi sur deux de 13h30 à 18h. Le chirurgien de la clinique se renseigne sur les places disponibles en réanimation avant d'opérer et réserve une place. La clinique transmet le programme opératoire au plus tard le jeudi précédent. Si aucune opération n'est programmée, la plage peut être réattribuée à l'hôpital et ne sera pas facturée à la clinique. Il est prévu que le Centre Hospitalier facture un loyer à la clinique qui intervient avec son propre matériel et ses propres équipes médicales et soignantes, ses tenues de travail. La PDM assure la consultation d'anesthésie et le bio nettoyage. Il peut arriver que du matériel du CHL soit mis à disposition sur demande de l'équipe chirurgicale de la PDM.

La PDM doit également rembourser les dispositifs médicaux utilisés et produits anesthésiques selon le prix d'achat par le CHL, les examens éventuels d'imagerie selon les prix CCAM. Le transfert du patient est assuré par la PDM. Quand le chirurgien souhaite utiliser un amplificateur de brillance, si cette utilisation est programmée, il vient avec les

manipulateurs en radiologie. Si le besoin est constaté dans l'urgence, il est possible de faire appel aux manipulateurs en radiologies du CHL, la prestation est alors facturée à la clinique.

B) Les coopérations institutionnelles, organiques

a) *Le GIE IRM 53*

Le groupement d'intérêt public IRM de la Mayenne a été créé afin d'assurer la gestion de l'activité des IRM du département de la Mayenne. Actuellement ce groupement gère l'autorisation de deux IRM implantées à Laval, l'une sur le site du Centre hospitalier et l'autre sur le site de la polyclinique du Maine. Il est également prévu d'implanter une IRM au Centre Hospitalier du Nord Mayenne et une IRM au Centre Hospitalier du Haut Anjou. Les associés du GIE sont le Centre Hospitalier de Laval, le CHNM, le CHHHA et des sociétés de radiologues libéraux. Le président du GIE est le directeur du Centre Hospitalier de Laval, siège du groupement. L'ARS a soumis la délivrance de l'autorisation d'IRM à la participation au GIE.

Il est prévu une permanence des soins commune si l'effectif de radiologues descend en dessous de 5. Le GIE perçoit les forfaits techniques. Il est locataire des locaux appartenant au CH de Laval (pour l'IRM implantée sur le CHL). Chaque utilisateur est responsable de son personnel, de ses patients, de son matériel. Les plages d'utilisation des IRM sont distribuées aux membres selon un planning hebdomadaire. Seule l'IRM de la polyclinique est ouverte le samedi matin en activité programmée. Les personnels sont mis à disposition fonctionnelle du GIE. Un adjoint administratif à 75% assure les actes de gestion du GIE IRM.

b) *Le GCS de chimiothérapie ambulatoire*

Le GCS de chimiothérapie ambulatoire qui réunit l'activité de chimiothérapie ambulatoire du Centre Hospitalier de Laval et de la polyclinique du Maine, est constitué depuis le 8 avril 2014 mais l'activité démarrera tout début 2016. Il a pour but de réduire les taux de fuite hors du territoire et de développer l'attractivité médicale. L'activité devra être réalisée sur un site unique, celui de la polyclinique du Maine, avec une équipe médicale et soignante mutualisée. Le GCS n'est pas détenteur de l'autorisation de soin. Chaque établissement conserve son autorisation. Il est doté d'une personnalité morale de droit privé sans but lucratif. L'activité du GCS comprend : le traitement des affections cancéreuses, la fourniture des avis médicaux, la préparation des cytotoxiques, la gestion de la continuité des soins. Le déploiement d'un logiciel commun (le logiciel chimio) qui trace la prescription de la chimiothérapie, la validation pharmaceutique, la préparation de l'administration et l'harmonisation des protocoles entre les deux établissements, constituent un préalable nécessaire à la mise en œuvre de cette mutualisation. De plus, il est à noter que les deux établissements sont dotés du même logiciel pour le dossier patient informatisé : DxCare.

La mise en place de ce GCS entraîne cependant des conséquences sur l'autorisation de soins. Le maintien d'une activité de chimiothérapie pour les patients hospitalisés au CHL suppose la conclusion d'une convention d'association avec le site autorisé car il n'est pas possible de détenir une même autorisation de soins sur deux sites géographiques.

Par ailleurs, la centralisation de l'unité de cytotoxiques entraîne des conséquences sur la gestion de personnel. Le CHL doit conclure une convention avec la pharmacie à usage intérieur de la polyclinique pour la sous-traitance des cytotoxiques. Il était prévu un transfert de personnel du CHL vers la polyclinique mais juridiquement il n'est pas possible de mettre à disposition du personnel directement auprès de la polyclinique. Cela serait en revanche possible auprès du GCS mais il n'a pas été prévu d'inclure la PUI dans le périmètre du GCS. Seul un pharmacien de l'hôpital pourrait, sous réserve, travailler dans la PUI de la polyclinique. La gestion d'une PUI commune pourrait être envisagée au niveau du GHT, auquel la polyclinique du Maine pourrait être associée.

L'activité de ce groupement sera gérée selon le principe des prestations médicales croisées. Concernant la facturation des actes, il est prévu que les actes médicaux assurés par les praticiens du CHL pour les patients de la polyclinique lui soient facturés. Les actes médicaux pratiqués par les praticiens de la polyclinique au CH de Laval seront pris en charge par le budget du CHL. On voit ainsi les enjeux de cette coopération : le GCS permet au Centre Hospitalier de ne pas perdre son autorisation de chimiothérapie au profit de la clinique concurrente et de réduire les coûts par une mutualisation de moyens. C'est donc une coopération de défense.

Dans le même esprit, le SROS PRS avait prévu la création d'un GCS pour la médecine d'urgence entre le CHL et la PDM. Finalement la PDM a fermé ses urgences et le flux de patients a été réorienté vers le CHL. Un cabinet de soins non programmé a perduré avant de fermer en juin 2015, reportant une trentaine de patients par jour sur les urgences du Centre hospitalier de Laval.

c) Le projet de GIP Pôle régional de formation Santé/Social de Laval

Depuis septembre 2012, 5 organismes de formation sanitaire et sociale ont été regroupés au sein du pôle régional de formation santé social de Laval. Il s'agit des instituts rattachés au CHL à savoir : l'institut de formation en masso-kinésithérapie, l'institut de formation en ergothérapie et l'institut de formation des aides-soignants accueillant 212 élèves. Les quatre autres organismes sont essentiellement de statut associatif. Il s'agit de l'Institut de formation en soins infirmiers de la croix rouge française (189 étudiants), du centre de formation d'aide médico-psychologique du centre de formation et de recherche à la relation d'aide sociale (CEFRAS) (26 étudiants), du centre de formation d'auxiliaires de la vie sociale du centre d'études et d'action sociale de la Mayenne (CEAS 53) (21 étudiants). La région est également membre du GIP. La création du GIP doit promouvoir la concertation

et la coopération inter-organismes et inter-filières en mutualisant certaines fonctions tout en conservant l'autonomie de chaque structure. Chaque membre reste responsable du contenu de la formation et titulaire de l'agrément. Le GIP gèrera les charges communes telles que la gestion du bâtiment (la location du site à la région propriétaire) et la gestion des ressources pédagogiques partagées. Les membres du GIP gèreront ainsi en commun le centre de documentation, l'informatique, le laboratoire de compétences, le lien avec les entreprises pour la recherche de lieux de stage, la communication et le foyer des étudiants. Le personnel dédié au GIP (le gestionnaire comptable et financier, le directeur du GIP, les documentalistes) font également partie des charges communes. A terme, il pourra être question de partager les salles de cours et les formateurs.

Le projet de GIP a été déposé à la DIRFIP le 26 février 2015 puis en préfecture de région. L'arrêté d'approbation de la convention constitutive a été signé le 24 juillet 2015. Il devrait être effectif au 1^{er} janvier 2016. Le GIP pourrait recruter du personnel en propre ou par voie de détachement ou de mise à disposition. Ce GIP a opté pour une gestion privée en raison de l'adhésion des partenaires associatifs, mais reste soumis à l'ordonnance du 6 juin 2005. Les droits de vote des membres ne seront pas proportionnels au nombre d'élèves. On note une surreprésentation des instituts associatifs au détriment du Centre Hospitalier de Laval. Au niveau de la gestion, les charges mutualisées seront refacturées en fonction du volume horaire stagiaire sur la base du réalisé de l'année précédente. Le GIP recevra également des subventions de la région. Il est prévu de recruter un adjoint des cadres à 80% pour assurer la gestion administrative, comptable et financière du groupement et le secrétariat des instances du GIP (comité directeur, comité de gestion opérationnel, assemblée du GIP). Il gèrera aussi les relations avec les associations. Il devra également suivre les achats et réaliser les avenants de transfert de marché. Le temps consacré à la gestion est prévu suit :

- 0,20 ETP directeur (+ temps de secrétariat) : Il assure le fonctionnement, l'organisation courante et l'animation du groupement
- 0,80 ETP gestionnaire administratif et comptable
- 2 ETP documentaliste (1 ETP IFSI Croix rouge, 1 ETP CHL)
- 0,5 ETP de prestataire technique et logistique

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire aura certainement un impact sur les instituts de formation qui pourraient connaître une nouvelle mutualisation notamment au niveau des IFSI du territoire même si les organismes associatifs et la région se sont clairement opposés à cette éventualité. On peut imaginer à terme le regroupement de tous les instituts de formation. Cependant le champ d'action du GIP excède le périmètre de mutualisation de la formation au sein des GHT car il intègre les formations sociales : auxiliaire de la vie sociale et aide médico-psychologique.

2.2.3 Perspectives d'évolution dans le périmètre géographique et fonctionnel des coopérations au Centre Hospitalier de Laval

La vie des coopérations n'est pas figée. Le Centre Hospitalier de Laval et ses partenaires souhaitent développer les coopérations pour les ouvrir à d'autres partenaires et pour en approfondir les champs d'intervention.

A) L'élargissement géographique et fonctionnel du GCS de la Mayenne

Le GCS de la Mayenne a vocation à s'ouvrir à d'autres partenaires dans le département et à inclure d'autres activités mutualisées. L'idée est de préparer la mise en place des futurs groupements hospitaliers de territoire. Les réflexions conduites par l'ARS en partenariat avec la FHF sont toujours en cours. Le périmètre des futurs GHT n'est pas arrêté mais la région conserve le périmètre départemental pour définir les territoires de santé. Il paraîtrait donc logique qu'un GHT soit mis en place sur le périmètre de la Mayenne. Cependant l'attente de ce périmètre freine les actions de coopération. Le rattachement au GHT du CHHA dont le site de Segré se situe en Maine et Loire, pose question.

L'assemblée générale du GCS du 19 novembre 2014 s'est prononcée sur l'extension des membres et des programmes. Elle a proposé l'adhésion du Centre Hospitalier du Haut Anjou et la mise en place d'un programme de blanchisserie inter-hospitalière. Cela nécessiterait 0,5 ETP de gestionnaire supplémentaire. Des réflexions sont en cours à ce sujet. A terme, le GCS pourrait englober de nouveaux programmes : stérilisation, PUI, Hospitalisation à domicile... L'assemblée générale du 12 février 2015 a entériné cette évolution. Le règlement intérieur a donc été modifié. Désormais, dans le cadre d'une stratégie commune de territoire, il est prévu de mutualiser les activités logistiques, médico-techniques, administratives, techniques et d'enseignement à l'usage de ses membres, de réaliser et gérer des équipements d'intérêt commun et de permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres. La convention constitutive modifiée n'a pas encore été validée. Elle prévoit une adhésion du Centre Hospitalier du Haut Anjou à Château-Gontier, du Centre Hospitalier local du Sud-Ouest Mayennais, du Centre Hospitalier d'Evron et du Centre Hospitalier d'Ernée.

Pour l'instant ces nouvelles adhésions n'ont pas été actées. Une réflexion sera conduite sur la fonction transport entre les membres du GCS, la mutualisation de compétences rares. Les membres se pencheront sur la pertinence ou pas de doter le GCS d'une section d'investissement, ce qui lui permettrait de recourir à l'emprunt et d'acquérir des biens en propre. Les membres devront réfléchir aux clés de répartition des charges et à la gestion des appels de fonds qui a des conséquences sur leurs trésoreries respectives.

B) GIE IRM 53 : l'adhésion de deux établissements publics et l'installation de deux nouveaux IRM

Le périmètre géographique du GIE IRM s'est élargi avec l'adhésion de deux nouveaux membres établissements publics de santé : le Centre Hospitalier du Nord Mayenne et le Centre Hospitalier du Haut Anjou. Cette adhésion est liée au choix de ces établissements de disposer d'une IRM. Elle est rendue nécessaire par la condition posée par l'ARS Pays de La Loire d'adhérer au GIE. Il s'agit donc davantage d'une coopération contrainte que de la volonté des établissements de mutualiser les moyens et de travailler ensemble. Cela peut expliquer en partie les difficultés à mettre en place une astreinte de radiologue commune avec les praticiens libéraux alors même que l'autorisation est subordonnée à leur participation à cette astreinte. Les nouveaux membres du GIE ont travaillé ensemble pour la passation du marché de location maintenance des 2 nouveaux IRM, la réalisation des travaux nécessaires à leur installation. La réflexion sur les modalités de gestion de ces deux nouvelles machines dans le cadre du GIE a déjà conduit à augmenter le temps de gestionnaire administratif et comptable consacré au GIE (passage de 0,5 ETP à 0,75 ETP (+15% pour la gestion des forfaits techniques du CHL et +10% pour la gestion des charges communes) et à clarifier les circuits d'information entre les sites du GIE et le gestionnaire afin d'optimiser la gestion des commandes, les flux financiers et la facturation des forfaits techniques. Il convient de bien identifier les interlocuteurs relais sur site qui recueilleront les informations nécessaires et les transmettront au gestionnaire du GIE. La convention constitutive et le règlement intérieur ont été modifiés pour prendre en compte l'arrivée de ces nouveaux membres. Les assemblées générales du 20 avril et du 20 mai 2015 ont évoqué ces modifications qui doivent être finalisées. Les modifications de vacations seront validées en septembre.

C) La mise en place du GCS de chimiothérapie ambulatoire : conséquence sur les autorisations

Le GCS chimiothérapie ambulatoire est constitué. Le début de l'activité est programmé pour janvier 2016. Les partenaires ont mené des réflexions sur les locaux, l'architecture, les équipements, le système d'information, le circuit patient, le circuit de facturation et la reconstitution des cytotoxiques (pharmacie).

Concernant le parcours du patient, la consultation d'annonce aura lieu sur le site du GCS. Une salle est prévue à cet effet. Les équipes médicales et paramédicales seront mixtes (CH LAVAL et polyclinique). La consultation de suivi (prescription et renouvellement et l'acte de chimiothérapie) aura lieu sur le site du GCS. Il y aura une interface entre les deux établissements qui utilisent le même logiciel chimio pour la traçabilité de la prescription. Un coordonnateur médical devra superviser l'activité du GCS. La distinction sera opérée au moment de l'admission du patient. Le suivi sera réalisé dans le DPI du CH ou de la

polyclinique. Les DPI des deux établissements n'ont pas été mutualisés pour des questions juridiques même si les deux établissements utilisent DxCare. La mise en place de ce GCS a suscité des questions en matière d'autorisation. Il aurait été possible de créer un GCS établissement de santé directement titulaire de l'autorisation de soins mais cette solution n'a pas été retenue pour éviter la mise en place d'une structure plus lourde avec des instances. Le CHL a dû déposer un dossier de demande de regroupement de l'autorisation de chimiothérapie.

D) La mise en place du GIP Instituts de formation

Le contenu du GIP instituts de formation devrait s'étendre à la gestion des concours, des salles et des formateurs. Lors de la mise en place, la gestion comptable et financière assurée par le département administratif et financier du pôle gestion du Centre Hospitalier de Laval sera transférée au gestionnaire du GIP.

