



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2004**

LES RISQUES DE LA MULTI-COOPÉRATION

Laurence PETIT

Remerciements

Tous mes remerciements

Aux équipes des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice en Coglès et particulièrement à :

Joanny ALLOMBERT, Directeur, maître de stage créatif et indulgent qui a su guider mon travail,
Joëlle DUROSSET, Adjoint des Cadres Hospitaliers chargée des services logistiques et financiers, pour son aide et sa disponibilité,
Marc POSTEL, Attaché d'Administration Hospitalière chargé des Ressources Humaines, pour son aide, son soutien sans faille, ses encouragements et son humour,

Aux personnes qui ont accepté de consacrer un peu de leur temps à la réalisation des entretiens,

A Joël CLEMENT, Directeur de mémoire, pour ses précieux conseils.

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	1
INTRODUCTION	1
1 LA COOPERATION : ACTE COMPLEXE	4
1.1 Approche théorique	4
1.1.1 Le principe	4
1.1.2 La mise en œuvre pratique	6
A) Les contraintes externes	7
B) Les contraintes internes	9
1.1.3 La coopération stratégique.....	11
1.2 La coopération à la fois acte technique et enjeux	13
1.2.1 Les catégories juridiques.....	13
A) La coopération avec l'extérieur	13
B) La coopération interne	17
1.2.2 Une grande diversité de partenaires potentiels	18
A) En fonction des services rendus	18
B) Des domaines de compétences.....	20
1.3 Les aléas de la coopération	22
1.3.1 Une perte d'autonomie	22
A) Interdépendance.....	23
B) Le risque de dispersion	24
1.3.2 Les conséquences.....	25
A) Les procédures en amont.....	26
B) Le choix des objectifs et des outils	27
C) La mobilisation de la ressource humaine.....	28
2 L'EXEMPLE DE L'HOPITAL LOCAL D'ANTRAIN	29
2.1 La présentation de l'institution	30
2.2 La mutualisation des moyens	32
2.2.1 Pour une meilleure gestion des ressources humaines.....	32

A)	Le recrutement de personnel	33
B)	La formation professionnelle	35
C)	La professionnalisation	35
2.2.2	Pour limiter les coûts.....	36
A)	Le groupement de commandes	36
B)	Les contraintes techniques	38
C)	Des missions ponctuelles d'expertise.....	39
2.2.3	Pour rationaliser les investissements	39
2.3	La constitution de réseaux.....	40
2.3.1	Une information partagée	40
A)	Une prise en charge coordonnée de l'utilisateur	40
B)	Une amélioration de la qualité et de la rapidité de l'information	42
C)	Une charte constitutive du groupement des établissements de la Baie du Mont St Michel.....	43
2.3.2	Des activités complémentaires.....	44
A)	Pour consolider l'activité d'un service.....	44
B)	Pour constituer un réseau.....	45
C)	Pour optimiser les orientations et la gestion.....	47
3	LES PIEGES ET LES RISQUES DE LA COOPERATION EN FONCTION DE L'EXPERIENCE ACQUISE ET DES ENTRETIENS.....	49
3.1	Les pièges à éviter.....	49
3.1.1	La difficulté d'anticiper le désordre	49
A)	Une organisation plus complexe.....	49
B)	Le manque de disponibilité	50
3.1.2	Perte d'efficacité.....	52
A)	Peu d'évaluation.....	52
B)	Allongement des délais	53
C)	Evaluation des charges induites	53
3.1.3	L'émergence de réticences.....	54
A)	Des élus.....	54
B)	Du personnel	55
C)	Des partenaires	56
3.2	Les outils de prévention et d'évaluation.....	57
3.2.1	Les outils de prévention	57
A)	La clarté des objectifs et la validation de leur faisabilité	57
B)	La concertation régulière	59
C)	La communication efficace et rapide	60

D) Une organisation simple et claire	62
3.2.2 Une politique d'évaluation	65
A) Une évaluation régulière.....	66
B) Une évaluation de la satisfaction.....	67
C) Une évaluation de l'organisation	68
D) Une évaluation des résultats	69
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE.....	75
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANGELIQUE Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la
Qualité pour les Usagers des Etablissements
ARH Agence régionale de l'hospitalisation
CA Conseil d'Administration
CCAP Cahier des Clauses Administratives Particulières
CCTP Cahier des Clauses Techniques Particulières
CE Conseil d'Etat
CES Communauté d'établissements de santé
CH Centre Hospitalier
CLIC Centre Local d'Information et de Coordination
CMP Code des Marchés Publics
COM Contrat d'Objectifs et de Moyens
CSP Code de la Santé Publique
DARH Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EPSI établissement public de santé interhospitalier
ETP Equivalent Temps Plein
GCS Groupement de coopération sanitaire
GIE Groupement d'intérêt économique
GIP Groupement d'intérêt public
HL Hôpital Local
MPR Médecine Physique et Réadaptation
MR Maison de retraite
SIH Syndicat interhospitalier
SPH Service public hospitalier
SROS Schéma régional de l'organisation sanitaire
SSAD Service de Soins à Domicile
SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile

INTRODUCTION

La coopération entre les établissements n'est pas un élément nouveau puisque la loi du 31 décembre 1970 prévoyait déjà une incitation aux regroupements des hôpitaux et cliniques (surtout à but non lucratif) par l'utilisation des groupements et des syndicats interhospitaliers (SIH). Les textes suivants ont tenté d'améliorer, d'adapter ou de créer des outils de coopération. La loi du 3 janvier 1984 a supprimé le cadre territorial pour les syndicats interhospitaliers, elle propose un assouplissement des conditions de la coopération. La loi du 31 juillet 1991 a remplacé les groupements interhospitaliers par les conférences sanitaires de secteur et ouvre de nouvelles possibilités de coopération entre établissements : conférences sanitaires, possibilité pour le secteur privé d'être associé au SIH, promotion des conventions de coopération¹. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée crée les communautés d'établissements de santé (CES) et les groupements de coopération sanitaires (GCS).

La coopération devait être initialement un outil permettant de limiter la concurrence entre les secteurs public et privé. Elle est devenue, avec les réformes successives, un moyen de rationalisation de l'offre de soins. Les instruments de coopération à la disposition des établissements ont été adaptés aux pratiques et aux besoins dans le souci de faciliter la coopération. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé répond à la même logique. Elle crée les réseaux de santé et les réseaux coopératifs de santé et adapte le GCS².

Ces réformes successives démontrent le grand intérêt des pouvoirs publics pour la coopération des établissements, qui doit permettre d'améliorer la prise en charge des patients et de rationaliser l'offre de soins. Les pouvoirs publics ont tenté de susciter la coopération pour deux raisons :

- La logique de réduction des dépenses
- Le choc démographique des professions médicales et paramédicales.

¹ CLERY-MELIN Philippe, « Hospitalisation publique et privée : quel type de coopération en psychiatrie ? », Revue hospitalière de France, janvier-février 2003, n° 490, p 10-12

² CORMIER Maxence, « la place de la loi du 4 mars 2002 dans l'évolution de la coopération hospitalière », Revue de droit sanitaire et social, décembre 2002, n° 4, p 752-764

La coopération consiste, pour plusieurs établissements, à décider de faire ensemble ce que chacun pourrait faire seul, l'activité étant transférée à la communauté des établissements. Les actions de coopération peuvent traduire un souhait de coordination, de complémentarité, de partenariat ou de mutualisation.

La coordination est « l'agencement des parties d'un tout selon un plan logique pour une fin déterminée ». La coordination permet aux établissements de s'organiser pour améliorer le service, optimiser le fonctionnement.

La complémentarité permet de « se parfaire en s'associant ». Les établissements décident de partager les activités pour limiter la concurrence.

Le partenariat est une « association en vue de mener une action commune ». Sur le même créneau, les établissements décident de se mettre ensemble.

La mutualisation permet de « répartir (un risque, des faits) à égalité parmi les membres d'un groupe »³. Les établissements décident d'assembler leurs moyens pour atteindre un objectif.

La coopération doit permettre de limiter les situations de concurrence qui sont préjudiciables pour la gestion des dépenses publiques. En effet, la recherche de complémentarité et du partenariat répond aux exigences du service public et optimise les ressources (humaines, financières et techniques) en recherchant la réalisation d'économies d'échelle. La mise en commun des moyens est une nécessité afin d'atteindre un objectif impossible pour un seul établissement ; de plus, le regroupement des moyens doit permettre de limiter les investissements à réaliser.

Un directeur d'établissement sanitaire et social se trouve maintenant inévitablement dans l'obligation de développer des actions de coopération. En effet, des outils coercitifs de coopération ont été instaurés. Mais, il va également rechercher des pistes de coopération parce qu'il y est fortement encouragé. En effet, les documents stratégiques de l'établissement : le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens (COM) et la convention tripartite, comportent un volet important concernant la coopération. Enfin, la coopération traduit le plus souvent des décisions stratégiques prises collégalement.

La coopération est un acte stratégique important pour un établissement. Cependant, la coopération devant être développée avec plusieurs partenaires et pour plusieurs activités, l'établissement se trouve dans une situation de multi-coopération, l'hôpital local d'Antrain

³ Définition du Petit Robert

se trouve dans ce cas de figure. Toutes les coopérations de cet établissement, lui apportent une plus value évidente, mais entraînent aussi des lourdeurs de fonctionnement. Il m'a semblé intéressant d'étudier en quoi cette multi-coopération présente des risques.

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

- ✓ La multi-coopération présente des risques parce qu'elle est complexe,
- ✓ La multi-coopération fait émerger des interrogations sur l'autonomie de l'établissement et des réticences,
- ✓ La multi-coopération entraîne des lourdeurs et des dysfonctionnements.

Le cas de l'hôpital local d'Antrain m'a servi de base de réflexion parce qu'il est un exemple assez marquant d'établissement soucieux de la coopération. J'ai également réalisé des entretiens, parfois téléphoniques, afin d'étendre mon analyse critique avec d'autres exemples ; en effet, ces entretiens m'ont permis d'appréhender des risques parfois inexistantes à Antrain.

La première partie du mémoire s'attache à développer en quoi la coopération est un acte complexe : en raison de la multiplicité de partenaires et d'outils disponibles ; mais aussi des aléas qu'elle entraîne.

La deuxième partie fait une description de la multi-coopération au travers de l'exemple de l'hôpital local d'Antrain.

La troisième partie relève les pièges et les risques de la multi-coopération et donne les outils de prévention et d'évaluation pour les contourner.

1 LA COOPERATION : ACTE COMPLEXE

La coopération semble souvent être une réponse aux impératifs économiques et démographiques qui contraignent les établissements. Cette coopération est donc fortement encouragée par les pouvoirs publics et par les établissements eux-mêmes. Mais cette coopération indispensable présente des difficultés de mise en œuvre. De plus, la coopération comporte des aléas qui sont parfois très lourds pour l'établissement.

1.1 Approche théorique

L'objectif de la coopération des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux est la recherche de la cohérence et de la complémentarité pour maîtriser et améliorer leur offre. Cette coopération est une réelle nécessité pour tous les établissements. Elle est parfois obligatoire, souvent fortement encouragée par les pouvoirs publics mais elle doit toujours être une orientation volontaire de l'établissement pour avoir des chances de réussir.

1.1.1 Le principe

Les différents rapports sur le système de santé français ont relevé un manque de coopération des établissements, des propositions d'incitation à coopérer ont donc été formulées qui se sont traduites par des réformes⁴. La coopération des établissements apparaît donc être un élément essentiel de réforme du système de santé parce qu'elle permet essentiellement de rationaliser les dépenses.

Les outils mis en place ont d'abord étaient incitatifs. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, va plus loin puisqu'elle prévoit des moyens coercitifs.

D'une part, les établissements assurant le service public hospitalier sont tenus d'adhérer à une **communauté d'établissements** dans un délai de 3 ans faute de quoi ils devront s'expliquer au Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (DARH) qui pourra décider des mesures de coopération obligatoire ou de fusion⁵.

Cette disposition encourage fortement les établissements à mettre eux-mêmes en place une CES plutôt que d'y être contraints. «Il vaut mieux qu'ils soient maîtres de leur avenir ... plutôt que d'attendre une décision autoritaire du DARH »⁶.

⁴ Cf. annexe 2

⁵ Article L 6121-6 CSP

⁶ CLEMENT Jean Marie, Cours de droit hospitalier Tome 1, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2003

D'autre part, le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (DARH) dispose d'un **pouvoir de substitution**. Il a la possibilité d'intervenir directement afin de mettre en place les coopérations qui lui semblent nécessaires. En effet, « en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, activités ou équipements hospitaliers, le DARH peut demander à deux ou plusieurs établissements de santé :

- de conclure une convention de coopération
- de créer un SIH ou un GIP
- de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés »⁷.

Le DARH peut donc se substituer au silence des Conseils d'Administration (CA) des établissements de santé publics et prendre les mesures appropriées après simple avis du Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. La coopération devient, avec l'ordonnance de 1996, un « outil de l'Etat »⁸.

Par courrier en date du 2 décembre 1999 adressé aux établissements, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Bretagne rappelait sa mission d'accompagnement des évolutions de l'offre de soins hospitaliers. Elle soulignait la nécessité de promouvoir la coopération entre les établissements afin d'optimiser l'organisation des soins. Elle rappelait les orientations du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en matière de complémentarité entre les établissements. Enfin, elle insistait sur l'obligation faite aux établissements d'adhérer à une communauté d'établissements en rappelant « l'aspect innovant et engageant pour l'avenir de cette coopération entre établissements :

- Optimiser la répartition de l'activité
- Assurer la mise en commun de moyens
- Faciliter les actions de coopération et de complémentarité
- Apporter une meilleure réponse aux besoins de proximité »

Les communautés d'établissements créées montrent un souci de transparence entre les acteurs du système de soins sur leurs activités, leurs projets d'établissements ou leurs demandes budgétaires.

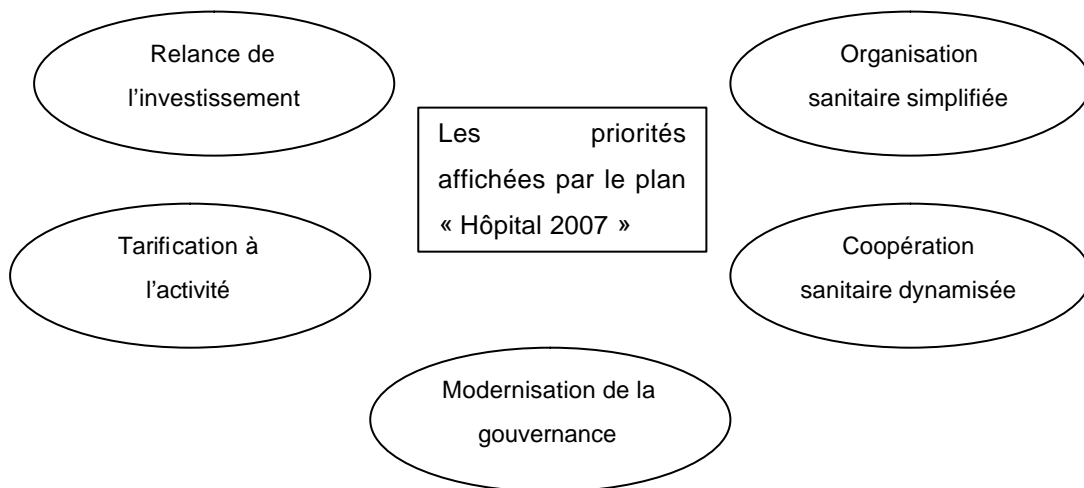
⁷ article L 6122-15 du CSP

⁸ CALMES Gilles SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura, Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, Paris, Masson, Objectifs en management hospitalier, 1998

Le **ministère de la santé** tente également de favoriser les actions de coopération entre les établissements. A ce titre, la DHOS a la volonté de promouvoir la coopération hospitalière, moins la coopération pure que les coopérations qui vont aboutir à des recompositions. La DHOS accompagne également sur le terrain des opérations particulièrement exemplaires ou délicates. Il existe d'ailleurs un site Internet⁹ concernant la recomposition hospitalière : toutes les opérations réalisées ou en cours sont reprises dans le détail (descriptif de l'opération et coordonnées des personnes référentes)¹⁰.

Le plan Hôpital 2007 reprend la coopération comme priorité. Les pouvoirs publics souhaitent relancer la coopération notamment en adaptant le groupement de coopération sanitaire (GCS).

Tableau 1 - Plan Hôpital 2007¹¹



1.1.2 La mise en œuvre pratique

Les contraintes externes et les contraintes internes des établissements font de la coopération une réelle nécessité.

⁹ www.recomposition-hospitaliere.fr

¹⁰ cf. annexe 1

¹¹ Séminaire « Les politiques de santé », groupe n° 12 : l'avenir de l'hôpital, promotion ENA 2002-2004

A) Les contraintes externes

Les principales sources de recomposition hospitalière sont la démographie médicale en déclin et les difficultés financières. La coopération semble une réponse adaptée face à ces contraintes démographiques et économiques.

Contrainte économique

Le vieillissement de la population et les progrès techniques entraînent une augmentation des coûts. En effet, les pathologies du vieillissement sont particulièrement coûteuses en équipements et en médicaments.

La coopération est un moyen de partager les équipements, recherche de gain de coût, optimisation des crédits alloués¹². Il semble préférable de coopérer plutôt que d'être concurrent. L'important reste de répondre de manière optimale à la demande de soins.

La DHOS veille, notamment lors d'opérations de recomposition, à maintenir un égal accès aux soins de la population. Si une clinique n'est plus rentable, on la ferme (exemple de Lavelanet près de Toulouse). Mais dans ce cas, la population n'a plus d'accès aux soins. La DHOS essaie de trouver un moyen de renforcer cette clinique. La coopération permet cet accompagnement, en lui laissant les activités les plus rentables par exemple. L'accompagnement financier est réservé au secteur public¹³.

Les contraintes financières concernant les investissements à réaliser et la nécessité d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques existants sont rappelées dans la circulaire sur les SROS de troisième génération. Il est proposé de formaliser les coopérations entre les acteurs de santé surtout compte tenu des technologies nouvelles de l'information et de la communication. Les liaisons entre les établissements pouvant se faire par la télésanté.

¹² CALMES Gilles SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura, Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, Paris, Masson, Objectifs en management hospitalier, 1998

¹³ Cf. annexe 1

Contrainte démographique

La densité médicale française est actuellement dans la moyenne européenne.

Tableau 2 -Densité médicale¹⁴

Pays	Nombre de praticiens pour 100 000 habitants en 2003
France	332
Allemagne	346
Espagne	422
Italie	557

Cependant, il existe une pénurie de médecins, 1234 postes sont vacants sans candidat (source DHOS 1999). Les causes sont la non attractivité de la carrière de praticien hospitalier et le numerus clausus¹⁵. La baisse du volume d'heures de travail essentiellement due à la féminisation et à la réduction du temps de travail augmentent cette pénurie. De plus, le vieillissement du corps médical est problématique : en 2020 seulement 15 % de l'effectif professionnel aura moins de 40 ans contre 48 % en 1990. Les professions paramédicales connaissent les mêmes caractéristiques.

Cette situation justifie la politique de regroupement d'activités hospitalières. En effet, la diminution du nombre d'internes et de spécialistes amène des regroupements de compétences sur un même plateau technique. La pénurie de personnel infirmier pousse dans le même sens.

Les outils de planification

Le SROS tente d'établir une cohérence entre les offres au **niveau régional**. La réforme hospitalière de 1996 rend les SROS opposables.

¹⁴ Séminaire « Les politiques de santé », groupe n° 12 : l'avenir de l'hôpital, promotion ENA 2002-2004

¹⁵ Gestions Hospitalières, Jacques Brière et Claude Gouly Décembre 2003, N° 431, p 783-788

Un des objectifs des SROS de troisième génération¹⁶ est d'inciter « fortement le développement de réseaux de santé ». Pour ce qui est de l'accès aux soins de proximité, le développement de filière gériatrique doit être favorisé.

Les orientations générales du SROS de Bretagne réaffirment le positionnement des hôpitaux locaux comme acteurs de base de la prise en charge des pathologies médicales de la personne âgée, en coordination et coopération avec la médecine libérale et les établissements de santé dispensant des soins spécialisés et disposant de plateaux techniques suffisants.

Les hôpitaux locaux doivent constituer le maillon essentiel de la coordination et de l'organisation des soins entre le domicile, la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de santé de niveaux supérieurs.

M. Le Berre souligne que la **politique départementale** a pour objectif de construire les complémentarités et les partenariats dans les plans gérontologiques. Il est donc important pour les établissements de proposer une politique qui s'inscrit en toute cohérence dans le plan gérontologique. Cela est source de légitimité et de justification.

La coopération doit s'inscrire dans un schéma global sinon on laisse la vie quotidienne faire le choix. L'instance de concertation mise en place doit permettre de mettre les priorités en commun, de déterminer les objectifs¹⁷.

Le schéma gérontologique d'Ille et Vilaine identifie notamment le besoin suivant : améliorer la coordination des différents intervenants et préconise entre autre la poursuite de la mise en place des coordinations gérontologiques locales.

Ces outils de planification doivent permettre aux établissements de définir leurs orientations stratégiques en matière de coopération.

B) Les contraintes internes

Les établissements sont donc fortement encouragés à développer des actions de coopération d'autant plus que les différents documents stratégiques doivent en faire mention. En effet, le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens (COM) et la convention tripartite doivent comporter les axes de coopération de l'établissement.

¹⁶ circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

¹⁷ Cf. annexe 1

Projet d'établissement

Pour les établissements sociaux ou médico-sociaux, « le projet d'établissement... définit ses objectifs notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Il est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du conseil de la vie sociale ou le cas échéant après mise en œuvre d'une autre forme de participation »¹⁸.

Le projet d'établissement doit permettre d'assurer une continuité aux actions entreprises. Il définit les évolutions souhaitées à moyen et long terme. Le projet d'établissement doit comporter un volet « opérations de coopération ».

M. PESNELLE souligne que le projet d'établissement d'Avranches Granville a été approuvé grâce à ces actions de coopération¹⁹.

Contrat d'Objectifs et de Moyens

Le COM est le moyen de faire vivre le projet d'établissement. Il est la transcription en termes financiers des accords obtenus dans le cadre du projet d'établissement. Il comporte les conditions de réalisation des orientations du projet médical et du projet d'établissement. Il favorise les réseaux et les communautés d'établissements de santé. « Les COM... déterminent les orientations stratégiques des établissements... sur la base des objectifs des schémas d'organisation sanitaire, ... et décrivent les actions de coopération »²⁰.

Un COM qui ne comporterait pas de mention concernant la coopération pourrait donc être rejeté par le DARH parce qu'il ne répond pas aux dispositions du CSP²¹.

Les établissements sont donc de plus en plus amenés à coopérer. « Nombreuses sont les ARH qui font des accords public/privé la condition de leur soutien aux projets. L'aide

¹⁸ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 article L 311-8 Code de l'Action Sociale et de la Famille

¹⁹ Cf. annexe 1

²⁰ Article L 6114-2 CSP

²¹ CALMES Gilles SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura, Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, Paris, Masson, Objectifs en management hospitalier, 1998

financière obtenue à travers les contrats d'objectifs et de moyens (COM) ainsi que les impératifs d'économie d'échelle devraient favoriser de nouvelles coopérations inter hospitalières »²².

Convention tripartite

Les établissements médico-sociaux sont encouragés à mettre en place des actions de coopération. En effet, dans la convention tripartite il est souhaitable de trouver une partie consacrée à la coopération. Dans le modèle régional de convention tripartite, l'article 9 concerne les complémentarités, collaborations, conventions, coordination, rencontres et partenariat mis en place dans l'établissement. De plus, le référentiel ANGELIQUE comprend une question 114 libellée comme suit : « l'institution a-t-elle passé une convention avec au moins un établissement de santé, public ou privé ? ».

Les actions de coopération apparaissent donc comme un argument pour la négociation de la convention tripartite mais aussi comme un élément de qualité.

1.1.3 La coopération stratégique

La coopération pour avoir des chances de réussir, doit être une démarche d'institution. Elle doit être justifiée par la volonté de préserver la valeur de l'établissement. Dans le projet d'établissement est définie une stratégie globale de coopération approuvée par les instances de concertation de l'établissement. Cette coopération correspond donc à un acte volontaire et autonome.

La coopération a pour but la recherche de la complémentarité : mettre en place des projets communs et inter-établissements, avec comme objectif une prise en charge globale et articulée des patients. La coopération pour être viable doit être véritable et sincère dans ses intentions, équitable dans ses modalités, ne pas susciter de rapports de forces.

M. Le Berre souligne que lorsque la volonté politique existe, il ne semble pas difficile de coopérer. Ce n'est pas très compliqué, pas difficile car on partage les mêmes approches, les mêmes démarches volontaires. Souvent, la coopération existe déjà, il s'agit surtout

²² CLERY-MELIN Philippe, « Hospitalisation publique et privée : quel type de coopération en psychiatrie ? », Revue hospitalière de France, janvier-février 2003, n° 490, p 10-12

d'aller plus loin dans l'intégration et la structuration. L'objectif doit avant tout être l'intérêt du patient. La règle du jeu doit permettre à chacun de s'estimer gagnant.²³

Pour M. PESNELLE, il faut au départ un « bassin de bonne volonté des directeurs sur un bassin de vie »²⁴.

Il doit exister une cohérence entre l'activité développée par l'établissement et les autres services proposés dans une même spécialité sur le secteur sanitaire. Il est nécessaire d'utiliser le principe de subsidiarité pour l'élaboration de l'organisation sanitaire. Il est préférable de donner les moyens aux établissements de proximité : pour assurer la mission de filtre et pour alléger les plateaux de haute technicité et assurer un maillage régional.

Le projet d'établissement de l'HL d'Antrain identifie un axe transversal : la coopération. « Le développement de coopérations ou de complémentarités ne doit pas être abordé comme une fin en soi, mais comme un des moyens à mettre en œuvre dans le cadre du projet d'établissement pour améliorer notre capacité de réponse à la demande, et développer la qualité de cette réponse. »

A l'échelon national, le bilan est assez positif puisque « 369 opérations de rapprochement et de transfert d'activités ont été réalisées, 110 communautés d'établissements et plus de 100 réseaux ville-hôpital, 60 % de ces opérations de coopération depuis 1998 » le plus souvent sur une démarche volontaire des établissements²⁵.

