



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

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

Date du Jury : Décembre 2001

LA COOPERATION INTER-ETABLISSEMENTS DANS LE CHAMP SANITAIRE ET SOCIAL :

Dynamique et enjeux

Sylvie TOURNEUR

TOUS MES REMERCIEMENTS

Aux équipes du Perron et de l'Hôpital Local de Vinay et particulièrement à :

Gérard TARDY, Directeur, maître d'apprentissage attentif, homme de conviction et professionnel d'expérience qui a su accompagner et encourager mon travail,
Colette PELLOUX, Directeur adjoint, pour son soutien fraternel et pour l'acuité de son regard sur les hommes et les organisations,
Nicole COLLARD, Directrice des soins infirmiers, pour son optimisme et son énergie qu'elle sait transmettre à chacun.

A Jean-Marc GILBON, Directeur de mémoire, pour sa capacité à accueillir une réflexion qui se cherche et ses conseils pour ne pas se perdre en chemin.

Sommaire

INTRODUCTION	8
1 - LA COOPÉRATION INTER-ETABLISSEMENTS : ENTRE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT STRATEGIQUE DE L'ETABLISSEMENT	11
1.1 - La coopération : outil de régulation du système de santé	11
1.1.1 - Coopération et rationalisation de l'offre	11
1.1.1.1 - Le champ sanitaire	11
1.1.1.2 - Le champ de l'hébergement des personnes âgées	13
1.1.2 - Coopération et démarche stratégique	16
1.1.2.1 - Coopération et « stratégie d'alliance de la firme »	16
1.1.2.2 - Démarche stratégique et coopération	18
1.2 - Un exemple : la coopération entre la Maison Départementale de soins et de séjour du Perron, l'Hôpital local Brun-Faulquier	22
1.2.1 - Un groupement d'activités complémentaires	22
1.2.1.1 - Le pôle de St Sauveur	22
1.2.1.2 - Le pôle de Vinay	23
1.2.2 - Une coopération fondée sur la mise en commun des ressources	25
1.2.2.1 - Le cadre des coopérations	25
1.2.2.2 - Les champs et modalités de mise en œuvre	27
2 - EVALUATION DE LA COOPERATION	31
2.1 - Méthodologie	31
2.1.1 - Problèmes méthodologiques posés par l'évaluation	31
2.1.1.1 - Le choix d'une méthode d'évaluation	31
2.1.1.2 - La détermination des champs et objectifs de l'évaluation	33
2.1.2 - Grille d'analyse de la coopération	37
2.1.2.1 - Recueil des données	37
2.1.2.2 - La synthèse et l'analyse des données	38

2.2 - Synthèse des résultats et analyses	39
2.2.1 - Analyse de la coopération.....	39
2.2.1.1 - Le positionnement stratégique de l'établissement	39
2.2.1.2 - L'inscription de la coopération dans l'organisation	44
2.2.2 - La dynamique Stratégie / Structure / Organisation.....	53
2.2.2.1 - Validation des fondements stratégiques de l'alliance	53
2.2.2.2 - Modèle organisationnel et dynamique interne de la coopération	55
3 - PROPOSITIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA COOPÉRATION	59
3.1 - La mise en place d'une structure projet.....	59
3.1.1 - Définition des objectifs stratégiques	59
3.1.1.1 - Orientations générales	59
3.1.1.2 - Objectifs stratégiques	62
3.1.2 - Organisation de la structure projet.....	64
3.1.2.1 - Les phases du projets	64
3.1.2.2 - L'organisation du groupe projet.....	66
3.2 - ELABORATION DE SCENARIOS.....	67
3.2.1 - Définition des options.....	67
3.2.1.1 - Choix des options de base.....	67
3.2.1.2 - Définition d'une matrice de décision.....	68
3.2.2 - Présentation des scénarios.....	70
3.2.2.1 - Scénario 1 – Création d'un Syndicat Interhospitalier.....	70
3.2.2.2 - Scénario 2 – Création d'un Groupement d'Intérêt Public	72
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	78