2.2.4 Une mise en place de structures de coopération complexes à gérer

La mise en place de groupements de coopération exclusivement de moyens respecte l'autonomie juridique et financière des membres. Cette situation est liée au contexte budgétaire des établissements membres, au degré de maturité des coopérations, à la peur de perte de maîtrise budgétaire. Cependant la mise en place de coopérations « au milieu du gué » alourdit la gestion quotidienne par les acteurs de terrain et génère des surcoûts qu'il conviendrait de circonscrire et de limiter.

A) L'absence de mesure des impacts médico-économiques avant de se lancer dans la coopération

Avec le recul, on constate que les coopérations se sont mises en place au fil de l'eau, selon la politique des petits pas. Les établissements commencent à mutualiser une activité avec un nombre de partenaires limité et si cela fonctionne, les membres fondateurs envisagent l'adhésion de nouveaux membres et l'élargissement des compétences de la structure.

Les acteurs de terrain ont mis en place les coopérations en s'inspirant d'expériences réussies dans d'autres régions. Ainsi, lors de la construction du GCS et de son programme de biologie, les porteurs du projet ont visité le GCS précurseur de Saintonge et ont échangé sur leurs pratiques avant de se lancer dans le projet. Concernant la blanchisserie, les équipes du pôle logistique ont visité plusieurs blanchisseries inter-hospitalières dont celle d'Alençon. Cependant, le Centre Hospitalier de Laval n'a pas bénéficié d'un accompagnement méthodologique de la part de l'ARS ou de l'ANAP. Actuellement l'ANAP propose un accompagnement complet, notamment pour mettre en place des coopérations en matière de biologie médicale. Les établissements qui en ont bénéficié ont présenté le déroulement de cet accompagnement et leur état d'avancement lors de la journée nationale ANAP « accélérer vos coopérations territoriales en matière de biologie médicale »

organisée le 2 juin 2015. Certaines ARS proposent par ailleurs un accompagnement direct ou apportent un conseil aux établissements dans la conduite de leur projet de coopération. Les études médico-économiques préalables ne sont pas toujours exhaustives. Les acteurs se lancent parfois dans la coopération sous la contrainte parce que la réglementation (normes qualité, autorisations) ou les autorités de planification (ARS) le demandent. Cela conduit à des montages complexes induisant une gestion administrative et comptable complexes. L'absence de recours au contrôle de gestion et de véritables tableaux de bord de suivi pour le GCS 53 est symptomatique de cette genèse.

De même, l'absence de capital et de section d'investissement pour le GCS 53 a conduit à choisir la location maintenance des appareils qui permet de contourner les difficultés d'investissement des établissements membres dont le recours à l'emprunt est soumis à autorisation. Cette solution pourrait s'avérer coûteuse à plus long terme.

Le risque est de privilégier le court terme dans la contrainte et de se priver d'une véritable coopération sur la base d'un projet médical et médico-technique partagé.

B) Les mesures préconisées par l'audit du GCS de la Mayenne

Le GCS de la Mayenne a fait l'objet en juillet 2014, après un an de fonctionnement, d'un audit juridique et financier par un organisme extérieur qui a préconisé des modifications de la convention constitutive, du règlement intérieur et des modalités de fonctionnement.

Sur le plan juridique, l'audit apporte quelques propositions de modifications. Il préconise une mise à disposition statutaire nominative du personnel médical et non médical. En effet, depuis la constitution du GCS en juin 2013, les conventions de mise à disposition des biologistes qui intervenaient sur les deux sites ont été arrêtées, car le personnel est mis à disposition dans un cadre fonctionnel. A la différence de la mise à disposition statutaire qui constitue une charge de fonctionnement du GCS, la mise à disposition fonctionnelle est un apport de personnel au titre de contribution en nature valorisée. Pour l'instant, l'établissement n'a pas procédé à la mise à disposition statutaire de ses personnels. Sur le plan budgétaire et financier, l'audit préconise de détailler les dépenses du GCS au lieu de les imputer au compte 658 : refacturation de charges indirectes. Il indique également que le coût du b pourrait être optimisé. Si le ratio nombre de b/biologiste est favorable, la productivité des techniciens de laboratoire pourrait être améliorée. Le maintien d'analyses sur deux sites majore le coût du b. De plus le taux important de BHN dont les examens sont externalisés, est coûteux pour le GCS. L'audit suggère d'étudier les postes de travail et la répartition des analyses entre les deux sites pour améliorer la productivité. Une réduction des effectifs a déjà eu lieu et se poursuit (passage de 32 ETP de techniciens de laboratoire à 30). L'audit propose de formaliser davantage les circuits et les procédures budgétaires et financiers, de réduire le temps de préparation des refacturations et du calcul des appels de fonds. Il suggère de bâtir un tableau de bord et des indicateurs : évolution et

décomposition du coût du b, évolution de l'activité, de la sous-traitance (contenue), nombre de b par technicien, par biologiste. Au même titre qu'un EPS, la performance financière du GCS pourrait être analysée au vu de ratios tels que : l'indépendance financière (dette à moyen terme et long terme / capitaux propres), les équilibres du bilan (fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie en jours d'exploitation), la vétusté des équipements,...

Initialement, la convention constitutive et le règlement intérieur avaient prévu une facturation des charges supportées par les membres à trimestre échu (les salaires du personnel mis à disposition notamment) et un calcul des appels de fonds par trimestre également. Les établissements attendaient donc le calcul de ces charges qui venaient en déduction de l'appel de fonds par un mécanisme de contraction afin de réduire l'impact en trésorerie.

Ce mode de fonctionnement a fini par éroder en mai 2015 la trésorerie du GCS qui s'est trouvé en difficulté pour régler les fournisseurs dans les délais car il n'a pas de fonds propres (uniquement 1000 euros de dotation versée par les membres). L'administrateur du GCS et le comptable public ont donc proposé de procéder à un appel de fonds en début de trimestre ou de le mensualiser et de mensualiser le calcul de certaines charges comme le personnel afin de garantir une trésorerie suffisante chaque mois. La production d'un état des B produits mensuels permettra de lancer des appels de fonds plus proches de la réalité. Les appels de fonds seront donc calculés sur la base des B réalisés le mois précédent. D'autres améliorations sont suggérées par le département administratif et financier du CHL. Actuellement il n'est pas possible d'isoler certaines dépenses de fourniture du GCS car elles sont ventilées entre les UF des services cliniques sur le site de Laval. Cela pose un problème pour les identifier et les facturer au GCS.

C) L'impact plus ou moins anticipé sur le régime des autorisations

Comme évoqué dans la présentation du GCS chimiothérapie, l'impact sur le régime des autorisations n'est pas toujours bien anticipé par les partenaires du projet (établissements, ARS). Finalement, c'est lors de la préparation du dossier d'autorisation, alors que le projet de GCS est déjà bien avancé, qu'on se rend compte qu'on ne pourra pas maintenir deux autorisations sur deux sites différents. Ce manque d'anticipation conduit à des crispations, notamment médicales, qui ne facilitent pas le montage du projet.

Un tel constat pousse à développer davantage la gestion de projet, à structurer les coopérations, à les organiser. Un service des coopérations pourrait analyser au préalable ce type de problématique. Un accompagnement externe pourrait également être envisagé.

D) Des groupements de coopération de moyens sans patrimoine ni personnel propre

L'absence de moyens propres attribués aux groupements complexifie la gestion au quotidien car ces structures dépendent exclusivement des contributions des membres.

On assiste à une multiplication des budgets et des budgets annexes qui complexifie le travail du département administratif et financier et des gestionnaires dédiés à ces structures de coopération. Cette situation génère des surcoûts de gestion supportés notamment par le département administratif et financier. Les services financiers des établissements partenaires ne répercutent d'ailleurs pas en totalité le temps de gestion qu'ils consacrent à ces structures. L'absence de patrimoine propre au GCS oblige les établissements à gérer des équipements, fournitures et amortissements, ce qui ne facilite pas le calcul des charges. Les pharmacies des deux sites gèrent le stock du laboratoire en absence de magasin dédié au laboratoire. De plus, la gestion de ces groupements est réalisée grâce à des logiciels spécifiques maîtrisés par un petit nombre de personnes et qui ne dialoguent pas avec le système d'information de l'hôpital, ce qui oblige à la production de données dans des tableurs Excel ou des retraitements manuels. L'absence de comptabilité analytique ne facilite pas ces opérations et le calcul des charges à refacturer.

2.3 Une organisation de la gestion des coopérations éclatée au Centre Hospitalier de Laval

L'état des lieux des coopérations au Centre Hospitalier de Laval a montré que le CHL est siège de groupements régis par des règles de gestion différentes, que la limitation des GCS à des structures de mutualisation de moyens rend la gestion comptable et financière complexe, ce qui a conduit l'établissement à prévoir des gestionnaires dédiés à chaque groupement de coopération. Cependant on constate un manque de coordination entre ces gestionnaires qui travaillent en autonomie mais seuls et isolés, ce qui est source de fragilité. Par ailleurs, la gestion en elle-même des coopérations gagnerait à être mieux coordonnée, par exemple par une véritable direction ou un service des coopérations.

2.3.1 Présentation de l'organisation : des gestionnaires dédiés à la gestion des coopérations dispersés

Actuellement, la gestion comptable, financière et administrative des coopérations repose sur des gestionnaires dédiés et sur le département administratif et financier :

- Un adjoint des cadres du département administratif et financier (à 90%) assure le suivi des conventions de partenariat, il n'a de lien ni fonctionnel ni hiérarchique avec les gestionnaires des groupements et dépend du directeur, chef du pôle gestion.
- Un adjoint administratif à temps plein (1 ETP) qui dépend du directeur du pôle médico-technique et de l'administrateur du GCS assure toute la gestion du GCS de la Mayenne programme laboratoire
- Un adjoint administratif à 75% (25% département administratif et financier) situé au sein du département administratif et financier et qui dépend du directeur médico-technique et du directeur du pôle gestion

- Le département administratif et financier (un attaché et un adjoint des cadres) assure la gestion comptable et financière des instituts de formation en attendant la mise en place du GIP. Cette gestion devrait être transférée à un gestionnaire dédié qui sera recruté. Le département administratif et financier consacre du temps en lien avec les gestionnaires précités pour la construction du budget et le calcul des charges. Il apporte son expertise aux gestionnaires.

L'adjoint des cadres en charge du suivi des conventions et les gestionnaires du GCS et du GIE ne travaillent pas ensemble et ne se rencontrent pas pour échanger sur les modalités de travail et de gestion. C'est le département administratif et financier qui fait le lien entre ces gestionnaires. En l'absence des gestionnaires du GCS ou du GIE, les actes de gestion attendent leur retour.

Par ailleurs, on peut noter une instabilité des organigrammes. En effet le GCS 53 a connu un turn-over important au niveau des administrateurs, ce qui a fragilisé la transmission des dossiers, des informations et des compétences (comptables, budgétaire, utilisation du logiciel Winm9). Le rattachement du gestionnaire a également évolué entre le pôle logistique et le pôle médico-technique. La situation est similaire au niveau du GIE. Le gestionnaire qui dépendait exclusivement du pôle gestion, est désormais rattaché au pôle médico-technique. Cette situation est liée au choix novateur de positionner un directeur adjoint sur un pôle médico-technique. Cette nouvelle organisation a pour avantage d'assurer une coordination des coopérations médico-techniques : biologie et imagerie. Le directeur est positionné en chef de projet pour l'extension des coopérations et manage les gestionnaires GCS et GIE.

2.3.2 Une fonction de gestionnaire des coopérations intéressante professionnellement mais peu valorisée

L'organisation actuelle apparaît encore fragile et mériterait d'être consolidée.

- A) L'adjoint des cadres (ACH) en charge de la réglementation, de l'administration des activités et des coopérations, poste à temps plein (agent positionné à 90%)

- a) *Selon la fiche de poste*

La fiche de poste indique que « le service est en charge du traitement administratif des autorisations normées et des équipements lourds, du CPOM, des coopérations et conventions et des affaires juridiques (contentieux, relations police/justice). ».

L'ACH prépare et remplit les dossiers d'autorisation en lien avec les pôles et services concernés, prépare les visites de conformité, assure le suivi du CPOM avec le contrôle de gestion.

L'ACH élabore, coordonne et assure le suivi des conventions à l'aide de l'outil informatique de gestion des conventions. Cette fonction initialement intégrée à sa fiche de poste n'a pas

été développée depuis son arrivée il y a moins d'un an. Il met en œuvre et suit les coopérations hospitalières.

Il gère les relations police justice et les dommages matériels et corporels en lien avec l'assureur. Il doit connaître le droit des coopérations. L'ACH est également responsable des archives médicales.

b) En réalité

En réalité, en ce qui concerne les coopérations, l'intervention de l'adjoint des cadres se limite au suivi des conventions. En effet, il n'est pas véritablement associé aux projets d'extension ou d'approfondissement des groupements en dehors du volet autorisation. Ainsi l'adjoint des cadres a été sollicité dans le cadre du GCS chimiothérapie ambulatoire pour monter le dossier de regroupement de l'activité sur le site de la polyclinique du Maine et dans le cadre du GIE pour monter le dossier d'autorisation des IRM. Il n'intervient pas pour apporter un éclairage juridique au développement de l'activité des coopérations.

Par ailleurs, le suivi des conventions n'est pas à ce jour exhaustif. L'ACH ne vérifie pas en amont les conventions de mise à disposition du personnel qui sont gérés par la DRH ou les affaires médicales ni celles en lien avec les associations d'usagers. Elle ne participe pas à des réunions de travail lors de la rédaction de la convention. Elle transmet le projet au département administratif et financier. Elle enregistre les conventions, procède à des rappels auprès des services concernés quand elles arrivent à échéances. Elle ne procède ni à l'évaluation a priori ou a posteriori des conventions.²⁷

L'ACH travaille en autonomie, en liaison avec les services mais n'encadre pas les gestionnaires de coopérations. Cette option, bien qu'évoquée au sein du département administratif et financier n'a finalement pas été retenue.