²³ Cf. annexe 1

²⁴ Cf. annexe 1

²⁵ www.recomposition-hospitaliere.net

1.2 La coopération à la fois acte technique et enjeux

La coopération inter établissement est donc une nécessité pour tous les établissements. Cependant, comme les établissements sont amenés à engager plusieurs coopérations, ils se retrouvent au sein d'un système complexe : la multi-coopération. Cette complexité est due notamment à la diversité des catégories juridiques et des partenaires.

1.2.1 Les catégories juridiques

Pour réaliser leurs actions de coopération, les établissements disposent de différents outils²⁶. De plus, il apparaît indispensable de disposer en interne d'une bonne coopération entre les services.

A) La coopération avec l'extérieur

Les établissements peuvent « signer des conventions, participer à des syndicats interhospitaliers ou à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières »²⁷.

L'objectif est essentiellement de fédérer les institutions. Cela va impliquer des outils fédératifs qui vont contraindre les partenaires à aligner leurs projets d'établissements.

- convention (art L 6134-1 CSP)

La convention est le système le plus souple puisqu'elle relève du droit des contrats. Son adaptation à toutes les contraintes locales est aisée mais sa portée est limitée sur le plan juridique. Procédé contractuel classique entre des établissements qui gardent leur personnalité morale. La convention est soumise au régime juridique du droit général des contrats.

Cette coopération est assez développée car elle est simple à mettre en œuvre. Elle est sans grand formalisme et sans contrôle administratif.

²⁶ Cf. annexe 3

²⁷ Article L 6134-1 CSP

- SIH Syndicat interhospitalier (art L 6132-1 CSP)

Le syndicat interhospitalier est créé par la loi du 31 décembre 1970. Le champ de compétence est très large. En effet, ils peuvent créer et gérer des services communs, assurer la formation et le perfectionnement du personnel, réaliser des travaux, centraliser tout ou partie des ressources d'amortissement, assumer la gestion de la trésorerie et des emprunts et subventions d'équipements, créer et gérer de nouvelles installations. La liste n'est pas limitative. Les SIH ne sont pas très répandus. Ils représentent souvent une étape intermédiaire avant la fusion. A compter du 1^{er} janvier 2005, aucun syndicat interhospitalier ne pourra plus être créé²⁸.

- Groupement d'intérêt public (GIP)

Le GIP est créé par la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France, étendue par la suite au domaine de l'action sanitaire et sociale par l'article 22 de la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 relative au mécénat. Le GIP est une structure de droit public. Les personnes publiques doivent être majoritaires au sein du conseil d'administration ce qui est peu incitatif pour les établissements privés. Le GIP permet la concentration des moyens sans réalisation ni partage de bénéfices. Les excédents ou les bénéfices doivent être reportés sur l'exercice suivant.

- Groupement d'intérêt économique (GIE)

Le GIE est créé par la loi du 31 juillet 1991. Il est très souple et d'accès facile. Le but du GIE est de faciliter le développement et l'optimisation de l'activité économique des membres. Le GIE ne peut pas avoir un objet commercial uniquement. C'est une personne morale de droit privé. Un des inconvénients majeurs du GIE est la solidarité existant entre les membres. Les membres sont donc solidaires des dettes du GIE sur leur patrimoine personnel. S'agissant d'une structure à but non lucratif, le GIE ne peut réaliser de bénéfice.

²⁸ article L 6134-1 CSP

- Groupement de coopération sanitaire (GCS) (article L 6133-1 du CSP)

Le GCS est créé par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé contient un article 87 qui stipule que « le GCS peut gérer des équipements en commun », est offert également aux établissements la possibilité pour le GCS de recruter du personnel «constitue le cadre d'une organisation commune qui permet l'intervention des professionnels médicaux et non médicaux »²⁹.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 mars 2003 modifie et adapte le GCS. Un GCS peut être constitué entre deux ou plusieurs établissements de santé. Il a pour objet de « faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres »³⁰. Le GCS peut être autorisé à exercer les missions d'un établissement de santé.

Le GCS doit faire l'objet d'une convention constitutive entre les futurs membres. Cette convention constitutive du GCS doit être approuvée par le DARH.

Le GCS est la forme de coopération entre des établissements publics et privés permettant de réunir dans les mêmes locaux des activités de soins. Le GCS permet la gestion commune des équipements et des ressources humaines. Il apparaît comme «le centre de la politique de restructuration des prochaines années », « l'outil de mise en cohérence des besoins de la population et de l'offre de soins ».

Le GCS est encore en maturation, son champ d'application est élargi. Il est doté de la personnalité morale mais ne peut avoir de but lucratif, il ne peut réaliser de profit. Les charges d'exploitation du GCS sont couvertes exclusivement par les participations de ses membres.

- Communautés d'établissements de santé (CES) (article L 6121-6 du CSP)

Depuis le 8 septembre 2003, les communautés d'établissements de santé ne peuvent plus être créées³¹. Les CES étaient réservées aux établissements assurant le service public hospitalier qui devaient y adhérer dans un délai de 3 ans à compter de la date de publication de l'ordonnance du 24 avril 1996 (soit le 25 avril 1999). L'adhésion à une CES

²⁹ article L 6133-1 du CSP

³⁰ article 6133-1 du CSP

était une contrainte forte mais le contenu était jugé assez limité : mise en commun de projets et de moyens.

- réseaux de santé (ART L 6321-2 CSP)

Un réseau de santé peut être constitué entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des institutions sociales ou médico-sociales, des organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi qu'avec des représentants des usagers³². Le réseau de santé remplace le réseau de soins.

Les objectifs des réseaux de santé sont « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires »³³ comme les anciens réseaux de soins. L'intégration des professionnels de santé libéraux est largement sollicitée. Ils doivent également assurer « une prise en charge adaptée aux besoins de la population tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique »³⁴.

Les réseaux de santé peuvent faire l'objet de financement de l'Etat lorsqu'ils répondent à des critères de qualité. Ils peuvent également obtenir des subventions des collectivités territoriales.

Les usagers ont le choix de bénéficier ou pas des prestations du réseau. Ils sont informés de ses modalités de fonctionnement et du respect de la confidentialité des informations.

Une coordination du réseau est mise en place afin d'améliorer la qualité du service rendu. Pour remplir leur mission, les « réseaux de santé peuvent se constituer en GCS, GIE, GIP ou associations »³⁵

- Association loi 1901

³¹ article L 6121- 6 du CSP

³² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³³ Article L 6321-1 du CSP

³⁴ Article L 6321-1 du CSP

³⁵ Article L 6321-2 du CSP

L'association est très utilisée car elle est très souple, voire trop souple ; elle est souvent critiquée par la chambre régionale des comptes. L'association n'est pas citée comme moyen de coopération, elle reste suspecte aux yeux du juge des comptes³⁶. Il faut noter que les bénéfices et excédents ne peuvent être distribués et doivent rester acquis à l'association.

B) La coopération interne

Il semble difficile d'engager des actions de coopérations externes sans s'être donné préalablement les moyens d'une adhésion et du respect des règles que l'on propose aux autres. La coopération externe ne devrait être engagée que si la coopération interne et ses outils sont en fonction. En effet, il est important de rendre cohérentes les démarches internes et externes et de faire les bons choix. Les coopérations interne et externe doivent être compatibles. Il est indispensable d'obtenir une cohérence entre les activités dans un établissement.

Il est précisé dans le projet d'établissement de l'HL d'Antrain que la coopération avec autres établissements « a un sens dans la mesure où des prises en charges variées et complémentaires se concentrent au sein de l'établissement : entre sanitaire et médico-social, entre action de proximité et ressort territorial élargi, entre pratique libérale et logique de service public ». Cette diversité de services justifie la nécessité de coordonner les services, de mettre en place des complémentarités et des habitudes de travail en commun, une harmonisation des services pour une optimisation de la prise en charge.

Un décloisonnement des services conduit à une amélioration du fonctionnement interne, une fertilisation croisée des savoirs et une capitalisation des compétences plus efficace, une alliance des compétences techniques et des compétences humaines et relationnelles³⁷.

Malgré tout cet arsenal juridique destiné à encourager les actions de coopération entre les établissements, le constat est encore très mitigé. Le nombre de coopérations reste faible :

³⁶ CALMES Gilles SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura, *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*, Paris, Masson, Objectifs en management hospitalier, 1998

³⁷ Cours ENSP « stratégie et projet d'établissement » LAUDE-ALIS Laetitia, juillet 2003

Les structures restent cloisonnées, les clivages entre services sont encore très présents. Les établissements doivent même en interne s'organiser pour optimiser l'utilisation des équipements : planifier et coordonner l'utilisation du plateau technique.

1.2.2 Une grande diversité de partenaires potentiels

L'hôpital ne peut plus être géré comme une structure fermée. Il est indispensable de prendre en compte tous ses partenaires, « d'inscrire ses activités dans une continuité des prises en charge mettant en jeu des acteurs institutionnels et individuels (libéraux) multiples et différenciés dans et hors de l'hôpital »³⁸.

L'hôpital n'est plus uniquement dans une logique de santé publique car il est un maillon essentiel de l'aménagement du territoire et un employeur majeur. Il faut tenir compte de ces logiques.

Au niveau européen, le concept de subsidiarité est utilisé dans la réflexion sur le partage des responsabilités. En effet, les compétences qui peuvent être appliquées avec autant d'efficacité sont exercées par les Etats membres. Ce concept peut également s'appliquer aux établissements lors de la réflexion sur les actions de coopération. La complémentarité et la coopération doivent répondre à ce principe.

A) En fonction des services rendus

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale instaure des instruments de coopération pour les services et établissements sociaux et médico-sociaux³⁹ : conventions, GIE, GIP, syndicat inter-établissement, regroupement et fusion.

Les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux disposent des mêmes moyens de coopération. Des conventions de coopération peuvent être signées entre ces deux catégories d'établissements⁴⁰. Mais, il faudra que le pouvoir réglementaire énonce clairement les matières pour lesquelles les établissements peuvent

³⁸ CREMADEZ Michel, «Vers une nouvelle gouvernance hospitalière ? », Revue hospitalière de France, janvier-février 2003, n° 490, p 42 - 49

³⁹ notamment l'article 21 de la loi du 2 janvier 2002 – article L 312-7 du Code de l'Action sociale et de la famille

⁴⁰ Article L 6122-15 du CSP

coopérer car si les établissements de santé peuvent gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux, les textes ne prévoient pas l'inverse⁴¹.

L'article 21 de la loi du 2 janvier 2002 incite les établissements du secteur social à conclure des rapprochements « afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés ». Le décroisement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social est recherché. Mais, la loi de 1975 prévoyait déjà des possibilités de coopération qui n'ont pourtant été utilisés que très rarement.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé encourage la coopération entre les établissements de santé, les services et établissements sociaux et médico-sociaux et les professionnels de santé libéraux par la création des réseaux de santé.

La coopération peut donc s'opérer entre des partenaires très différents mais avec les mêmes outils, les mêmes contraintes et les mêmes objectifs. Pour mettre en œuvre des actions de coopération, il est nécessaire d'analyser les forces composantes de la structure du secteur. La coopération pourra se mettre en place avec les forces internes (les concurrents sur le secteur), avec les forces externes (les prestataires extérieurs) et avec les services de substitution ; pour optimiser l'offre de l'établissement, rationaliser les dépenses et pour réaliser des économies d'échelle.

Le schéma des cinq forces du secteur de Mickaël PORTER, représente assez bien la situation des établissements. En effet, les actions de coopération peuvent être engagées avec trois forces : les concurrents du secteur, les prestataires et les services de substitution. Les partenaires sont donc multiples et très différents. Ce qui implique que l'établissement peut se trouver rapidement dans une situation de multi-coopération.

⁴¹ CORMIER Maxence, « la place de la loi du 4 mars 2002 dans l'évolution de la coopération hospitalière », Revue de droit sanitaire et social, décembre 2002, n° 4, p 752-764

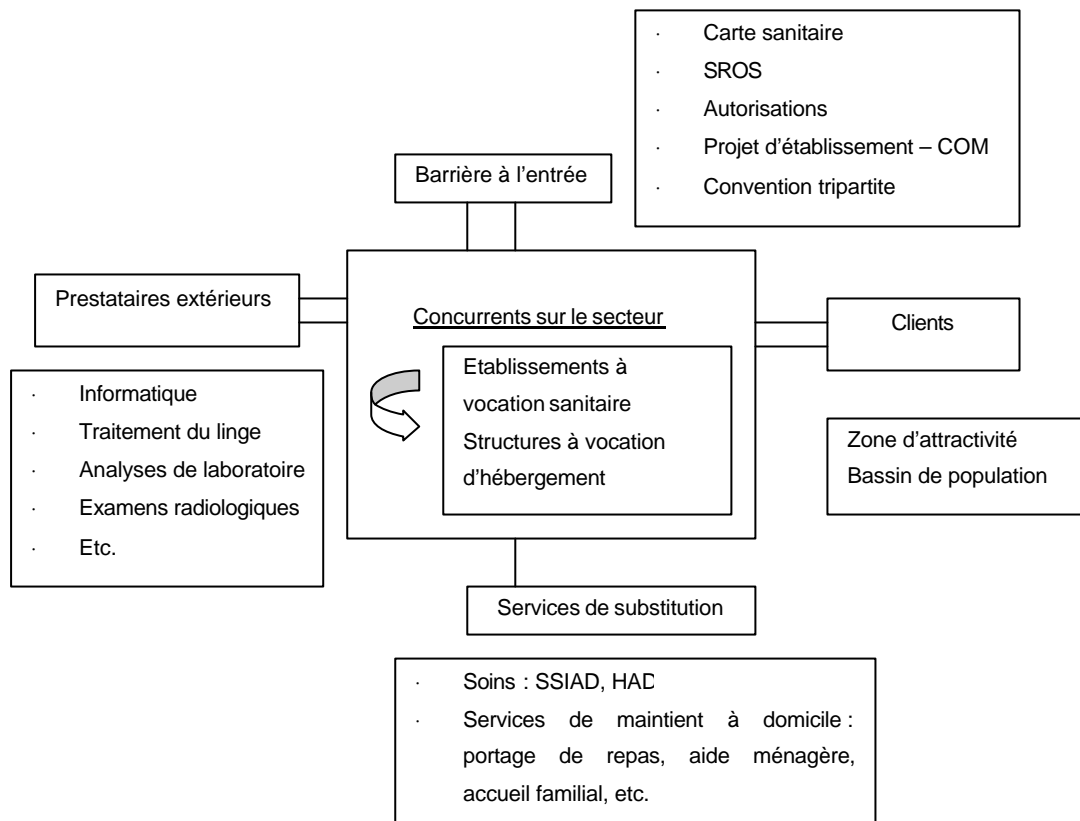


Figure 1 - Les cinq forces de Mickaël Porter

B) Des domaines de compétences

Tous les secteurs d'activités des établissements peuvent être concernés par la coopération. En effet, des actions de coopération peuvent être menées dans les différents champs : sanitaire, social, gestion des ressources humaines, gestion financière et logistique, informatique, services techniques et logistiques, etc. Aucun secteur ne semble exclu a priori de la coopération. C'est l'analyse de la situation et des gains potentiels (économies d'échelle par exemple) qui vont plutôt guider le choix de la coopération. La stratégie de l'établissement doit être une stratégie qui dégage de la valeur pour l'établissement et pour l'utilisateur.

La chaîne de valeur de Mickaël PORTER permet de rechercher les interconnexions possibles pour faire mieux ou à moindre coût.

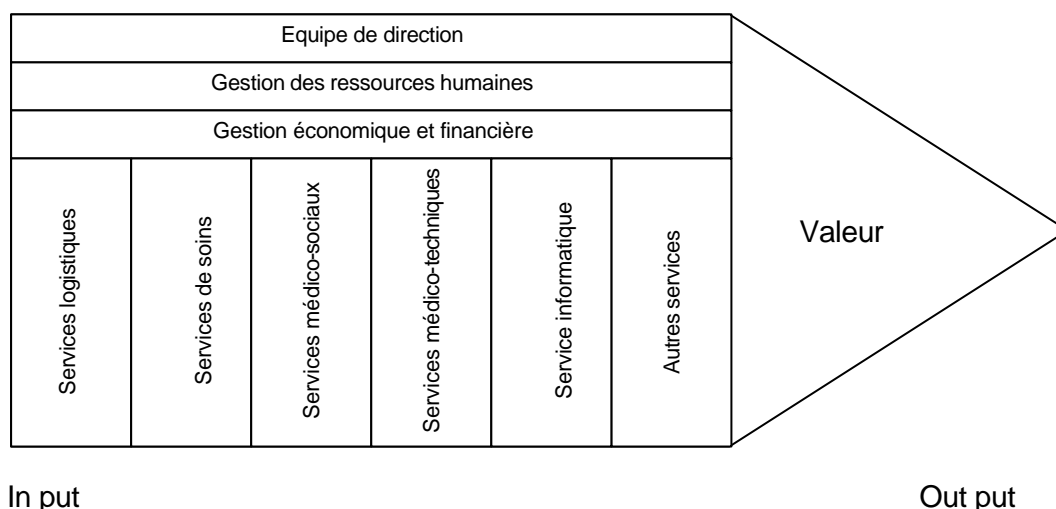


Figure 2 - Chaîne de valeur de Mickaël PORTER

Dans le cas d'une fusion, le rapprochement des chaînes de valeur des deux entités est réalisé complètement.

Si aucun domaine n'est exclu a priori du champ de la coopération, il existe pourtant une limite liée au Code de Marchés Publics (CMP). En effet, les prestations commerciales doivent respecter les procédures du CMP. Les prestations de diffusion de logiciels, par exemple, relèvent de relations commerciales qui ne peuvent relever des activités de coopération⁴².

Il convient également d'être tout à fait vigilant sur les activités subsidiaires développées par les établissements et donc par les structures de coopération. En effet, « dans le respect de leur missions, les établissements de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service et exploiter des brevets et des licences »⁴³. Mais, la jurisprudence⁴⁴ considère qu'une prestation de fourniture de traitement de linge ne relève pas des missions principales conférées au service public hospitalier par le CSP, ne peut donc être considérée comme une activité subsidiaire. De plus, les prestations de service à titre subsidiaire ne peuvent être développées qu'avec les moyens humains et matériels

⁴² Note d'Edouard Couty, Directeur des Hôpitaux, du 7 juillet 2000

⁴³ Article L 6145-7 CSP

⁴⁴ Jugement du tribunal administratif de Rennes du 18 décembre 1996, confirmé par l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Nantes du 1^{er} mars 2000, CH de Morlaix

nécessaires à l'exécution des missions de service public. L'activité subsidiaire doit rester accessoire de l'activité principale (pas plus de 20 % de l'ensemble de l'activité)⁴⁵.

M. DELBAERE⁴⁶ fait part des difficultés du Centre Régional d'Informatique Hospitalière (CRIH) de Caen en raison des textes parus sur les modalités de coopération notamment en informatique. En effet, la circulaire DH/AF3/SI5/99 n°225 du 14 avril 1999 relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'information hospitalière rappelle les règles de la coopération mais également l'obligation de respecter les procédures prévues par le Code des Marchés Publics (CMP) pour les prestations commerciales.

Le CRIH est face à l'alternative suivante : migrer ou se structurer en GIP. La question de la nature juridique du CRIH est posée mais aussi des domaines qui entrent dans le secteur commercial avec toutes les contraintes en terme d'application du CMP. Le CHU de CAEN semble prêt à renouveler une structure si des établissements sont prêts à coopérer, si le contexte de la coopération est économiquement viable. Le CHU semble s'orienter vers la constitution d'une structure autonome. Il est nécessaire d'identifier, de partager et isoler les moyens. Mais les coûts de l'infrastructure seront plus élevés et il faudra attribuer des moyens fixes.

Une étude est en cours pour analyser la possibilité d'arrêter certaines activités (l'assistance par exemple) et de continuer d'autres activités (paie car continuité du CHU). La réflexion sur la nature juridique à mettre en place ne semble pas simple notamment sur les domaines à maintenir.

1.3 Les aléas de la coopération

Chaque établissement est donc amené à conduire plusieurs opérations de coopération simultanément. Cette multi-coopération peut présenter des risques pour la structure. Elle peut être suspectée de mettre l'autonomie de l'établissement en danger et peut rendre plus complexe le fonctionnement interne.

1.3.1 Une perte d'autonomie

⁴⁵ Note d'Edouard Couty, Directeur des Hôpitaux, du 7 juillet 2000

⁴⁶ Cf. annexe 1

La multi-coopération peut donner l'impression d'une perte d'autonomie ou d'une interdépendance.

A) Interdépendance

L'interdépendance est la dépendance réciproque. La dépendance est le rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre, ne peut se réaliser sans l'intervention ou l'action de quelqu'un ou de quelque chose d'autre.

La gestion des établissements ne peut plus se faire comme pour une structure fermée, il est indispensable de prendre en compte tous les partenaires potentiels. Les établissements doivent donc être plus souples, s'adapter et être capables de mettre en place des stratégies d'alliances avec des partenaires multiples : privés, publics, libéraux, sanitaires, sociaux, médico-sociaux.

La coopération est souhaitée par les établissements car l'isolement est préjudiciable à la qualité du service. Melle PHANER pense que le développement de la coopération formalisée est un atout majeur notamment pour les hôpitaux locaux. Il est moins dangereux pour un établissement de perdre une partie de son autonomie que d'être une citadelle⁴⁷. Une trop forte concentration est également préjudiciable. Les grands centres hospitaliers connaissent des engorgements.

La coopération entraîne de fait une interdépendance puisque les décisions ne peuvent se prendre qu'à plusieurs. Comme l'établissement décide de ne plus réaliser l'activité confiée à la coopération, il est évidemment dépendant de la structure de coopération. Mais, il est certainement préférable d'être dépendant par la coopération que d'être tout à fait autonome mais incapable d'optimiser les services et les coûts ou d'améliorer la qualité. Dans ce cas, l'établissement est surtout replié sur lui-même. L'établissement doit accepter d'occuper dans certains cas une place de leader et dans d'autres de subordonné.

Cependant, certaines formes de coopération entraînent des déséquilibres. Les réseaux et les filières, par exemple, apparaissent trop hiérarchisés. C'est « l'établissement de « référence » qui définit « sa » politique et cherche simplement la docilité de ses

⁴⁷ Cf annexe 1

partenaires traités en simple vassaux »⁴⁸. Cette situation crée un déséquilibre évident entre les établissements. L'établissement de référence peut être amené à privilégier son activité au détriment des autres établissements.

Mais ce sentiment de perte d'autonomie peut entraîner parfois des positions très tranchées de la part des élus par exemple. En effet, des projets de coopération en matière de traitement du linge par exemple sont parfois refusés parce que les membres du Conseil d'Administration souhaitent maintenir une blanchisserie interne à l'établissement. Il est parfois difficile de faire comprendre aux personnels la nécessité de coopérer avec un autre établissement.

Pour ce qui est de l'autonomie des établissements, il apparaît important que chacun s'engage dans cette démarche de façon volontaire, que l'autonomie juridique et l'organisation ne soient pas mises à mal. Sans coopération, l'autonomie des établissements peut être en danger. Elle peut être obligatoire et aboutir à une disparition juridique (exemple de Saint Lô/Coutances et Cherbourg/Valognes dans le département de la Manche).

L'autonomie est plutôt menacée par le défaut de coopération et de partenariat ou en raison des éléments démographiques qui ne touchent pas seulement les médecins mais aussi le corps de direction. Les pouvoirs publics peuvent, en effet, avoir la tentation de regrouper plusieurs établissements sous une même direction ceci indépendamment des coopérations⁴⁹.

B) Le risque de dispersion

Pour faire face aux contraintes du secteur marchand⁵⁰, les entreprises sont amenées à conclure des accords de coopération, des réseaux d'alliance et de réciprocité. «Ces interdépendances se tissent non seulement avec des entreprises complémentaires, mais aussi entre concurrents »⁵¹. Ces pratiques augmentent encore la complexité et brouillent le jeu de la concurrence.

⁴⁸ CHICHE Patrick, « simplification de l'organisation sanitaire et sociale. L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 », *Gestions Hospitalières*, décembre 2003, N° 431, pages 789 à 791

⁴⁹ Cf. annexe 1

⁵⁰ «Coûts de recherche et de développement élevés, rareté du personnel hautement qualifié »

⁵¹ GENELOT Dominique, *Manager dans la complexité*, Paris, Insep Consulting, 2001

Les coopérations, les partenariats qui peuvent fonctionner doivent reposer, s'adosser à une politique cohérente sur un territoire cohérent. Cette approche politique peut être travaillée au moment du projet d'établissement. Dans le projet médical d'Avranches Granville, 10 axes de coopération sont identifiés. Un projet d'établissement aujourd'hui ne peut plus s'arrêter aux portes de l'établissement⁵².

M. PESNELLE pense que les conventions permettent de s'habituer à travailler ensemble mais il y a un risque de ne pas mettre en action tout ce qui est prévu dans la convention. La coopération peut ne pas être perçue comme un outil mais comme une fusion en fonction du contexte dans lequel se trouve l'établissement. Cela peut entraîner du scepticisme de la part des partenaires (personnel, élus locaux, habitants). Il ajoute que la coopération peut aboutir à des dissensions en interne en raison de projets irréalistes. En effet, le directeur doit parfois limiter les projets et rappeler les missions de l'établissement. De plus, la constitution d'un GIP peut être dangereuse car tous les membres doivent participer, mais comment partager la mission entre ces membres. Il pense qu'on peut prendre du temps pour ces projets et oublier la mission principale, il existe alors un risque de dispersion⁵³.

La structure de base peut sembler amoindrie ou inexistante lorsqu'il y a trop de coopération. L'établissement dispose-t-il encore d'un noyau ou cette multi-coopération n'est-elle pas finalement une fusion avec l'autre établissement ? « La coopération ne doit pas détourner l'hôpital de ses missions de service public »⁵⁴.

1.3.2 Les conséquences

La complexité se traduit par une perception incomplète de la réalité et une prévision impossible de l'avenir. L'accroissement de la complexité dans les entreprises entraîne une crise de l'organisation⁵⁵.