Liste des sigles utilisés

CLIC	Comité Local d'Information et de Coordination Gériatrique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FDT	Foyer Double Tarification
GIP	Groupement d'Intérêt Public
SCM	Section de Cure Médicale
SIH	Syndicat Inter-Hospitalier
SLD	Soins de Longue Durée
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS

TABLEAUX

Tableau 1	Capacité d'accueil du Perron	p. 22
Tableau 2	Activité du Perron	p. 23
Tableau 3	Effectif budgété du Perron	p. 23
Tableau 4	Capacité d'accueil de l'Hôpital Local de Vinay	p. 24
Tableau 5	Activité de l'Hôpital Local de Vinay	p. 24
Tableau 6	Effectif budgété de l'Hôpital Local de Vinay	p. 25
Tableau 7	Fonctions mises en commun	p. 27
Tableau 8	Caractérisation des stratégies d'alliance	p. 38
Tableau 9	Place du groupement sur le bassin pour l'hébergement des personnes âgées	p. 40
Tableau 10	Niveaux de pertinence de la coopération	p. 42
Tableau 11	Coopération et sommet hiérarchique	p. 43
Tableau 12	Coopération et ligne hiérarchique	p. 44
Tableau 13	Centre opérationnel, supports logistiques et coopération	p. 46
Tableau 14	Pôle de Vinay : réseau interne	p. 47
Tableau 15	Pôle du Perron : réseau interne	p. 48
Tableau 16	Réseau interne au groupement	p. 49
Tableau 17	Définition des objectifs stratégique du projet	p. 63
Tableau 18	Calendrier général du projet	p. 65
Tableau 19	Matrice de décision	p. 68

SCHEMAS

Schéma 1	Axes stratégiques de la coopération	p. 53
Schéma 2	Création d'un SIH	p. 69
Schéma 3	Création d'un GIP	p. 71

INTRODUCTION

Le développement des réseaux, de la coordination et des coopérations, encouragé par les pouvoirs publics répond à un besoin de restructuration de l'offre de santé, à l'amélioration de la qualité des prestations et au décloisonnement du sanitaire et du social. Il constitue la pierre angulaire des réformes en cours, animées par la recherche d'une meilleure efficacité et d'une meilleure régulation du système. Le rôle du directeur d'établissement sanitaire et social est donc aujourd'hui non seulement de développer les pratiques coopératives mais aussi d'assurer une réelle cohérence entre la stratégie de développement de l'établissement dont il a la charge et la stratégie de coopération qu'il est invité à mettre en place. En effet, les pratiques coopératives ne sauraient se situer à la périphérie de l'organisation. Elles affectent, de façon plus ou moins profonde, l'organisation elle-même : la structure, les méthodes de travail, le système d'information etc. Il est indispensable que le directeur d'établissement sanitaire et social dispose de repères pour initier des projets de coopération pertinents, conduire le changement organisationnel qu'ils nécessitent et évaluer leur mise en œuvre comme leurs résultats.

Le terrain de stage qui a été le mien, présente un exemple de coopération inter-établissements. La Résidence d'accueil et de soin du Perron (Etablissement départemental de santé), et l'Hôpital Local Brun-Faulquier de Vinay se sont en effet engagés depuis 1997 dans une convention de coopération, ce dernier assurant déjà la direction du logement-foyer de Vinay¹. La coopération repose, d'une part, sur une convention de direction commune et, d'autre part, une convention de mise en commun de moyens. La convention est sans doute à l'image des nombreuses conventions qui ont été conclues ces dernières années. Cependant, certaines de ses caractéristiques m'ont paru présenter un réel intérêt et témoigner d'une réussite certaine. La coopération mise en place ne possède pas un caractère figé ; elle s'est concrétisée par étapes et continue aujourd'hui d'évoluer. Par ailleurs, les personnels vivent positivement dans l'ensemble cette coopération, qui a permis des évolutions que chaque établissement ne serait sans doute pas parvenu à mener isolément.