B) L'adjoint administratif gestionnaire du GCS 53, pôle médico-technique

La gestionnaire rencontrée m'a expliqué ses attributions. Initialement, elle gérait les commandes du laboratoire antérieurement à la création du GCS. Elle assiste désormais l'administrateur du GCS dans la réalisation de tous les actes de gestion administratifs et financiers afférents au groupement en lien avec le département administratif et financier. Elle dépend hiérarchiquement du directeur du pôle médico-technique mais était encore récemment rattachée au chef du pôle logistique. Elle ne dispose pas à ce jour de fiche de poste établie.

a) Commandes :

²⁷ Cf la procédure de validation des conventions en cours de rédaction dans le cadre de la délégation de gestion aux pôles citée p. 19

Concernant les commandes le gestionnaire procède directement à quelques commandes spécifiques non réalisées par le laboratoire comme les contrôles qualité et fait signer les bons de commande par l'administrateur du GCS.

b) Traitement des factures :

Le gestionnaire réceptionne les bons de livraisons, les rapproche des factures adressées par les fournisseurs, vérifie les prix, liquide les factures, procède au mandatement, traite les factures correspondant aux examens externalisés.

c) Facturation de l'activité du GCS pour d'autres structures :

Le gestionnaire procède à la facturation de l'activité du GCS pour le compte d'autres structures (stade lavallois, comité olympique) : établit les titres de recettes tous les trimestres au vu de l'activité (nombre de b produits) transmise par le cadre du laboratoire.

d) Suivi des marchés passés par le GCS :

Lors de la mise en place, le gestionnaire produit les avenants de transfert. Il assure le suivi de contrats. Il tient à jour un tableau d'inventaire des contrats de matériel et des contrats de réactifs. Il participe à la procédure de passation des marchés : expression du besoin, cahier des charges, notification, suivi post passation. Il dépouille les offres, rédige des courriers aux candidats. Il entre le marché dans le logiciel de stock. Il gère les contrats de location maintenance du matériel.

e) Relations avec l'administrateur du GCS de la Mayenne :

Le gestionnaire fait signer les bordereaux de commande et les pièces comptables à l'administrateur du GCS pour transmission au comptable du GCS. Il élabore les documents financiers du GCS en lien avec le comptable. Le gestionnaire fournit les éléments pour l'élaboration de l'EPRD et participe à son élaboration ainsi qu'au compte de résultat. Il établit un tableau récapitulatif de la participation annuelle des membres aux charges. Il procède au calcul et à la refacturation des charges et aux appels de fonds.

f) Calcul des charges communes

Il recueille les éléments auprès des pôles gestion, management et logistique pour calculer les charges à refacturer selon les clés de répartition définies dans le règlement de fonctionnement du programme biologie du GCS de la Mayenne. Il émet les titres de recettes correspondants. Les charges indirectes sont calculées par le département administratif et financier (contrats de maintenance des équipements fournis par le CH de Laval, activités

de gestion...) une fois par an. Les charges directes sont calculées par le pôle management et le pôle logistique (charges de personnel médical et charges de personnel non médical, réactifs, consommables...).

g) Appels de fonds :

Le gestionnaire calcule l'appel de fonds en début de trimestre en fonction du nombre de b prescrits transmis par le cadre du laboratoire (évaluation et régularisation du coût du b à la clôture).

h) Refacturation des charges supportées par les membres au GCS de la Mayenne :

Chaque site facture au trimestre ou mensuellement au GCS les charges de personnel médical et non médical « mis à disposition » du GCS, émettent un titre à l'encontre du GCS. Chaque site facture annuellement au moment de la clôture les charges indirectes supportées par le site pour le GCS. Calcul du coût du b réel : Au moment de la clôture, le gestionnaire du GCS procède à l'addition des charges correspondant aux analyses réalisées dans le laboratoire du GCS et le coût des examens externalisés. Il divise ce montant par le nombre de b prescrits totale de l'année. Le résultat correspond au coût du b. Il faut ensuite pour calculer l'appel de fonds réel de chaque membre ramener ce montant au pourcentage d'activité réel de chaque site du GCS. Le coût de l'activité de chaque site est obtenu en multipliant le coût du b par le nombre de b de chaque site. Chaque site devra payer le solde correspondant au coût de son activité déduction faite de la somme des appels de fonds de l'année et des recettes de l'activité du GCS auprès d'autres structures.

i) Préparation des assemblées générales :

La gestion des assemblées générales est partagée entre l'administrateur et le gestionnaire. Le gestionnaire prépare les documents de suivi pour présentation en assemblée générale en lien avec l'administrateur du GCS. Il participe aux réunions relatives au GCS avec le biologiste responsable du GCS, l'administrateur, le directeur du pôle médico-technique, les techniciens de laboratoire responsables des commandes, le cadre du laboratoire.

j) Autres intervenants :

Le biologiste responsable du laboratoire a une vision globale sur le fonctionnement du laboratoire, il exerce les missions de coordonnateur médical du pôle médico-technique et supervise l'ensemble de l'activité. Il suit la progression de l'accréditation COFRAC et analyse les évolutions d'activité. Il participe au renouvellement des marchés en décrivant ses besoins d'utilisateur.

Le cadre du laboratoire procède à une extraction du logiciel Inlog pour établir le nombre de b chaque trimestre et le transmettre au gestionnaire du GCS. A ce jour il ne fournit pas cette

année de répartition mensuelle des b prescrits par UF au contrôle de gestion, ce qui aurait permis de mieux suivre la consommation de b, de l'analyser et éventuellement d'engager des actions d'amélioration.

k) Bilan :

La mise en place du GCS ne fut pas aisée : il a fallu rédiger les avenants de transferts, faire modifier des factures adressées à la mauvaise entité juridique, gérer des contentieux avec des fournisseurs... Il apparaît que les tâches demandées au gestionnaire relèvent davantage d'un poste d'adjoint des cadres hospitaliers voire d'un attaché d'administration hospitalière que d'un adjoint administratif. En effet l'élaboration budgétaire d'après le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : « établissement et suivi de budget relatif à son domaine d'activité » relève du métier de responsable budgétaire et financier (attaché) et non de celui de gestionnaire comptable et achat ou de gestionnaire finances qui peuvent être occupées par un adjoint administratif ou un adjoint des cadres.

Il était prévu que le gestionnaire rédige en 2015 des cahiers des charges administratifs mais, faute de temps à y consacrer, il fait appel au département achat du pôle logistique du CHL. La gestionnaire se sent isolée, la charge de travail est conséquente. Elle souhaiterait obtenir une reconnaissance statutaire et accéder au grade d'adjoint des cadres. Elle émet le souhait d'effectuer des missions d'encadrement. En son absence, la gestion du GCS est suspendue. Il n'existe pas de classeur de procédure. Il faudrait formaliser davantage les procédures et les circuits. La production de ce mémoire peut constituer un préalable à cette formalisation. De plus, il conviendrait de prévoir des formations à la M9-5. La gestionnaire avait suivi en septembre 2014 une formation à la gestion financière d'un GCS qui expliquait le fonctionnement d'un GCS mais pas sa gestion comptable et financière.

Il conviendrait également de mettre en place des tableaux de bord en lien avec l'assistant de gestion de pôle. Ce suivi est indispensable. On pourrait associer davantage l'assistant de gestion du pôle à la gestion du GCS. Il est évoqué d'attribuer 0,5 ETP supplémentaire de gestion si d'autres programmes se mettent en place.

C) L'adjoint administratif gestionnaire du GIE 53

La fiche de poste du gestionnaire a été mise à jour. C'est le gestionnaire elle-même qui a rédigé sa fiche de poste soumise à validation de l'administrateur du CHL (le chef du pôle gestion début 2015). Elle a écrit également des procédures de gestion. Elle s'est formée avec la comptable de la polyclinique du Maine qui connaît la comptabilité générale.

D'après la fiche de poste, qui est le reflet de la réalité, le gestionnaire comptable et financier réalise les tâches suivantes :

a) Traitement des commandes et des factures :

Le gestionnaire passe les commandes et traite les demandes d'interventions sur le matériel en lien avec les: secrétaires médicales de l'IRM du CHL. Il traite, paie et enregistre les factures sur le logiciel comptable du GIE Quadraweb en lien avec le président du GIE ayant l'autorisation de signature. Le cadre d'imagerie vérifie le listing des commandes au titre du GIE avant facturation.

Elle renseigne un tableau de suivi avec le relevé de comptes et vérifie les remboursements des mutuelles pour chaque patient. Elle gère les impayés et trop perçus au fil de l'eau. La comptable de la PDM fait de même pour ses forfaits. Il y a croisement régulier des tableaux afin d'effectuer un contrôle.

b) Suivi d'activité et de consommation :

Elle élabore et renseigne des tableaux de bord relatifs aux éléments d'activité des deux sites (heures d'utilisation, consommables, forfaits techniques,...) en lien avec l'activité et les clefs de répartition des charges d'exploitations. Ce travail est réalisé en concertation avec le comptable et cadre de la PDM, les secrétaires médicales de l'IRM du CHL.

c) Suivi des recettes du GIE :

Elle vérifie les forfaits techniques pour le site du CHL. La comptable de la polyclinique fait de même pour les forfaits techniques de la PDM. A noter que les secrétaires établissent un listing des forfaits techniques, réalisent les statistiques sur le nombre d'heures d'utilisation de la machine dotée d'un compteur et les transmettent à la gestionnaire.

d) Secrétariat :

La gestionnaire assure le secrétariat administratif du GIE : traitement du courrier, convocations aux diverses instances (Conseils d'administration et Assemblées générales 2x/an, réunions diverses), élaboration des convocations, comptes rendus, courriers.

e) Clôture :

Elle prépare les pièces comptables et travaille avec le comptable de la PDM expert-comptable du GIE et commissaire aux comptes pour les clôtures du groupement.

f) Affaires juridiques :

Elle assure le suivi des procédures juridiques auprès du Greffe du tribunal de commerce via une société prestataire d'avocats rémunérée par le GIE.

g) Procédures de gestion :

Les clés de répartition pour les refacturations de charges sont essentiellement le nombre de forfaits techniques et le nombre d'heures d'utilisation de la machine. Le comptable calcule les charges communes. Le GIE facture directement aux caisses de sécurité sociale

et aux mutuelles les forfaits techniques pour les patients externes. Les secrétaires de l'IRM se chargent de l'envoi de ces factures aux caisses. L'hôpital émet un avis de somme à payer pour le remboursement des salaires de la gestionnaire (75%) et des manipulateurs de radiologie qui participent à la gestion des pannes, des commandes, de la logistique (8h par mois) ainsi que du temps de cadre (2 heures par mois). Il s'agit de mises à disposition fonctionnelles et non statutaires avec le poste le pourcentage d'ETP mais anonyme. Les machines appartiennent au GIE. Le département des achats s'occupe des procédures d'achat des machines. La gestionnaire n'intervient pas à ce stade.

Le gestionnaire travaille avec ses interlocuteurs parmi les deux nouveaux membres du GIE sur les procédures de gestion consolidée du GIE.

h) Les interlocuteurs :

Le gestionnaire du GIE travaille avec plusieurs interlocuteurs. Le cadre d'imagerie vérifie des listings de commandes. Les secrétaires de l'IRM envoient les données de facturation des forfaits techniques aux caisses de sécurité sociale. Des manipulateurs en radiologie procèdent à des commandes de consommables... La comptable de la polyclinique transmet les données des forfaits techniques de l'IRM implantée à la PDM.

i) Difficultés de gestion et bilan :

La gestion des forfaits techniques est complexe car le flux des données avec les caisses d'assurance maladie n'est pas entièrement dématérialisé. De plus, lors du retour de la part des caisses, il est difficile de distinguer les versements liés aux forfaits techniques de la machine implantée au CHL et de celle implantée à la PDM. La situation risque de devenir encore plus complexe avec l'arrivée des deux nouvelles machines.

Il faudrait formaliser encore davantage les procédures. L'arrivée de deux nouveaux membres est l'occasion de travailler sur des procédures partagées et harmonisées.

La gestion autonome vis-à-vis du bureau des entrées peut entraîner des difficultés pour obtenir toutes les informations nécessaires à la facturation. Certains produits de contraste sont à la charge de l'hôpital quand le patient ne l'apporte pas, le changement de statut de patient (passage d'une hospitalisation à une entrée externe) modifie le process de facturation. Il faut dans ce cas penser à facturer un forfait technique alors qu'initialement il était inclus dans le séjour GHS du patient hospitalisé. La facturation de l'activité libérale est possible mais complexe dans le cadre du GIE car il faut comptabiliser l'activité du praticien pour être sûr qu'il ne dépasse pas les 20% d'activité libérale.

La gestionnaire travaille seule en autonomie, à temps partiel (75%) sur le GIE. En son absence, la gestion du GIE est suspendue car ses collègues ne peuvent pas la remplacer sur cette gestion bien spécifique. Elle s'est formée « sur le tas » avec la comptable de la polyclinique. Avant, elle travaillait dans un économat.

2.3.3 Forces et faiblesses de l'organisation en place : une coordination à renforcer

A) Forces de l'organisation mise en place :

Le choix de gestionnaires dédiés facilite la communication car les services s'adressent à un interlocuteur unique, spécialisé, qui connaît bien le sujet. Cela apporte de la lisibilité à l'organisation et permet d'« incarner » les groupements. Les gestionnaires sont autonomes, acquièrent des compétences pointues. Il est étonnant de trouver des gestionnaires spécialisés dans un établissement de la taille du centre hospitalier de Laval. Cela montre l'importance particulière accordée à la gestion des groupements de coopération.

B) Faiblesses de l'organisation mise en place :

Il manque cependant une coordination de la gestion de projet pour la mise en place des coopérations inter-hospitalières. Les gestionnaires des groupements sont isolés et ne sont pas remplacés lors de leurs absences. Il n'y a pas de binôme, personne n'a acquis les compétences pour prendre le relais. Un arrêt maladie brutal peut remettre en cause toute l'organisation. En outre, le fait d'être seul sur un poste ne facilite pas le contrôle. En cas d'erreur, cela peut avoir des conséquences budgétaires ou contentieuses potentiellement importantes et la responsabilité de l'administrateur se trouverait engagée.

Les processus de gestion comptable et financière ne sont pas formalisés clairement. Cela constitue aussi une fragilité pour la transmission de l'information à de nouveaux gestionnaires, pour la fiabilisation des comptes et des processus comptables et pour le contrôle interne.

a) *Tableaux de bord, de suivi :*

Il manque également des tableaux de bord réguliers mensuels de l'activité du GCS laboratoire et du GIE IRM. Les gestionnaires n'établissent pas de tableau de suivi pour les pôles. Il est important de mesurer l'impact financier du groupement. Il manque pour le GCS, un tableau de bord du nombre de b prescrits par pôle et service afin de pouvoir mesurer la maîtrise des examens prescrits et agir en amont. Il manque pour le GIE IRM, un tableau du nombre d'examen d'IRM prescrits par les pôles et services. Cette information serait utile également pour les CREA et le suivi de l'activité des plateaux techniques de l'établissement.

b) *Compétences :*

Les gestionnaires sont adjoints administratifs, grade qui ne semble pas correspondre au niveau d'exigence requis pour ce type de poste.

C) Une articulation entre structures de coopérations à rechercher

On peut se poser légitimement la question de l'articulation des structures de coopération entre elles. Ne pourrait-on pas envisager un regroupement des structures de coopérations au sein de même groupements ? Le GIP formation pourrait rejoindre en partie le GHT. Il resterait le GCS chimiothérapie et le GIE imagerie. Dans le cadre des GHT, le GCS 53 pourrait être transféré à l'établissement support avec des antennes au niveau des autres établissements membres du GHT. Le GIE IRM pourrait aussi intégrer une logique territoriale « Imagerie ».

2.3.4 Modification de l'organigramme des administrateurs

Suite à une réunion du 15 avril 2015, le directeur du CHL a proposé en concertation avec ses directeurs adjoints, de modifier la répartition sur les fonctions d'administrateur de groupements. Aujourd'hui, l'organisation est la suivante :

La directrice, chef d'établissement du Centre Hospitalier du Nord Mayenne est administrateur du GCS 53 depuis le 1^{er} juillet. La directrice du pôle gestion du CHL est administrateur suppléant. La directrice du pôle médico-technique et du pôle ambulatoire santé publique est directeur du projet de GIP maison des adolescents, est coadministrateur du GIE IRM avec le président, directeur du CHL et les administrateurs privés. Elle est également directeur responsable du programme biologie du GCS de la Mayenne et directeur du projet pour la mise en place du GCS chimiothérapie ambulatoire.

La directrice des soins des instituts de formation assurera la direction du GIP instituts de formation.

2.3.5 Etat des lieux comparatif d'organisations en place dans d'autres établissements

A) Synthèse des réponses du questionnaire adressé aux établissements et des entretiens téléphoniques

J'ai adressé un questionnaire relatif à la gestion des coopérations à 225 établissements publics de santé. J'ai obtenu 26 réponses positives dont 19 entretiens téléphoniques. 6 établissements ont rempli le questionnaire sans entretien téléphonique. J'ai obtenu 4 réponses négatives. Les répondants sont composés de 4 CHU et 22 CH.