⁵² Cf. annexe 1

⁵³ Cf. annexe 1

⁵⁴ CALMES Gilles SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura, *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*, Paris, Masson, Objectifs en management hospitalier, 1998

⁵⁵ GENELOT Dominique, *Manager dans la complexité*, Paris, Insep Consulting, 2001

Cette complexité peut être ressentie en raison de la multi-coopération mise en œuvre dans l'établissement. Ces actions multiples de coopération peuvent alors présenter un risque pour l'établissement car la complexité peut entraîner un mauvais fonctionnement.

A) Les procédures en amont

L'évaluation des besoins, la réalisation des dossiers et la négociation du financement sont plus difficiles. Il convient d'harmoniser les projets, ce qui rend le dispositif très complexe et donc plus lent. Dans un compte rendu de réunion de directeurs d'établissements concernant la création d'une communauté d'établissements, un directeur faisait part de son « scepticisme », ne souhaitant pas que cette coopération n'aboutisse à de la « réunionite ».

La coopération informatique initiée à l'HL d'Antrain a montré ses limites et ses difficultés, notamment au début. En effet, l'engagement des autres établissements n'était pas assez ferme. Comme il y avait beaucoup de partenaires, il a été plus difficile de faire émerger les besoins de chacun et de les mettre en commun. Cette grande diversité a rendu très laborieuse l'élaboration de la fiche de poste.

M. PESNELLE fait remarquer qu'une des limites de la coopération est de savoir comment le partenaire fonctionne. Avec une association par exemple, on peut cautionner des choses délicates. Le cadre juridique des associations ne lui semble pas sécurisé. De plus, les conventions ne sont pas soumises au contrôle de légalité mais au contrôle d'opportunité. Il existe aussi des contrôles internes puisque les conventions sont soumises au CA. Mais, on peut s'interroger sur le rôle des différentes instances. En effet, elles s'intéressent chacune à une facette différente de la coopération. De plus, les contrôles ne semblent pas suffisants : le vote majoritaire peut camoufler des dysfonctionnements (le fort absentéisme aux instances et le quorum)⁵⁶.

La possibilité pour les structures de coopération de demander des autorisations est assez complexe. En effet, dans certains cas la situation est claire. Pour le GCS, le texte est précis, il prévoit la possibilité pour la structure d'exercer des missions de soins, d'être qualifiée d'établissement de santé et donc d'être titulaire d'autorisations de fonctionnement de l'article L 6122-1 du CSP. Pour les GIE, GIP et associations, il n'existe aucun texte, mais il semble que compte tenu des missions qui leur sont dévolues, les autorisations ne puissent leur être accordées.

⁵⁶ Cf. annexe 1

B) Le choix des objectifs et des outils

Les outils de coopération à la disposition des établissements apparaissent « trop complexes pour assurer l'utilisation partagée des équipements médicaux et logistiques, et le rapprochement des structures ». De plus, ces dispositifs entraînent des difficultés compte tenu des « incompatibilités liées aux différences de statuts des personnels, de modes de financement, etc. »⁵⁷.

L'organisation de la coopération peut être compliquée : la communauté d'établissements a la réputation d'être inefficace et le GCS de présenter une lourdeur d'organisation.

Malgré les adaptations apportées au GCS, des incertitudes persistent en raison d'une rédaction trop générale. En effet, les interrogations concernant la nature de la structure (publique ou privée) et du régime fiscal ne sont pas élucidées. De plus, le juge pourrait qualifier la convention constitutive d'un GCS, de marché public car il repose sur la « mutualisation des moyens, ce qui retient à conclure un contrat « à titre onéreux » selon les termes de l'article 1^{er} du CMP »⁵⁸. Il semble donc nécessaire d'obtenir un positionnement clair.

Le « GCS peut ... réaliser ou gérer... des équipements d'intérêt commun »⁵⁹. Le GCS serait dans ce cas chargé de les entretenir. Il lui faudra donc passer des contrats de maintenance dont on ne connaît pas précisément les modalités de passation. La mission au CMP semble obligatoire pour la construction d'un ouvrage. Le GCS ne peut pas réaliser de profit, la répartition du solde budgétaire déficitaire ou excédentaire n'est pas clairement évoquée⁶⁰.

Dans le SIH, le nombre d'adhérents engendre des incertitudes sur le choix de la gestion institutionnelle et des difficultés organisationnelles. Ils ne bénéficient pas du droit commun des établissements publics hospitaliers et la rédaction des statuts complexes.

⁵⁷ Séminaire « Les politiques de santé », groupe n° 12 : l'avenir de l'hôpital, promotion ENA 2002-2004

⁵⁸ DOGIMONT Renaud, « Groupement de coopération sanitaire, transcription juridique d'incertitudes politiques », *Gestions Hospitalières*, Janvier 2004, N° 432, p 12 – 17

⁵⁹ article L 6133-1 du CSP

⁶⁰ article R 713-3-10 du CSP

Les limites du territoire de coopération sont également assez floues. M. PESNELLE souligne la difficulté de délimiter géographiquement le territoire de coopération⁶¹. La notion de bassin de santé est évoquée dans la circulaire sur les SROS de troisième génération.

A l'HL d'Antrain, pour la coopération des services de MPR, il a d'abord été prévu la création d'une fédération médicale inter-hospitalière. Mais cela est impossible entre un CH et un HL, la solution d'une convention de coopération a donc été privilégiée. Ces éléments juridiques techniques ont été soulignés par Laure CHEVALLOT responsable de la direction des activités médicales et des coopérations au CH de St Malo. Elle a en effet d'abord soulevé cette impossibilité potentielle en étudiant les textes puis a demandé l'avis de Mme le Docteur Ollivier de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Bretagne. Il faut donc en interne disposer d'une compétence juridique et technique en matière de coopération mais les directeurs d'établissements sanitaires et sociaux sont souvent seuls et ne dispose pas systématiquement en interne de cette compétence. Ils doivent donc être formés sur ce thème.

C) La mobilisation de la ressource humaine

« La complexité des règles statutaires, voire leur rigidité et leur multiplicité, peuvent parfois hypothéquer la complémentarité et la coopération entre établissements »⁶². Le personnel de droit privé peut intervenir dans un autre établissement que celui d'origine (article L 125-3 du Code du Travail). En effet, le recrutement par plusieurs établissements ne permet pas normalement de recruter un fonctionnaire titulaire mais seulement un agent contractuel. L'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, précise que les fonctionnaires doivent occuper un emploi à temps complet ou « à temps non complet dont la quotité de travail est au moins égale au mi-temps ». De plus, l'article 9 de la loi susvisée prévoit que « les emplois à temps non complet d'une durée inférieure au mi-temps et correspondant à un besoin permanent sont occupés par des agents contractuels ».

⁶¹ Cf. annexe 1

⁶² CALMES Gilles SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura, *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*, Paris, Masson, Objectifs en management hospitalier, 1998

Les établissements du Sud Manche ont contourné cette contrainte et se sont entendus pour demander chacun un poste complet partagé plutôt qu'un pourcentage chacun. Le recrutement a été plus simple car le financement d'un temps plein était assuré.

La DHOS propose un accompagnement qui se traduit par des adaptations des textes législatifs et réglementaires. En effet, il y a beaucoup de demandes pour des coopérations entre des établissements publics et privés : un hôpital a de la difficulté à faire appel aux médecins libéraux, le CSP prévoit que seuls les médecins praticiens hospitaliers ou attachés sont titre IV de la Fonction Publique. Cependant, il a été observé que beaucoup d'établissements passaient des conventions au mépris de la loi. La DHOS a donc adapté le droit à la réalité : le GCS offre maintenant la possibilité de recruter du personnel⁶³.

Le recrutement, l'évaluation et l'intégration sont plus lourds en raison de la pluralité des employeurs et des supérieurs hiérarchiques.

La coopération peut présenter des risques pour le personnel notamment concernant la pérennité des contrats. En effet, si la coopération s'arrête, le personnel doit être affecté sur un autre secteur ou il doit être mis fin à son contrat.

Pour le groupement de commandes, il est prévu que l'agent recruté exercera ses fonctions dans l'établissement coordonnateur. Cela sous-entend que lorsque le coordonnateur change, l'agent change de lieu d'exercice. Cette mobilité est assez contraignante et peut être vécue par le personnel comme une menace. En effet, ce changement d'affectation peut entraîner des bouleversements importants pour le personnel. En effet, la distance entre les différents partenaires du groupement de commandes peut excéder 100 kilomètres notamment dans les zones rurales.

La coopération est donc une véritable nécessité pour les établissements en raison des contraintes notamment financières. Mais, cette coopération est complexe parce qu'elle est multiple.

2 L'EXEMPLE DE L'HOPITAL LOCAL D'ANTRAIN

L'hôpital local (HL) d'Antrain est engagé dans de nombreuses actions de coopération. Cette volonté est clairement affichée. Elle a pour but de mettre en place les alliances

⁶³ Cf. annexe 1

nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement mais aussi en aval et en amont de l'établissement⁶⁴.

2.1 La présentation de l'institution

L'hôpital local d'Antrain est situé au Nord du département d'Ille et Vilaine, sur la route entre Rennes et le Mont Saint Michel, à 45 Km de Rennes et 25 Km de Fougères.

Dans les communes voisines se trouvent l'hôpital local de Saint Brice en Coglès et la maison de retraite de Tremblay. Ces deux établissements proposent avec l'HL d'Antrain près de 52% de l'offre d'hébergement pour personnes âgées (environ 700 lits sur le secteur) et plus de 60% si on y ajoute l'offre « foyer de vie » pour handicapés.

L'HL d'Antrain est un établissement de type pavillonnaire qui a connu plusieurs phases de travaux successifs. Les dates de construction, voire de réhabilitation, des bâtiments sont donc différentes⁶⁵.

Les services de médecine et de moyen séjour sont installés dans des locaux réhabilités en 1991. Ces services sont composés de chambres à 1 ou 2 lits (2/3 de chambres à 1 lit).

Le service de rééducation fonctionnelle est un véritable service de rééducation fonctionnelle dont la mission est la prise en charge de patients présentant parfois de multiples pathologies. En effet, ce service dispose d'une balnéothérapie composée d'une piscine avec différentes hauteurs de bassin, équipée d'une chaise électrique et d'accessoires : palmes, raquettes, frites. Ce service est géré par un praticien hospitalier temps partiel.

Le service de soins à domicile (SSAD) compte 27 places. Il intervient en priorité sur le canton d'Antrain et dans les communes limitrophes. Afin de mieux répondre aux nombreuses demandes, l'infirmière coordonnatrice se charge d'ajuster très régulièrement la charge de travail à l'effectif en place (4 aides soignantes ETP). Malgré cette vigilance, le service est constamment saturé. La mission du service est de permettre une réduction du temps d'hospitalisation et de participer au maintien du malade à domicile. Les prestations assurées couvrent les soins d'hygiène, le contrôle et la surveillance des constantes, la prévention d'escarres, la distribution et la surveillance de prise de médicaments, les pansements secs.

⁶⁴ Cf. annexes 4 – 5 et 7

⁶⁵ Cf. annexe 6

A l'HL d'Antrain, l'hébergement des personnes âgées est assuré par la maison de retraite et l'unité de soins de longue durée. Dans le cadre de la convention tripartite et compte tenu des travaux de restructuration, l'ensemble des lits va être regroupé en EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes). La nouvelle configuration ne justifie plus le maintien d'une USLD. En effet, une résidence de 150 lits est en cours de réalisation. (La première tranche a été réceptionnée et 100 résidents sont installés depuis février 2004).

Actuellement, l'hébergement des personnes âgées a lieu dans les bâtiments suivants :

- Résidence La Loysance,
- Retraite 1 et retraite 2 (la retraite 3 ayant été démolie pour construire la deuxième tranche de la résidence),
- Unité provisoire pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : l'Ancre.

L'HL d'Antrain propose de l'hébergement permanent et temporaire. Des projets d'accueil de jour et de consultations gériatriques sont à l'étude.

Le projet d'établissement de l'HL d'Antrain reprend largement la problématique de la coopération. Il fait part d'études menées en interne par les médecins responsables des services de soins et d'hébergement qui montrent :

- « une évolution de la demande et des besoins de prise en charge de plus en plus lourds ou spécifiques (prise en charge médicale de proximité, accueil de jour, démence, dépendance lourde, hébergement temporaire, soins à domicile,),
- un besoin de complémentarité et de coordination entre les prises en charge médicales (médecine, SSR) et l'hébergement. »⁶⁶

Compte tenu des orientations du schéma gérontologique et du SROS de Bretagne, l'HL d'Antrain souhaite renforcer ses services de court séjour par le développement de complémentarités.

Le projet d'établissement identifie un axe transversal : la coopération. **Quatre niveaux de coopération/complémentarité** sont souhaités :

- **En interne** : Entre les différents services : Médecine, Rééducation, SSAD, Hébergement : afin de mettre en commun et développer les capacités et les compétences mises au service des patients, des résidents ou de leurs familles.

⁶⁶ projet d'établissement de l'HL d'Antrain

- **Dans le domaine médical** : avec l'ensemble de nos partenaires : les objectifs étant de développer le fonctionnement en réseau, d'améliorer notre offre de proximité, de mieux répondre à la demande de soins dans une optique de qualité et de sécurité
 Dans ce cadre, les coopérations avec les hôpitaux (ou cliniques) de Fougères, de St Malo, et de Rennes seront à privilégier.
 La coopération s'apprécie également avec les partenaires libéraux : la réflexion s'est engagée avec l'hôpital d'Antrain pour participer à la redéfinition de la permanence des soins de ville et l'idée d'une maison médicale de garde a déjà fait l'objet de nombreuses réunions et d'un projet à poursuivre avec les médecins de plusieurs cantons limitrophes.
- **Dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées.** Avec comme objectifs de s'inscrire et de devenir un partenaire et un acteur de premier niveau dans le réseau gérontologique local.
- **Dans le domaine de la logistique et des moyens.** Avec comme objectifs l'amélioration de la qualité et la limitation des coûts par une mise en communs des moyens médico-technique, logistiques, administratifs ou techniques avec nos voisins immédiats.

L'identification de ces axes doit permettre à l'HL d'Antrain de renforcer son activité et d'améliorer la qualité de sa prise en charge. Cette volonté de développer la coopération est déjà largement mise en œuvre à l'HL d'Antrain puisque de nombreuses actions de coopération sont déjà à l'œuvre alors que d'autres sont en cours de réalisation ou à l'état de projet. Cette coopération doit également permettre à l'HL d'Antrain d'étoffer son panel d'offres de soins.

2.2 La mutualisation des moyens

Lorsque la taille de l'établissement ne le permet pas, à plusieurs on peut le faire. Plusieurs établissements en se regroupant peuvent mettre en place des prestations qu'ils ne pourraient pas réaliser seuls. A l'HL d'Antrain, les coopérations développées permettent d'améliorer la gestion des ressources humaines et de réaliser des économies d'échelle.

2.2.1 Pour une meilleure gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est améliorée par le recrutement de personnel, la formation du personnel et la professionnalisation.

A) Le recrutement de personnel

Une convention relative à la gestion pharmaceutique est signée entre les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice en Coglès. Par cette convention, l'HL d'Antrain s'engage à assurer la gestion de la pharmacie de l'HL de Saint Brice en Coglès. Pour ce faire, le pharmacien de l'HL d'Antrain est mis à disposition de l'HL de Saint Brice en Coglès. Les modalités de remboursement sont précisées dans la convention (le tiers de l'activité à temps plein). Cette coopération permet aux deux HL de conserver une pharmacie à usage interne. En effet, il semble de plus en plus difficile de recruter un pharmacien surtout à temps partiel. Le fait de se regrouper est donc un atout évident pour le recrutement de personnel médical qu'un petit établissement ne pourrait pas « s'offrir ».

Pour recruter une psychologue, l'HL d'Antrain et les maisons de retraite de Bazouges la Pérouse et de Tremblay ont bâti un projet en commun. En effet, chaque établissement a demandé, dans le cadre des mesures nouvelles demandées au moment du budget primitif de 2003. L'HL d'Antrain a obtenu 17.550 € (0,50 équivalent temps plein (ETP)) sur la section tarifaire dépendance. Le fait que les projets soient associés a permis de recruter plus facilement une psychologue puisqu'un ETP était proposé.

Un contrat de travail est signé avec chaque établissement pour le temps de travail requis. Le COM d'Antrain prévoit l'extension du temps de travail de 0,20 ETP, soit 8.000 € en 2004, pour la consultation gériatrique installée en partenariat avec l'hôpital de Saint Brice en Coglès.

La coopération entre les HL d'Antrain et de Saint Brice en Coglès a permis le recrutement d'un adjoint des cadres hospitalier (ADCH) responsable des finances. En effet, les deux établissements étaient en difficulté sur ce secteur : une surcharge de travail de l'ADCH à l'HL d'Antrain et des difficultés évidentes de gestion des finances à l'HL de Saint Brice en Coglès. Le directeur, étant en charge des deux établissements a réfléchi à la possibilité d'ajouter du temps agent sur chaque établissement (0,40/0,60). Le financement a été obtenu dans le cadre du COM de Saint Brice et demandé dans le COM d'Antrain : 15.000 € pour 2004. L'agent a pris ses fonctions le 15 février 2004.

Les directeurs des établissements suivants :

- Centre Hospitalier de Saint Hilaire du Harcouët,
- Hôpitaux Locaux de Saint James, de Mortain et d'Antrain,
- Maisons de retraite de Barenton et de Le Teilleul,

ont décidé de recruter ensemble un informaticien. En effet, l'informatique prend une dimension de plus en plus importante et aucun établissement ne disposait en interne de la ressource humaine nécessaire. Dans chaque établissement, un référent était plus ou

moins identifié, ces personnes ne disposant parfois d'aucune formation particulière en informatique. Cette situation n'était absolument pas satisfaisante d'autant que les établissements étaient confrontés à de nombreux problèmes pour lesquels les solutions prenaient souvent beaucoup de temps. Problèmes des virus, des installations de matériels et de logiciels, achats de matériels et de logiciels, formation des agents, réflexion globale sur l'évolution de l'informatique.

Une convention de coopération informatique entre ces établissements a été signée le 11 mars 2003.

Un informaticien a été recruté à compter du 2 juin 2003 avec la répartition du temps de travail suivante :

Centre Hospitalier de Saint Hilaire du Harcouët	30 %
Hôpital Local de Saint James	20 %
Hôpital Local de Mortain	20 %
Hôpital Local d'Antrain	30 %
Maison de retraite de Barenton	5 %
Maison de retraite du Teilleul	5 %

Chaque établissement de façon isolée ne pouvait pas recruter un informaticien, surtout pour les maisons de retraite. Il fallait donc avoir recours aux entreprises de maintenance de façon ponctuelle avec des délais d'intervention et des coûts non maîtrisés. La mission de conseil n'était pas assurée. Avec ce projet commun, le recrutement a été possible.

Le technicien est chargé d'assurer dans les établissements les missions suivantes :

- Administration des serveurs et postes clients
- Exploitation des applications de production
- Formations sur les matériels et logiciels bureautiques les plus courants
- Assistance aux utilisateurs
- Maintenance et évolution du réseau informatique
- Gestion des relations avec les prestataires informatiques
- Animation des sites Intranet, Internet et Extranet
- Commandes groupées de matériels et de consommables informatiques

Le financement a été obtenu pour HL d'Antrain dans le cadre du budget 2003 : 6.800 € (0,23 ETP) sur la section tarifaire hébergement. Afin de pérenniser et de renforcer la coopération informatique, il est demandé dans le COM le financement de 0,35 ETP technicien informatique en 2008, soit 10.500 €

Des réajustements ont été opérés afin de mieux répondre aux souhaits des établissements. En effet, diminution du temps alloué à Antrain (15%), augmentation du

temps de Barenton (10 %) et extension à l'HL de Saint Brice en Coglès (10 %). Il fallait rester dans le cadre d'un ETP. Le projet va peut être encore évoluer compte tenu des projets de chaque établissement. Répartition géographique différente pour 2 ETP et incorporation d'un autre HL de Basse Normandie.

B) La formation professionnelle

Les directeurs des maisons de retraite et hôpitaux locaux du Sud Manche ont l'habitude de coopérer pour l'élaboration de leur plan de formation. En effet, depuis plusieurs années, ces établissements organisent des formations en commun. Au cours d'une réunion, chaque établissement fait part de ses demandes. Lorsqu'une formation est souhaitée par plusieurs établissements et qu'elle regroupe un nombre d'agents suffisant, cette formation est retenue. Lorsque l'ensemble des axes de formation a été relevé, les établissements se partagent les formations de façon équitable. Chaque établissement assure l'organisation des formations qu'il a retenues : négociation avec l'organisme formateur, organisation matérielle et élaboration des titres de recette. Le lieu de formation peut être différent de l'établissement organisateur. Cette organisation permet de répartir le travail, d'obtenir des conditions financières intéressantes mais aussi de faire connaître les autres établissements aux différents agents qui se rencontrent.

L'HL d'Antrain participe depuis deux ans à cette coopération.

Des stages d'observation sont organisés dans les établissements voisins. Ces stages doivent permettre aux agents d'observer les conditions d'exercice dans un service différent du service habituel. L'objectif est d'améliorer de façon continue la qualité de la prise en charge de la personne soignée.

C) La professionnalisation

Le référentiel ANGELIQUE comprend une question 14 qui concerne la protection des majeurs «une analyse de la protection juridique des résidents est-elle régulièrement effectuée ? ». L'hôpital local d'Antrain se trouve, comme tous les établissements de petite taille, devant des difficultés d'organisation de la gérance de tutelle. Le personnel chargé de cette fonction est très souvent pas ou peu formé, peu qualifié. De plus, le nombre de dossiers augmente ainsi que la difficulté. Enfin, le temps agent nécessaire pour une bonne gestion n'est pas disponible.

La coopération inter-établissements dans ce domaine semble donner entière satisfaction aux établissements adhérents au GTIEPH 52 (gérance de tutelle inter-établissements publics d'hébergement du département de la Haute Marne). Cet exemple pourrait être suivi par les établissements du secteur des Marches de Bretagne. Cette coopération permet de professionnaliser la gérance de tutelle, le ou les agents sont formés. Ce dispositif a été validé et encouragé par le juge des tutelles, le Procureur, les Trésorier payeur général et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Un financement a même été obtenu de la DDASS par le biais du volet d'accompagnement social, car cette dimension était prise en compte en plus de la gérance de tutelle ce qui crédibilisait le dispositif. Le gestionnaire de cette coopération⁶⁷ a souligné l'existence de limites liées au volume de dossiers à gérer et au suivi de dossiers qui relèvent normalement d'une tutelle plutôt que d'une gérance de tutelle.

A l'HL d'Antrain, la gérance de tutelle est assurée actuellement par un adjoint administratif qui est par ailleurs chargé du bureau des entrées du secteur hébergement (162 résidents) : renseignements, admission, facturation, contentieux. Cette personne assure également la ventilation du courrier tous les jours. Le temps consacré à la gestion des dossiers de tutelle est donc réduit alors que leur nombre augmente (34 dossiers fin 2003). Cette situation ne permet pas d'optimiser la gestion. Une coopération de plusieurs petites structures semble être une orientation intéressante.

2.2.2 Pour limiter les coûts

La coopération permet également de limiter les coûts par la réalisation d'économies d'échelle. Le groupement de commandes, les astreintes techniques et les missions ponctuelles d'expertise sont des exemples intéressants.

A) Le groupement de commandes

Une convention constitutive d'un groupement de commandes des produits hôteliers est signée entre les établissements suivants :

- Centres Hospitaliers de : Fougères, Saint Malo et Vitré,
- Hôpitaux Locaux de : Saint Méen le Grand, La Guerche de Bretagne, Antrain, Janzé, Le Grand Fougeray, Montfort sur Meu, Saint Brice en Coglès,
- Maisons de retraite de : Bazouges la Pérouse, Le Minihic sur Rance, Chateaugiron, Saint Georges de Reintembault, Tremblay,

⁶⁷ M. Denis FOISSY, Directeur de la maison de retraite de Doulaincourt (52)

- Résidences de : Dol de Bretagne et Montauban de Bretagne.

L'objectif du groupement est l'amélioration de l'achat des établissements⁶⁸ par une meilleure connaissance du besoin et du marché (des produits et des fournisseurs) et l'optimisation des prix d'acquisition des produits.

Le rapprochement des acheteurs permet des économies d'échelle et la standardisation des procédures. En effet, l'achat est plus performant compte tenu des moyens mobilisés pour l'atteindre. Cette coopération permet également de professionnaliser la fonction. L'expérience acquise dans l'élaboration du groupement de commandes pourra utilement être partagée pour les marchés et achats hors groupement. La professionnalisation de la fonction achat constitue un enjeu stratégique pour l'amélioration globale dans les établissements de soins : aux plans juridique, économique, organisationnel et fonctionnel.

L'amélioration globale de l'achat hospitalier est recherchée et une meilleure prestation globale de l'établissement, un achat de qualité favorisant une prestation de qualité dans des conditions de travail optimisées. Le groupement de commandes concerne l'acquisition de produits hôteliers : produits alimentaires, produits textiles, produits d'hygiène et usage unique.

La liste des produits est régulièrement mise à jour pour tenir compte des produits à ajouter et ceux à retirer. D'autre part, des aménagements aux différents cahiers des clauses administratives particulières (CCAP) notamment en terme de durée d'exécution des marchés ont aussi été réalisés afin d'adapter au mieux la réalisation des marchés et d'équilibrer la charge de travail.

L'hôpital local d'Antrain a été désigné coordonnateur en assemblée générale pour une durée de trois ans renouvelable.

L'agent chargé du groupement de commandes assure les missions suivantes :

- Recensement des besoins
- Définition des prestations
- Rédaction des cahiers des clauses (CCAP et CCTP) et constitution des dossiers de consultation
- Supervision des commissions de tests
- Analyse des offres préparée et validée par la commission technique
- Rédaction des procès verbaux

⁶⁸ convention constitutive du 17 mai 2002

- Réalisation des marchés

Une commission technique et administrative constituée d'un représentant de chaque établissement adhérent est chargée de participer à l'élaboration des dossiers : recensement des besoins, analyse des offres, propositions pour cahier des clauses et pour la bonne marche des procédures (durée des marchés ou dates des consultations par exemple).