Le développement des pratiques coopératives est avant tout affaire de conviction. Je suis personnellement persuadée que l'avenir du système de santé est lié à la transformation des rapports entre acteurs et au développement de leurs complémentarités. Malgré ses difficultés,

¹ Etablissements situés dans le département de l'Isère, sur l'axe Grenoble-Valence

la coopération représente un formidable levier de changement. Elle me semble devoir aujourd'hui constituer un élément important de l'éthique professionnelle du Directeur. Ma chance a été de partager ce point de vue avec le chef d'établissement qui m'a accueillie.

Néanmoins, cette conviction ne suffit pas à initier et à mener à bien un projet de coopération. La mutualisation des intérêts des partenaires neutralise, mais ne supprime pas les divergences de vue, les concurrences et les rapports de force. Leur reconnaissance et leur prise en compte forment même un gage de réussite de tout projet. Conjointement à cette position de principe, il convient donc d'intégrer la dimension stratégique de la coopération. Car l'accès à des ressources limitées donne lieu inévitablement à une compétition entre acteurs de santé. Si cela est vrai pour l'ensemble des acteurs de santé, la situation de concurrence peut apparaître à certains égards plus marquée encore dans le secteur de l'hébergement et du soin aux personnes âgées. Dans ce contexte, le directeur d'établissement sanitaire et social doit se forger une vision claire de la position concurrentielle du secteur public hospitalier en général et de l'établissement dont il a la charge en particulier. Cela signifie qu'il doit identifier et prendre acte des forces et faiblesses, des atouts et des handicaps de l'établissement dans l'élaboration de ses choix stratégiques. Car, au-delà d'une éthique de la coopération, toute stratégie d'alliance vise, quoi qu'on en dise, à renforcer cette position concurrentielle.

Sur le terrain, on constate que les rapprochements entre établissements se sont largement opérés sous la forme de conventions de direction commune et que, jusqu'à présent, elles n'ont pas souvent débouché sur des formes de coopérations plus institutionnelles. Il est clair que de nombreuses conventions se sont plutôt construites sur une problématique de direction et de management des structures². Mais ce mode commun de rapprochement cache de grandes différences de mise en œuvre. Sans doute la convention de direction commune représente un stade inachevé ou en devenir de coopérations plus institutionnelles qui apparaissent comme bloquées dans leur évolution, entre les limites des coopérations fonctionnelles et la lourdeur des dispositifs existant pour des établissements de taille moyenne ou petite. Toujours est-il que la question de l'évaluation de ces coopérations est aujourd'hui posée. Il est en effet de l'intérêt des directeurs d'établissement comme des autorités de tarification et de contrôle que tout projet de rapprochement, quelle qu'en soit sa forme, intègre l'objectif de son évaluation. Car si on doit souligner l'intérêt de la coopération en général, rien ne préjuge des résultats effectifs d'une coopération particulière.

Ces différents éléments m'ont décidée à effectuer un mémoire sur ce thème et à retenir trois objectifs pour la réalisation de l'étude : approfondir la question de la coopération, identifier des facteurs-clés de succès dans la conduite d'une stratégie de coopération à travers l'expérience

² qui inclut la question de la gestion des carrières des directeurs...

rencontrée sur le terrain de stage et contribuer à la poursuite de cette expérience par une évaluation et des propositions d'actions. La problématique qui anime le présent travail est la suivante : à quelles conditions la coopération inter-établissements majore-t-elle la performance des établissements partenaires ? En regard de ce questionnement, les hypothèses suivantes peuvent être formulées :

- **Hypothèse 1** : La coopération inter-établissements est un facteur de développement de la performance dans la mesure où elle conduit à la diversification des réponses apportées à la population
- **Hypothèse 2** : La coopération inter-établissements est un facteur de développement de la performance dans la mesure où elle contribue à une organisation interne reposant sur une structure en réseau.

Pour ce qui est de la méthodologie, force est de constater le manque d'outils et d'études comparatives sur lesquels appuyer l'analyse d'une coopération particulière, surtout dans le secteur de l'aide et du soin aux personnes âgées. Le cadre de ce mémoire ne permet pas la conduite d'une réflexion approfondie sur ce problème. Aussi convient-il mieux de parler, à propos de la méthodologie utilisée, de la construction d'une grille d'analyse, susceptible d'étayer les propositions d'action qui sont énoncées. Cette grille d'analyse s'appuiera néanmoins sur les travaux portant sur l'évaluation des réseaux et sur les méthodes d'évaluation des stratégies d'alliance utilisées dans le champ de l'entreprise.