J'ai également sollicité deux ARS à l'aide d'un questionnaire l'une par entretien téléphonique l'autre par entretien en face à face pour connaître leur vision des coopérations à l'échelon régional et leur rôle dans la démarche des coopérations. Une ARS m'a conseillé de contacter certains établissements avancés dans la démarche. La répartition géographique des réponses est la suivante :

<u>Région</u>	<u>Nombre de réponses</u>
Aquitaine	1
Ile de France	5
Bretagne	4 dont 1 CHU
Rhône-Alpes	2 dont 1 CHU
Nord-Pas-De-Calais	3
Picardie	1
Alsace	1
Lorraine	1
Champagne Ardenne	1
Basse-Normandie	2
Haute Normandie	1
Pays de la Loire	1 (en dehors de la Mayenne)
Midi Pyrénées	1
Centre Val de Loire	1
Bourgogne	1

J'ai complété les données de ce benchmark avec les expériences relatées dans les colloques, les articles de revue spécialisées ou encore les guides des coopérations territoriales de l'ANAP ainsi que des recherches sur internet. J'ai réalisé un tableau de synthèse de ce benchmark.

a) Sur le contenu des coopérations :

Les établissements ayant répondu au questionnaire n'ont pas tous développé le même type de coopération, ce qui a une incidence sur l'organisation de leur gestion. Certains établissements, nombreux (13), ont privilégié les mutualisations sur des fonctions médico-techniques : laboratoire, imagerie, PUI ou logistique : restauration, blanchisserie sous la forme de GCS (laboratoire, imagerie, logistique), GIE (imagerie) ou GIP (blanchisserie, restauration) en fonction du statut des membres. D'autres établissements se sont lancés dans des coopérations plus médicales afin de structurer des filières de soins et organiser le partage du temps médical entre les établissements sous forme de FMIH, de GCS, de conventions de mise à disposition de praticiens. La plupart du temps, ce sont des groupements de moyens et non des GCS établissements avec des personnels mis à disposition qui ont été choisis. Les coopérations sont tant public/public que public/privé. Certains établissements sont adhérents à une CHT dont le périmètre peut être différent ou semblable à celui d'un futur GHT. Le degré d'avancement dans les coopérations diffère d'une structure à l'autre, d'une région à l'autre. Certains établissements ont choisi une coopération souple sous la forme d'échanges de bonnes pratiques en laissant toute l'autonomie aux établissements membres. D'autres établissements se sont engagés dans un processus de direction commune ou de postes de directeurs partagés voire de fusion avec d'autres structures. Deux modèles de direction communes ont été rencontrés. Soit le directeur chef d'établissement est le seul lien entre les deux structures qui conservent leur

gouvernance propre, soit il existe des directions fonctionnelles communes, des instances de concertation communes en plus des instances locales (CME communes, CTE commun). Le premier modèle peut servir de première étape avant de passer aux directions fonctionnelles communes. Dans ce cas, il convient de définir ce qui nécessite un traitement centralisé et les sujets qui doivent être traités en urgence, au plus près du terrain. Ce type de réflexion a également été conduit à l'AP-HP lors de la mise en place des groupes hospitaliers (GH). En ressources humaines, il a fallu, pour chaque processus de gestion, définir le niveau d'intervention sur site et au niveau de la DRH du GH.

b) Avantages/inconvénients directions communes

La direction commune peut être analysée soit comme un simple moyen de rapprochement soit comme une étape intermédiaire vers une fusion. Elle permet de se mettre autour d'une même table. Elle présente cependant l'inconvénient de multiplier les actes de gestion (2 EPRD, 2 fichiers de payes), les réunions et les instances du fait de l'autonomie conservée de chaque entité juridique.

c) Sur la présence ou non d'une direction des coopérations :

Certains établissements se sont dotés d'une direction des coopérations soit spécialisée dans les coopérations souvent rattachée à la direction des affaires générales ou des projets (ex délégation aux coopérations dans un CHU et/ou de la qualité ou à la direction des affaires médicales.), ou aux affaires médicales (exemple d'un CHU).

Le rattachement à la direction des affaires médicales se justifie lorsque les coopérations portent sur le partage des activités médicales et du temps médical, notamment par le biais de conventions de mises à disposition. Le rattachement aux affaires générales peut se justifier si l'établissement souhaite adopter une vision plus transversale et positionne cette direction en chef de projet des coopérations mais n'a pas les moyens pour individualiser des postes tournés exclusivement vers les coopérations.

Dans un CHU breton, il existe une direction des ressources médicales et des coopérations (DRMC), dotée d'un directeur adjoint compétent pour la gestion des ressources humaines médicales et pour les coopérations territoriales. Le secteur coopérations territoriales et régionales comprend une responsable attaché d'administration hospitalière et une gestionnaire chargée des facturations inter-établissements (40% de temps secrétariat gestion). Il est prévu de scinder la direction en deux : une direction affaires médicales et une direction des coopérations afin de répondre aux enjeux des coopérations à l'heure des GHT. Cela permettrait de développer davantage les évaluations des partenariats.

Un Centre Hospitalier d'Ile de France a choisi de créer une direction des coopérations et de l'action territoriale composée d'un directeur adjoint à temps partiel et d'un attaché d'administration à temps partiel. Il s'agit de coordonner les actions de coopération, de procéder à l'évaluation médico-économique a priori et a posteriori des coopérations. Mais

l'établissement ne gère pas des groupements ayant pour objet la mutualisation de fonctions support ou médico-techniques.

Dans un autre CHU, les coopérations sont coordonnées par le secrétariat général composé d'un directeur et d'un attaché. Il coordonne la passation des conventions, les suit, assure le secrétariat des assemblées générales et fait le lien avec les directions fonctionnelles gestionnaires.

Dans un centre hospitalier breton, une attachée d'administration hospitalière en lien avec un directeur administrateur coordonne la CHT et les aspects de gestion du GCS. Au niveau de la direction des affaires médicales et des actions de coopération sanitaire, un attaché et un adjoint des cadres assurent le suivi des coopérations et des conventions, leur évaluation et la veille réglementaire. L'adjoint des cadres participe à l'élaboration et au suivi des coopérations, prépare leur évaluation, assure la logistique (assemblées générales) et répond à des enquêtes statistiques. Ce Centre Hospitalier utilise un outil informatique de suivi des conventions qui devrait être remplacé par un outil régional de suivi des conventions qui facilitera les échanges entre les établissements souhaitant coopérer.

Dans un autre Centre Hospitalier breton, il existe une équipe dédiée aux coopérations territoriales au sein de la direction de la stratégie, des affaires médicales et territoriales.

Au niveau des CHT, une direction peut être chargée de coordonner les coopérations en travaillant sur les conventions nécessaires au développement de la CHT.

Des établissements créent des postes de chargé de missions GHT pour un directeur adjoint ou un attaché d'administration hospitalière.

Le contenu et les contours d'une telle direction varient fortement d'un établissement à l'autre. Il s'agit bien souvent de directions de missions dotées d'un directeur adjoint à temps partiel sur le sujet et d'un adjoint attaché d'administration hospitalière et/ou adjoint des cadres à temps partiel et éventuellement d'un temps de secrétariat. Le rôle de la direction des coopérations est de coordonner les coopérations, de mener les négociations avec les partenaires (contenu de la coopération, type d'activité), de rédiger les conventions et conventions constitutives, de recenser les coopérations existantes afin d'en centraliser le suivi (outil de suivi, serveur partagé), de procéder à la mise en place des groupements en mode gestion de projet (montage des projets), d'apporter un appui méthodologique (fiche projet) et d'évaluer la mise en œuvre des coopérations. Ensuite, la gestion des groupements est confiée à l'administrateur et aux directions fonctionnelles selon leur domaine de compétence. Il est rare que la direction des coopérations assure directement la gestion quotidienne comptable et financière des coopérations sauf dans un CHU et un centre hospitalier où un gestionnaire procède à des facturations. La mise en place des coopérations peut également être supervisée par d'autres directions fonctionnelles en fonction de l'objet de la coopération (exemple direction de la logistique pour la blanchisserie ou la restauration.) Enfin, la direction des finances joue un rôle de contrôle de l'impact

financier des coopérations. Dans le cadre d'une nouvelle CHT, un CHU a mise en place une gestion de projet avec un binôme médecin/directeur pour monter des groupes de travail sur les activités susceptibles de faire l'objet de coopérations dans l'optique du futur GHT.

d) Sur l'organisation de la gestion des groupements :

Au-delà de la construction des partenariats, il convient d'en assurer quotidiennement le fonctionnement, ce qui suppose d'y affecter ou de mettre à disposition des ressources : équipements, locaux, personnel, financements. La plupart des établissements interrogés ont choisi de mettre à disposition fonctionnelle ou statutaire du personnel, peu nombreux sont les groupements directement employeurs (sauf un GIP). Certains GCS ne sont qu'un cadre et les personnels interviennent via des mises à disposition individuelles.

Les établissements ont mis en place des systèmes d'échange des données d'activité entre établissements, de suivi d'indicateurs grâce à des tableaux de bord partagés. Certains ont mis en œuvre la comptabilité analytique. Dans un centre hospitalier de Nord Pas de Calais, «chaque GCS dispose d'une comptabilité analytique avec logiciel financier permettant de refacturer son activité en fonction du coût d'unité d'œuvre. »

La gestion comptable et financière peut être assurée à la direction des affaires financières par une ou plusieurs personnes. Les directions des ressources humaines et des affaires médicales gèrent les conventions de mise à disposition de personnel et fournissent les états de salaire pour le calcul des charges de personnel. Les directions logistiques gèrent les aspects logistiques et la direction des achats réalise les procédures d'achat pour les groupements.

D'autres établissements ont fait le choix d'identifier des gestionnaires dédiés spécialisés dans la gestion de tel ou tel groupement de coopération. Dans un centre hospitalier alsacien, un contrôleur de gestion à mi-temps assure la gestion du GCS PET SCAN. Il envoie des tableaux de suivi mensuels aux administrateurs. Un Centre Hospitalier de Champagne Ardennes a choisi de confier la gestion du GIE imagerie et du GCS laboratoire au cadre administratif du pôle médico-technique ayant acquis une double compétence comptabilité publique et privée. Il assure également le secrétariat des instances. Il n'est pas remplacé lorsqu'il s'absente. Il suit l'activité libérale des praticiens hospitaliers pour calculer les remboursements. Le contrôle de gestion établit les CREA. Il dépend hiérarchiquement du directeur des coopérations et a travaillé directement à la rédaction du règlement intérieur. Il a été formé initialement à la comptabilité générale et l'a appliquée dans un cabinet d'expertise comptable avant de travailler à l'hôpital.

D'autres établissements confient la gestion des groupements aux cadres de proximité : soignant pour une activité de soins ou administratif et logistique. Le responsable de la blanchisserie est conduit à gérer les aspects comptables et financiers du GCS ou GIP blanchisserie. Le cadre de laboratoire fait office de gestionnaire du GCS laboratoire.

Dans un Centre Hospitalier de Midi-Pyrénées, la gestion du GCS IFSI est assurée par un attaché à 80% assurant la gestion en comptabilité publique et par une secrétaire administrative pour la liquidation. Il rédige des cahiers des charges pour les marchés. Il élabore le plan pluriannuel d'investissement. Il prépare le budget et assure toutes les actions d'ordonnateur : contrôle de l'exécution et du suivi budgétaire, suivi des dépenses et des recettes, gestion du contentieux, mise en œuvre de la comptabilité analytique, gestion des régies, clôture en lien avec le comptable, demande de financement auprès du conseil régional, suivi de la taxe d'apprentissage.

Un attaché d'un centre hospitalier breton, coordonne le GCS adossé à la CHT et prépare l'EPRD en lien avec le directeur référent du GCS qui est DAF.

Dans un centre hospitalier francilien, un attaché à 50% prépare les assemblées générales et assure le secrétariat du GCS de droit public, élabore le budget, assure le reporting, élabore et remplit un tableau de participations aux charges, calcule les coûts de prestation selon les règles de la comptabilité analytique, engage et liquide les dépenses dans Winm9. Il assure le suivi de la qualité, rédige les avenants à la convention constitutive, au règlement intérieur et rédige des protocoles et procédures.

On le voit, la gestion des groupements lorsqu'elle est dédiée et assurée par un professionnel identifié, est réalisée par un personnel de catégorie A (attaché, cadre) voire B (ACH) et non par un adjoint administratif. Cela invite à réfléchir à une montée en compétence des professionnels gestionnaires du CH de Laval.

e) Sur la conséquence de la mise en place des futurs GHT :

De nombreux établissements et l'ARS sont d'avis qu'il faudra gérer les coopérations inter-hospitalières à l'échelon des futurs GHT dès lors qu'elles ont pour périmètre celui du GHT. Cette évolution semble inéluctable. Un établissement a choisi de recruter un directeur adjoint sur le secrétariat général et les coopérations territoriales à cette occasion. D'autres établissements se positionnent sur la constitution d'une direction commune au niveau du GHT avec des directions fonctionnelles communes. La mise en place des GHT va peut-être conduire à la disparition des GCS publics dont le périmètre pourra se superposer à celui du GHT avec transfert des compétences à l'établissement support. Certains établissements vont certainement conserver les instances de pilotage de la CHT pour le GHT : CME commune, CTE commun. Dans un CHU breton, le nouveau poste de directeur adjoint aux coopérations s'inscrit dans la perspective du GHT. A noter qu'un établissement pense structurer les partenariats par le biais de GCS multi programmes comme au CHL : un GCS activités médicales et un GCS médico-technique et logistique pour préparer la future mise en place des GHT.

f) Rôle des ARS et appui :

Les ARS en tant qu'autorité de planification régionale ont une vision globale de l'offre de soins hospitalière. Elles participent à la structuration des coopérations :

- En apportant une aide méthodologique à la conclusion des partenariats directement ou en lien avec l'ANAP
- En apportant de l'aide à la négociation
- Incitant à la mise en place de directions communes ou à la fusion par le recours à l'intérim de direction
- En favorisant les postes d'assistants à temps partagé
- En apportant un soutien financier dégressif lors de la mise en place du projet
- En arrêtant un « schéma » des GHT
- En assortissant l'accord pour les contrats de cliniciens au partage du temps médical entre établissements
- En assortissant la publication des postes de PH à la réalisation d'un temps partagé
- En conditionnant la délivrance d'une autorisation à la participation à un partenariat

A) Avantages, limites et possibilité de transposition au Centre hospitalier de Laval

a) *Création d'une Direction des coopérations ou d'un service des coopérations :*

Avantage	Inconvénient	Transposabilité
coordination claire des coopérations, aide méthodologique, guichet unique	trouver les ressources, à articuler avec les administrateurs	Oui, au niveau du GHT

b) *Gestion des groupements par les directions fonctionnelles*

	Avantage	Inconvénient	Transposabilité
Par les directions fonctionnelles	niveau d'expertise, possibilité de se relayer pendant les absences	les circuits ne sont pas les mêmes que pour l'hôpital : il faut jongler entre les règles comptables et les logiciels, il faut coordonner toutes les directions entre elles	oui
Par des gestionnaires dédiés	: interlocuteur bien identifié, vision globale de la gestion du groupement, maîtrise de son domaine de compétence et des	fragile si cela ne repose que sur un seul agent, risque de perte de compétence en cas de départ ou d'absence prolongée de l'agent,	Situation actuelle au CHL

	logiciels, plus facile si de nombreux adhérents au groupement	risque de ne pas obtenir le bon niveau de compétence : grade	
--	---	--	--

c) *Place du gestionnaire dans l'organigramme :*

	Avantage	Inconvénient	Profil de gestionnaire
Rattachement au pôle médico-technique ou autre pôle	lien avec le terrain	risque de confusion des tâches cadre de pôle/gestionnaire de groupement	Cadre de pôle, de proximité
Rattachement à une direction fonctionnelle : logistique, finances	possibilité d'entraide au sein de la direction	Risque de confusion avec les missions de la direction fonctionnelle	Attaché, adjoint des cadres
Rattachement à une direction transversale/coopérations	possibilité de mutualiser certaines tâches (secrétariat), polyvalence entre gestionnaires, vision globale pour le suivi de l'ensemble des coopérations et leur coordination entre elles	éloignement du terrain	Attaché, adjoint des cadres, cadre de pôle

Cette analyse peut me conduire à proposer de mettre en place une direction ou un pôle des coopérations au moins au niveau d'un GHT et de placer les gestionnaires dans une cellule de gestion des coopérations au sein d'une structure de gestion en lien direct avec les pôles et les administrateurs concernés afin de garantir la coordination des projets et des programmes, la continuité de gestion et le partage de compétences et de difficultés.