Chaque établissement participe aux frais de fonctionnement correspondant :

- au traitement d'un agent à mi-temps réparti pour 30 % à égalité entre les adhérents et 70 % au regard du nombre de lots retenus par établissement,
- aux frais de gestion réels : investissements initiaux et frais de gestion courante.

B) Les astreintes techniques

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail... dans la fonction publique hospitalière et notamment son titre II et le décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans... la fonction publique hospitalière ainsi que la circulaire 2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret n° 2002-9 institue une astreinte technique.

L'organisation de cette astreinte sur chacun des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice en Coglès, ne pouvait être réalisée compte tenu des contraintes (temps agent sur chaque établissement). La réflexion a donc été menée sur les deux établissements en même temps, avec l'organisation d'une seule astreinte pour les deux sites. Un système d'astreinte technique commune permet de regrouper le personnel des deux établissements pour l'organisation du planning d'astreinte conforme à la réglementation (notamment concernant le temps de travail : maximum de 72 heures d'astreinte par quinzaine et par agent, un samedi, un dimanche et un férié maximum par mois et par agent). De plus, cette organisation commune permet de limiter les charges financières. En effet, cette organisation est très coûteuse puisque l'astreinte doit être compensée ou indemnisée à raison d'un quart de sa durée.

Cette astreinte technique commune est conforme à la réglementation en vigueur et la permanence d'une compétence technique rapidement disponible en dehors des heures de service est assurée.

Une convention pour le partage d'une astreinte technique a donc été établie entre les deux HL pour une mise en place à compter du 26 janvier 2003. Cette convention prévoit les modalités précises de l'astreinte : sa durée, l'élaboration du planning, le personnel concerné, les modalités de recours au technicien d'astreinte et de suivi des actions, mais aussi les conditions et modes d'indemnisation.

C) Des missions ponctuelles d'expertise

La convention de mise à disposition d'une **diététicienne** par le CH de Saint Malo permet à l'HL d'Antrain de disposer d'une compétence technique ponctuelle qu'elle ne pourrait pas avoir seule. En effet, cette coopération avec le CH disposant de toutes les compétences techniques, donne la possibilité à l'HL d'Antrain de disposer de cette compétence notamment pour l'élaboration des menus. Cela permet de mettre en place des menus équilibrés, répondant aux normes des plans alimentaires et validés par une diététicienne, ce qui pour la qualité est un argument essentiel.

En effet, les conséquences de la malnutrition sont graves notamment pour les personnes âgées. Elle entraîne une augmentation de la morbidité et de la mortalité, une altération de l'état général : amaigrissement constant, asthénie, anorexie, déshydratation.

C'est pourquoi, les référentiels qualité prévoient la vérification de ce critère. En effet, le référentiel ANAES gestion des fonctions logistiques 3 (GFL3) est rédigé ainsi « la fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel et recherche la satisfaction des consommateurs ». Alors que le référentiel ANGELIQUE comprend un thème n° 3 dans la première partie, consacré à la fonction restauration. Treize questions sont reprises pour lesquelles la participation d'une diététicienne apporte une plus value intéressante. Par exemple, la question 43 est rédigée comme suit « la composition des menus fait-elle l'objet d'un avis médical ou d'un autre professionnel compétent en nutrition ? ».

2.2.3 Pour rationaliser les investissements

Les deux blanchisseries des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice en Coglès doivent être restructurées : les matériels sont obsolètes et les locaux trop exigus.

Depuis le début de l'année 2000, tout le linge « plat » (draps, alèses, serviettes) est traité par une entreprise extérieure. La blanchisserie traite sur place les tenues du personnel et

le linge des résidents. La décision de confier à une entreprise privée le traitement d'une partie du linge n'a pas été un réel choix mais plutôt une obligation en raison de la nécessité de trouver une solution dans l'urgence.

Après une période très difficile, le service peut actuellement remplir sa mission dans des conditions satisfaisantes. Un audit réalisé avec l'aide du Centre Hospitalier Régional a permis de réorganiser et d'améliorer le service rendu et le travail.

On peut regretter une baisse de satisfaction des usagers en ce qui concerne le linge traité à l'extérieur.

Une étude est en cours d'élaboration pour déterminer les orientations à envisager pour ces deux blanchisseries. Des pistes de coopération sont envisagées notamment avec le CH de St Malo. Il faudra faire le choix entre la fermeture ou la mise à niveau d'une ou des deux blanchisserie.

2.3 La constitution de réseaux

Pour renforcer l'activité de l'hôpital local d'Antrain, les actions de coopération visent à constituer des réseaux, de mettre en place une interdépendance souhaitée favorable aux établissements coopérants. En effet, cette coopération permet de souder les activités, les projets, les accords des autorités de tarification, d'obtenir une cohérence au niveau d'un territoire. Les coopérations aboutissent à la constitution de réseaux qui permettent d'améliorer la qualité de l'information et le fonctionnement des services.

2.3.1 Une information partagée

L'information est optimisée par une prise en charge coordonnée de l'utilisateur, par l'amélioration de la qualité et de la rapidité, et par le regroupement des établissements.

A) Une prise en charge coordonnée de l'utilisateur

L'HL d'Antrain est adhérent à l'Association de gestion du Centre local d'information et de coordination (CLIC) des Marches de Bretagne (AG.CLIC.MB), labellisé de niveau 2. Cette « association a pour but de participer à toute action contribuant à développer et à

améliorer l'accueil, la prise en charge, le soutien et le suivi des personnes âgées sur les cantons d'Antrain, Louvigné du Désert et Saint Brice en Coglès »⁶⁹.

Le CLIC « a un rôle fédérateur, va au-delà des réseaux de soins et de santé puisqu'il prend en compte tous les services concourant au maintien à domicile des personnes âgées »⁷⁰

L'originalité du CLIC des Marches de Bretagne est d'être également destiné aux personnes handicapées. Les statuts de l'association précise d'ailleurs que son action se fera en lien avec les orientations des schémas départementaux en faveur des personnes âgées et personnes handicapées.

Tableau 3 - Niveaux de labellisation des CLIC

	Label niveau 1	Label niveau 2	Label niveau 3
Missions	Accueil, écoute, information, conseil et soutien aux familles	Missions du niveau 1 + évaluation des besoins et élaboration du plan d'aide personnalisé	Missions du niveau 2 + mise en œuvre, suivi et adaptation du plan d'aide personnalisé

Le directeur est vice-président du CLIC.

Le 2 juin 2004, une convention régissant les relations entre l'Association de Gestion du CLIC des Marches de Bretagne et les structures d'accueil des CLIC relais est signée. Cette convention définit les conditions d'ouverture et de fonctionnement des CLIC relais. En effet, il apparaît que l'accès au CLIC central est parfois difficile en raison essentiellement de la distance. Il est donc essentiel de mettre en place un maillage territorial favorisant un accueil de qualité et de proximité des personnes âgées et des personnes handicapées. Des permanences bi-mensuelles sont déjà instaurées à Saint Georges de Reintembault et à Bazouges la Pérouse, les CLIC relais d'Antrain et de Louvigné doivent venir compléter le maillage. L'hôpital local d'Antrain met à la disposition de l'association, un bureau situé dans le bâtiment de l'administration pour y tenir un CLIC relais le mardi et le jeudi après-midi de 14 h à 17 h. Cette permanence sera tenue alternativement par deux agents de l'hôpital qui seront formés à l'accueil des personnes

⁶⁹ Statuts de l'Association AG.CLIC.MB

⁷⁰ « Réflexions et recommandations pour le développement des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), Ministère de l'emploi et de la solidarité

âgées. l'AG.CLIC.MB devrait verser une dotation forfaitaire annuelle destinée à couvrir les frais spécifiques de fonctionnement.

B) Une amélioration de la qualité et de la rapidité de l'information

Lorsque les établissements sont confrontés à des demandes d'entrée en maison de retraite, il leur est souvent difficile d'orienter rapidement les personnes vers un autre établissement ayant des places disponibles.

Afin d'améliorer la qualité et la rapidité de l'information concernant les places d'hébergement disponibles, il est proposé aux établissements voisins l'élaboration d'un site internet. En effet, pour simplifier et systématiser les échanges entre établissements voisins, un dispositif simple de messagerie électronique est proposé aux directeurs des maisons de retraite de Tremblay, Bazouges la Pérouse et Saint Georges de Reintembault. Avec les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice en Coglès, cela fait 5 maisons de retraite concernées par ce dispositif.

La coopération des établissements d'hébergement permet à l'HL d'Antrain de fluidifier la filière des lits d'aval pour les personnes âgées, améliorer la qualité de l'offre, faciliter les démarches des personnes et le travail des médecins et des cadres.

L'objectif est de mettre à disposition des familles par l'intermédiaire du cadre de l'établissement, la liste des places disponibles dans les autres établissements. Ce site permettra également de donner les coordonnées précises de la personne à contacter et le type d'hébergement proposé.

L'informaticien de l'HL d'Antrain a donc élaboré un site Internet⁷¹ permettant de consulter les places disponibles par établissement :

⁷¹ <http://coordinationmb.free.fr>

Etablissement	Type de Structure	Hébergement	Chambre	Sexe	GIR	Date de Disponibilité	Fin de disponibilité	Personnes à contacter	Date de mise à jour
Antrain	USLD	Définitif	Double	Homme	GIR 3-4	Immédiat	Sans objet	Mme X Tél.....	26/06/03
Tremblay	Alzheimer	Temporaire	Simple	Indifférent	Indifférent	15/07/03	31/07/03	Mme Y	27/06/03

Deux mises à jour par semaine sont réalisées.

C) Une charte constitutive du groupement des établissements de la Baie du Mont St Michel

Treize établissements (CH, HL et MR) dont l'HL d'Antrain ont décidé de mettre en place une « politique active de partenariat visant à optimiser l'ensemble du dispositif de prise en charge hospitalière au sein du territoire, dans un objectif de santé publique et de bonne organisation des activités hospitalières »⁷².

Une convention multilatérale est élaborée en raison de la disparition des communautés d'établissements. La charte prévoit la possibilité de créer d'autres espaces juridiques en fonction de l'évolution de la réglementation.

Cette structure de coopération a pour objectif de valoriser le rôle et les compétences de chaque établissement, d'optimiser l'utilisation des moyens hospitaliers, de développer des actions de coopération et de complémentarité et de rechercher l'adaptation de l'offre dans le domaine médico-social (notamment personnes âgées et personnes handicapées).

Quatre projets sont listés dans la charte, développement :

- des filières et réseaux de soins
- des coopérations médicales et soignantes
- des coopérations dans le domaine médico-technique, logistique, de l'ingénierie et des dispositifs de vigilance
- de l'harmonisation des systèmes d'information

Les établissements de la structure de coopération souhaitent développer les échanges dans les différents domaines intéressant l'activité hospitalière. Pour cela, ils transmettront

⁷² charte constitutive du groupement des établissements de santé et sanitaires et sociaux de la Baie du Mont Saint Michel

tous les documents nécessaires à une meilleure connaissance réciproque (projet d'établissement et rapport d'activité annuel).

Un « conseil de coopération » est constitué des différents directeurs. Ce conseil est chargé d'activer le développement d'une politique générale de coopération entre les établissements. Il élaborera annuellement un rapport sur l'état d'avancement des projets. Des groupes de travail thématiques pourront être constitués, chargés d'élaborer des études et de transmettre les conclusions et propositions.

Les établissements adhérents s'engagent à organiser une politique de partenariat basée sur un partage d'informations fiables. De plus, ils informeront régulièrement les instances des projets de la structure de coopération. La charte prévoit également une communication des conditions de mise en application et des évaluations réalisées. Cette charte accompagnée des annexes et du calendrier est portée à la connaissance du DARH.

2.3.2 Des activités complémentaires

L'HL d'Antrain souhaite « trouver des alliés », mettre en place une coopération basée sur la complémentarité pour consolider l'activité, constituer un réseau et optimiser les orientations et la gestion de l'établissement.

A) Pour consolider l'activité d'un service

L'hôpital local d'Antrain participe activement à l'offre de soins dans le domaine de la médecine physique et de réadaptation (MPR). En effet, dans le préambule de la convention de coopération entre les services de MPR de l'HL d'Antrain et du Centre Hospitalier (CH) de Saint Malo, il est rappelé que « le secteur n° 6 se caractérise par un déficit très important de lits et de places de MPR », que le seul service de MPR est installé au CH de St Malo avec 28 lits et places⁷³. L'hôpital d'Antrain avec ses 40 lits (sur le secteur n° 5 mais limitrophe du secteur n° 6) propose donc une aide considérable. Le service accueille de façon habituelle et continue des patients venant du CH de Saint Malo. Le plateau technique de rééducation de l'hôpital d'Antrain est d'ailleurs d'un bon

⁷³ soit un déficit de 88 lits en appliquant l'indice 0,5 lit pour 1000 habitants (233.544 habitants).

niveau avec une balnéothérapie et un fonctionnement médical et paramédical (temps médical et kiné).

La convention de coopération a simplement pour objet de « renforcer les liens existants entre les deux services » pour optimiser l'offre de soins. Cette coopération devrait évoluer vers un GCS et permettre de construire un nouveau projet de réseau MPR. Cependant, M. Allombert souligne que l'HL d'Antrain a besoin d'un acte fort pour conforter sa position en matière de rééducation fonctionnelle. La convention de coopération permet de formaliser une volonté forte de coopération :

- Formaliser un fonctionnement coordonné
- Réguler et orienter les demandes d'admission
- Faciliter et améliorer le transfert des informations médicales
- Mettre en œuvre une politique commune (dossiers de soins, protocole de traitement, formation continue)

Les moyens mis en commun :

- Par CH de St Malo : temps de secrétaire médicale et assistante sociale
- Par HL d'Antrain : moyens de prise en charge de l'établissement sont proposés aux malades du CH de St Malo

Dans le COM de l'HL d'Antrain, il est demandé un deuxième praticien hospitalier à temps partiel, un ergothérapeute, du temps de secrétaire médicale et d'assistante sociale et un accès Internet du service MPR pour la télémédecine.

B) Pour constituer un réseau

Les Directeurs du CH de Saint Malo et de l'HL d'Antrain ont fait part de leur volonté de coopérer dans une lettre adressée à l'ARH. Deux disciplines de coopération sont identifiées : la MPR et le SSR. La moitié des lits du service de MPR d'Antrain en moyenne est occupée par des patients de St Malo. Une diminution du nombre de lits aurait un impact préjudiciable pour le fonctionnement des deux établissements.

La convention de coopération permet de souder les deux services. L'HL d'Antrain souhaite proposer une réponse de proximité et évoluer vers la constitution d'un pôle de référence.

Le manque de lits de MPR et de SSR au CH de St Malo permet à l'HL d'Antrain de se positionner de façon favorable sur ces deux disciplines. Une convention concernant la mise à disposition du CH de St Malo de 10 lits de soins de suite et de réadaptation de l'HL d'Antrain, permet au CH d'adresser des patients de l'ouest de St Malo et l'est d'Antrain : temps de transport doit être inférieur à 30 minutes (entre le départ du domicile et l'arrivée dans le service).

Dans le projet d'établissement, il est proposé une reconversion de lits de long séjour en SSR (constitution d'une unité de 25 lits : 7 autorisés et 18 reconversion). En effet, les lits d'hébergement sont trop nombreux dans le secteur gériatrique des Marches de Bretagne.

En attendant la réponse à cette demande, une montée en charge est prévue : 3 lits réservés en 2003, 5 en 2004 puis 10.

Ce type de coopération s'inscrit dans les missions de l'hôpital local : répondre aux besoins de proximité et développement des actions favorisant le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Les atouts de l'HL d'Antrain sont de disposer d'un service neuf et médicalisé avec une salle de kinésithérapie. Ce dispositif est favorable au retour à domicile. De plus, l'HL d'Antrain possède une expérience de coopération sur l'activité MPR dans la même zone géographique d'activité. Enfin, il existe une réelle difficulté d'accès à des SSR pour les populations à l'ouest d'Antrain, à laquelle s'ajoute les difficultés des services de court séjour du CH de St Malo en raison du manque constant de lits d'aval en SSR.

L'HL d'Antrain souhaite professionnaliser son service SSR grâce à de nouvelles compétences : masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, assistant de service social ; proposer une nouvelle répartition des lits (reconversion lits d'hébergement) et repositionner l'activité sur les besoins des personnes âgées (soutien à la vie poursuivie à domicile). Pour le CH de St Malo, cette coopération permet d'améliorer le fonctionnement de sa filière gériatrique et des activités de médecine aiguë et de chirurgie.

Une convention d'association de l'équipe antrainaise à la fédération des personnes âgées du CH de St Malo est à l'étude afin d'élaborer une gestion concertée de la filière gériatrique au sein des deux établissements et de créer un pôle de référence St Malo/Antrain.

C) Pour optimiser les orientations et la gestion

Le Directeur de l'HL d'Antrain assure l'intérim de l'HL de Saint Brice depuis 1^{er} décembre 2002 suite à l'indisponibilité prolongée du directeur. L'« intérêt commun à poursuivre un développement coordonné »⁷⁴ était donc encore plus réel pour ces deux établissements installés dans la même zone sanitaire et gérontologique d'intervention puisque l'intérim s'annonçait très long. L'hôpital local de Saint Brice en Coglès avait intérêt à stabiliser la situation de la direction notamment compte tenu des échéances : travaux de restructuration de la maison de retraite et accréditation.

Les deux présidents des CA ont souhaité qu'une réflexion large soit menée sur les intérêts de la mise en place d'une direction commune. En effet, il est apparu intéressant pour les deux structures d'aller plus loin dans la coopération et de développer une véritable démarche commune. La constitution d'une équipe de direction commune aux deux établissements doit permettre de développer le niveau d'expertise indispensable compte tenu de l'évolution des besoins et des attentes des usagers et la complexité grandissante de la réglementation et des contraintes de gestion.

Pour mettre en place ce projet de direction commune, le directeur et les présidents des Conseils d'Administration ont souhaité que le personnel soit informé et étroitement associé à ce projet.

La participation du personnel s'est traduite par la constitution d'un groupe de travail composé de représentants des différents services des deux établissements. Une présentation rapide des établissements a été réalisée : nombre de lits, activité, organisation et visite des locaux, ainsi que le rappel des axes de travail commun déjà mis en place : astreintes techniques, responsable financier et accréditation. Puis, les participants ont été invités à faire état de leurs opinions et propositions. Les questions déposées dans les urnes par le personnel ont été lues en réunion et le directeur a donné une réponse à chaque question. Toutes ces informations ont été reprises dans les comptes rendus affichés dans les services. Une réunion d'information plénière a été organisée dans chaque hôpital pour que tout le personnel puisse s'exprimer. Les médecins ont également été informés au cours d'une réunion spécifique.

⁷⁴ Convention de direction commune signée le 5 avril 2004

A l'issue de ces réunions, le directeur a décidé d'organiser un référendum afin de connaître précisément la position de l'ensemble des agents concernant la mise en place d'une direction commune entre les deux hôpitaux locaux. Les résultats de la consultation ont montré l'intérêt du personnel⁷⁵.

Une convention de direction commune a donc été signée le 5 avril 2004, après présentation aux instances respectives. Cette convention prévoit que la coordination des projets, des actions et de la gestion doit être recherchée chaque fois que cette démarche présente un intérêt pour les deux établissements.

Elle prévoit, notamment, les règles de rémunération des directeurs : chaque établissement assure la rémunération d'un directeur, la répartition des autres charges afférentes à cette direction commune est réglée par des conventions et la règle du prorata du nombre de lits sera le plus souvent utilisée.

La constitution d'un GCS sera étudiée afin de simplifier le fonctionnement et de permettre notamment le recrutement d'agents titulaires, la simplification de la gestion notamment financière, l'amélioration de la sécurité juridique.

Une démarche commune d'accréditation est déjà engagée. Elle devrait permettre d'optimiser les résultats grâce à l'utilisation de l'expérience de chaque établissement. En effet, les passerelles entre les deux établissements doivent encourager le travail en commun mais aussi l'harmonisation des fonctionnements.

Le recrutement d'un agent commun chargé de la gestion budgétaire et financière doit permettre de disposer d'un niveau d'expertise élevé sur les deux sites.

Une réflexion est en cours pour coordonner le système d'information et les projets : informatisation du dossier médical, du dossier de soins et du fonctionnement en réseau des établissements de santé, les laboratoires et centres d'imagerie et les cabinets médicaux (notamment les généralistes autorisés). Cela permettrait une harmonisation des outils de gestion.

⁷⁵ Cf. annexe 8

3 LES PIEGES ET LES RISQUES DE LA COOPERATION EN FONCTION DE L'EXPERIENCE ACQUISE ET DES ENTRETIENS

3.1 Les pièges à éviter

3.1.1 La difficulté d'anticiper le désordre

- A) Une organisation plus complexe
 - a) *Lourdeur et complexité de la prise de décision*

Le recrutement de l'informaticien est assez exemplaire de la lourdeur et de la complexité de la prise de décision. En effet, après 4 mois de travail de l'informaticien initialement recruté un point a été fait avec les différents directeurs quant à la satisfaction ou adaptations nécessaires. Il est alors apparu évident que la personne recrutée ne convenait pas à l'ensemble des établissements. Pour certains, cette personne convenait tout à fait et donnait entière satisfaction, alors que pour d'autres, la personne ne convenait absolument pas. Globalement, les établissements étaient satisfaits de cette coopération mais il est apparu urgent de définir plus clairement les missions de l'informaticien.

Lors de la négociation entre les établissements, le projet semblait simple face aux difficultés il fallait recruter un nouvel informaticien. Après quelques mois, chaque établissement pouvait affiner son projet et avait des demandes bien particulières. Il a donc fallu reprendre les demandes de chaque établissement, établir une fiche de poste très précise et procéder à un nouveau recrutement. Pour procéder à toutes ces opérations il a fallu recenser les besoins, organiser des réunions, planifier les entretiens de recrutement avec les différents directeurs. Au total, il a fallu passer beaucoup de temps en organisation pour avoir des chances de réaliser le bon recrutement.

Pour le recrutement de la psychologue et de sa remplaçante, il a fallu également procéder à des entretiens avec les responsables des différents établissements concernés. Il a fallu, par ailleurs, s'entendre quant à une date ce qui a pu entraîner un allongement des délais.

Les réunions concernant les opérations de coopération doivent souvent réunir un nombre très important de personnes. Onze personnes pour CH St Malo et onze pour l'hôpital local d'Antrain sont identifiées comme correspondants MPR/SSR. Ce nombre important rend l'organisation complexe. Il est plus difficile de trouver une date qui convienne à tous, de garantir un temps de parole équitable et suffisant pour chaque participant.

La coopération entraîne beaucoup de déplacements qui peuvent être vécus comme une perte de temps. Le temps consacré aux réunions peut parfois sembler exorbitant lorsqu'il faut ajouter une heure de trajet aller et une heure retour par exemple.

Aucune décision ne peut être prise sans l'aval de tous les membres. Il faut soumettre chaque projet à tous les membres et obtenir les réponses. Cela demande souvent de rappeler plusieurs fois, de faire des relances régulières : le recensement des besoins par exemple n'étant pas leur priorité, il faut donc insister pour obtenir une réponse dans les délais. C'était surtout vrai au début, même pour les réunions (coupons réponse à retourner). Maintenant la situation s'est un peu améliorée, il a fallu lancer le message et faire prendre conscience de ce problème⁷⁶.

b) Recherche de l'interlocuteur concerné

La coopération entraîne inévitablement une augmentation du nombre de personnes concernées. En effet, lorsque deux services doivent coopérer les deux équipes sont comprises dans l'organisation. Il est alors plus compliqué de trouver le bon interlocuteur. La multi-coopération augmente encore le nombre d'intervenants.

De plus, tous ces intervenants sont sur des sites éloignés ou peuvent être amenés à travailler dans plusieurs établissements. Cette situation ne favorise pas les échanges. Les personnes ne se connaissent parfois pas du tout et pour celles qui travaillent sur plusieurs sites, elles peuvent être recherchées sur un établissement alors qu'elles sont dans un autre.

B) Le manque de disponibilité

a) Directeur

La profusion de textes et l'accroissement des charges ne facilitent pas le travail collectif. De plus, le travail de coopération est consommateur de temps pour s'ajuster, se

⁷⁶ Cf. annexe 1

coordonner et réguler les différends. La coopération demande donc de passer du temps qui ne peut être investi sur autre chose.

Lorsqu'il faut prendre une décision concernant plusieurs établissements, il faut évidemment que tous les directeurs soient présents. Cela tient parfois du record, il faut jongler avec les agendas, échéances et impératifs de chacun en essayant de perdre le moins de temps possible.

La coopération ne semble pas une priorité face aux contraintes des établissements : budgétaires, ressources humaines, travaux, accréditation, convention tripartite. Pourtant, elle est à la croisée de tous ces impératifs. Elle permet de tenter de répondre à ces contraintes.

Selon Mme RIET, le directeur doit être obligatoirement aidé d'un adjoint de catégorie A pour élaborer et suivre les conventions. Un établissement ne peut pas vivre en autarcie, il doit s'inscrire dans son territoire, participer à plusieurs instances extérieures (FHF par exemple). Il lui semble illusoire de penser pouvoir gérer un établissement sans être à l'extérieur. Dans les petites structures ne disposant pas de cette équipe, la stratégie est occultée. Le directeur ne peut pas prendre de la hauteur pour dimensionner la structure à la hauteur des enjeux nationaux et locaux, alors que les contraintes sont les mêmes que pour une grosse structure⁷⁷.