La première partie du mémoire s'intéressa au double visage de la coopération dans le champ de la santé : comme outil de restructuration de l'offre et comme stratégie de développement de l'établissement. Elle présentera dans cette perspective l'expérience de la Résidence d'accueil et de soins du Perron, de l'Hôpital Local de Vinay. La seconde partie posera la question de l'évaluation de la coopération, proposera une grille de lecture de la coopération et présentera les résultats de l'analyse. Enfin, la troisième partie formulera des propositions pour le développement à venir de la coopération.

1 - LA COOPERATION INTER-ETABLISSEMENTS : ENTRE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE ET DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE DE L'ETABLISSEMENT

1.1 - LA COOPERATION : OUTIL DE REGULATION DU SYSTEME DE SANTE

1.1.1 - Coopération et rationalisation de l'offre

1.1.1.1 - Le champ sanitaire

L'ensemble des systèmes de santé des pays développés a été confronté, depuis le milieu des années soixante-dix, à un même problème : financer un champ d'intervention publique fortement inflationniste dans une période de diminution des ressources. Après avoir mené une action visant à l'encadrement des dépenses de santé, les politiques nationales se sont orientées vers des réformes de fond, quels que soient leurs systèmes d'organisation et de financement. Toutes sont à la recherche du meilleur mode de régulation possible, c'est-à-dire qui assure l'ajustement entre l'offre et les besoins, une progression des dépenses proportionnelle à l'évolution de la richesse nationale et l'équité du système en regard de l'accès aux soins³.

L'un des enjeux majeurs des réformes est la modification des rapports entre prestataires de soins, usagers et financeurs. Se sont développées différentes formes de contractualisation de ces rapports. La contractualisation tend à conférer aux financeurs le rôle « d'acheteurs de soins », introduisant alors un mécanisme de régulation qui s'apparente à un « quasi-marché » fondé sur une certaine concurrence entre prestataires de soins et qui vient s'ajouter à une régulation plus traditionnelle fondée sur la norme⁴.

Dans cette perspective, l'incitation à diverses formes de coordination de l'action des prestataires de soins est de deux ordres. Soit elle vise la diminution du coût global de la production de soins en partant du principe que la non-coordination est génératrice d'un surcoût, dû notamment aux carences de la transmission d'information entre prestataires et au nomadisme médical. Soit, elle lutte contre la surconsommation de soins par la réduction des structures. Cette approche est fondée sur le fait qu'en matière de santé, le niveau de l'offre détermine souvent le niveau de la demande et que sa croissance possède un dynamisme

³ « Les réformes des systèmes de santé : spécificités et convergences » Actualité et dossier en santé publique, n°18, mars 1997. 32

⁴ ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. MIRE. Colloque européen. Transformations des systèmes de santé en Europe : vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publics. Ed. de l'ENSP. 1995.

propre, déconnecté pour partie d'une juste évaluation des besoins et de leur satisfaction. Celle-ci repose aussi sur le fait que le surdimensionnement de l'offre entraîne une faible pratique et une sous-utilisation des équipements, génératrices d'une non-qualité elle-même coûteuse.

Dans le secteur hospitalier, la coordination a toujours constitué une préoccupation. Les grandes lois hospitalières ont constamment précisé et élargi les prérogatives de l'Etat non seulement dans le sens d'une maîtrise de la croissance de l'équipement mais aussi d'une évolution en fonction des besoins, notamment par rapport à leur distribution géographique⁵.

La Loi n°91-798 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a en particulier entériné l'idée d'un suréquipement hospitalier, que la planification sanitaire a pour mission de corriger. L'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 a renforcé cette orientation et les moyens d'intervention à travers la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Les dispositifs et cadres juridiques, supports du développement de la coopération, ont été complétés, constituant aujourd'hui un système relativement complexe.

Ce système comprend les coopérations de type fonctionnelles, c'est-à-dire qui ne donnent pas lieu à la création de personnes morales distinctes des établissements qui les initient, et les coopérations institutionnelles, qui débouchent sur la création d'une entité juridique autonome⁶.