L'analyse de l'existant et l'étude de benchmark ont donc conduit à proposer une organisation de la coordination de la gestion des coopérations adapté au contexte du Centre hospitalier de Laval dans la perspective d'un GHT départemental.

3 Propositions d'organisation de la coordination de la gestion des coopérations

A partir de l'analyse des points communs et des différences de gestion entre les groupements de coopération, il est possible de déduire des compétences communes, mutualisables et proposer une organisation.

3.1 Synthèse des points communs et différences de gestion des groupements de coopération (en fonction de leur statut et du droit applicable)

Il s'agit ici de lister les compétences ou tâches communes aux groupements de gestion publique et aux groupements de gestion privée.

3.1.1 Possibilités de mutualisation de certaines fonctions de gestion

A) Le secrétariat des assemblées générales et la cellule juridique

La fonction de secrétariat des assemblées générales se retrouve dans tous les groupements de coopération. Il s'agit de prévoir les ordres du jour des assemblées conformément aux dispositions de la convention constitutive, de préparer et rassembler les documents pour les assemblées, de rédiger le procès-verbal, de le faire valider et de le diffuser. Il est également nécessaire d'ouvrir et de trier le courrier adressé au groupement.

La cellule juridique peut avoir pour objet :

- de rédiger ou de vérifier le formalisme juridique des documents, de rédiger ou proposer les amendements à la convention constitutive, au règlement intérieur ou au règlement de fonctionnement
- de suivre les contentieux en lien avec des avocats

On peut imaginer des professionnels dédiés à ces tâches ou un roulement entre les gestionnaires.

B) Achats, marchés

La fonction achats pourrait être mutualisée même si les règles diffèrent entre l'achat public et l'achat privé. La procédure pourrait être réalisée par une cellule mutualisée. Chaque gestionnaire de groupement de coopération pourrait participer à la procédure.

Par ailleurs, la fonction achat qui devra être envisagée au niveau des GHT, plaide en faveur d'une organisation des groupements de coopération au niveau du GHT.

C) La fonction managériale et de coordination

La fonction de coordination et de management de la gestion des groupements de coopération peut être assurée par un attaché ou un ACH qui serait compétent à la fois sur la comptabilité publique et sur les règles de gestion privée. Cela permettrait une gestion de planning, des absences d'une petite équipe afin d'assurer la continuité de gestion et des interlocuteurs. Sa vision transversale serait un avantage. Il pourrait également réorganiser le travail entre les gestionnaires pour tenir compte des variations des charges de travail selon des calendriers différents (exemple opérations de clôture, calendrier budgétaire...). Il pourrait également superviser l'élaboration du budget.

D) Les relations avec les membres du groupement

La gestion des relations avec les membres du groupement pourrait être assurée par un coordonnateur et par les gestionnaires en charge de la gestion spécifique du groupement en fonction de la technicité des questions soulevées.

E) Formations, remplacements de congés, échanges d'information

Il est important de s'assurer du niveau de formation initiale et continue des gestionnaires en charge des groupements de coopération. Les échanges d'information entre gestionnaires pourraient ainsi permettre de contrôler les actions de chacun et d'éviter les erreurs. Il serait possible de prévoir une continuité de service si les gestionnaires travaillent dans un environnement de travail commun ou à proximité.

F) La gestion des ressources humaines des groupements

Les groupements nécessitent une gestion des ressources humaines médicale et non médicale spécifiques. Il s'agit de mettre en place et de gérer les conventions de mise à disposition nominatives ou non et de facturer les mises à disposition fonctionnelles ou statutaires.

Les données de calcul des dépenses de personnel sont fournies par la DRH ou les affaires médicales. Il est possible cependant de mutualiser le calcul trimestriel de ces charges.

G) Les tableaux de bord, le contrôle de gestion et la comptabilité analytique

L'élaboration des tableaux de bord pourrait être réalisée de concert par un collectif de travail (les gestionnaires) en lien avec les pôles en attente de transmission de ces données. Cela permettrait une harmonisation des tableaux de bord, des requêtes demandées au service informatique qui serait lui aussi mutualisé au niveau des GHT. Ce travail pourrait se réaliser avec la DAF et le contrôle de gestion.

Le système de clé de répartition est similaire pour l'affectation des charges communes aux membres. Ces éléments de mutualisation poussent à confier certaines tâches aux directions fonctionnelles ou à prévoir un travail commun entre les gestionnaires de groupement ou à confier ces tâches à des personnes qui réalisent la prestation pour l'ensemble des groupements.

3.1.2 La nécessité de maintenir des référents de chaque structure de coopération

La spécificité des règles publiques et privées appelle à la désignation de référents dédiés.

A) Les spécificités de la comptabilité publique d'un GCS

Les règles budgétaires et comptables diffèrent d'une structure de coopération à l'autre. Les GCS de droit public sont soumis à la nomenclature M 9-5 légèrement différente de la M21. Cela oblige à utiliser un logiciel comptable spécifique qui gère la M9-5. L'utilisation de la

M9-5 n'est pas si aisée car autant les évolutions de la M21 sont régulières et bien suivies, autant la M9-5 est moins adaptable et peu suivie par le ministère des finances. Il faut nommer un comptable public spécifique qui assure la comptabilité du groupement car la règle de la séparation entre ordonnateur et comptable demeure applicable. La relation avec le comptable peut différer et ajouter du formalisme avec un risque de contrôle accru sur la gestion, voire sur l'opportunité de la dépense. Il convient d'étudier avec le comptable les modalités de gestion financière du groupement : régularité des appels de fonds, opportunité d'une ligne de trésorerie, calendrier de calcul des charges. La comptabilité doit être bien distincte de celle de l'hôpital. Il faut procéder à des avenants de transfert pour les marchés publics à l'installation du GCS. Cependant, il existe des similitudes avec la gestion en M21, ce qui permet à un gestionnaire des finances de pouvoir exercer ce type de mission assez facilement.

B) Les spécificités de la comptabilité privée

La gestion privée est bien différente. La relation avec le comptable est très différente car il n'existe pas le principe de séparation ordonnateur/comptable. Le président d'un GIE doit régler les factures aux fournisseurs au nom du GIE. Il convient de suivre directement les mouvements sur le compte bancaire du GIE (pas de compte au Trésor) et le président du GIE signe les chèques sans passer par le trésor public qui n'intervient en aucune façon dans le processus comptable. Les règles des achats sont également différentes. Le logiciel de facturation est encore différent. Il y a des différences importantes concernant l'aspect budgétaire : deux périodes de clôture et une construction du budget en fonction des dépenses de l'année précédente avec le comptable. Il n'y a pas d'EPRD. Ce sont les règles de la comptabilité générale qui s'appliquent. Enfin, les exigences en matière de formalisme juridique diffèrent. Pour le GIE, il a fallu recourir à une société juridique pour valider tous les documents y compris les procès-verbaux des assemblées générales.

3.1.3 Le rôle de coordination d'un directeur en charge des coopérations

A) Rôle dans la gestion de projet pour la mise en place de coopérations

Un directeur des coopérations aurait pour rôle d'impulser et de coordonner la démarche de coopération territoriale. Il assurerait une aide méthodologique d'accompagnement des projets. Il serait l'interlocuteur privilégié des acteurs externes. Il aurait une vision globale de l'ensemble des coopérations en place et possibles pour l'établissement. Il ferait le lien avec les directions fonctionnelles et pourrait encadrer des gestionnaires dédiés aux coopérations.

B) Rôle managérial de l'équipe de gestionnaires de coopération

Le directeur des coopérations participerait à la mise en place des coopérations. Il pourrait coordonner le travail des gestionnaires, travailler avec eux sur l'évolution des partenariats, les associer (nouveaux membres, nouvelles mutualisations).

3.2 Propositions d'organisation au Centre Hospitalier de Laval

Ces propositions de modèles organisationnels sont issues de réflexions suite aux rencontres avec les gestionnaires du CHL, de mon expérience professionnelle sur les compétences rares (une seule gestionnaire compétente pour une fonction) et sur les conséquences potentielles, de recherches d'organigrammes et de fiches de postes sur internet et de mes entretiens de benchmark avec les autres établissements. Certains établissements ont transmis leur organigramme et des fiches de postes de gestionnaires de groupement de coopération. Cela a permis de proposer des organigrammes et des fiches de postes de gestionnaires correspondant à ces propositions d'organigrammes.

3.2.1 Scénario 1 : La création d'une direction ou d'un service des coopérations assurant la gestion des groupements

Après avoir dressé un bilan de l'existant à Laval et des organisations en place dans d'autres établissements, il peut être proposé de mettre en place une direction ou un service des coopérations qui pourrait comprendre un volet « gestion opérationnelle des groupements de coopération ».

Soit les groupements sont intégrés à la direction des coopérations soit les groupements ne sont pas intégrés à la direction des coopérations. Dans ce cas seuls les gestionnaires des groupements sont rattachés (hiérarchiquement ou fonctionnellement) à la direction des coopérations. Cette direction comprendrait :

- un directeur adjoint chargé des négociations des coopérations avec les partenaires, de l'impulsion de la démarche projet pour la mise en place des coopérations, chargé de mission GHT, responsable hiérarchique ou fonctionnel de l'ensemble des personnels de la direction, chargé de la coordination avec les pôles médicaux et non médicaux (directions fonctionnelles)
- un attaché ou un ACH chargé du suivi global des conventions, du management des gestionnaires, de l'élaboration budgétaire, de l'élaboration de tableaux de bord, de la veille réglementaire et de l'expertise juridique, de l'élaboration du plan de formation et de l'évaluation des agents sous sa responsabilité
- un secrétaire chargé de l'appel et accueil téléphonique, du traitement et de l'écriture de courriers, du secrétariat des assemblées générales
- un gestionnaire GCS référent par programme (laboratoire, autres programmes qui viendraient s'ajouter)

- un gestionnaire GIE IRM
- un gestionnaire GIP Instituts de formation

La direction des coopérations aurait pour objet :

- d'impulser les rapprochements entre les établissements sous couvert du chef d'établissement ou d'un directeur territorial au niveau du GHT
- de veiller à la cohérence des partenariats au service de la mise en œuvre du projet médical
- d'aider à la construction et à la formalisation des partenariats en mode projet, de coordonner les projets de coopérations
- d'évaluer a priori et a posteriori les partenariats
- de centraliser le suivi des conventions
- de coordonner le travail de gestion des gestionnaires des groupements de coopération dotés de la personnalité morale et d'une gestion spécifique
- de faciliter les relations professionnelles avec les autres départements/services administratifs et logistiques

Les gestionnaires de chaque groupement travailleraient en liaison fonctionnelle avec l'administrateur de chaque groupement et le cas échéant un directeur (exemple du directeur du pôle médico-technique et pôle ambulatoire et santé publique). J'ai détaillé les fiches de postes de ces professionnels. Le directeur en charge des coopérations serait chargé :

- d'impulser et coordonner la politique de coopération territoriale du Centre hospitalier/du GHT en conformité avec le projet d'établissement et de territoire et en cohérence avec les orientations régionales
- de coordonner l'équipe de gestionnaires des groupements de coopération
- de négocier les conventions stratégiques de partenariat, les valider
- de cultiver les relations partenariales avec les autres établissements du territoire
- d'assurer la coordination avec les autres pôles

Il assurerait le cas échéant des missions de chargé de mission GHT pour la mise en œuvre du projet médical partagé et la mutualisation des fonctions support et, à ce titre :

- participer à l'accompagnement du travail de définition et de construction du projet médical partagé (groupes de travail par discipline médicale)
- veiller à la mise en cohérence des coopérations territoriales au niveau du GHT en conformité avec le projet médical partagé
- définir les groupes de travail pour harmoniser les processus et les pratiques
- apporter une aide méthodologique, participer à des réunions nationales et régionales sur le sujet
- proposer la mutualisation de compétences facultatives au sein du GHT

Le directeur des coopérations pourrait être à l'initiative de l'élaboration des coopérations et réaliser les activités suivantes :

- analyse stratégique des champs de coopération à investiguer : étude des taux de fuite, des projets médicaux, des besoins sanitaires de la population
- contacts préalables nécessaires à la réalisation des projets (université, CHU, chefs de pôle et de services, établissements partenaires, praticiens, ARS, ANAP, CNEH), recherche de financements pour la mise en place des coopérations : aide de l'ARS, contrats de cliniciens, primes multi-sites
- organisation des réunions préparatoires au lancement des projets : chefferie de projet ou aide méthodologique à la gestion de projet (rédaction de fiche projet, plan d'action), conduite des réunions
- lancement des études médico-économiques et d'impacts avant tout démarrage de projet (cf. fiche mesure nouvelle), sollicitation des pôles concernés
- élaboration des propositions innovantes, notamment de structure juridique et d'organisation, rédaction de notes d'opportunité pour le ou les chefs d'établissements et l'ARS
- rédaction des projets de contrats, de conventions (constitutives...)
- présentation de l'état d'avancement des projets en instance : directoire, conseil de surveillance, CME,...CTE, CHSCT

Il serait responsable du secteur de gestion des groupements de coopération et à ce titre :

- ✓ Superviserait l'activité de la cellule de gestion des groupements de coopération (répartition des activités)
- ✓ Evaluerait et noterait les agents sous sa responsabilité, s'assurerait du maintien et du développement des compétences (plan de formation, veille réglementaire, benchmark)
- ✓ Superviserait l'activité de suivi des conventions de partenariat
- ✓ Assurerait la coordination avec les pôles de l'établissement et les administrateurs des groupements
- ✓ Co-élaborerait en lien avec le département administratif et financier les EPRD ou budgets des groupements concernés, participerait au suivi des dépenses, budgétaires, à l'élaboration des tableaux de bord, à leur analyse afin de décider de la poursuite des partenariats ou de leur évolution
- ✓ Assurerait le Reporting auprès de la direction, des instances
- ✓ Participerait à la conception du circuit administratif et financier pour les commandes, appels de fonds, refacturation de charges, clés de répartition en lien avec ses collègues (administrateurs, directeurs adjoints) et le responsable des services financiers

- ✓ Participerait le cas échéant et s'il en est administrateur aux assemblées générales des groupements

Le responsable des coopérations territoriales (attaché ou ACH) assisterait le directeur des coopérations dans son rôle d'impulsion des partenariats territoriaux. Il assurerait également la veille juridique et le suivi contentieux. Il serait responsable opérationnel du secteur de gestion des groupements de coopération et assurerait également :

- ✓ le suivi des conventions de partenariat en les enregistrant dans l'outil de suivi des conventions, s'assurerait du respect du circuit convention défini par l'établissement
- ✓ serait responsable de la gestion documentaire
- ✓ réaliserait des enquêtes et des statistiques relatives aux coopérations
- ✓ participerait à la gestion comptable des groupements en appui des gestionnaires identifiés (pouvant dès lors les remplacer pendant une absence ponctuelle) et formerait les nouveaux gestionnaires recrutés à la gestion comptable et financière des groupements
- ✓ participerait à la mise en œuvre du circuit administratif et financier

Le gestionnaire GCS de la Mayenne, référent du programme laboratoire assurerait des missions analogues à celles du gestionnaire actuel mais en plus coordonnerait la gestion du GCS de la Mayenne et notamment l'activité du gestionnaire d'un autre programme qui viendrait s'ajouter. Il participerait également plus largement aux procédures d'achat.