Les agents de l'HL de Saint Brice en Coglès ont très souvent repris dans leurs questions posées au moment de la discussion sur l'opportunité d'une direction commune, la nécessité d'avoir un directeur présent sur le site : « quelle disponibilité aura le directeur après ? Nous avons beaucoup de mal à avoir un rendez-vous avec la direction, quelle solution adopter ? Un directeur sur deux hôpitaux ne va-t-il pas uniquement survoler les problèmes ? Un seul directeur pour deux établissements annule le caractère familial des petites structures ? En ayant une direction partagée aurons-nous un directeur fantôme ? La présence du directeur est indispensable tous les jours pour le personnel ainsi que pour les résidents ? Non à la direction partagée : 1 ASH = 1 établissement, 1 directeur = 1 établissement, 2 directeurs = 2 établissements. Sauvegardons leur emploi ».

b) *Personnel « partagé »*

⁷⁷ Cf. annexe 1

La coopération permet parfois de réaliser le travail sur un seul site mais les autres établissements se sentent perdants et souhaitent voir l'agent concerné. L'informaticien est confronté à cette situation complexe de partage du temps de travail sur 7 établissements différents. Il a donc 7 supérieurs hiérarchiques, 7 projets différents. Il est encouragé par la convention de coopération à travailler le plus souvent possible pour les 7 établissements en même temps. Il semble intéressant pour ce technicien, le plus souvent possible, de travailler pour les autres établissements à partir d'un site donné. Mais, les établissements insistent pour qu'il effectue le temps prévu sur chaque site. Il apparaît important pour les établissements de voir le personnel. La prestation facturée doit se traduire par du temps agent. La dématérialisation est une autre étape.

3.1.2 Perte d'efficacité

Les résultats de la coopération peuvent être « mitigés » et souvent pas évalués.

A) Peu d'évaluation

La coopération est souvent mise en place pour faire face à un problème rencontré ou à une difficulté. Lorsqu'elle est concrétisée, il semble que tous les problèmes soient résolus. La coopération est alors la panacée de tous les problèmes des établissements. L'évaluation est donc souvent laissée de côté.

Concernant l'évaluation des opérations de restructuration, Melle PHANER répond que c'est un problème conceptuel. On peut évaluer une opération mais pas la politique de recomposition. La DHOS réalise une évaluation approfondie par opération au moyen d'un questionnaire d'évaluation. Au total, on ne sait pas ce que ça change réellement, il n'y a pas d'indicateurs en France⁷⁸.

Dans la convention de coopération des services de MPR il est prévu que chaque année une évaluation sera réalisée et que les activités pourront être adaptées ou développées. Il est important de fixer des indicateurs et des fréquences.

Les fusions forcées entre centres hospitaliers d'importance égale semblent très difficiles. Les fusions sont apparues comme quelque chose d'important : « sans fusion point de salut ». Cependant, on n'a jamais vraiment réfléchi aux intérêts, avantages et inconvénients a posteriori. Le discours n'a jamais apporté la preuve de sa pertinence,

⁷⁸ Cf. annexe 1

jamais d'évaluation a posteriori. Les situations conflictuelles, les crises ouvertes, les blocages amènent des conséquences lourdes⁷⁹.

Les établissements tellement absorbés par leur souci de coopérer peuvent en oublier de vérifier les économies de coûts, l'intérêt de coopérer.

B) Allongement des délais

La multi-coopération peut entraîner un allongement des délais en raison du manque de réactivité des agents ou parce qu'il faut obtenir l'approbation de tous les interlocuteurs même s'il existe une délégation (ex groupement de commandes). Cette critique est souvent formulée à l'adresse des procédures du Code des Marchés Publics (CMP). Dans le cadre du groupement de commandes les délais sont encadrés par le CMP, la nécessité de réunir les différentes instances (Commission technique et commission d'appel d'offres) allonge évidemment les délais. Dans ce cas, l'allongement des délais n'est pas essentiellement dû à la coopération mais est induit par la coopération. Pour un appel d'offres, le directeur pourrait seul préparer les dossiers et gagnerait en rapidité de décision.

La sous-traitance du blanchissage a par exemple, entraîné des achats de linge pour pallier les délais de retour du linge propre⁸⁰.

C) Evaluation des charges induites

Il est difficile d'évaluer clairement les charges induites par la coopération. Les frais de la coopération, notamment la rémunération des agents impliquent un suivi assez complexe. La charge de travail peut être sous-évaluée. D'autres agents de l'établissement participent parfois à la procédure, il est alors plus compliqué de suivre le temps passé par chacun.

Pour M. PESNELLE, le coordonnateur des dépenses doit rester maître de ses engagements, il doit disposer d'une expertise sur ce qui est mis en place.

⁷⁹ Cf. annexe 1

⁸⁰ Rapport sur le compte administratif 2003 de l'HL d'Antrain

Il est indispensable que les établissements s'engagent sur une durée afin de stabiliser le financement. Le coordonnateur ne doit pas prendre seul les risques financiers, le recrutement d'un agent ou l'achat de matériel par exemple.

La coopération permet de répondre à des besoins non satisfaits jusque là mais le financement ne suit pas toujours

Lorsque la coopération porte sur le partage de moyens ou de personnel, il pense qu'il est difficile de calculer l'incidence financière, qu'il en est peut être parfois incapable. Le prix de revient fixé peut être un prix bradé. M. PESNELLE s'interroge sur la légitimité à conventionner par rapport aux prix du marché. Il donne l'exemple de la convention concernant la chaufferie bois et la difficulté d'une facturation juste. La mise en place d'un compteur justifie d'entrer dans le territoire du partenaire pour contrôler. De plus, il s'agit de savoir qui est propriétaire du compteur⁸¹.

3.1.3 L'émergence de réticences

Essentiellement lors de la réflexion sur la mise en place d'une coopération.

A) Des élus

Les élus peuvent avoir peur de la disparition de l'établissement sur le territoire. Ils sont alors soucieux du maintien de l'emploi et de l'établissement et de toutes ses activités. Les élus doivent défendre les intérêts de leurs concitoyens. Il peut alors y avoir constitution de comité de défense qui va militer pour le maintien de l'activité de l'établissement et la vigilance vis-à-vis de la place et du rôle laissé à l'établissement.

La restructuration de l'offre de soins est une préoccupation majeure de la plupart des pays européens. Les mêmes outils sont disponibles : fermeture, reconversions, fusions, GCS. « mais les populations concernées relayées par les élus demandent la vraie proximité au plus près des besoins, et pourquoi pas, disent-ils, à l'échelle des 3700 cantons que compte notre pays »⁸². L'enjeu réside alors dans la conciliation des contraintes d'efficacité, de qualité, de coût et de sécurité.

⁸¹ Cf. annexe 1

⁸² BROCHEN Gilles, « Allocution d'ouverture », Actes du Colloque du 11 décembre 2003, groupe Berger-Levrault, Paris

Lors de la discussion direction commune, le maire présent à une réunion a fait part de son souhait de connaître le ressenti des agents. Il a tenu à préciser qu'évidemment, il ne s'agissait pas de faire absorber l'hôpital de St Brice par Antrain, et qu'il convenait d'être attentif pour que les services publics ne se volatilisent pas.

B) Du personnel

Les différents directeurs des structures peuvent se sentir menacés et entrer en conflit pour le partage des compétences et des responsabilités, sur le choix des méthodes de travail et de gestion utilisées, sur le rattachement du personnel.

Le corps médical peut également être réticent face à la coopération. Les médecins peuvent vivre cette situation comme une perte de leur domaine de compétences. Les médecins libéraux ont l'habitude de « disposer » de lits dans les services de court séjour des hôpitaux locaux, ce qui leur permet de conserver leur clientèle, de continuer la prise en charge médicale, de continuer à percevoir des honoraires. Cette situation est donc confortable. La coopération avec le CH de Saint Malo et la réservation de lits pouvait leur faire craindre de perdre cette possibilité en raison de la diminution des lits potentiellement utilisables par eux. C'est pourquoi, une montée en charge a été instaurée afin de vérifier la faisabilité et d'obtenir les moyens nécessaires mais aussi de ne pas créer une situation de blocage de la part des médecins.

Les réticences du personnel peuvent entraîner des conflits sociaux pouvant aller jusqu'à la grève. Il est donc très important d'anticiper ces conflits et de mettre en place des modalités de concertation et d'information. Le personnel peut avoir peur de perdre des droits acquis dans le cadre d'une harmonisation sociale des établissements.

Dans le cadre de la direction commune, le personnel de l'HL de Saint Brice en Coglès était tout à fait défavorable parce qu'il avait peur d'être obligé d'harmoniser ses conditions de travail avec celles de l'HL d'Antrain. En effet, les représentants du personnel de l'hôpital de St Brice, présents à la première réunion, ont souligné l'inquiétude essentielle des agents de faire des horaires discontinus. Cette inquiétude a été levée, il ne s'agit pas de calquer l'organisation d'un établissement pour l'appliquer à l'autre. La réunion de travail et la réunion d'information ont permis de mieux connaître le directeur et les objectifs de la direction commune mais aussi les avantages. Le directeur, suite à une question posée, a confirmé que les agents en poste ne travailleraient que sur un établissement. En revanche, pour les contractuels, la possibilité de travailler sur les deux

hôpitaux pourra être prévue dans le contrat. Il n'imposera à personne d'aller travailler sur l'autre site.

Lorsque deux services d'établissements différents doivent coopérer, cette situation peut entraîner des conflits interpersonnels, des conflits hiérarchiques ou des conflits communautaires. Les personnes ne se connaissent pas ou mal, elles ont peur du changement : de l'encadrement, des contraintes de service, de l'organisation. On peut se trouver face à des « conflits-prévention »⁸³.

La coopération peut entraîner une anxiété de la part du personnel. L'arrivée d'un PH par exemple dans un hôpital local fait que l'organisation des soins doit être équivalente à celle d'un CHU.

Il faut absolument associer le personnel le plus possible et se garder la possibilité de revenir en arrière, d'entendre la population (démocratie sanitaire)⁸⁴.

Toutes ces réticences peuvent être médiatisées et dans ce cas, elles peuvent ternir l'image de l'établissement. Les résistances du personnel par exemple peuvent être suspectées de réduire la qualité du service. Les usagers se tourneront alors vers un autre établissement.

C) Des partenaires

La coopération entre des établissements peut entraîner des réticences de la part des autres établissements non membres de cette coopération. En effet, ils peuvent se sentir exclus et créer une véritable situation concurrentielle. Il est essentiel d'instaurer une relation équilibrée (gagnant/gagnant).

⁸³ FORCIOLI Pascal, «Fusions d'hôpitaux et conflits à l'hôpital », Gestions Hospitalières, avril 1999, n° 385, pages 256 à 260

⁸⁴ Cf. annexe 1

3.2 Les outils de prévention et d'évaluation

Pour mener à bien les différentes actions de coopération, il est nécessaire d'avoir une vision prospective claire et une stratégie définie. De plus, il est plus prudent d'imaginer des ajustements si les résultats ne correspondent pas à ceux attendus.

La coopération doit obligatoirement faire l'objet d'une préparation et d'une élaboration minutieuse, recueillir l'adhésion de tous les partenaires, choisir la bonne formule juridique (adaptée et personnalisée). Elle doit être accompagnée de réflexion, d'imagination, de prudence et d'énergie⁸⁵.

3.2.1 Les outils de prévention

A) La clarté des objectifs et la validation de leur faisabilité

Le projet d'établissement, le COM et la convention tripartite sont des outils pertinents d'affichage des objectifs de l'établissement. En effet, ces différents documents sont élaborés sur la base de documents produits par des groupes multidisciplinaires : le projet médical, le projet de soins et le projet de vie. Le respect de cette procédure permet de vérifier la validité des objectifs fixés. Les axes de coopération sont donc étudiés et formalisés au moment de la réalisation de ces documents puisqu'ils comportent des volets spécifiques sur ce thème.

Une fois ces documents rédigés, ils doivent être soumis aux différentes instances de l'établissement : CA, CME, CTE⁸⁶. Ils font alors l'objet d'une présentation et d'une explication. Les membres des instances peuvent alors poser des questions et amender ou refuser les différentes propositions. Le soutien des élus apporte de la crédibilité aux actions, une caution au projet. Il est important d'être d'accord sur les objectifs et les modalités de leur mise en œuvre. Il est nécessaire d'obtenir l'acceptation de la communauté politique.

⁸⁵ CALMES Gilles SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura, Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, Paris, Masson, Objectifs en management hospitalier, 1998

⁸⁶ cf. article L 6143-1 et 6144-1 du CSP

La décision de développer des actions de coopération n'est donc pas une décision prise unilatéralement par le directeur. Elle doit faire l'objet d'un débat, d'une étude et d'une formalisation claire avant d'être engagée.

De plus, l'élaboration de ces documents permet de positiver les impératifs institutionnels. En effet, lors de leur négociation ils offrent la possibilité de tenter d'obtenir des financements nouveaux auprès des autorités de tarification.

Pour vérifier la faisabilité d'une coopération, il est possible de procéder par étapes. L'exemplarité est alors un excellent moyen pour encourager les équipes. En effet, plutôt qu'un long discours, les actions du directeur sont porteuses⁸⁷. La direction commune mise en place avec l'HL de Saint Brice en Coglès permet de commencer par un directeur commun et une équipe de direction commune et de vérifier si d'autres pistes sont possibles et nécessaires. De cette façon, les situations de blocage sont limitées surtout si elles sont accompagnées d'un travail de concertation et de communication.

En effet, le directeur doit donner du sens et sécuriser ses collaborateurs en expliquant les objectifs poursuivis. Le personnel a le droit d'être informé sur les projets et les méthodes utilisées⁸⁸.

Il faut formaliser le plus souvent possible pour rendre visible la démarche et faciliter les relations avec les partenaires. En effet, la formalisation permet « d'identifier les valeurs partagées, de clarifier les objectifs et les missions ainsi que les engagements, en termes financiers notamment »⁸⁹. Elle donne une véritable légitimation au projet, aboutissement d'une démarche. Elle permet également un échange sur le projet, d'éclaircir les différentes opinions, d'obtenir une cohésion. Lors de la formalisation, il faut absolument faire une analyse de l'existant et prendre du recul. La formalisation a l'avantage de planifier le projet, de fixer des objectifs et des règles de fonctionnement et de pérenniser le projet.

⁸⁷ ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis, Réussir le changement de l'hôpital, Paris, inter Editions, 1996

⁸⁸ LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales : responsabilités et compétences, environnements et projets, stratégies et outils, Paris, Dunod, 2003

⁸⁹ Cahier des charges portant recommandations et procédures pour le développement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

B) La concertation régulière

Afin d'entendre les réticences, les malentendus mais aussi les évolutions souhaitées, il semble intéressant de créer une instance bénéficiant d'un large consensus au sein de l'établissement. Cette instance doit pouvoir proposer des choix rationnels. Il faut prévoir des procédures de décisions (le vote par exemple). Le Directeur n'étant alors que le régulateur, il veille au respect des objectifs et à leur application⁹⁰. Cette concertation doit être pluridisciplinaire. Le mélange des différents professionnels permet à chacun de prendre sa part de responsabilité. Cette concertation permet d'être d'accord sur les valeurs communes de l'établissement.

La mise en place de la direction commune à l'HL d'Antrain a été réalisée grâce aux groupes de travail constitués spécifiquement. Ces groupes comprenaient des représentants de tous les services de chaque établissement. Ils ont fourni un travail préliminaire intéressant. En effet, ils ont permis de verbaliser les craintes du personnel et d'entendre les objectifs de la direction. Cette étape est apparue indispensable à la réussite de ce projet. L'organisation du vote a permis d'entendre la volonté du personnel sur la poursuite ou non de la coopération entre les deux établissements.

Dans le cadre de la convention de coopération avec le CH de St Malo, il a été décidé que les médecins travailleraient ensemble. Un comité inter service doit élaborer un projet médical de secteur de MPR pour une période de 2 ans déterminant les objectifs et les modalités de fonctionnement. Il est constitué des médecins et des cadres des services de MPR des deux établissements.

Le but de la convention des établissements de la Baie du Mont St Michel est d'aller au-delà des relations bilatérales, de construire ensemble une organisation de soins sur le Sud Manche. Les discussions dans le cadre de cette instance de concertation doivent permettre d'évoquer les différents axes qui vont servir à alimenter la concertation. Cette coopération a pour objectif de proposer des rencontres régulières entre les différents partenaires pour faire un état des différents projets, de créer une instance de concertation : lieu de rencontre pour bâtir une politique cohérente sur le territoire du Sud

⁹⁰ ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis, Réussir le changement de l'hôpital, Paris, inter Editions, 1996

Manche⁹¹. Cette coopération doit permettre de créer un espace de concertation et de donner la taille des établissements⁹².

C) La communication efficace et rapide

« La communication est ce qui donne existence et cohérence à un système. Pas de communication, pas de système ! Les interactions, les régulations, la perception de finalités partagées ne sont possibles que par la communication »⁹³.

Tous les projets de coopération doivent donc faire l'objet d'une communication de qualité. Pour avoir une bonne communication, selon le schéma de la communication selon Shannon⁹⁴, il faut obtenir un codage et un décodage univoques du message. La prise de conscience de cette limite est primordiale pour élaborer une communication efficace. Cependant, il ne faut pas négliger le fait que le « récepteur attribue toujours au message le sens qu'il veut. Il est actif dans la communication...L'essentiel du processus de communication se déroule dans l'univers symbolique et social du récepteur ». Il est donc indispensable de se préoccuper des contextes d'interprétation des personnes.

De plus, « information et connaissance sont étroitement imbriquées : la connaissance s'élabore à partir d'informations, mais l'information a besoin de la connaissance pour prendre sens ». Il faut donc s'inquiéter du développement de la connaissance partagée qui permettra de construire du « sens partagé et une cohérence dans l'action ».⁹⁵ Il est important également de donner du sens.

Il est nécessaire de trouver les bons outils de communication. Il existe différents types de communication⁹⁶ :

Communication orale	Communication visuelle	Communication écrite
Messages, déclarations, symboles et orientations	Locaux, décoration, aménagement, affichage.	Rapports, notes de service, comptes rendus divers.

⁹¹ Cf. annexe 1

⁹² Cf. annexe 1

⁹³ GENELOT Dominique, Manager dans la complexité, Paris, Insep Consulting, 2001

⁹⁴ Cf. annexe 9

⁹⁵ GENELOT Dominique, Manager dans la complexité, Paris, Insep Consulting, 2001

⁹⁶ LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales : responsabilités et compétences, environnements et projets, stratégies et outils, Paris, Dunod, 2003

Et différents supports de la communication :

Les supports institutionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet de service - La plaquette de service - Les rapports d'activité - La réunion institutionnelle
Les supports de l'activité et du fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Les analyses statistiques et qualitatives - Les fiches actions - Les fiches projets - Les procédures de gestion - Les réunions techniques
Les supports de la gestion humaine et sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Le règlement intérieur de service - L'organigramme fonctionnel et hiérarchique - Les profils de fonctions - Le plan pluriannuel de formation - Les entretiens annuels - Le dialogue social et les instances représentatives
Les supports d'image et de concertation	<ul style="list-style-type: none"> - Le journal ou la lettre du service - Les commissions internes - Les réseaux et instances extérieures - Les réunions de service et d'équipes - Le conseil d'établissement ou de service - Les enquêtes internes et externes de satisfaction

A l'hôpital local d'Antrain, il existe un journal mais il est destiné aux résidents et le comité de rédaction ne souhaite pas le faire évoluer. Il faudrait mettre en place une feuille d'information régulière pour le personnel. En effet, actuellement l'information est réalisée par le biais de notes d'information qui sont peut être trop formalistes et hiérarchiques. Le journal ou la feuille d'information semble plus conviviaux, on peut y mélanger des informations diverses : événements de l'établissement, renseignements statutaires et réglementaires, information sur les projets de l'établissement et leur état d'avancement, les résultats escomptés et ceux obtenus. Cet outil permet de rendre l'information accessible à tous.

Il peut être utile de communiquer sur l'aspect positif du budget global qui donne l'assurance d'avoir des ressources constantes d'une année sur l'autre et du COM qui est un moyen d'obtenir des ressources nouvelles. Il semble important d'évoquer les contraintes budgétaires, la nature inflationniste des dépenses, le niveau de qualité de l'organisation interne et la nécessité de disposer de compétences professionnelles, ou le maintien d'une activité. En effet, la coopération peut être une solution à ces

contraintes car elle répond aux sollicitations des pouvoirs publics et d'obtenir des moyens humains, matériels ou financiers⁹⁷.

La communication doit permettre de renforcer les liens entre les partenaires. Le partage de l'information peut améliorer la multi-coopération parce que les partenaires sont tous informés de la stratégie. Il ne faut donc pas oublier les médecins, les équipes soignantes mais aussi les usagers.

Dans le projet de direction commune, la communication a joué un rôle primordial dans l'approbation par le personnel. En effet, plusieurs réunions d'information ont été organisées pendant lesquelles le directeur a fait part du travail des groupes pluridisciplinaires et a répondu à toutes les questions formulées. L'organisation de ces réunions a été lourde car il fallait que la majorité du personnel puisse y assister. Une réunion a même été ajoutée car la précédente n'avait pas permis au personnel de se libérer en raison de l'horaire. La transparence affichée a levé les ambiguïtés imaginées par le personnel.

D) Une organisation simple et claire

Il est important de réaliser au préalable un recensement exhaustif des coopérations existantes ou en cours de réalisation afin de disposer d'un état des lieux précis. Les directeurs d'établissements rencontrés ont fait part de cette nécessité. En effet, M. LE BERRE a souhaité faire au préalable un état des lieux des coopérations du CH d'Avranches Granville pour deux raisons : pour connaître les coopérations instaurées dont on ne se souvient plus mais aussi les coopérations jamais formalisées, donc mal connues. Il a ajouté qu'il a fallu faire le recensement des coopérations formelles et informelles, faire le point sur l'existence ou les démarches d'élaboration des différents projets d'établissements⁹⁸.

⁹⁷ ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis, Réussir le changement de l'hôpital, Paris, inter Editions, 1996

⁹⁸ Cf. annexe 1

Il faut également accompagner le personnel dans l'organisation de la coopération. En effet, il est indispensable de disposer d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel afin d'éviter les dysfonctionnements de l'équipe de direction⁹⁹.

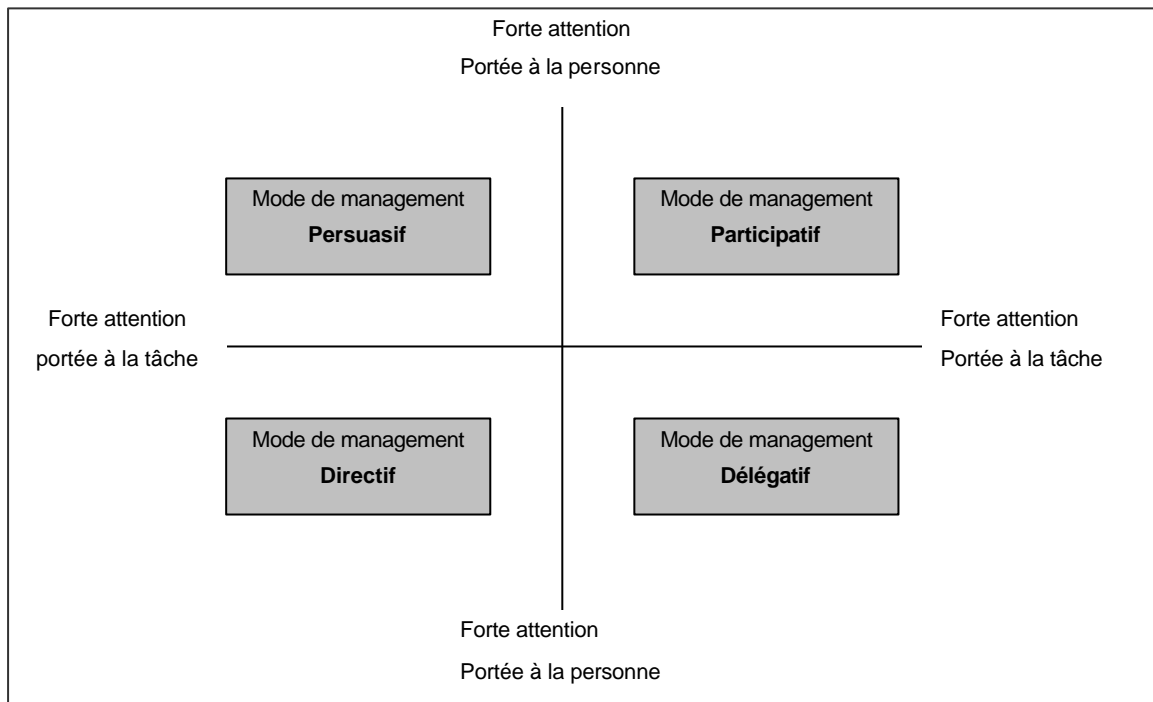
Le bon fonctionnement de l'équipe de direction est un atout évident pour la bonne gestion de la coopération. L'équipe de direction a un rôle important dans l'organisation institutionnelle. Elle assure notamment la mission de conseil au directeur. Au cours des réunions de direction, les cadres doivent pouvoir relater leurs difficultés, poser leurs questions, analyser le fonctionnement des services et proposer des solutions. C'est un espace de travail intéressant pour le directeur.

Il est nécessaire d'accompagner le personnel pendant la période d'intégration. En effet, le personnel peut être amené à travailler sur plusieurs sites en raison de la coopération. Il est alors indispensable de l'aider à trouver ses repères car l'intégration est alors rendue plus complexe. L'organisation d'une visite des établissements et la remise d'un livret d'accueil du personnel contenant toutes les informations nécessaires sur la structure semblent des éléments intégrateurs intéressants.

Le personnel est la ressource essentielle d'un établissement, il faut savoir mobiliser les compétences mais aussi les valoriser et les » mettre à jour » par la **formation professionnelle**. La formation du personnel doit permettre d'améliorer la coopération parce qu'elle permet de développer les compétences du personnel mais aussi d'encourager les évolutions et la mobilité professionnelle. La formation doit accompagner le changement.

Il est nécessaire d'adapter le management aux situations de travail :

⁹⁹ LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales : responsabilités et compétences, environnements et projets, stratégies et outils, Paris, Dunod, 2003



Le mode directif convient à une situation où le collaborateur n'a pas de compétence sur le sujet et se trouve peu motivé. Le mode persuasif si le collaborateur a peu de compétence mais une réelle motivation. Le mode participatif si le collaborateur est compétent. Le mode délégatif si le collaborateur est compétent, motivé et en accord avec le manager sur les objectifs et la façon de procéder. La combinaison des modes de management est un réel enrichissement¹⁰⁰. Les deux derniers modes permettent de faire gagner du temps mais tout le monde doit être d'accord.

Pour les actions de coopération, le management participatif par objectifs semble une forme intéressante qui nécessite de la part des cadres une faculté d'analyse et d'anticipation. Il permet de laisser au personnel une part de responsabilité avec en contrepartie un contrôle efficace et une expertise approfondie¹⁰¹.

Il est important également d'organiser le travail : de proposer et d'affecter des tâches à réaliser, de suivre l'avancement des travaux et d'anticiper les dérives, de fixer des indicateurs et d'élaborer des procédures. Lorsqu'un agent doit travailler sur plusieurs sites, il est indispensable de mettre en place un planning précis et de le diffuser à chaque

¹⁰⁰ GENELOT Dominique, Manager dans la complexité, Paris, Insep Consulting, 2001

¹⁰¹ LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales : responsabilités et compétences, environnements et projets, stratégies et outils, Paris, Dunod, 2003

responsable d'établissement¹⁰². En effet, ce planning permet de savoir à quel moment l'agent sera présent.

La convention de partage de l'astreinte technique prévoit évidemment les modalités de l'astreinte mais il fallait obligatoirement mettre en place une organisation cohérente commune pour faciliter et harmoniser le travail des agents sur les deux sites et créer des liens :

- Organisation commune pour identifier les points sensibles de chaque établissement
- vérification des habilitations et organisation de formations complémentaires si nécessaire
- visites réciproques des établissements régulièrement organisées
- vérification que tous les moyens requis sont à disposition du ou des techniciens de l'autre établissement
- élaboration d'une liste des entreprises sous contrat de maintenance avec détail du contenu de la maintenance, plans et notices
- organisation de visites techniques des administrateurs deux fois par an.

La convention de direction commune prévoit l'élaboration d'un programme annuel de direction commune définissant les objectifs et les dates de réalisation. Ce programme est présenté aux instances en même temps que le budget prévisionnel.

3.2.2 Une politique d'évaluation

L'évaluation permet de mieux comprendre, mieux intervenir et mieux décider. Elle permet de tenter de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. La politique d'évaluation doit permettre de mesurer le décalage entre les objectifs fixés et la réalité, de déterminer les mesures à mettre en œuvre pour améliorer. Il faut donc vérifier la qualité du service, la cohérence des changements, l'adéquation avec les besoins des usagers et les missions de l'établissement et réaliser un bilan de l'efficacité de la mesure.

Il existe différents types d'évaluation : de conformité, de la satisfaction, de l'organisation, des résultats et des risques. Ces vérifications sont mises en place pour des raisons éthiques, réglementaires, judiciaires, économiques et médiatiques.

¹⁰² Cf. annexe 10

Cette évaluation ne doit pas entraîner l'établissement vers d'autres écueils : trop de papier, trop de théorie, trop de temps passé, trop d'expertise, pas de mesure, pas de communication, pas de participation, pas de leadership.

A) Une évaluation régulière

L'amélioration continue de la qualité illustrée par la roue de Deming

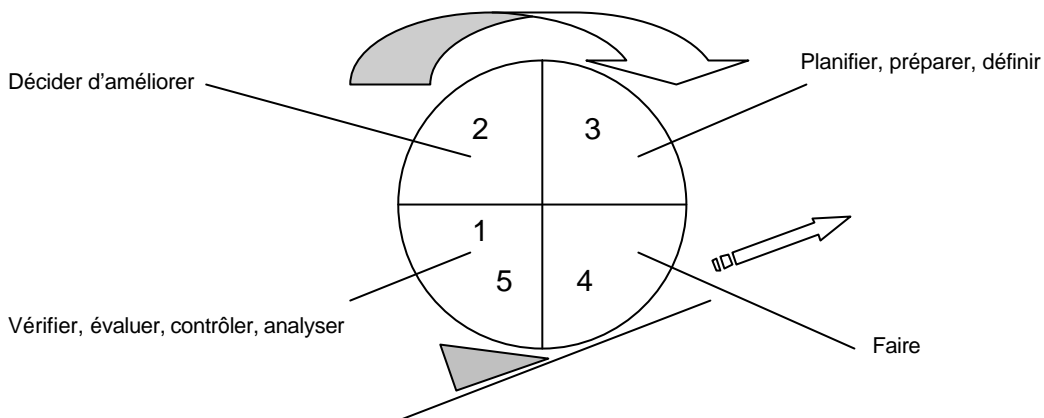


Figure 3 - Annexe 2 du Guide d'accompagnement "Améliorer la qualité en EHPAD"

- 1 – Autoévaluation initiale
- 2 – Plan d'action et fiches projet
- 3 – amélioration des processus relatifs à des points faibles
- 4 – Mettre en œuvre la solution retenue
- 5 – Suivi de la mise en œuvre par indicateurs, tableaux de bord, autoévaluation de suivi

Les dysfonctionnements sont rendus visibles grâce à cette évaluation régulière. De plus, elle permet de mesurer la satisfaction des usagers. Pour cela il est nécessaire de fixer des indicateurs qui doivent être pertinents, utiles, opérationnels (simples et faciles d'accès), mesurables, agrégeables. L'information choisie doit être associée à un phénomène destiné à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs qualité.

Il existe différents types d'indicateurs :

- de structure : stratégie générale de l'établissement (exemple : taux d'encadrement)
- de procédure : processus de prise en charge (exemple : temps d'attente)

B) Une évaluation de la satisfaction

Pour évaluer la satisfaction des usagers ou des partenaires des enquêtes de satisfaction peuvent être réalisées ponctuellement. Il faut alors faire une évaluation de la qualité : qualité attendue, conçue, produite et ressentie et rechercher les attentes et les besoins des patients, des résidents, de leurs familles ou des partenaires.

A l'HL d'Antrain, des questionnaires de satisfaction ont été réalisés et sont remis aux usagers avec le livret d'accueil. Les questionnaires retournés font l'objet d'un traitement immédiat. Le cadre de santé l'analyse et le transmet à la direction avec les éléments de réponse. Lors des réunions de cadres les adaptations des services sont étudiées afin d'optimiser la qualité. L'établissement devrait mettre en place un outil informatique de traitement des questionnaires de satisfaction du secteur hébergement.

Cependant, les questionnaires de satisfaction ne sont pas remis systématiquement, peuvent être complaisants et ne sont pas toujours remplis par l'utilisateur lui-même ou pas remplis du tout.

Le développement d'une démarche globale d'amélioration de la qualité semble nécessaire. Elle doit s'appuyer sur les outils d'autoévaluation de l'accréditation ou de la convention tripartite. En effet, même si ils peuvent être discutables ils ont le mérite d'exister. Il est intéressant de réaliser cette autoévaluation obligatoire mais aussi d'utiliser ces outils pour mettre en place une évaluation régulière de la qualité grâce aux critères référencés.

Cette évaluation peut se traduire par la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire qui va, à un rythme régulier mais pas trop rapproché, étudier un des critères qui lui semble important ou intéressant à un moment donné en fonction de l'actualité de l'établissement. Ce groupe pourra alors analyser le fonctionnement du service et les dysfonctionnements éventuels. Cette démarche permet d'instaurer un temps d'analyse et de réflexion sur la pratique professionnelle, de donner un temps de parole au personnel, un temps d'échange entre les services. Cette démarche peut tout à fait être utilisée pour analyser la coopération. Dans ce cas, on peut imaginer constituer ponctuellement le groupe avec du personnel des établissements concernés.

C) Une évaluation de l'organisation

Une évaluation du processus de l'organisation interne peut être réalisée par des bilans d'étape.

Avec le personnel

La coopération doit permettre d'améliorer le fonctionnement des services et les conditions de travail. Il est important d'accompagner : expliquer, convaincre, prouver, déterminer le négociable et le non négociable.

Le bilan des astreintes techniques pour la période du 26 janvier au 5 mai 2004 a permis d'établir les listes des interventions réalisées sur chaque site, de vérifier si les appels étaient justifiés et l'organisation du système cohérente. Il est apparu que dans l'ensemble les déplacements étaient justifiés, que l'organisation permettait une résolution de problème. La fiche d'intervention permet de donner une suite au problème rencontré. Des aménagements ont également pu être instaurés grâce à ce bilan : rappel de la nécessité du remplissage du cahier de garde, indiquer sur le formulaire le signalement à l'administrateur, ajouter la date, élaboration d'un protocole spécifique concernant le chauffage pour l'HL d'Antrain.

Au terme de l'élaboration de ce bilan, des pistes essentielles de travail ont été relevées par le directeur :

- ✓ Concernant l'opérationnalité immédiate de l'astreinte, trois axes d'amélioration ont été identifiés :
 - Amélioration de la prévisibilité par l'élaboration d'un planning des vérifications régulières ou de fin de semaine ou par l'information immédiate des pannes durant l'astreinte ou des défauts de jour pouvant entraîner une panne de nuit
 - Opérationnalité par l'information du personnel des services, la coopération de l'administrateur de garde et le technicien d'astreinte
 - Des suites à donner à l'intervention en astreinte
- ✓ Concernant l'organisation de l'astreinte, trois axes ont également été relevés :
 - Prévisibilité : élaboration d'un tableau des axes d'information, de formation, d'un plan d'entretien des bâtiments et équipements, une analyse des pannes, un document technique de synthèse partagé par l'administrateur et les techniciens.
 - Opérationnalité : bilans réguliers
 - Suites à donner : communication et information interne

Avec les élus

Grâce à leurs différentes fonctions, les élus sont amenés à entendre les demandes et les observations de la population : « place entre la ville et l'hôpital »¹⁰³. Ils doivent donc être informés de l'avancée de la coopération. Il faut les intégrer obligatoirement dans la concertation. Ils sont déjà au fait de la coopération dans la gestion de leur commune : investissements sur plusieurs communes ou partage (ici piscine, là salle des sports...). Leur participation est indispensable car ils ont pour mission de protéger les intérêts des concitoyens. Ils ont vocation à défendre les intérêts des administrés.

Une concertation régulière et programmée peut être mise en place. L'information donnée sera alors spécifique : synthèse et prise en compte de leurs remontées d'information pour adapter et moduler. Il est important d'obtenir leur caution.

Avec les partenaires

Chaque année, une évaluation est réalisée lors d'une réunion avec les médecins. Au cours de l'année, des mises au point peuvent être faites par mail¹⁰⁴.

D) Une évaluation des résultats

Il est nécessaire d'évaluer les résultats de la coopération. Il faut vérifier que l'établissement propose la juste qualité au juste coût. Les usagers sont de plus en plus exigeants à l'égard de la qualité. De plus, il existe de la concurrence sur certains segments d'activité (maison de retraite par exemple).

Il faut donc réaliser une évaluation de l'efficacité ou de l'efficience.

¹⁰³ ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis, Réussir le changement de l'hôpital, Paris, inter Editions, 1996

¹⁰⁴ Annexe 1

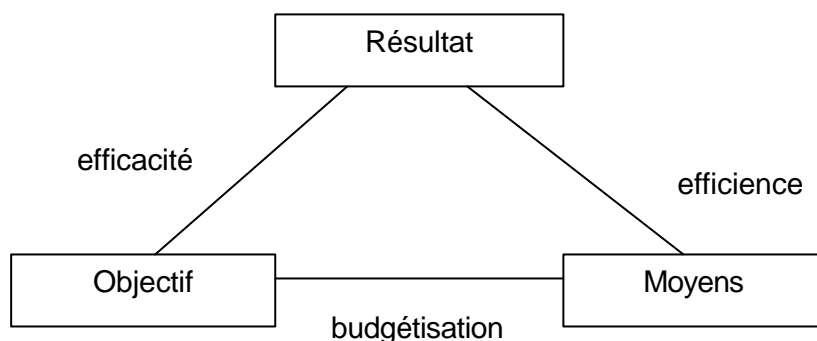


Figure 4 - Schéma de la performance¹⁰⁵

L'efficacité c'est la mesure de l'atteinte des objectifs, le rapport entre l'objectif et le résultat. L'efficience, la mesure de la pertinence des moyens mis en œuvre pour atteindre des objectifs, le rapport entre les moyens et le résultat, entre l'énergie dépensée et le résultat.

Afin d'évaluer le gain financier de la coopération, il est nécessaire de réaliser des études de coûts. Dans le cas de l'astreinte technique, l'évaluation a été assez simple. En effet, il suffisait de comparer le coût de l'astreinte sans coopération et avec coopération.

Tableau 4 - Bilan de l'astreinte technique

	Sans coopération	Avec la convention	Ecart
HL d'Antrain	415 €* x 52 = 21.580 €	(400 €* x 52) x 60 % = 12.480 €	9.100 €
HL de St Brice	340 €* x 52 = 17.680 €	(400 €* x 52) x 40 % = 8.320 €	9.360 €
TOTAL	39.260 €	20.800 €	18.460 €

* coût hebdomadaire moyen d'une astreinte

Une économie annuelle de 18.460 € est réalisée grâce à la coopération entre les deux établissements. Il convient évidemment de vérifier si cette économie ne se fait pas au détriment de la qualité. Le premier bilan technique ne fait mention d'aucune réserve, l'organisation du travail se fait conformément à la réglementation et sans difficulté.

L'évaluation financière peut également être réalisée au moment du compte administratif. Il faut alors tenir une comptabilité analytique précise permettant d'identifier les dépenses et

¹⁰⁵ cours ENSP « stratégie et projet d'établissement » LAUDE-ALIS Laetitia, juillet 2003

les recettes¹⁰⁶. Dans le cas du groupement de commandes ou de la coopération informatique, aucune économie apparente n'est réalisée puisque ces missions n'étaient pas réalisées auparavant. Cette organisation permet dans un premier temps de respecter le CMP et de disposer de compétences techniques. Cependant, des gains financiers peuvent être réalisés. En effet, le groupement de commandes permet d'obtenir de meilleures conditions. Le CH de St Malo a réalisé une étude comparative de prix qui laisse apparaître des gains financiers intéressants : les prix obtenus dans le cadre du groupement de commandes ont permis de réaliser un gain de 14.170, 23 € (soit - 8,47 %) sur les produits d'usage unique.

Ces gains financiers ont permis de conforter la coopération. En effet, au bout de quelques mois de fonctionnement du groupement de commandes, des interrogations étaient formulées par les adhérents qui ne trouvaient aucun avantage à cette coopération. Cette étude a permis d'analyser la coopération de façon plus sereine.

Cependant, il n'est pas toujours aussi facile d'évaluer la coopération. Il faut souvent réaliser des bilans plus complexes d'où l'intérêt de fixer des critères au préalable.

Les réseaux de santé doivent réaliser tous les trois ans un rapport d'évaluation qui permet de vérifier le niveau de réalisation des objectifs, la qualité du service rendu, la participation et la satisfaction des usagers et des membres du réseau, le bon fonctionnement du réseau, les coûts et l'impact du réseau sur son environnement et sur les pratiques professionnelles¹⁰⁷.

Dans la convention concernant les CLIC relais, il est prévu un bilan entre les institutions afin de réaliser une évaluation et apporter les modifications nécessaires au bon fonctionnement. Cette évaluation se fera dans un premier temps (novembre 2004), au cours d'une réunion des responsables en vue d'ajuster le fonctionnement mais aussi l'articulation avec le CLIC central.

¹⁰⁶ Cf. annexes 11 – 12 et 13

¹⁰⁷ CLEMENT Jean Marie, Mémento de droit hospitalier. A jour au 1^{er} juin 2003, Paris, Berger Levrault, Les indispensables, 2003

CONCLUSION

J'ai choisi de travailler sur le thème de la coopération d'abord parce que mon maître de stage m'avait chargé de cette mission. Très vite, je me suis rendue compte que la coopération est évidemment une nécessité pour un établissement et qu'elle présente pour une structure comme l'HL d'Antrain de nombreux avantages notamment en terme de positionnement. Mais, j'ai pu également constater que la coopération, lorsqu'elle doit être développée dans plusieurs directions, peut entraîner des lourdeurs de fonctionnement. La mise en place de la direction commune m'a également permis de comprendre la dimension essentielle de la communication.

Au terme de ce travail, je pense que la coopération est tout à fait importante, qu'elle est gage de valeur pour un établissement, mais qu'il faut impérativement mettre en place des outils de prévention et d'évaluation afin d'éviter les risques de dysfonctionnement dus à la multi-coopération. Les outils de prévention doivent permettre de vérifier la validité des objectifs et d'organiser une concertation régulière. Il est important de mettre en place une communication efficace et rapide et une organisation simple et claire. Une évaluation régulière de la satisfaction, de l'organisation et des résultats doit être réalisée afin de vérifier la pertinence de la coopération et les adaptations nécessaires. Il est d'ailleurs indispensable de toujours prévoir la possibilité d'arrêter la coopération si elle pose problème, de se laisser une possibilité de retour en arrière.

Il est important de s'interroger sur l'objectif poursuivi par la mise en place de coopération : cherche-t-on à accroître son pouvoir ou à accepter sur tel ou tel champ de coopérer et donc de perdre son périmètre juridique ou sa zone d'autorité hiérarchique au bénéfice d'un autre : amélioration de prise en charge et peut être aussi en pouvoir d'influence (pouvoir administratif) ?

Les effets de la canicule ont mis en évidence la nécessité d'organiser la filière gériatrique, de coordonner les services. Le développement de réseau gériatrique EHPAD/hôpital permet d'assurer l'hospitalisation des personnes âgées dans les meilleures conditions (délais, attente et lit spécifique).

Cette multi-coopération n'entraîne-t-elle pas également une évolution du métier de directeur d'établissement ? En effet, par courrier, la FHF, l'Association D3S, le SNCH et la CFDT proposaient au ministre de la santé en date du 24 juin 2004, notamment de « favoriser la gestion commune d'établissements par des conventions de gestion dans un premier temps, puis par des fusions d'établissements pour garantir la pérennité juridique

du dispositif, tout en assurant à chacun des établissements un encadrement administratif relais ». Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a répondu en date du 6 juillet 2004, que « la mission des directeurs qui acceptent de diriger plusieurs établissements doit être facilitée » par la simplification de la gestion et la construction d'un statut juridique adapté.

Cette adaptation entraîne notamment des questionnements sur le devenir des hôpitaux locaux et maisons de retraite : pourront-ils rester autonomes ou seront-ils systématiquement rattachés à un centre hospitalier même lorsqu'un directeur est en fonctions, quels sont par ailleurs, les avantages à en retirer pour les usagers ?

Bibliographie

Ouvrages

- ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis, Réussir le changement de l'hôpital, Paris, inter Editions, 1996
- CALMES Gilles SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura, Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, Paris, Masson, Objectifs en management hospitalier, 1998
- CLEMENT Jean Marie, Cours de droit hospitalier Tome 1, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2003
- CLEMENT Jean Marie, Mémento de droit hospitalier. A jour au 1^{er} juin 2003, Paris, Berger Levrault, Les indispensables, 2003
- LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales : responsabilités et compétences, environnements et projets, stratégies et outils, Paris, Dunod, 2003
- GENELOT Dominique, Manager dans la complexité, Paris, Insep Consulting, 2001

Articles

- BRIERE Jacques et Claude Gouly, « Organisation sanitaire, la proximité des soins hospitaliers », Gestions Hospitalières, Décembre 2003, N° 431, p 783-788
- CHICHE Patrick, « simplification de l'organisation sanitaire et sociale. L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 », Gestions Hospitalières, décembre 2003, N° 431, pages 789 à 791
- CLERY-MELIN Philippe, « Hospitalisation publique et privée : quel type de coopération en psychiatrie ? », Revue hospitalière de France, janvier-février 2003, n° 490, p 10-12
- CORMIER Maxence, « la place de la loi du 4 mars 2002 dans l'évolution de la coopération hospitalière », Revue de droit sanitaire et social, décembre 2002, n° 4, p 752-764
- CREMADEZ Michel, « Vers une nouvelle gouvernance hospitalière ? », Revue hospitalière de France, janvier-février 2003, n° 490, p 42 – 49
- DOGIMONT Renaud, « Groupement de coopération sanitaire, transcription juridique d'incertitudes politiques », Gestions Hospitalières, Janvier 2004, N° 432, p 12 – 17
- FORCIOLI Pascal, « Fusions d'hôpitaux et conflits à l'hôpital », Gestions Hospitalières, avril 1999, n° 385, pages 256 à 260
- PETIT Jacques, CORMIER Christine, LAUDE Anne, DE FORGES Jean-Michel, CORMIER Maxence, BADIN Xavier, « La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Titre III - la qualité du système de santé », Revue de Droit Sanitaire et Social, octobre-décembre 2002, N° 4, pages 707 à 780
- ROMATET Jean-Jacques, LEFEBVRE Jean-François, « Investissements hospitaliers : plaider pour le regroupement de coopération sanitaire, un exemple de partenariat public/privé », Revue Hospitalière de France, septembre-octobre 2003, N° 494, pages 24 à 26
- VULLIARD Isabelle, WEMBA Henriette, « Mutualisation de moyens : tout le monde y gagne ! », Parents et gestionnaires, juillet-août 2003, N° 143, pages 12 à 18

Etudes et rapports

- Cahier des charges portant recommandations et procédures pour le développement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- Note d'Edouard Couty, Directeur des Hôpitaux, du 7 juillet 2000
- Réflexions et recommandations pour le développement des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), Ministère de l'emploi et de la solidarité

Conférences

- BROCHEN Gilles, « Allocution d'ouverture », Actes du Colloque du 11 décembre 2003, groupe Berger-Levrault, Paris
- Cours ENSP « stratégie et projet d'établissement » LAUDE-ALIS Laetitia, juillet 2003
- Séminaire « Les politiques de santé », groupe n° 12 : l'avenir de l'hôpital, promotion ENA 2002-2004

Ordonnances – lois – décrets et circulaires

- ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- ordonnance n° 2003-850 du 4 mars 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé
- loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail... dans la fonction publique hospitalière et notamment son titre II
- le décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans... la fonction publique hospitalière
- circulaire 2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret n° 2002-9
- circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Sites Internet

<http://coordinationmb.free.fr>

www.ena.fr

www.fehap.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.recomposition-hospitaliere.fr

www.sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 – Entretiens

Annexe 2 – Tableau comparatif des réformes

Annexe 3 – Synoptique des modes et structures de coopération d'un établissement public de santé

Annexe 4 – Récapitulatif des coopérations avec les centres de référence et l'HL de Saint Brice en Coglès

Annexe 5 – Récapitulation de l'ensemble des axes de coopération dans le domaine sanitaire et social

Annexe 6 – Données générales de l'hôpital local d'Antrain

Annexe 7 – Données générales de l'environnement de l'hôpital local d'Antrain

Annexe 8 – Résultats de la consultation organisée le 11 décembre 2003

Annexe 9 – Schéma de la communication selon Shannon

Annexe 10 – Planning de présence de l'informaticien

Annexe 11 – Coût de la coopération informatique

Annexe 12 – Coût du groupement de commandes

Annexe 13 – Répartition des charges du groupement de commandes

ANNEXE 1

Des entretiens ont été réalisés afin d'obtenir l'avis des différents acteurs de coopération : l'Etat, des directeurs d'établissements, un responsable d'une structure de coopération et des membres du personnel. Leurs propos m'ont permis d'illustrer mon mémoire.

Melle Hélène PHANER, Chef du bureau des réseaux, des complémentarités et des recompositions des activités de soins à la DHOS

Lors de l'entretien téléphonique, Melle PHANER précise que la DHOS a la volonté de promouvoir la coopération hospitalière, moins la coopération pure que les coopérations qui vont aboutir à des recompositions (recomposition financière entre un hôpital et une clinique par exemple).

Elle ajoute que son service propose un accompagnement qui se traduit par des adaptations des textes législatifs et réglementaires. En effet, il y a de grosses demandes pour des coopérations entre des établissements publics et privés : un hôpital a de la difficulté à faire appel aux médecins libéraux, le Code de la Santé Publique prévoit que les médecins PH ou attaché sont titre IV de la Fonction Publique. Cependant, il a été observé que beaucoup d'établissements passaient des conventions au mépris de la loi. La DHOS a donc adapté le droit à la réalité : le GCS offre la possibilité de recruter du personnel.

Elle précise que la DHOS accompagne également sur le terrain des opérations particulièrement exemplaires ou délicates. Il existe d'ailleurs un site Internet concernant la recomposition hospitalière : toutes les opérations réalisées ou en cours sont reprises dans le détail (descriptif de l'opération et même les coordonnées des personnes référentes).

Il lui semble évident que le développement de la coopération formalisée est un atout majeur notamment pour les hôpitaux locaux. L'isolement est préjudiciable à la qualité des soins. Il est moins dangereux pour les établissements de perdre une partie de son autonomie que d'être une citadelle.

La coopération peut entraîner une anxiété de la part du personnel. L'arrivée d'un PH par exemple dans un hôpital local fait que l'organisation des soins doit être équivalente à celle d'un CHU.

Il faut absolument associer le personnel le plus possible et se garder la possibilité de revenir en arrière, d'entendre la population (démocratie sanitaire).

Elle remarque que les principales sources de recomposition hospitalière sont la démographie médicale en déclin et les difficultés financières des cliniques privées. Si une clinique n'est plus rentable, on la ferme (exemple de Lavelanet près de Toulouse). Mais dans ce cas, la population n'a plus d'accès aux soins. La DHOS essaye de trouver un moyen de renforcer cette clinique. La coopération permet cet accompagnement, en lui laissant les activités les plus rentables par exemple. L'accompagnement financier est réservé au secteur public.

Concernant l'évaluation des opérations de restructuration, elle répond que c'est un problème conceptuel. On peut évaluer une opération mais pas la politique de recomposition. La DHOS réalise une évaluation approfondie par opération au moyen d'un questionnaire d'évaluation.

Au total, on ne sait pas ce que ça change réellement, il n'y a pas d'indicateurs en France.

M. LE BERRE, Directeur du Centre hospitalier d'Avranches Granville

Lors de l'entretien avec M. LE BERRE, la question de la convention des établissements de la Baie est abordée. M. LE BERRE dit qu'il apparaît intéressant de formaliser une forme de coopération plus souple, moins formelle. En effet, la disparition de la communauté d'établissements, a fait choisir une forme plus souple : la convention.

Il précise que cette coopération a pour objectif de proposer des rencontres régulières entre les différents partenaires pour faire un état des différents projets, de créer une instance de concertation : lieu de rencontre pour bâtir une politique cohérente sur le territoire du Sud Manche.