Le gestionnaire GCS de la Mayenne remplirait et mettrait à jour des tableaux de bord élaborés par la responsable des coopérations en lien avec l'assistant de gestion du pôle médico-technique. En revanche, les missions d'élaboration de l'EPRD seraient confiées au responsable des coopérations en lien avec le directeur des coopérations et le département administratif et financier.

Une partie de ses missions de secrétariat des assemblées pourrait être transférée à un secrétariat mutualisé.

Les missions de l'actuel gestionnaire pourraient évoluer de la façon suivante.

Il participerait plus largement aux procédures d'achat. Il remplirait et mettrait à jour des tableaux de bord élaborés par la responsable des coopérations en lien avec l'assistant de gestion du pôle médico-technique. Une partie de ses missions de secrétariat des assemblées pourrait être transférée à un secrétariat mutualisé.

Le gestionnaire du GIP instituts de formation assisterait le directeur du GIP dans la réalisation de tous les actes de gestion administratifs et financiers afférents au GIP. Il préparerait les documents présentés aux instances. Il réaliserait et assurerait le suivi de l'inventaire du matériel commun aux membres du GIP. Il participerait à l'élaboration du budget du GIP en lien avec le directeur du GIP et le comptable. Il participerait aux achats et assurerait le suivi.

Il passerait les commandes, s'assurerait de leur règlement et procéderait aux refacturations de charge en fonction de clés de répartition définies.

Il assurerait le suivi des dépenses et des recettes du GIP, mettrait en œuvre la comptabilité analytique. Il préparerait des dossiers de financement auprès du conseil régional.

La secrétaire de la direction des coopérations :

- Assurerait l'accueil physique et téléphonique de la direction des coopérations
- Traiterait et répartirait le courrier
- Etablirait le calendrier des instances
- Rédigerait les convocations aux instances et les ordres du jour
- Recueillerait les documents à présenter en instances
- Assurerait l'envoi des documents aux membres des instances
- Rédigerait, ferait valider et diffuserait les procès-verbaux
- Rédigerait et enverrait des courriers
- Mettrait en forme les conventions et leurs avenants en lien avec les juristes
- Archiverait les documents

3.2.2 Scénario 2 : le maintien de référents autonomes pour chaque groupement mais coordonnés

Selon le 2^e scénario, les gestionnaires des groupements ne seraient pas rattachés à une direction des coopérations. Les groupements ne seraient pas non plus rattachés à la direction des coopérations. Les gestionnaires seraient autonomes et assureraient les missions qu'ils exercent actuellement.

Cependant un directeur en charge des coopérations et un responsable des coopérations les coordonneraient à l'image de la coordination fonctionnelle qui existe entre un directeur des finances et des cadres administratifs de pôle. Ils participeraient à des réunions communes et échangeraient sur leurs process de gestion. Ils participeraient à des formations communes afin d'acquérir un certain degré de polyvalence et pourraient se remplacer mutuellement. Cette organisation pourrait être transitoire et organisée au niveau du CHL avant d'envisager une véritable structuration de la direction des coopérations selon le scénario 1 mais au niveau d'un GHT.

Il est par ailleurs envisageable de renforcer le GCS 53 en créant une cellule de gestion propre au GCS 53 pour préparer son extension. L'un des gestionnaires référent ou un adjoint des cadres chapeauterait cette cellule de gestion dans le cas où le GCS 53 développerait de nouveaux programmes. Les fiches de poste resteraient semblables. Cette cellule de gestion pourrait être maintenue lors de la création du GHT s'il est sur le même périmètre et que le GCS est maintenu. On pourrait également imaginer de confier la gestion des groupements à des assistants de gestion de pôle : par exemple le pôle médico-technique à l'instar de ce qui se pratique dans un autre centre hospitalier.

Ce scénario qui prévoit une organisation plus souple et moins intégrée est moins coûteux et préserve l'autonomie de chaque groupement. Il nécessite un redéploiement de personnel plus limité car le temps consacré par le directeur et la responsable des coopérations est moindre.

3.2.3 Avantages/ limites des organisations proposées

Le scénario le plus abouti à ce jour est le scénario 1. Cependant, les autres scénarios peuvent constituer des étapes ou être préférés. L'avantage de ces organisations est de prévoir une coordination, un suivi centralisé des partenariats, d'assurer que tous les interlocuteurs sont parties prenantes de la construction partenariale, d'assurer la lisibilité et une gestion projet de qualité. La présence d'un encadrement de proximité facilite l'organisation des processus administratifs et comptables, le contrôle de la gestion, l'entraide entre professionnels, l'acquisition de compétences et les remplacements en cas d'absence. Cela permet de faire circuler plus facilement l'information, d'alerter en cas de difficulté et favorise la polyvalence.

La limite est le risque d'enchevêtrement des liaisons hiérarchiques et fonctionnelles. Les relations entre les gestionnaires et le service des coopérations et entre les gestionnaires et les administrateurs peuvent paraître complexes sauf à confier l'intégralité de l'administration des groupements au directeur des coopérations. Cela suppose également de dégager des ressources humaines par redéploiement d'où la possibilité de scénarios intermédiaires pour une montée en charge progressive de cette nouvelle organisation. Cette organisation suppose également d'augmenter les compétences des gestionnaires. En termes de compétences il convient de trouver :

- un directeur adjoint compétent sur la méthode de la gestion de projets et qui maîtrise les outils de coopération territoriale
- un attaché ou adjoint des cadres qui maîtrise les aspects budgétaires (EPRD) et juridiques
- des gestionnaires adjoints administratifs ou ACH expérimentés avec une formation comptable.

A ce jour, la direction des coopérations aurait davantage de sens au niveau du GHT qui permet de mutualiser les moyens humains qui y seraient consacrés.

3.2.4 Proposition de calendrier et de modalités de mise en œuvre

En l'état des possibilités actuelles, dans un premier temps, il serait souhaitable de coordonner les gestionnaires.

Il conviendrait ensuite de réunir en un lieu unique les gestionnaires et un adjoint des cadres des coopérations, chargé du suivi des conventions. Le bureau serait localisé à proximité du département administratif et financier et de la directrice du pôle médico-technique.

A moyen terme, selon un calendrier à caler en fonction de l'évolution des GHT, il pourra être envisagé la mise en place d'un service ou d'un pôle des coopérations en y affectant un poste de directeur adjoint selon le scénario 1.

3.3 Perspective à moyen terme d'organisation de la gestion des coopérations au niveau du GHT

A moyen terme, sous réserve des modalités de mise en place des GHT, il est possible d'envisager la création d'un service ou d'un pôle inter-établissements des coopérations au niveau de l'établissement support du GHT qui assurerait la gestion des groupements du GHT quels que soient les membres.

Ce troisième scénario rejoint le premier scénario.

Le pôle des coopérations serait positionné au niveau du GHT en lien avec ou sans mise en place d'une direction commune.

Plusieurs possibilités pourraient être envisagées :

- Le GCS 53 pourrait servir de support juridique ou préparer la mise en place d'un GHT 53 avec la possibilité de mettre en œuvre le scénario 1.
- Les compétences prévues au niveau du GHT pourraient être entièrement transférées à l'établissement support y compris la biologie médicale : dans ce cas, le GCS 53 et sa gestion n'auraient plus lieu d'être. Le pôle des coopérations ne comprendrait plus que le directeur, un responsable des coopérations et les gestionnaires des groupements public/privé : GIE 53 et GIP instituts de formation. (si la formation n'est pas entièrement gérée au niveau du GHT).
- La biologie médicale pourrait être gérée par le GCS 53 sans être transférée à l'établissement support (organisation en commun). Le GCS 53 resterait en place. Le scénario 1 resterait envisageable.

Autre possibilité, certains voient la direction commune²⁸ comme l'outil incontournable lors de la mise en place des GHT. On peut en effet imaginer la mise en place de directions fonctionnelles communes comme celle de l'informatique, une partie de la direction des affaires financières (DIM), la formation, la direction des achats avec la mise en place de référents sur chaque site du GHT. La direction des coopérations pourrait être l'une de ces directions avec la mission de préparer et d'accompagner le travail d'harmonisation des pratiques des établissements membres avant tout transfert de compétences.

A ce jour les scénarios 1 et 4 semblent les plus appropriés pour le directeur du Centre Hospitalier de Laval. Cependant il ne peut pas se positionner maintenant sur la mise en œuvre d'un scénario en raison de l'incertitude pesant sur le périmètre du futur GHT et donc

²⁸ Formation ADH par le cabinet Houdart

sur la désignation de l'établissement support. Le GHT sera de toute façon l'occasion de mieux coordonner les coopérations.

3.4 Quelle évolution du métier de directeur d'hôpital dans le contexte mouvant des coopérations ?

Cette étude sur la gestion des coopérations est très enrichissante pour appréhender le métier de directeur d'hôpital, car elle en révèle les facettes multiples. En effet les coopérations touchent certes à la stratégie de l'établissement mais leur gestion quotidienne s'avère complexe, technique en raison de la multiplicité des partenaires. C'est un domaine assez transversal qui pose des problématiques diverses : activités médicales, ressources humaines et relations sociales, soins, financement, achats, logistique, autorisations et relations avec l'Agence régionale de santé, le conseil régional, gestion de projets, évaluation des partenariats, outils juridiques de coopération.

Lors de mon stage international en Allemagne sur la coopération sanitaire transfrontalière, j'ai rencontré des problématiques similaires à celles rencontrées en Mayenne. Les établissements présents sur le territoire de santé sont en concurrence sur certains segments d'activité. On le voit notamment dans les relations avec la polyclinique du Maine. Pour réussir les partenariats, il s'agit d'établir une relation équilibrée « gagnant gagnant » afin d'éviter de donner le sentiment qu'un établissement absorbe l'autre. Un rapport de la Cour des Comptes de septembre 2011²⁹ alerte sur les risques d'asymétrie dans les relations de coopérations inter-établissements. Il est encore en partie d'actualité. « On risque de laisser à l'un des partenaires la mauvaise part : la part à moindre potentiel tarifaire et la part d'activités dont l'organisation est la moins programmable ». De plus le rapport IGAS de 2012 déjà cité invite à la plus grande prudence concernant les groupements. Il faudrait éviter qu'ils ne produisent des déséconomies d'échelle à l'encontre de l'objectif poursuivi.

La mise en place des GHT fait également écho à la réforme récente de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris avec la mise en place de groupes hospitaliers même si c'était au sein d'une entité juridique commune. Le projet médical et la répartition des activités entre les sites ont été déclinés au niveau du groupe. La mise en place de pôles inter-établissements et la centralisation des directions fonctionnelles au niveau de chaque groupe ont accompagné ce changement organisationnel.

Cette étude permet d'appréhender la transformation du directeur d'hôpital en manager territorial dont le but serait de fédérer les acteurs autour de la construction du projet médical partagé. Il serait porteur de projet plus que simple gestionnaire d'une entité autonome.

²⁹ Cour des Comptes, « Chapitre IX Les coopérations hospitalières » p 271-272, *Rapport sécurité sociale octobre 2011*

Elle montre aussi que chaque établissement est doté d'une culture propre et qu'il convient d'opérer des rapprochements par étape pour éviter un échec des coopérations. Certaines fusions ont échoué parce qu'on a voulu brusquer les choses. La coopération est un apprentissage qui ne se décrète pas. Le degré de maturité des coopérations n'est pas le même d'un établissement à l'autre. Il est nécessaire de laisser la place aux initiatives locales de coopération et de tenir compte des contextes locaux pour éviter que les coopérations ne soient subies.

La confrontation de l'expérience d'un établissement, celui de Laval, à celles d'autres établissements de taille comparable ou différente, permet de dégager des enseignements sur les organisations mises en place. L'organisation imaginée et mise en œuvre par les établissements pour coordonner les coopérations est hétérogène. Les établissements sont à la recherche d'organisations optimisées pour répondre aux enjeux de cette mutation du monde hospitalier. Dans un monde de plus en plus porté vers les réseaux, l'hôpital doit s'adapter pour répondre aux nouvelles attentes.

Conclusion

La question de la coordination de la gestion des coopérations reste une question complexe. Elle reste éminemment d'actualité dans un monde hospitalier en pleine recomposition à l'aube de la création des groupements hospitaliers de territoire.

La construction des GHT devra être progressive et respecter l'histoire du territoire et les bassins de vie pour atteindre leur but de recomposition de l'offre et de réduction des dépenses de santé tout en facilitant l'accès des populations à des soins de qualité. C'est un nouveau défi lancé à l'hôpital public.

La coordination avec les partenaires du GHT établissements de santé mentale, EHPAD, cliniques, professionnels libéraux devrait rester une préoccupation des décideurs hospitaliers afin de garantir la complémentarité des offres de soins sur le territoire et de fluidifier le parcours de l'utilisateur dans un contexte de rareté et d'inégale répartition des compétences médicales.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Projet de loi n°505 de modernisation de notre système de santé

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

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Ouvrages :

Cédric Zolezzi, *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, Presses de l'EHESP, juin 2015

Jacques Hardy, *Droit des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales*, édition Lamy, novembre 2013

Cyril Clément, *La Communauté hospitalière de territoire (CHT), Mode d'emploi : constitution et fonctionnement*, édition Les Etudes Hospitalières, septembre 2012

Bruno Gallet, *La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social - A jour de la loi Fourcade du 10 août 2011*, Heures de France, 2011

Fédération hospitalière de France, *Atlas 2010 des coopérations : La stratégie de groupe des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics*, 2010

Articles :

Clémence Zaccharie, « bienfondé et nécessité des coopérations hospitalières : état des lieux à l'aube de la réforme du système de santé 2015 », *Finances Hospitalières*, supplément au n°91 mai 2015

Raoul Tachon, « étude d'impact, le cas du Groupement Hospitalier de Territoire », *Finances Hospitalières*, supplément au n°91 mai 2015

Louis Breuls de Tiecken, « Création des GHT : incidences sur la gestion financière », *Finances Hospitalières*, supplément au n°91 mai 2015

Michel Raux, « Les Groupements Hospitaliers de Territoire à la recherche de leur système d'information », *Finances Hospitalières*, supplément au n°91 mai 2015

Dominique Legouge, « Le groupement hospitalier de territoire : échelon de base de la nouvelle organisation des achats publics hospitaliers », *Finances Hospitalières*, quels enjeux territoriaux pour l'hôpital, supplément au n°91 mai 2015

Jean-Yves Copin, « du syndicalisme institutionnel au dialogue social 3D : le pôle, l'établissement, le territoire », *Finances Hospitalières*, supplément au n°91 mai 2015

Maître Laurent Houdart, « Coopération ou fusion ? Mutualisation ou délégation ? », *Revue Hospitalière de France*, n°563, mars-avril 2015

Isabelle Filippi, *Etude : « le groupement d'intérêt public », La gazette de l'hôpital*, n° 114, février 2015

Cécile Attane, Stéphane Segui-Saulnier, Hervé Tanguy « Le groupement hospitalier de territoire Et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ? », *Gestions Hospitalières*, n°541, décembre 2014

Dominique Legouge, « Le groupement hospitalier de territoire comme outil collaboratif au service de la performance des achats hospitaliers », *Finances Hospitalières*, novembre 2014

Aymeric Chauchat, « coopérations sanitaires et financement à l'activité », *Journal de gestion et d'économie médicale*, volume 32, 2014/2

O Yahia, « Menaces sur les fusions inter-établissements ou de l'emprise grandissante du CHSCT », *DH magazine*, n°146, 2^e trimestre 2013

Aymeric Chauchat, « la T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique », *Gestions Hospitalières*, n°523, février 2013

Catherine Keller, « GCS et CHT : alpha et oméga de la coopération inter-hospitalière ? », *Gestions Hospitalières*, n°523, février 2013

Michel Louazel, « coopérations hospitalières entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir », *Gestions Hospitalières*, n°523, février 2013