Cette démarche a été engagée en 2003 par la signature d'une première convention entre :

- Centre Hospitalier d'Avranches Granville
- Centre Hospitalier de St Hilaire du Harcouët
- Centre Hospitalier Spécialisé de Pontorson
- Les 3 hôpitaux locaux du Sud Manche : Mortain, Villedieu, St James
- 1 hôpital local d'Ille et Vilaine : Antrain
- et les maisons de retraite qui le souhaitent

Uniquement des établissements publics.

Il ajoute qu'il y a d'abord eu une volonté de travailler ensemble qui ne pouvait plus s'exprimer par la communauté d'établissements (assez lourde et tombée en désuétude), puis une volonté d'adhérer (connexions à prendre en compte).

M. LE BERRE a souhaité faire au préalable un état des lieux des coopérations du CH d'Avranches Granville pour deux raisons :

- Coopérations instaurées dont on ne se souvient plus
- Coopérations jamais formalisées, donc mal connues

Il a fallu faire le recensement des coopérations formelles et informelles, faire le point sur l'existence ou les démarches d'élaboration des différents projets d'établissements.

Il dit que son établissement a un projet d'établissement depuis le 18 juin 2004. Pour lui, les coopérations, les partenariats qui peuvent fonctionner doivent reposer, s'adosser à une politique cohérente sur un territoire cohérent. Cette approche politique peut être travaillée au moment du projet d'établissement. Dans le projet médical d'Avranches Granville, 10 axes sont identifiés. Un projet d'établissement aujourd'hui ne peut plus s'arrêter aux portes de l'établissement.

Il remarque que la circulaire du 5 mars 2004 concernant les SROS de 3^{ème} génération retient une approche territoriale, la notion de « territoire de santé ». La dimension territoriale doit être retenue pour l'élaboration du projet d'établissement.

Les discussions dans le cadre de cette instance de concertation doivent permettre d'évoquer les différents axes qui vont servir à alimenter la concertation.

A ce titre, le CH d'Avranches Granville a déjà mis en place un partenariat avec les cliniques privées :

- Clinique du Bocage d'Avranches
- Clinique de Villedieu (ophtalmologie)

Ce partenariat correspond :

- à une approche de complémentarité des disciplines chirurgicales pour lesquelles la clinique à un quasi-monopole (Clinique de Villedieu en ophtalmologie). La mise en place d'un partenariat permet éviter la création de concurrence.
- A une mise en place de moyens communs : stérilisation, lithotritie.

Une convention cadre avec les deux cliniques (même direction) a été élaborée, elle fixe les termes généraux et détermine les dossiers précis de coopération.

Avec la clinique le Normandy de Granville dont l'activité est essentiellement orientée autour de la rééducation, la convention de coopération avec le service d'orthopédie a pour objectif la mise en place d'une organisation fédérative autour du concept d'appareillage, l'intervention coordonnée et structurée des services : rhumatologie, imagerie médicale, orthopédie.

Il souligne que lorsque la volonté politique existe, il ne semble pas difficile de coopérer. Ce n'est pas très compliqué, pas difficile car on partage les mêmes approches, les mêmes démarches volontaires. Souvent, la coopération existe déjà, il s'agit surtout d'aller plus loin dans l'intégration et la structuration. L'objectif doit avant tout être l'intérêt du patient. La règle du jeu doit permettre à chacun de s'estimer gagnant.

Il précise les raisons d'une coopération structurée entre un centre hospitalier et une maison de retraite ?

- 1) Le Centre Hospitalier d'Avranches Granville est l'établissement de référence immédiat pour les maisons de retraite qui ont besoin d'une prise en charge plus lourde en milieu hospitalier. Le CH d'Avranches Granville est donc l'établissement recours.
Il existait d'ailleurs une volonté partagée d'aller vers des modalités conventionnelles : pour unifier les protocoles, créer des supports communs de transfert dans les meilleures conditions, retourner en maison de retraite dans les meilleures conditions possibles.
- 2) Les pouvoirs publics poussent à l'instauration de ces conventions, cela semble être un des effets de la canicule.
- 3) Le CH d'Avranches Granville a ses propres structures d'hébergement pour personnes âgées. Dans le projet d'établissement, il n'y a pas de développement de ce volet mais une diminution progressive du nombre de places en maison de retraite. Le CH n'a pas vocation, n'est pas le mieux placé, il doit plutôt s'inscrire dans une logique de complémentarité pour les prises en charge lourdes. Il faut mobiliser les moyens sur ce que nous sommes les seuls à pouvoir faire. La concurrence n'apporte rien à personne.

Il apparaît donc important de mettre en place une complémentarité au quotidien. Une politique cohérente doit permettre de construire la complémentarité et la coopération au quotidien.

Il souligne que la politique départementale a pour objectif de construire les complémentarités et les partenariats dans les plans gérontologiques. Il est donc important pour les établissements de proposer une politique qui s'inscrit en toute cohérence dans le plan gérontologique : gage de légitimité, de justification. La coopération doit s'inscrire dans un schéma global sinon on laisse la vie quotidienne faire le choix. L'instance de concertation mise en place doit permettre de mettre les priorités en commun, de déterminer les objectifs.

Il Définit les termes suivants :

- La complémentarité : on ne fait pas tous la même chose, pour limiter la concurrence.
- Le partenariat : sur le même créneau on se met ensemble

Le but de la convention des établissements de la Baie du Mont St Michel est d'aller au-delà des relations bilatérales, de construire ensemble une organisation de soins sur le Sud Manche.

Il lui semble que les hôpitaux locaux sont demandeurs dans un premier temps. Il faut d'abord mettre en avant les atouts des hôpitaux locaux pour construire :

- 1) Les hôpitaux locaux proposent une prise en charge de proximité.
- 2) Ils développent également des prises en charge spécifiques.

Il précise que pour mettre en place une relation équilibrée, il faut relever les atouts et les points forts des autres établissements. L'intérêt n'est pas de manger ces établissements là. L'intérêt est de remplir sa mission, d'éviter que les moyens soient mal utilisés ou que la prise en charge ne soit plus remplie pleinement. Il faut bâtir la coopération avec le principe de subsidiarité, se concentrer sur ce que nous sommes les seuls à faire.

Pour ce qui est de l'autonomie des établissements, il lui apparaît important que chacun s'engage dans cette démarche de façon volontaire, que l'autonomie juridique ne soit pas mise à mal, ni l'organisation. Mais, sans coopération, l'autonomie des établissements peut être en danger. Elle peut être obligatoire et aboutir à une disparition juridique (exemple de Coutances/ Saint Lô et Valognes/Cherbourg).

L'autonomie est mise en danger par :

- Le défaut de coopération et de partenariat.
- Les éléments démographiques qui ne touchent pas seulement les médecins mais aussi le corps de direction. Les pouvoirs publics peuvent avoir la tentation de regrouper plusieurs établissements sous une même direction ceci indépendamment des coopérations.

Il ajoute que les fusions forcées entre centres hospitaliers d'importance égale semblent très difficiles. Les fusions sont apparues comme quelque chose d'important : « sans fusion point de salut ». Cependant, on n'a

jamais vraiment réfléchi aux intérêts, avantages et inconvénients a posteriori. Le discours n'a jamais apporté la preuve de sa pertinence, jamais d'évaluation a posteriori. Les situations conflictuelles, les crises ouvertes, les blocages amènent des conséquences lourdes.

Il précise que la fusion des centres hospitaliers d'Avranches et de Granville s'est faite sans projet préalable. Chacun s'est posé la question sur l'avenir. Les deux communes se sont battues avec des arrières pensées, des crises ouvertes. La vie institutionnelle a été mouvementée pendant 10 ans. Le ministère a désavoué le Directeur d'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le Directeur lors du dépôt du projet d'établissement en 2001. Un projet commun permet de retirer un bénéfice pour le patient.

Pour conclure, il dit que des outils d'évaluation sont prévus dans le projet d'établissement qui doivent permettre de mesurer la pertinence de la démarche initiale.

L'exemple du service des urgences : structuration des deux services d'urgence avec amont et aval, détermination d'indicateurs de pertinence : délais d'attente, taux d'adéquation entre le motif d'admission et les solutions.

Il ajoute que l'impact financier est plus difficile à cerner. Au niveau macro économique : pas les moyens seul d'apprécier le gain pour la collectivité. Au niveau micro économique c'est plus facile : impact en terme de qualité, d'assurance de la qualité, impact économique (réduction des coûts de stérilisation par exemple), développement de politiques de prévention.

M. PESNELLE, Directeur du Centre Hospitalier de St Hilaire du Harcouët (50)

M. PESNELLE insiste sur le fait qu'il lui a semblé indispensable de faire le recensement des conventions de son établissement avant toute autre chose. Il a recensé 40 conventions différentes, elles concernent des sujets très variés : la mise à disposition de personnel, le traitement du linge de l'hôpital local de Mortain et des maisons de retraite de Barenton et Le Teilleul, la fourniture de matériel, la location de matériel, le prêt de locaux, le réseau régional d'hygiène, l'association des alcooliques, l'ORS Bretagne, le dépôt des déchets à risques, le groupement de commandes, la fourniture de repas, la chaufferie à bois, l'adhésion à la charte de la santé, la convention avec la trésorerie, les analyses médicales pour l'hôpital de Mortain, les bénévoles...

Cet inventaire prouve que le Centre Hospitalier de St Hilaire du Harcouët développe de nombreuses coopérations.

M. PESNELLE souligne qu'actuellement ce qui est à la pointe et qui a « l'onction » de l'ARH ce sont les réseaux inter hospitaliers. Les moyens et la mission sont clairement fixés par l'ARH. Il s'agit de mettre en place un partenaire de santé publique, d'agir dans un cadre de service public : lutte contre la douleur, cancérologie,... Il ajoute que ce qui va se développer, ce sont les coopérations pour un type de pathologie, faire de la prévention pour la santé : diabétologie, addictologie, obésité par exemple.

Il fait remarquer qu'une des limites de cette coopération est de savoir comment le partenaire fonctionne. Avec une association par exemple, on peut cautionner des choses délicates. Le cadre juridique des associations ne lui semble pas sécurisé.

Lorsque la coopération porte sur le partage de moyens ou de personnel, il pense qu'il est difficile de calculer l'incidence financière, qu'il en est peut être parfois incapable. Le prix de revient fixé peut être un prix bradé. M. PESNELLE s'interroge sur la légitimité à conventionner par rapport aux prix du marché. Il donne l'exemple de la convention concernant la chaufferie bois et la difficulté d'une facturation juste. La mise en place d'un compteur justifie d'entrer dans le territoire de l'autre pour contrôler. De plus, il s'agit de savoir qui est propriétaire du compteur.

Pour M. PESNELLE, le coordonnateur des dépenses doit rester maître de ses engagements, il doit disposer d'une expertise sur ce qui est mis en place.

A son sens, les conventions permettent de s'habituer à travailler ensemble mais il y a un risque de ne pas mettre en action tout ce qui est prévu dans la convention. La coopération peut ne pas être perçue comme un outil mais comme une fusion en fonction du contexte dans lequel se trouve l'établissement. Cela peut entraîner du scepticisme de la part des gens (personnel, élus locaux, habitants).

Il ajoute que la coopération peut aboutir à des dissensions en interne en raison de projets irréalistes. En effet, le Directeur doit parfois limiter les projets et rappeler les missions de l'établissement. De plus, la constitution d'un GIP peut être dangereuse car tous les membres doivent participer mais comment partager la mission entre ces membres. Il pense qu'on peut prendre du temps pour ces projets et oublier la mission principale, il existe alors un risque de dispersion.

Il souligne que les conventions doivent être au service du projet d'établissement et qu'il y a des coopérations obligatoires : le traitement à distance en radiologie par exemple. Il y a une sorte de naïveté à ne pas traiter les inconvénients de la coopération.

Pour M. PESNELLE il faut au départ un «bassin de bonne volonté des directeurs sur un bassin de vie ». Il ajoute que géographiquement, il est parfois difficile de délimiter le territoire.

Actuellement, une coopération des établissements de la Baie du Mont St Michel est en cours d'élaboration. D'abord, construite sous la forme d'une communauté d'établissements, elle a pris aujourd'hui la forme d'une convention de coopération. Elle a pour objectif d'inciter les gens à se poser des questions. Cette coopération doit permettre de créer un espace de concertation et de gommer la taille des établissements.

M. PESNELLE souligne que le projet d'établissement d'Avranches Granville a été approuvé grâce à ces actions de coopération.

Il fait remarquer que les conventions ne sont pas soumises au contrôle de légalité mais au contrôle d'opportunité. Il existe aussi des contrôles internes puisque les conventions sont soumises au Conseil d'Administration. Mais, on peut s'interroger sur le rôle des différentes instances. En effet, elles s'intéressent chacune à une facette différente de la coopération. De plus, les contrôles ne semblent pas suffisants : le vote majoritaire peut camoufler des dysfonctionnements (le fort absentéisme aux instances et le quorum).

Il termine en disant que les 40 conventions demandent une organisation des services.

Mme RIET, Directeur de l'Etablissement Public de gérontologie J.B. Cartry, Marines (95)

Mme RIET énonce les raisons de la nécessité de mettre en place des opérations de coopération. Elle dit que des complémentarités doivent être construites afin de permettre une continuité des soins. Elle donne des exemples de conventions : avec le CH de référence pour l'hospitalisation des personnes âgées ou l'accès au plateau technique, la mise à disposition d'une infirmière hygiéniste, avec un autre CH pour un médecin gériatre à 50 %, remplacement du pharmacien.

Mme RIET ajoute qu'ils ne sont pas encore au stade de l'évaluation. Mais, les protocoles permettent d'avancer. Pour la DDASS et le Conseil Général, il est indispensable d'être membre du réseau gérontologique. Cela permet d'améliorer la situation lorsque les établissements n'ont pas les moyens humains et techniques.

Elle souligne que chaque année, une évaluation est réalisée lors d'une réunion avec les médecins. Au cours de l'année, des mises au point peuvent être faites par mail.

L'organisation de la coopération ne lui semble pas compliquée car le travail s'effectue dans le cadre du réseau.

Mme RIET précise qu'elle aimerait aller bien au-delà mais qu'il y a notamment une limite concernant le recrutement de personnel non médical. A son sens, le statut ne permet pas aux fonctionnaires de travailler dans deux établissements différents. Il faut recruter des contractuels.

Elle ajoute que le Directeur doit être obligatoirement aidé d'un adjoint de catégorie A pour élaborer et suivre les conventions. Un établissement ne peut pas vivre en autarcie, il doit s'inscrire dans son territoire, participer

à plusieurs instances extérieures (FHF par exemple). Il lui semble illusoire de penser pouvoir gérer un établissement sans être à l'extérieur. Dans les petites structures ne disposant pas de cette équipe, la stratégie est occultée. Le directeur ne peut pas prendre de la hauteur pour dimensionner la structure à la hauteur des enjeux nationaux et locaux, alors que les contraintes sont les mêmes que pour une grosse structure.

Mme RIET dit que son établissement est considéré par la DDASS comme trop dynamique. L'ARH avait rayé l'établissement de la carte sanitaire. Mme RIET pense que c'est une aberration, qu'il faut donner les moyens au secteur médico-social d'assurer du sanitaire : les personnes âgées sont souvent dépendantes et poly pathologiques.

Mme RIET termine l'entretien en précisant que c'est un perpétuel combat, qu'il est essentiel d'avoir le soutien du président du Conseil d'Administration. La DDASS et le Conseil Général ont eu confiance sur le sujet et les moyens humains ont suivi.

M. DELBAERE, Responsable Informatique au CRIH Caen

Lors de l'entretien téléphonique, M. DELBAR fait part des difficultés du CRIH en raison des textes parus sur les modalités de coopération notamment en informatique. En effet, le CRIH est face à l'alternative suivante : migrer ou se structurer en GIP.

La question de la nature juridique du CRIH est posée mais aussi des domaines qui entrent dans le secteur commercial avec toutes les contraintes en terme d'application du Code des Marchés Publics.

Le CHU de CAEN semble prêt à faire renaître quelque chose si des établissements sont prêts à coopérer, si le contexte de la coopération est économiquement viable.

Le CHU semble s'orienter vers la constitution d'une structure autonome qui pourra externaliser : identifier et partager, isoler les moyens (coûts infrastructure plus élevés). Il faudra attribuer des moyens fixes.

Une étude est en cours pour analyser la possibilité d'arrêter certaines activités (l'assistance par exemple) et de continuer d'autres activités (paie car continuité du CHU).

La réflexion sur la nature juridique à mettre en place ne lui semble par simple ainsi que les domaines à maintenir.

Mme GUILLARD – Cadre de santé du service de rééducation fonctionnelle à l'hôpital local d'Antrain

Au cours de l'entretien avec Mme GUILLARD, le **Dr Gicquel** a fait une courte intervention pour souligner que :

- La signature de la convention a permis de donner un cadre légal notamment pour les déplacements du personnel,
- Cette formalisation a également permis de balayer les rivalités,
- Et que, stratégiquement, il est important pour l'HL d'Antrain d'être adossé à un grand centre hospitalier.

Mme GUILLARD, quant à elle, fait remarquer que pour la convention MPR, le CH de St Malo est en position de force, car il « a le patient sous la main ». En effet, les patients vont au CH de St Malo en consultation pré-opératoire, ils sont orientés par les secrétaires médicales.

Les patients sont orientés à l'HL d'Antrain principalement :

- Pour rapprochement familial
- Parce qu'ils connaissent déjà l'hôpital d'Antrain
- Pour désengorger le CH de St Malo

Les patients ayant eu une pose de prothèse ne sont pas orientés sur l'hôpital d'Antrain, sauf quelques patients d'un médecin de Fougères car sa secrétaire les oriente sur Antrain, le travail est pourtant plus intéressant pour les professionnels.

Pour elle, la convention de coopération n'a rien changé dans la façon de travailler, car les équipes étaient déjà en relation avec le CH de St Malo. Il y avait d'excellentes relations avec les collègues de St Malo. La convention n'a fait que formaliser quelque chose qui existait déjà.

Elle fait remarquer que pour améliorer encore le nombre de patients orientés vers l'hôpital d'Antrain, il faudrait prendre le temps de rencontrer les secrétaires et les chirurgiens pour présenter notre établissement.

Concernant le SSR, le dossier est plus compliqué en raison de la problématique du devenir des patients, des demandes de protection (tutelle, curatelle), pour les moins de 60 ans quelle structure pour la sortie. Les durées de séjour s'allongent car on n'arrive pas à faire sortir les patients : pas de familles, nécessité de rééducation kiné.

Heureusement, de bons contacts sont entretenus avec la conseillère en gérontologie pour débrouiller et faire les dossiers.

Avec l'hôpital local de St Brice, la convention de direction commune n'a rien changé pour le moment. Elle connaît deux des trois surveillantes et à l'habitude de travailler avec l'une d'entre elles pour le transfert de patients.

Elle dit attendre de voir ce que la direction commune peut apporter. Une piste de travail est à l'étude concernant le remplacement de la kiné de l'hôpital de St Brice par un des kinés de l'hôpital d'Antrain.

Mme BRAULT, Agent administratif chargé du groupement de commandes à l'HL d'Antrain

Lors de l'entretien, Mme BRAULT précise qu'un demi ETP est consacré au groupement de commandes effectué par elle, un autre agent ponctuellement quelques heures pour aider et un ADCH pour l'encadrement et les réunions. Elle ajoute qu'elle a été recrutée au moment de la mise en place du groupement de commandes et qu'elle a bénéficié de deux formations (CFPA à Paris) : 4 jours puis 2 jours sur le Code des Marchés Publics et le groupement de commandes.

En plus du groupement de commandes, elle est chargée du secrétariat médical (0,50 ETP).

Mme BRAULT dit que le poste présente un atout. Au niveau relationnel, il permet la création de liens avec les autres établissements, donc de rompre l'isolement, de sortir de l'établissement. En effet, les réunions sont organisées dans chaque établissement à tour de rôle. Cela permet de connaître les autres établissements (une visite guidée est réalisée lors de la première réunion) mais aussi les interlocuteurs.

Mme BRAULT ajoute qu'il y a une lourdeur de fonctionnement : aucune décision ne peut être prise sans l'aval de tous les membres. Il faut soumettre chaque projet à tous les membres et obtenir les réponses. Cela demande souvent de rappeler plusieurs fois, de faire des relances régulières : le recensement des besoins par exemple n'est pas leur priorité, il faut donc insister pour obtenir une réponse dans les délais. C'était surtout vrai au début, même pour les réunions (coupons réponse à retourner). Maintenant la situation s'est un peu améliorée, il a fallu lancer le message et faire prendre conscience de ce problème.

Mme BRAULT connaît mieux le travail et cela lui permet d'anticiper. De plus, chaque adhérent à améliorer sa connaissance du fonctionnement du groupement de commandes.

Elle souligne que les établissements sont satisfaits et qu'ils souhaitent élargir les marchés (nombre et types de produits). D'une part, parce que cette procédure permet de respecter le Code des Marchés Publics, ils ont moins de travail de réalisation de marchés, la compétence technique est reconnue. D'autre part, en raison des gains financiers qui ont été réalisés sur certains marchés.

Mme BRAULT précise qu'elle dispose d'une confiance complète de la part du directeur. Elle travaille en autonomie et soumet son travail à l'ADCH. Le directeur n'est pas forcément au courant de tout. Par manque de temps, il arrive parfois que le directeur vienne en réunion sans connaître les dossiers. M. Allombert a une confiance dans le travail réalisé sous contrôle de l'ADCH.

Mme BRAULT dit que le temps de travail consacré au groupement de commandes est maintenant insuffisant, il faudrait le faire évoluer en fonction du nombre de dossiers suivis. Il lui semble indispensable de bien cadrer

le temps nécessaire. Elle prend l'exemple des marchés de pharmacie pour lesquelles elle avait une mauvaise conscience du travail à faire au départ. L'utilisation d'un outil informatique lui permettrait certainement de gagner du temps.

Mme ALLAIN, Adjoint des Cadres Hospitaliers chargé des affaires budgétaires et financières des deux hôpitaux locaux : Antrain et St Brice en Coglès

Mme ALLAIN pense que son poste présente des avantages en raison des deux sites différents.

- A terme, il présente l'avantage d'être plus dynamique : 2 cultures différentes, 2 approches différentes, 2 fonctionnements différents. Il restera toujours des particularités qui permettront d'éviter de s'installer dans un roulement quotidien.
- Dans l'organisation générale, les éléments vus sur un établissement peuvent être réutilisés sur l'autre. Cela permet de s'inspirer de ce qui existe sur l'un pour prendre une décision sur l'autre. On peut évidemment le faire avec un autre établissement mais en interne il n'y a pas de « protectionnisme », c'est plus simple.

Mme ALLAIN précise qu'il y a aussi des difficultés liées au fait qu'il y a deux organisations différentes et surtout deux évolutions différentes. Il y a un établissement dans la norme, qui répond mieux aux contraintes réglementaires. Mais, elle pense apporter plus dans l'établissement qui est en retard. La difficulté est aussi de se repositionner dans la même journée, ou d'une journée à l'autre, dans deux rôles différents (même si la fonction est la même).

Mme ALLAIN ajoute qu'il lui semble difficile d'évaluer la charge de travail. En effet, sur un établissement c'est assez simple. Alors que sur deux établissements c'est plus compliqué, car il faut parfois refaire les choses. Sur place, les collègues ont tendance à penser que le temps de travail est complet sur chaque établissement.

M. SOUL, informaticien intervenant sur les 7 établissements signataires de la convention de coopération informatique

M. SOUL dit que le fait de travailler sur plusieurs sites ne présente pas la même contrainte pour lui ou pour un personnel soignant. Il pense que pour les domaines techniques et informatique, être sur plusieurs établissements présente un véritable intérêt. Cela permet de mutualiser les moyens, même les moyens techniques (faire un réseau distant à coût attractif, mutualiser les serveurs). La charge de travail est amoindrie, cela présente des avantages économiques pour les établissements.

M. SOUL précise qu'il faudra monter une structure pour partager des ressources humaines, des applications ou des frais d'investissements. Mais, des questions juridiques se posent : par exemple, un site a-t-il le droit d'héberger des données d'un autre établissement ? Il n'est pas persuadé que tous les directeurs connaissent bien les méthodes à adopter, qu'ils aient une bonne connaissance des outils juridiques à leur disposition et des conséquences, qu'ils cernent les enjeux et les intérêts à centraliser. Il précise qu'il n'est pas un spécialiste sur les problématiques juridiques de la coopération.

M. SOUL ajoute qu'il y a aussi des inconvénients à travailler sur plusieurs établissements :

- Il faut fixer des priorités parce qu'on dispose de moins de présence : « on ne peut pas être autant à l'écoute que sur un seul site ».
- Sur certains sites, il doit être présent absolument. Les établissements paient pour un pourcentage de présence, ils demandent donc de la présence même si certaines tâches peuvent être réalisées sur un autre site.
- Le fait d'avoir plusieurs supérieurs hiérarchiques n'est pas évident. Certains directeurs sont très proches, plus impliqués. Ils n'ont pas forcément les mêmes intérêts, les mêmes sensibilités.
- Les établissements ont la même typologie (essentiellement hébergement des personnes âgées) mais n'ont pas la même organisation. Dans deux établissements, il y a un agent sur place qui soulage pas mal même si l'informatique n'est pas leur métier de formation. Cette situation apporte une valeur ajoutée. Dans deux autres, il peut être plus proche des utilisateurs en raison de la taille des établissements.

M. SOUL souligne qu'il a été surpris de constater que les directeurs ne se rencontrent pas tant que cela, mais qu'ils sont très heureux de pouvoir le faire. Les lieux de rencontre lui semblent obligatoires pour bien avancer.