V. Cohen, « Les fusions hospitalières ne sont pas toujours efficaces », *Les Echos*, 30 juillet 2012

K. Hullot-Guiot, « un rapport de l'IGAS critique les fusions hospitalières », *Libération*, 30 juillet 2012

D Seux, « trop d'hôpitaux en France ? Le rapport qui dit non », *Les Echos*, 30 juillet 2012

Gilles Calmes, « fusion juridique des établissements publics de santé en 2012 : de la théorie à la pratique », *Réflexions hospitalières*, n°544, janvier-février 2012

Gilles Calmes, « La fusion juridique des établissements publics de santé après HPST », *DH magazine*, n°142, janvier-février 2012

Pierre Kersauze, « Le GCS, une opportunité pour renforcer le contrôle de gestion », *Finances hospitalières*, n°40 octobre 2010

Dépêches HOSPIMEDIA et APM

RAPPORTS :

Rapports ANAP :

ANAP, *Système d'information des coopérations territoriales mise en œuvre*, mars 2014

ANAP, *Coopération territoriale en biologie médicale, Aide à l'accompagnement des personnels en situation d'évolution professionnelle*, janvier 2014

ANAP, *Coopération territoriale en biologie médicale, aide à la mise en œuvre*, décembre 2013

ANAP, *Guide d'utilisation de l'outil de transition économique multi-sites de biologie*, septembre 2013

ANAP, *Coopération territoriale en biologie médicale, Démarche d'aide à la décision dans le choix d'un scénario*, septembre 2013

ANAP, *Coopération territoriale en biologie médicale, Enseignements et monographies*, janvier 2013

ANAP, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, janvier 2011

Autres Rapports, contributions :

Commission des affaires sociales du Sénat, Alain Milon, Catherine Deroche et Elisabeth Doineau, *rapport au nom de la commission des affaires sociales (n°653), sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé*, juillet 2015

CNDCH, *Contribution relative au rapport intermédiaire de la mission GHT mai 2015*, juillet 2015

Association des directeurs d'hôpital, *Groupements Hospitaliers de Territoire, Contribution du groupe de travail ADH « Accompagnement des dirigeants et des responsables hospitaliers »*, juin 2015

Syndicat SYNCASS CFDT, *Les dossiers du SYNCASS CFDT, « Groupements hospitaliers de territoire : quelles conséquences ? »*, juin 2015

Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de territoire-rapport intermédiaire*, mai 2015

Commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, Olivier Véran, Bernadette Laclais, Jean-Louis Touraine, Hélène Geoffroy, Richard Ferrand, *rapport n °2673 au nom de la commission des affaires sociales, sur le projet de loi de santé*, mars 2015

Bernadette Devictor, *Le service public territorial de santé, le service public hospitalier : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, mars 2014

Inspection Générale des Affaires Sociales, Fadela Amara et Pierre Naves, *Evaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents » (MDA)*, octobre 2013

P.Y. Bocquet, J-L. Bonnet, F. Lalande, C Scotton (IGAS), *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, Paris, IGAS, 2012

Cour des comptes, « chapitre IX : les coopérations hospitalières », *rapport sécurité sociale 2011*, septembre 2011

Documents du ministère de la santé :

Fiches coopérations HPST

Fiches techniques DGOS/DGFIPP, septembre 2011

Etudes statistiques :

Observatoire régional de la santé des Pays de La Loire, *Observation de la santé des Lavallois*, avril 2014

Documents FHF :

Fédération Hospitalière de France, *Boîte à outils des coopérations*, 20/04/2011

Présentations, diaporamas :

Laurent Houdart, *les Groupements Hospitaliers de territoire*, juin 2015

ARS Bretagne, *Atlas des coopérations hospitalières en Bretagne*, 2014

mémoires EHESP consultés :

Leila BENZINA-HASSAINI, *Les coopérations hospitalières, L'exemple de la CHT parisienne pour la psychiatrie*, IASS, mars 2015

Erwann Paul, *Appréhension économique des coopérations hospitalières, un essai de modélisation*, EDH, décembre 2014

Antoine Loubrieu, *L'organisation territoriale de la biologie médicale en Vendée, Quelles coopérations pour quel projet médical de territoire ?*, EDH, décembre 2013

Chtioui Mohamed Karim, *La coopération entre hôpitaux d'instruction des armées et établissements publics de santé « projet de rapprochement de l'hôpital d'instruction des armées Alphone Laveran du tissu hospitalier local de son territoire de santé pour optimiser ses fonctions logistiques »*, EDH, 2012

Véronique Gensul, *Aspects financiers et comptables, obstacles ou atouts de la construction d'un groupement de coopération sanitaire ?*, EDH, 2012

Mathias Maurice, *Le projet de restructuration de la biologie médicale hospitalière sur le territoire de santé n°2 de Bretagne*, EDH, décembre 2010

Frantz Sabine, *Quelle politique de coopération pour la psychiatrie ? : L'exemple du Centre Hospitalier Charles Perrens*, EDH, décembre 2010

Aymeric Chauchat, *La modalisation économique des coopérations sanitaires en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public, une étude appliquée au groupement de coopération sanitaire des « hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise »*, EDH, 2009

M. Monier, *La direction commune, une étape vers la fusion ? Le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault*, mémoire EHESP, 2009

Colloques :

Colloque ADRHESS : « coopérations et restructurations : la GRH dans tous ses états », Levallois Perret, 9 avril 2015

Conférences organisées par la FHF au salon santé autonomie les 19 et 20 mai 2015
Journée EHESP : *Séminaire de la chaire de management des technologies de santé* :
«L'organisation des territoires de santé », 21 mai 2015
Conférence ANAP : « accélérer vos coopérations territoriales en matière de biologie
médicale », 2 juin 2015
Formation ADH Normandie sur les GHT, 22 juin 2015
Colloque SYNCASS CFDT : « Groupements hospitaliers de territoire, vers un nouveau
modèle organisationnel ? » 9 septembre 2015

Documents de planification :

ARS Pays de la Loire, *SROS Pays de La Loire*, version actualisée au 9 mars 2015
ARS Pays de la Loire, *PRS Pays de la Loire*, version actualisée au 9 mars 2015
ARS Pays de la Loire, *PTS Mayenne*, version actualisée au 9 mars 2015
CPOM entre l'ARS Pays de la Loire et le Centre Hospitalier de Laval 2012-2017

Documents du Centre hospitalier de Laval

CNEH, *audit financier du GCS de la Mayenne*, juillet 2014
CNEH, *audit juridique du GCS de la Mayenne*, juillet 2014
Centre Hospitalier de Laval, *Projet d'établissement 2014-2017 : orientations stratégiques*,
juin 2014
Centre Hospitalier de Laval, *Rapport d'activité 2014*
Centre Hospitalier de Laval, *projet médico-soignant*, 2015

Conventions constitutives et règlements intérieurs:

Convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire Mayenne/Maine et Loire
Convention constitutive du Groupement de coopération sanitaire de la Mayenne
Règlement intérieur du Groupement de coopération sanitaire de la Mayenne
Règlement de fonctionnement du GCS laboratoire
Convention constitutive du Groupement de coopération sanitaire chimiothérapie
ambulatoire de la Mayenne, 8 avril 2014
Règlement intérieur du Groupement de coopération sanitaire chimiothérapie ambulatoire
de la Mayenne
Convention cadre de coopération entre le Centre Hospitalier de Laval et le Centre
Hospitalier du Nord Mayenne, 20 décembre 2014
Statuts du GIE IRM, mise à jour du 17 juin 2014
Règlement intérieur du GIE IRM, 5 janvier 2010
Convention constitutive du GIP Instituts de formation

Arrêté n°2015 SGAR/DRJSCS n°146 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « pôle régional de formation santé/social de Laval », 24 juillet 2015

Convention de mise à disposition d'une salle de bloc opératoire

Liste des annexes

Annexe 1 : Trame d'entretien pour la gestion des coopérations

Annexe 2 : Extrait du compte-rendu de la réunion sur les coopérations

Annexe 3 : Carte exemples de coopérations en Mayenne

Annexe 4 : Questionnaire de benchmark sur la coordination de la gestion des coopérations et son annexe

Annexe 5 : Questionnaire pour les entretiens avec les ARS

Annexe 6 : Questionnaire adressé à M. X, cadre du pôle médico-technique, gestionnaire GIE/GCS laboratoire du CH Y

Annexe 1 : Trame d'entretien sur la gestion des coopérations

GRILLE ENTRETEN COOPERATIONS

Question 1 : Quelles sont vos fonctions pour la gestion du groupement ?

Question 2 : Quels sont vos interlocuteurs ? achats, directions fonctionnelles, interlocuteurs des autres établissements, cadres...relations avec le trésorier ?

Etablissez-vous des tableaux de suivi mensuels ? Les envoyez-vous aux pôles ?

Existe-t-il des procédures claires pour les circuits d'information, de commande, de paiement ?? Etes-vous associé aux projets qui impactent le groupement ? Nouveau programme ? Adhésion de nouveaux membres ?

Participez-vous aux négociations ?

Quelles différences de gestion voyez-vous avec la gestion d'un service de l'hôpital ?

- En matière de ressources humaines
- En matière de commandes et d'achat public
- En matière financière, de comptabilité (publique, privée)
- Relations avec la trésorerie, relations avec les praticiens libéraux ?
- Système d'information

Qu'en est-il des mises à disposition de personnel et du remboursement des salaires des personnels mis à disposition du groupement par les établissements membres ? Comment sont gérées vos absences ? Qui prend le relai au sein de l'hôpital ou dans un autre hôpital partenaire quand vous n'êtes pas là pour la gestion quotidienne ? Avez-vous acquis des compétences communes ? binôme

Comment avez-vous été formé(e) pour la gestion du groupement ? Avez-vous bénéficié de dispositifs de formation continue ? Avez-vous appris « sur le tas » ? Avez-vous formé d'autres collègues ? Avez-vous reçu une aide méthodologique extérieure (qualité, autres directions fonctionnelles, expertises d'autres membres du groupement, contrôle de gestion ?).

Quelles sont les difficultés (organisationnelles...) que vous rencontrez dans la gestion du groupement ? Quelles sont vos propositions selon vous pour améliorer cette gestion au quotidien ?

Quelles sont vos satisfactions ? Etes-vous satisfaite de l'évolution ? Quels enseignements peut-on tirer pour le futur de la mise en place de ces groupements ?

Information et communication : Est-ce que les circuits d'information nécessaires à la gestion du groupement sont clairs pour vous ? Sont-ils bien différenciés des circuits classiques en vigueur à l'hôpital ?

Localisation et relations professionnelles :

Quels sont les + et les – de votre localisation dans la direction fonctionnelle x ? Est-ce que cela vous permet d'obtenir plus facilement de l'aide, de l'information nécessaire à votre gestion quotidienne du groupement ?

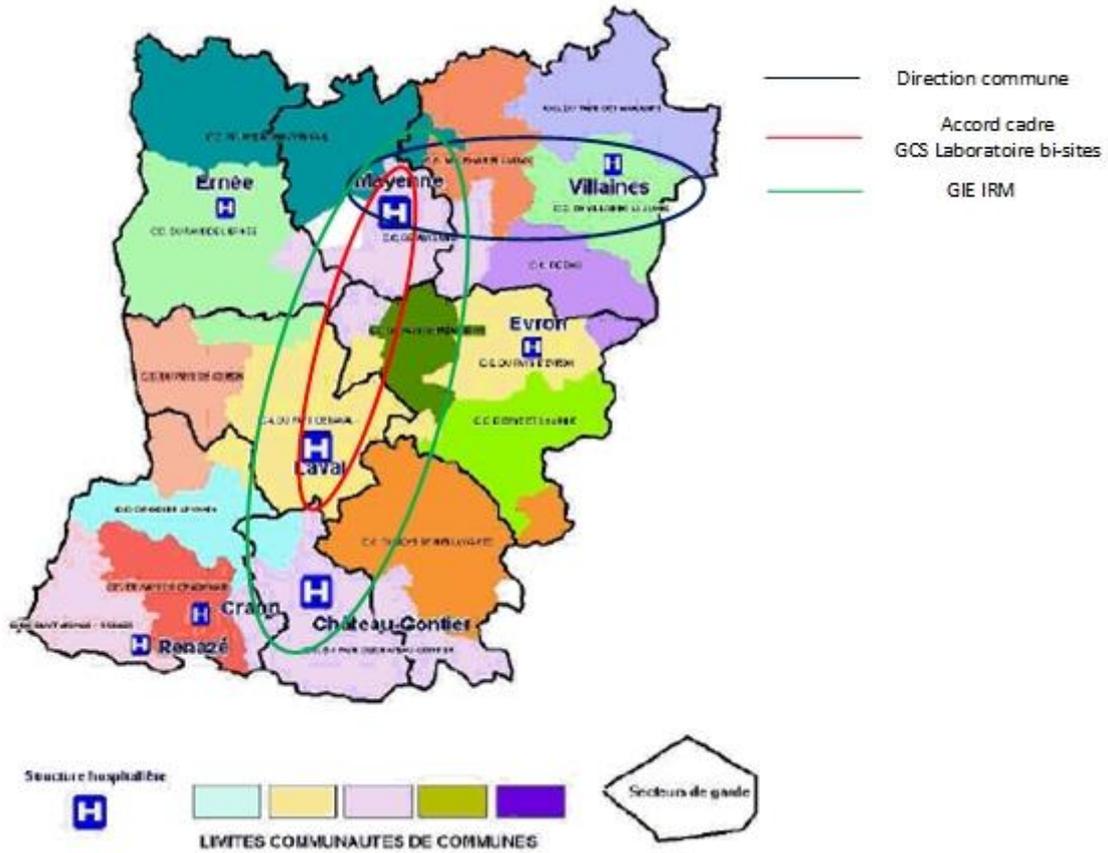
Avez-vous des relations professionnelles avec les gestionnaires des autres groupements ? Comment cela se formalise ? Existe-t-il des groupes de travail ou des réflexions communes sur les procédures de gestion ou autres par exemple ?