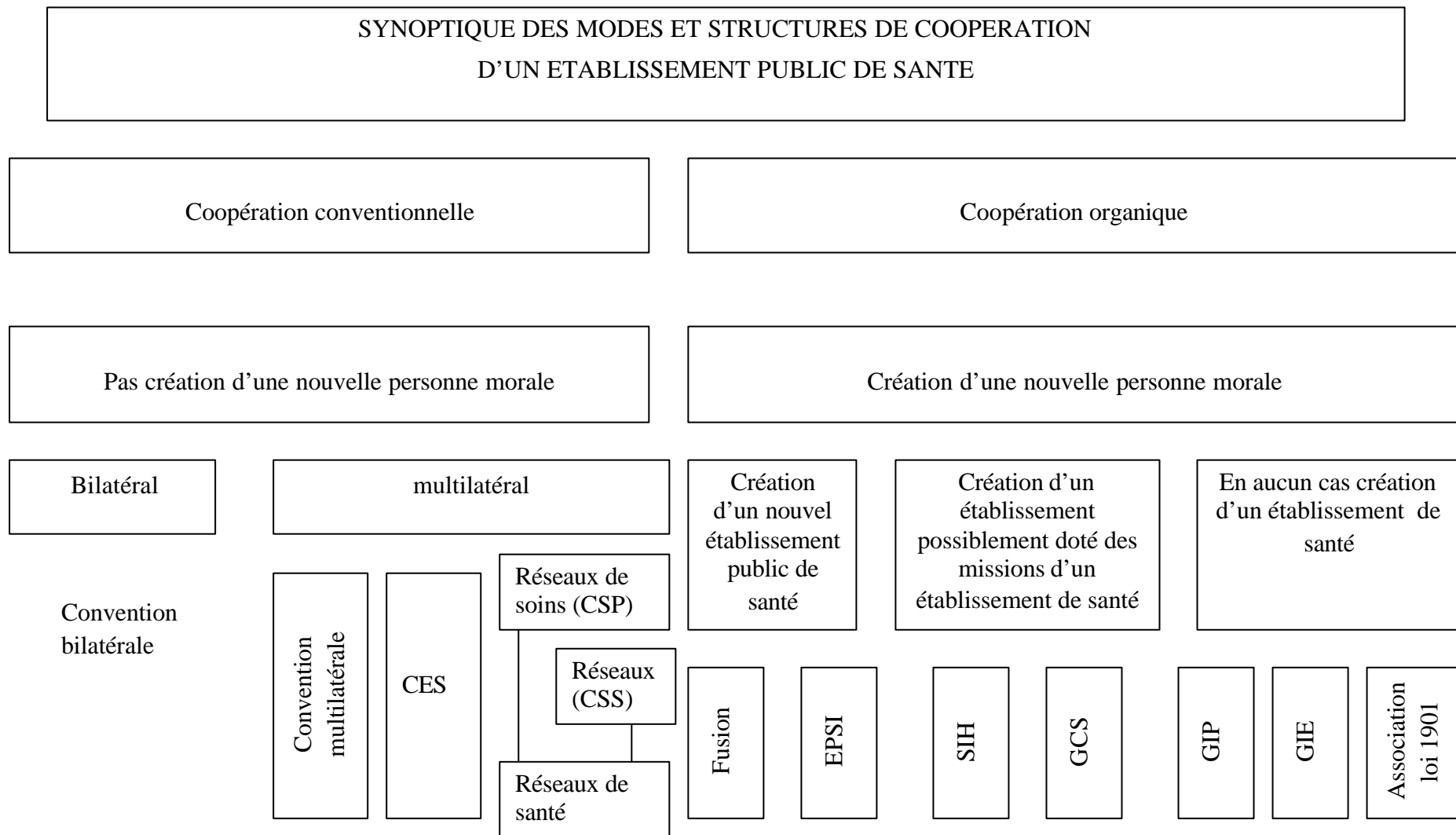
M. SOUL ajoute que son travail est nettement moins ennuyeux que si il devait le faire sur un seul site.

ANNEXE 2

	Tableau comparatif des constats formulés par les rapports depuis quinze ans								
	1987-1991			1994		2002-2003			
	1987	1990	1991	1994	1994	2002	2003	2003	2003
	Trazzini	Couty	Peigné	Esper	Darnis	FHF	Couanau	Debrosse	Ducassou
système de soins									
Hospitalo-centrisme	Excessif								
Relations entre hôpitaux publics	Cloisonnées					Insuffisantes			
Relations hôpitaux publics-privés	fuite patients		fuite praticiens				fuite praticiens		
Relations hôpitaux-ville		cloisonnées		cloisonnées		Insuffisantes			
Relations sanitaire-social					cloisonnement				

	Tableau comparatif des propositions formulés par les rapports depuis quinze ans							
	1990-1991		1994		2002-2003			
	1990	1991	1994	1994	2002	2003	2003	2003
	Couty	Peigné	Esper	Darnis	FHF	Couanau	Debrosse	Ducassou
système de soins								
Hospitalo-centrisme								
Relations entre hôpitaux publics	SROS	Développer filières de soins, HAD, SAD, ambulatoire, prévention	favoriser la mobilité des personnels	Missions par type d'hôpital Réseaux SAD prévention	Incitations financières aux réseaux réguler liberté d'établissement des médecins de ville	Assouplir instruments de coopération (GCS) télémédecine HAD Incitations aux restructurations	Territoires de santé	Moderniser GCS Créer des communautés d'établissements Promouvoir l'interrégional
Relations hôpitaux publics-privés								
Relations hôpitaux-ville								
Relations sanitaire-social				appui financier aux restructurations	Clarifier les compétences Prise en charge graduelle			

	Tableau comparatif des politiques hospitalières depuis 1980			
	Loi du 31 juillet 1991	ordonnance n° 96-345 du 24/4/1996	ordonnance n° 96-346 du 24/4/1996	Loi du 4/3/2002
système de soins				
Relations entre hôpitaux	convention, GIP, GIE, syndicat interhospitalier, CSS		GCS et CES	
Relations avec la médecine de ville et le secteur sanitaire et social	coopération facilitée, réseaux de soins, CROSS	Filières et réseaux de soins expérimentaux	Réseaux de soins spécifiques à certaines pathologies, ARH peut imposer participation à réseau	Réseaux de santé et réseaux coopératifs de santé



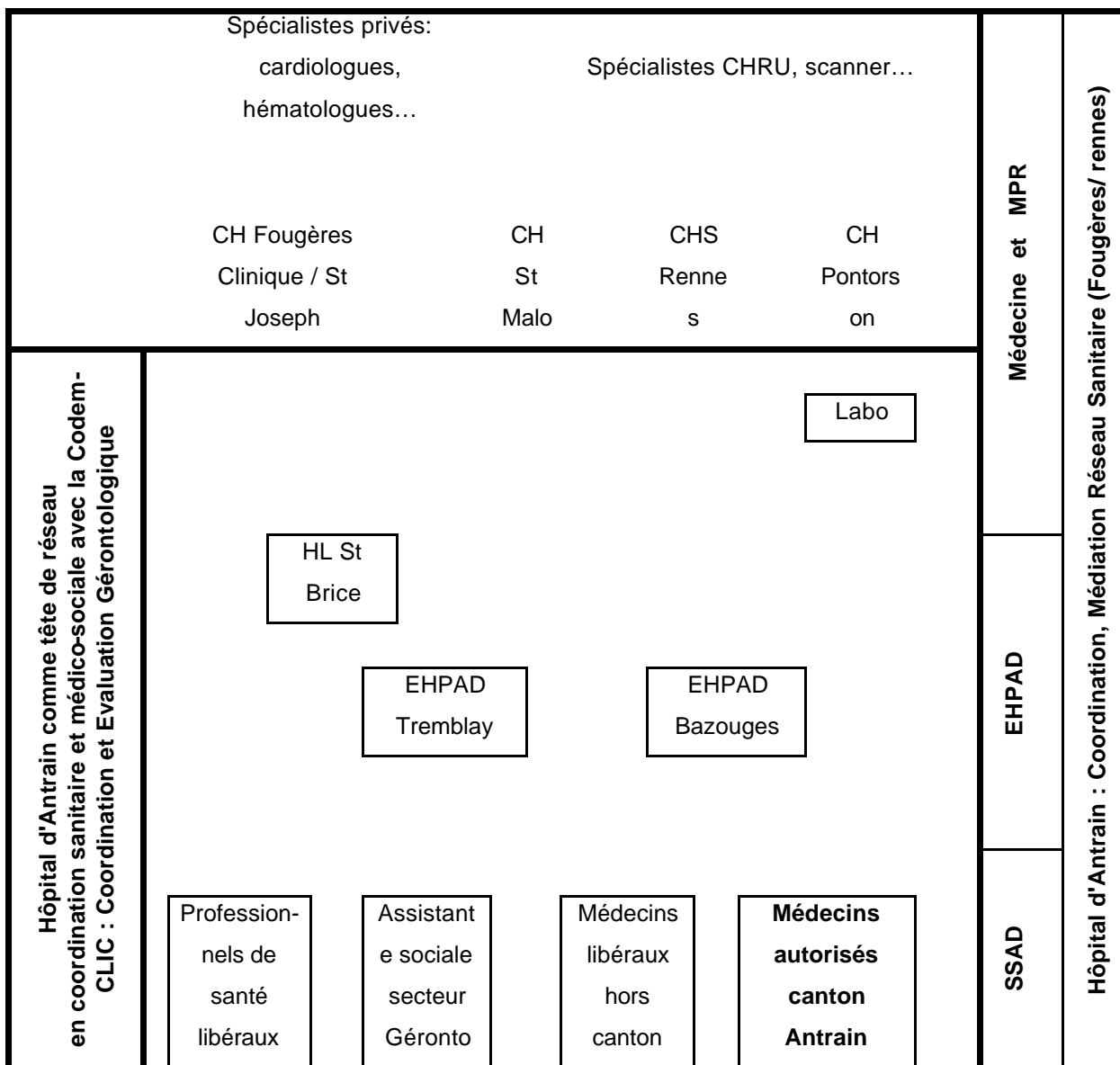
Annexe 4

**RECAPITULATIF DES COOPERATIONS AVEC LES CENTRES DE
REFERENCE ET L'HOPITAL LOCAL DE ST BRICE EN COGLES¹**

CH de Fougères	HL ST Brice	Clinique St Joseph Fougères	CHRU	FMC Centre E. Marquis	CH Guillaume Régnier	CHS de Pontorson
Chirurgie dermatologique						
		Chir trauma et digestive, problème nouveau de garde de nuit. Vers coopération CH/clinique/Antrain	Avec recours au CHRU en cas d'impossibilité			
Pneumologie						
		Radiologie				
Laboratoire Contrôle						
SMUR dont cas coma végétatif			Coma avis spécialisés, Protocoles			
Coma avis spécialisés, Protocoles						
Lutte contre la douleur Soins palliatifs CLUD			Cancérologie Réseau			
	Pharmacie		Neurologie évaluation démence Protocoles recherche			
CLIN					Alcoolisme Admission déments alcooliques Aller et retour Suivi psychiatrique mensuel	

¹ Projet d'établissement de l'HL d'Antrain

**RECAPITULATION DE L'ENSEMBLE DES AXES DE COOPERATION
DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL ¹**



¹ Projet d'établissement de l'HL d'Antrain

Annexe 6

DONNEES GENERALES¹ de l'HL d'Antrain

Service	Construction	Lits autorisés	Lits installés	Etat général	Occupation moyenne sur 3 ans
Médecine – court séjour	1936+1991	12	25	<i>Neuf</i>	74,3 %
Médecine – moyen séjour		7			165,5 %
Rééducation fonctionnelle	1975+1995	45	47	<i>Neuf</i>	92,5 %
Unité de Soins de Longue Durée	1911+1978	67	68	<i>Hors normes</i>	99,7 %
Retraite 1	1969	27	30	<i>Hors normes</i>	104 %
Retraite 2	1971	28	31	<i>Hors normes</i>	
Retraite 3	1985	40	40	<i>Hors normes</i>	
Administration	1972+1988			<i>Neuf</i>	
Blanchisserie	1982+2000			<i>Neuf</i>	
Cuisine	1978			<i>Hors normes</i>	
Local déchets + garage	1988			<i>Hors normes</i>	

¹ Données du projet d'établissement et du compte administratif 2003

ANNEXE 7

DONNEES GENERALES DE L'ENVIRONNEMENT¹ DE L'HL D'ANTRAIN

	Menaces	Opportunités
SROS MCO	DMS, taux d'occupation en CS et SSR et utilisation des lits	Réactualiser le programme lits Affirmer un positionnement «Médecine gériatrique» Participer au «maillage» de l'offre de soins
SROS SSR	Incompréhension sur l'activité et le positionnement SSR d'Antrain	Reconnaissance de l'activité SSR Mise à jour des moyens
Schéma Gérontologique	Pas d'ouverture de lits supplémentaires Difficile de justifier «l'ouverture» de 12 lits	Besoin d'hébergement temporaire, validé par la tutelle
Evolution de la place sanitaire de Fougères	Activité SSR à Antrain	Complémentarité sur le plan médical Coopération sur le plan SSR
Maillage territorial et développement de la proximité	Risque du «chacun pour soi»	Communauté «locale» d'établissements
Politique de santé et de dépenses hospitalières		S'insérer «intelligemment» dans le SROS Développer un C.O.M
Politique de prise en charge des personnes âgées Schéma gérontologique		S'insérer «intelligemment» dans le schéma Se positionner en «tête de réseau» Développer une Convention Tripartite
«Bassin» d'attraction de 16 000 habitants - Zone «intermédiaire» entre 3 pôles sanitaires et 2 régions		Place pour un «relais» sanitaire et social local
Population globale en régression lente	-	
Population âgée en forte progression		Augmentation et complexification de la demande

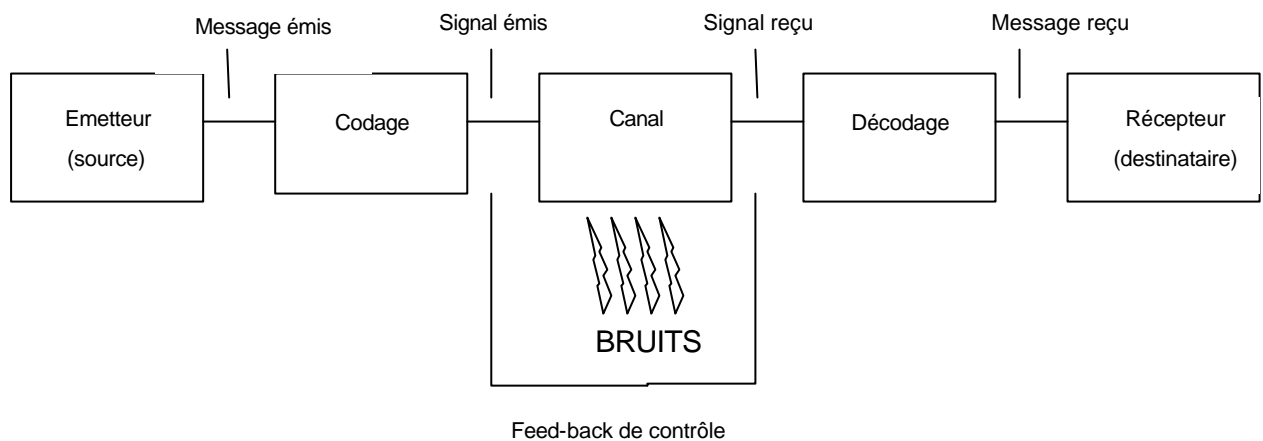
¹ Projet d'établissement de l'HL d'Antrain

Annexe 8

Résultats de la consultation organisée le 11 décembre 2003
concernant la mise en place d'une direction commune
sur les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice en Coglès

	ANTRAIN	SAINTE BRICE	TOTAL
Electeurs	188	106	294
Votants	108	91	199
% votants	57 %	86 %	67 %
Exprimés	105	91	196
OUI	61	81	141
% OUI	58 %	89 %	72 %
NON	44	10	54
% NON	42 %	11 %	27 %

SCHEMA DE LA COMMUNICATION SELON SHANNON¹



L'émetteur : appareil transformant l'information en une modulation physique

Le canal : système physique reliant, de façon continue dans le temps et dans l'espace, le point de départ et le point d'arrivée

Le récepteur : appareil qui recueille la modulation et la transforme en modulation utile

Le code : système de codage et décodage, nécessairement commun pour assurer leur accord et leur ajustement. Toute communication suppose une communauté minimale de répertoire, de façon que l'émetteur et le récepteur puissent s'entendre et se comprendre.

¹ SHANNON Claude et W. WEAVER, la théorie mathématique des communications, Paris, Retz, CEPL, 1975

Jour	Date	Etablissement		Taches à effectuer
		matin	après-midi	
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi	1-mai-04			
Dimanche	2-mai-04			
Lundi	3-mai-04	St Hilaire		
Mardi	4-mai-04			recuperation informations
Mercredi	5-mai-04			aupres de symphonie, ft ...
Jeudi	6-mai-04			pour commencer projet
Vendredi	7-mai-04			
Samedi	8-mai-04			
Dimanche	9-mai-04			
Lundi	10-mai-04	Antrain	St Brice	tc, wifi
Mardi	11-mai-04	mortain		wifi sauvegarde virus ...
Mercredi	12-mai-04	St James		serveur elts actifs
Jeudi	13-mai-04	rennes	antrain	rdv sib - Recrutement stagiaire
Vendredi	14-mai-04	St Hilaire		epluchage de devis et rdv scripta
Samedi	15-mai-04	Antrain		Recrutement stagiaire
Dimanche	16-mai-04			
Lundi	17-mai-04	Antrain		standard auto tc
Mardi	18-mai-04	Antrain		Recrutement et préparatifs stagiaire
Mercredi	19-mai-04	Antrain		jaire, reflexion autour de proposition globale, incidents divers
Jeudi	20-mai-04	Ascension		
Vendredi	21-mai-04	Antrain	rtt	
Samedi	22-mai-04			
Dimanche	23-mai-04			
Lundi	24-mai-04	St Hilaire		Epluchage de devis ciso
Mardi	25-mai-04	St James		gestion de parc - Site Web Mr Jean
Mercredi	26-mai-04	Mortain		fiche incident , intervention sol atalante, devis jetdirect, multifonctions, les douets, planning, imprromptu
Jeudi	27-mai-04	paris		hopital expo
Vendredi	28-mai-04	rennes	antrain	retour midi
Samedi	29-mai-04			
Dimanche	30-mai-04			
Lundi	31-mai-04	Pentecôte		

	théorique	réel	% temps
Antrain	5,1	2,5	26,32%
St Brice	0,85	0,5	5,26%
St Brice	0,85	0	0,00%
Mortain	3,4	2	21,05%
St Hilaire	3,4	3	31,58%
St James	3,4	1,5	15,79%
	17	9,5	
Congés	2		
RTT	2	0,5	
WE / fériés	10	10	
collectif		8,5	
	31	28,5	

30% antrain
20% Mortain, St Hilaire, St James
5% Barenton
5% Le Teilleul

COUT DE LA COOPERATION INFORMATIQUE

estimation du 01/01/2004 au 31/12/2004

12 mensualités

ETAT DES FRAIS engagés par l'Hôpital d'Antrain				quote-part des établissements signataires de la convention de coopération					
				Antrain 30%	Barenton 5%	Le Teilleul 5%	Mortain 20%	St Hilaire 20%	Saint James 20%
Coût traitement									
<i>base mensuelle estimée</i>	1 485,81								
Traitement de base échelon	17 829,76		17 829,76						
Prime de Technicité	1 463,92		1 463,92						
Maladie	19 293,68	12,80%	2 469,59						
Vieillesse déplafonnée	19 293,68	1,60%	308,70						
Vieillesse plafonnée	19 293,68	8,20%	1 582,08						
IRCANTEC tranche A	19 293,68	3,38%	652,13						
UNEDIC tranche A	19 293,68	6,40%	1 234,80						
UNEDIC tranche A reversement	17 431,84	1,00%	-42,19						
Taxe sur salaires			1 200,00						
F.N.A.L.	19 293,68	0,10%	19,29						
Accident du travail	19 293,68	1,37%	264,32						
Allocations familiales	19 293,68	5,40%	1 041,86						
Total traitement			28 024,26	8 407,28	1 401,21	1 401,21	5 604,85	5 604,85	5 604,85
Coût déplacements									
remb frais déplacements									
location véhicule	196,25		2 355,00						
relevé carburant			840,00						
assurance véhicule			625,00						
Total déplacements			3 820,00	1 146,00	191,00	191,00	764,00	764,00	764,00
TOTAL			31 844,26	9 553,28	1 592,21	1 592,21	6 368,85	6 368,85	6 368,85

COUT DU GROUPEMENT DE COMMANDES - marchés 2004

du 01/01/2003 au 31/12/2003

12 mensualités

ETAT DES FRAIS engagés par l'Hôpital d'Antrain			
Coût traitement			
<i>base mensuelle</i>	1 146,10		
Traitement de base échelon	6 876,60		6 876,60
Supplément familial	416,76		416,76
Indemnité de Sujétion Spéciale	564,61		564,61
Maladie	6 876,60	11,50%	790,81
C.N.R.A.C.L.	6 876,60	26,50%	1 822,30
C.N.R. Cotisation A.T.I.	6 876,60	0,50%	34,38
Taxe sur salaires	600,00		600,00
A.N.F.H.	7 857,97	1,00%	78,58
C.G.O.S.	7 857,97	1,50%	117,87
Cotisation Congé Formation	7 857,97	0,20%	15,72
FNAL Titulaires	6 876,60	0,10%	6,88
Allocations familiales (titulaires)	6 876,60	5,40%	371,34
Cotisation F.E.H. titulaires	6 876,60	1,00%	68,77
Total traitement			11 764,61
Franchissements			797,60
photocopies	16094	0,02	321,88
ramettes papier	36	4,00	144,00
papier en-tête	76		7,14
enveloppes	66		4,62
cartouches encre noire	10	32,83	328,30
cartouches encre couleur	2	34,98	69,97
Total fournitures administratives			1 673,51
publications janv à déc sur marchés 2004			2 601,23
Total publications			2 601,23
TOTAL			16 039,35

MARCHES 2004					
marchés		objet		montant	n° mandat
Textiles	Ouest France	Consultation	31-janv	241,95	287
	BOAMP	consultation		176,64	529
	BOAMP	attribution		195,75	2976
	Médialex	attribution		219,18	2813
				833,52	
U.U.	Ouest France	Consultation	31-janv	204,95	288
	BOAMP	Consultation	11-févr	145,92	530
	BOAMP	consultation uu bébé - relance	22-avr	172,03	1301
	BOAMP	consultation slips UU slips - relande	25-juil	306,94	2266
				829,84	
Denrées alimentaires -	BOAMP	consultation 2004	23-juil	156,60	2265
				156,60	
Produits Entretien	BOAMP	consultation 2004	23-juil	156,60	2264
	Médialex	consultation 2004		142,32	1032
		nouvelle consultation	30-oct	81,43	3336
				380,35	
Conserves	BOAMP	consultation 2004	22-mai	319,49	1704
		nouvelle consultation	30-oct	81,43	3336
				400,92	
TOTAL ANNUEL				2 601,23	

Annexe 13

REPARTITION DES CHARGES DU GROUPEMENT DE COMMANDES**marchés 2004**

Etablissements Hospitaliers	Nombre de lots						Traitements			Fournitures administratives			publications						TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	0,30	0,70	Total	0,30	0,70	Total	0,30	0,70						
	U. U.	Textile	Hygiène	Conser-ves	Epice-rie	TOTAL								U. U.	Textile	Hygiène	Conser-ves	Epice-rie		Total
ANTRAIN		7	3	26	7	43	207,61	623,44	831,05	29,53	88,68	118,21	45,90	0,00	56,73	21,59	21,91	8,25	154,38	1103,64
BAZOUGES			2	28	6	36	207,61	521,95	729,56	29,53	74,25	103,78	45,90	0,00	0,00	14,39	23,60	7,07	90,96	924,30
CHATEAUGIRON			2	19	5	26	207,61	376,96	584,57	29,53	53,62	83,15	45,90	0,00	0,00	14,39	16,01	5,89	82,19	749,91
DOL DE Bgne	3	6	3	24	5	41	207,61	594,44	802,05	29,53	84,56	114,09	45,90	43,57	48,62	21,59	20,23	5,89	185,80	1101,94
FOUGERES	7	9	2	10	3	31	207,61	449,46	657,07	29,53	63,94	93,47	45,90	101,66	72,93	14,39	8,43	3,54	246,85	997,39
JANZE		5	2	26	5	38	207,61	550,95	758,56	29,53	78,37	107,90	45,90	0,00	40,52	14,39	21,91	5,89	128,61	995,07
LA GUERCHE	4	7	4	29	7	51	207,61	739,43	947,04	29,53	105,18	134,71	45,90	58,09	56,73	28,78	24,44	8,25	222,19	1303,94
LE GRAND FOUGERAY		5	3	21	5	34	207,61	492,95	700,56	29,53	70,12	99,65	45,90	0,00	40,52	21,59	17,70	5,89	131,60	931,81
LE MINIHC						0	207,61	0,00	207,61	29,53	0,00	29,53	45,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,90	283,04
MAUTAUBAN		4	1	18	7	30	207,61	434,96	642,57	29,53	61,87	91,40	45,90	0,00	32,41	7,20	15,17	8,25	108,93	842,90
MONTFORT SUR MEU	4		2	25	7	38	207,61	550,95	758,56	29,53	78,37	107,90	45,90	58,09	0,00	14,39	21,07	8,25	147,70	1014,16
ST BRICE EN COGLES	6	8	3	7	5	29	207,61	420,46	628,07	29,53	59,81	89,34	45,90	87,13	64,83	21,59	5,90	5,89	231,24	948,65
ST GEORGES DE RTB				21	6	27	207,61	391,46	599,07	29,53	55,69	85,22	45,90	0,00	0,00	0,00	17,70	7,07	70,67	754,96
ST MALO	6	10	2	10	6	34	207,61	492,95	700,56	29,53	70,12	99,65	45,90	87,13	81,04	14,39	8,43	7,07	243,96	1044,17
ST MEEN LE GRAND	4	8	3	23	6	44	207,61	637,94	845,55	29,53	90,75	120,28	45,90	58,09	64,83	21,59	19,38	7,07	216,86	1182,69
TREMBLAY			2	26	6	34	207,61	492,95	700,56	29,53	70,12	99,65	45,90	0,00	0,00	14,39	21,91	7,07	89,27	889,48
VITRE	6	3	3	20	7	32	207,61	463,96	671,57	29,53	66,00	95,53	45,90	87,13	24,31	21,59	16,86	8,25	204,04	971,14
TOTAL	40	72	37	333	93	568	3529,37	8235,21	11764,58	502,01	1171,45	1673,46	780,37	580,89	583,47	266,25	280,65	109,59	2601,22	16039,26