Annexe 2 : extrait Compte-rendu de la réunion sur la gestion des coopérations

RELEVÉ DE DECISIONS réunion groupements de coopération 15 avril 2015							
GROUPEMENT DE COOPERATION	champ	membres	modalités de gestion	problématiques soulevées	administrateur	gestion administrative et comptable	observations, commentaires
GIP pôle de formation	instituts de formation	CH de Laval, Croix rouge, associations	choix d'une comptabilité privée, autonomisation de la gestion	calendrier de déploiement de la gestion autonome : préparation du 01/09/2015 au 31/12/2015 gestion GIP : 01/01/2016	direction : S Letendre	0,8 ETP : anticiper le recrutement au 01/09 pour préparer la nouvelle gestion en GIP au 01/01/2016	travaux d'extension à venir positionnement du CESU sur le site mais gestion par l'hôpital par l'assistante de gestion du pôle soins critiques
GIP maison des adolescents	maison des adolescents	hôpital, collectivités locales, Conseil général	budget : 300 000 euros si budget supplémentaire, gestion autonome sinon rattachement au pôle santé publique et gestion par Edith Lamoureux, ACH Finances	démarrage à prévoir le 01/01/2016	direction projet : S Le Quéau	gestion par le département administratif et financier	
GIE IRM	IRM	CH de Laval, cabinets de radiologues libéraux nouveaux membres : CHNM et CHHA et 2 IRM supplémentaires (1 CHNM + 1 CHHA)	comptabilité privée	réfléchir au rattachement du gestionnaire, à sa localisation géographique et à l'hypothèse de mettre en place un binôme	pôle médico-technique : S le Quéau au 1er juin 2015 en remplacement de S Lariven	gestion du GIE 0,5 ETP : Marion Brichard rattachée à la direction des finances (mandatement) + depuis février 2015 : facturation des forfaits techniques activité publique gestion de la facturation des forfaits techniques des radiologues libéraux : Mme Niger, comptable PASSAGE DE 0,5 à 0,8 ETP à prévoir par redéploiement en lien avec la DRH	
GCS Mayenne	laboratoire + d'autres programmes à venir : blanchisserie, HAD, PUI, stérilisation?	CH de Laval et CH Nord Mayenne futurs membres : CH Haut Anjou, 4 ex hôpitaux locaux	GCS de moyens de droit public : comptabilité publique	sécuriser les circuits et la fiabilité des données et la communication avec la direction des finances, le laboratoire, renforcer les compétences de comptabilité du gestionnaire par une formation adaptée	administration du GCS : pôle gestion : S Lariven en remplacement de P Debyser responsables de programmes : S Le Quéau et Dr Berdin blanchisserie : P Vantalou et M. Chilou	actuellement : gestion du GCS : 1 ETP : gestion administrative, comptable, achats, secrétariat du GCS futur : mise en place d'une cellule de gestion +0,5 ETP à prévoir par redéploiement en lien avec la DRH	
GCS chimiothérapie ambulatoire	chimiothérapie ambulatoire, reconstitution des cytotoxiques sur le site de la polyclinique du Maine	CH de Laval Polyclinique du Maine	GCS de moyens de droit privé	trouver un administrateur pour dans un an car actuellement c'est la polyclinique qui administre le GCS (administration tournante)	direction de projet : S Le Quéau		

Annexe 3 : Carte exemples de coopération en Mayenne

Exemples de coopérations en Mayenne



Annexe 4 : Questionnaire de benchmark sur la coordination de la gestion des coopérations

1. Informations générales d'identification de l'établissement

Nom de l'établissement :

Nombre de lits :

Région concernée :

Territoire de santé concerné :

CHU à proximité :

2. Éléments de description du contexte stratégique dans lequel se trouve l'établissement

Etablissements concurrents :

Taux de fuite :

Démographie médicale :

3. Groupements auxquels l'établissement adhère

Quels types de groupements participez-vous ? Avec des entités publiques ? privées ? Merci de les citer ainsi que l'objet de ces coopérations ? Etes-vous siège de certains groupements ?

4. Organisation de la gestion des coopérations

Comment vous êtes-vous organisé pour assurer la gestion de ces groupements ? Existe-t-il une direction des coopérations ? Une autre forme d'organisation ? Si oui précisez-laquelle ? Pourriez-vous s'il vous plaît joindre un organigramme ainsi que les fiches de postes des gestionnaires ?

Précisez les fonctions du directeur qui chapeaute les coopérations :

5. comptabilité

Comptabilité : est-ce que le GCS est employeur ? Procédez-vous à une refacturation des charges si oui comment ? Disposez-vous d'une comptabilité analytique précise pour les groupements ? Quels types de logiciels avez-vous acheté pour assurer la comptabilité des groupements ? Quelles sont les clés de répartition des charges indirectes utilisées ?

Exemple : pour le GIP instituts de formation, le volume horaire, exemple pour le GIE IRM, le nombre d'heures d'utilisation de l'IRM

6. Gestion du personnel

Les groupements sont-ils employeurs ? Si oui les titulaires sont-ils mis à disposition du groupement, détachés ? Existe-t-il des conventions de mises à disposition statutaires ou seulement un remboursement des salaires par le groupement ? A quelle fréquence ?

Exemple : au Centre Hospitalier de Laval, il n'existe pas de mise à disposition statutaire, les salaires des personnels travaillant au titre du groupement sont refacturés au groupement à trimestre échu.

7. Evolution dans la perspective de mise en place des GHT et des fusions de régions

Sur l'organisation de la gestion des coopérations : est-il prévu de gérer les coopérations au niveau du futur GHT ?

Annexe au questionnaire : Grille des coopérations

<u>Forme juridique du groupement</u>	<u>GCS</u>	<u>GIE</u>	<u>GIP</u>	<u>convention</u>	<u>CHT</u>	<u>GHT</u>
Nom du groupement	<i>Exemple : GCS Mayenne 53</i>	<i>Exemple GIE IRM 53</i>	<i>Exemple GIP de instituts de formation</i>	<i>Exemple : Convention de mise à disposition du bloc opératoire, convention de mise à disposition de personnel médical</i>	<i>Exemple : CHT 45-53</i>	
champ	<i>Exemple : laboratoire</i>	<i>Exemple : gestion des IRM</i>	<i>Exemple : maison des adolescents</i>	<i>Exemple : mise à disposition de plages opératoires au bloc du CH de Laval pour les chirurgiens de la clinique</i>		
Membres du groupement : établissements publics/privés	<i>Etablissements de santé publics : CH de Laval, CH Nord Mayenne</i>	<i>EPS : CH LAVAL, CHNM, CHHA, cabinets de radiologie libéraux</i>	<i>Instituts de formation rattachés au centre hospitalier, instituts Croix rouge, instituts associatifs</i>	<i>Polyclinique du Maine/ Centre Hospitalier de Laval</i>		

Personnalité morale : Droit public/droit privé	<i>Droit public</i>	<i>Droit privé</i>	<i>Droit public</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Pas de personnalité morale</i>	<i>Pas de personnalité morale</i>
Comptabilité : publique/privée	<i>Comptabilité publique</i>	<i>Comptabilité privée</i>	<i>Comptabilité privée</i>			
Commande : marchés, marchés publics, ordonnance de 2005	<i>Marchés publics</i>					
Gestion du groupement : nombre d'ETP consacrés et qualification (joindre la fiche de poste)	<i>1 ETP adjoint administratif</i>	<i>0,8 ETP adjoint administratif</i>	<i>0,8 ETP</i>			
Organisation de la gestion : secrétariat des assemblées générales, commandes, achats, construction du	<i>L'administrateur assure le secrétariat des assemblées, la gestionnaire passe des commandes en lien avec le laboratoire (une</i>	<i>Le gestionnaire assure le secrétariat des assemblées, le gestionnaire suit les mouvements sur le compte bancaire, travaille</i>				

<p>budget, production de tableaux de bord, encadrement de l'équipe de gestion (joindre l'organigramme)</p>	<p><i>secrétaire qui passe des commandes au CH Laval et une technicienne de laboratoire au CH Nord Mayenne, la gestionnaire construit l'EPRD, il n'y a pas encore de tableau de bord régulier.</i></p>	<p><i>avec le comptable pour l'établissement du budget, passe les commandes, collige les données dans un tableau de suivi pour la consommation de consommables, la facturation des forfaits techniques, la refacturation des charges.</i></p>				
<p>Direction du groupement de mode de gouvernance, direction qui alterne ou pas, administrateurs</p>	<p><i>Un administrateur du groupement + des directeurs référents pour chaque programme</i></p>	<p><i>Un président du groupement (le directeur) + un directeur</i></p>	<p><i>Un administrateur</i></p>			

Annexe 5 : Questionnaire pour les entretiens avec les ARS

I/ Etat des lieux des coopérations inter-hospitalières en région x?

- Pourriez-vous s'il vous plaît me présenter les coopérations inter-hospitalières de la région ? Quel est le paysage des coopérations inter-hospitalières de la région ? public public, public privé : fonctions support, partage de temps médical, mise en place de filière parcours de prise en charge, volonté de limiter les taux de fuite : allez-vous établir un atlas des coopérations ? existe-t-il une carte des coopérations pour la région ?
- S'agit-il de coopérations nées de la volonté des établissements partie, de l'impulsion de l'ARS, imposées par la situation de la démographie médicale ou la recherche d'une taille critique, volonté d'organiser le tissu sanitaire public, dans une logique de filière de prise en charge ?

II/ Rôle de l'ARS dans l'accompagnement des coopérations inter-hospitalières sur le territoire

- Quel est le rôle de votre service dans l'accompagnement de la démarche de coopération inter-hospitalière ? lien avec l'ANAP appui méthodologique, politique (en fonction du contexte local), négociations pour faciliter le travail de concert entre les futurs membres du groupement de coopération

III/ gestion des coopérations

De part votre dimension régionale, avez-vous connaissance de modalités d'organisation particulières pour mettre en place les projets de coopération et ensuite gérer les coopérations dans la région (ou autres région) ? Si oui de votre point de vue quelle semble être l'organisation qui répond le mieux au besoin de mise en place et de gestion des coopérations ? (coordination) l'organisation qui vous facilite votre rôle de régulateur de l'offre régionale et de financeur (tableaux de bord, transmission d'informations claires entre l'établissement et l'ARS, lisibilité des interlocuteurs des établissements...)

IV/ Evaluation, bilan

- Que pensez-vous de l'état actuel des coopérations inter-hospitalières en région x? Etes-vous satisfait de la situation actuelle ? Quelles sont pour vous les difficultés au niveau du territoire, ce qui pourrait être amélioré ? les actions qui pourraient être conduites au niveau des établissements, de l'ARS, des professionnels
- Effet frontière administrative : quelles possibilités pour des partenariats inter-régionaux ?
- Point de vue de l'ARS sur les coopérations auxquelles le CH de Laval participe, axes d'amélioration

V Perspectives : refonte du statut GCS, mise en place des GHT

- Quel est l'état d'avancement de la réflexion sur le périmètre et le contenu des GHT au niveau de la région ?
- Est-ce pour vous une solution qui permettra de faire face aux contraintes des territoires de santé de la région : démographie médicale, accessibilité au plateau technique pour les patients (égalité d'accès), stratégie de groupe public ?
- Des groupes de travail sont-ils prévus pour réfléchir aux modalités de mise en place des GHT (associant établissements et ARS) : - sujet du projet médical de territoire partagé
- Travail sur les compétences transférées à l'établissement support et celles restant du ressort des établissements : la gestion des coopérations pourrait-elle être une compétence selon vous gérée au niveau du GHT ?
- Degré plus ou moins dense de partenariat : établissements membres, associés...

- Quel impact de la mise en place des GHT sur les partenariats existants notamment avec les structures privées ?
- Quelles résistances au changement ? de la part des médecins, directeurs, élus locaux...

Annexe 6 : Questionnaire adressé à M X cadre du pôle médico-technique, gestionnaire GIE/GCS laboratoire du CH Y

Données générales sur le GCS et le GIE :

GCS laboratoire :

nombre de b :

nombre d'antennes (sites) :

périmètre géographique, distance entre les laboratoires :

nombre de membres du GCS :

GIE :

Nombre de sites :

Nombre d'appareils :

Nature des membres (CH, cliniques, cabinets..) :

Gestion du GIE imagerie et du GCS LABO :

Quel est votre rôle exact dans la gestion de ces deux groupements ?

La répartition du temps que vous y passez ? Quel est le groupement le plus complexe à gérer le GIE ? le GCS ?

Quels sont vos interlocuteurs ?

1. Secrétariat des instances

Assurez-vous la préparation des instances, l'envoi des OJ, la rédaction des PV ou est-ce quelqu'un d'autre ?
Idem pour GCS labo

2. Comptabilité traitement et règlement des factures

Description du circuit :

GIE :

GCS :

Qui effectue les commandes du GCS ? le cadre du service ? une secrétaire ? un TL ? un manip ? lien fonctionnel avec les services concernés ? secrétaires...qui fait quoi

Du GIE ?

3. Marchés

GCS laboratoire : Suivez-vous les marchés ? Participez-vous aux procédures d'achat ou est-ce le rôle de la direction des achats ?

4. Modalités de gestion des investissements :

Pour le GCS (mise à disposition des équipements par les membres, achats par le GCS, recours à l'emprunt...)

5. Suivi du compte bancaire du GIE et signature des chèques

6. Facturation des charges

GIE : Procédez-vous au calcul des charges communes ou est-ce le rôle du comptable ?

GCS laboratoire : quelles sont les clés de répartition pour le calcul des charges ?

Pourriez-vous s'il vous plaît m'apporter des précisions sur les modalités de fonctionnement ? facturation mensuelle ou au trimestre ? Calendrier des appels de fonds aux membres ?

7. Budget

GIE, GCS : Quel est votre rôle dans la préparation du budget ? lien avec la DAF ? lien avec le comptable du GIE ?

8. Relations avec l'assurance maladie facturation des forfaits techniques

Pourriez-vous s'il vous plaît me décrire le circuit des flux de données avec l'assurance maladie et les mutuelles ? La transmission de données est-elle dématérialisée (flux retour par les caisses) ? Lorsque vous recevez les remboursements de la part des caisses, est-il possible de clairement identifier les forfaits de telle ou telle machine sans mélange ?

Qui envoie les factures des FT aux caisses ? les secrétaires du service ?

Concernant les forfaits techniques des patients hospitalisés en établissement public, comment sont-ils facturés aux membres ? (paiement des FT par les CH concernés ?)

9. Gestion du personnel

Quels sont les professionnels qui travaillent pour le GIE ? du GCS ? Sont-ils mis à disposition ? statutairement ou pas ?

Activité libérale de praticiens ?

10. Rattachement hiérarchique au directeur des coopérations ? à un autre directeur administrateur ? à confirmer

Demande de précisions sur l'organigramme

11. Continuité

Quand vous êtes absent pour congés, est-ce quelqu'un vous remplace ?

12. Formations

Avez-vous participé à des formations spécifiques à la comptabilité d'un GCS, d'un GIE ? Comment avez-vous acquis ces compétences ?

13. Logiciels

Quel (s) logiciel (s) utilisez-vous pour le GIE ? Le GCS ? Utilisez-vous des tableaux Excel en plus ? Ou des requêtes pour les tableaux de suivi ?

14. Tableaux de bord et contrôle de gestion

Etablissez-vous des tableaux de bord mensuels pour le pôle médico-tech ?

(GCS : dépenses mensuelles par rapport à l'EPRD du GCS, répartition par membre du groupement, b prescrits par service, ...projection à la fin de l'année, examens externalisés, détail de l'activité

GIE : tableaux de bord : nombre d'heures d'utilisation de la machine, nombre de ICR, FT prescrits par pôle et service, suivi budgétaire mensuel ???)

Comptabilité analytique ? Contrôle de gestion ?

COSMAO	Christine	Décembre 2015
directeur d'hôpital Promotion 2014-2016		
Coordonner et structurer la gestion des coopérations : à la recherche d'un modèle organisationnel adaptable, l'exemple du Centre hospitalier de Laval		
<p>Résumé :</p> <p>Le Centre Hospitalier de Laval a noué des partenariats avec des établissements publics de santé et avec des partenaires privés : établissements privés de santé, praticiens libéraux, partenaires associatifs sur le territoire mayennais.</p> <p>Ces partenariats ont pris des formes juridiques différentes en fonction de l'objet du partenariat et des partenaires en présence. La gestion opérationnelle de ces partenariats est confiée à des gestionnaires dédiés bien identifiés mais isolés sans coordination, aboutissant à une gestion éclatée.</p> <p>L'objet du mémoire est de proposer une organisation pour mieux coordonner et gérer les groupements de coopérations et de s'adapter à la future mise en place des groupements hospitaliers de territoire prévus par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours d'examen au parlement.</p> <p>Une étude de benchmark menée auprès d'autres établissements a permis de fournir des exemples d'organisations mises en place avec leurs atouts et leurs limites car elles s'inscrivent dans un contexte qui leur est propre.</p> <p>Il est proposé de mettre en place une direction des coopérations territoriales au niveau de l'établissement support du GHT et de construire une cellule de gestion des partenariats composée de gestionnaires formés à la comptabilité, polyvalents et de réhausser le niveau de recrutement de ces gestionnaires managés par un attaché ou un adjoint des cadres. Un chargé de mission GHT conduira la mise en place des compétences transférées au GHT en favorisant un travail partenarial avec l'ensemble des établissements concernés par cette nouvelle réforme.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>GCS, GIE, CHT, GHT, GIP, coopérations, conventions, gestion, comptabilité publique, comptabilité privée, facturation des charges, territoire, organisation, organigramme, fiche de poste</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		