Dans le cas des coopérations de type fonctionnelles, la collaboration entre établissements se déploie dans un cadre conventionnel. On peut distinguer le mode conventionnel en général, dont la possibilité est ouverte aux établissements dans le cadre de l'article 713.12 du Code de la Santé publique et un ensemble de conventions particulières, qui sont explicitement prévues par les textes, en rapport avec une activité ou un objet spécifique. On peut citer par exemple la convention obligatoire entre un hôpital local et un centre hospitalier pour son activité de médecine. Les réseaux et filières de soin sont, de la même manière, mis en place dans un cadre conventionnel.

Pour ce qui concerne la collaboration institutionnelle, il existe différentes personnalités morales dont la vocation est d'offrir un cadre à la coopération. Elles se différencient par le statut de leurs fondateurs (établissements publics, établissements privés participant au service public de santé, partenaires privés), leur objet, leurs structures et leurs modalités de fonctionnement. Il s'agit principalement des syndicats hospitaliers, des groupements de coopération sanitaire et des groupements d'intérêt public.

En regard des évolutions récentes, on peut relever deux orientations marquantes :

⁵ MOREAU J., TRUCHET D. Droit de la santé publique. Dalloz. 2000, p. 99 et suiv.

⁶ HOUDART L., LAROSE D., BARRE S. Traité de la coopération hospitalière. Ed. HOUDART. 2000.

- **L'extension de la coopération au-delà du seul secteur public hospitalier.** L'objectif est de dépasser les clivages traditionnels du système français entre secteur public et secteur privé, entre secteur lucratif et secteur non lucratif, entre médecine hospitalière et médecine de ville, et entre le sanitaire et le social, au profit d'une approche globale des besoins à satisfaire.
- **Le passage d'une politique incitative à l'exercice de la contrainte.** Notamment, l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 requiert explicitement l'engagement de tout établissement public de santé dans une communauté d'établissements, fixant pour cela un délai de trois ans au terme duquel l'Agence Régionale de l'Hospitalisation peut l'y contraindre.

Le bilan général des rapprochements opérés n'est pas encore achevé. Certaines enquêtes montrent que le mouvement est amorcé et qu'il a été effectué pour l'heure essentiellement dans le cadre des coopérations de type fonctionnelles. Mais il est clair que l'on assiste à une mutation du sens et de la portée de la coopération. De l'élaboration d'un cadre autorisant ou facilitant la coopération à sa constitution en levier central de la transformation du système de santé, le législateur a pris acte du fait que non seulement la coopération n'était pas la tendance naturelle des rapports entre acteurs mais encore que là résidait sans doute l'origine des dysfonctionnements constatés.

De fait, la coopération n'est plus un moyen parmi d'autres de développement d'un établissement ; elle constitue une contrainte de l'environnement. Elle forme l'enjeu central de la négociation pour l'allocation des ressources - Fourches Caudines pour de nombreux projets. Si l'on attend beaucoup de la coopération, encore faut-il que soient solidement établies et partagées les modalités d'appréciation de sa pertinence dans un contexte particulier, des voies de sa mise en œuvre et de ses effets.

1.1.1.2 - Le champ de l'hébergement des personnes âgées

Le besoin de restructuration et de rationalisation de l'offre médico-sociale, notamment en matière d'accueil et de soins aux personnes âgées dépendantes, n'est pas exactement de même nature. Il convient en particulier de souligner la spécificité du secteur gérontologique, qui tient aux caractéristiques structurelles du secteur, à ses modes de financement et à l'activité elle-même.

Le secteur se caractérise en effet par :

- **Une forte hétérogénéité.** Les prestataires de service présents sur ce secteur sont multiples du point de vue du statut juridique des établissements : le secteur public (Fonction Publique Hospitalière et Fonction Publique Territoriale), le secteur de l'économie sociale (associations, fondations, congrégations, œuvres mutualistes), le secteur privé à but lucratif . Une ligne de partage s'établit entre les établissements habilités à l'aide sociale et ceux qui ne le sont pas. Mais la diversité des établissements appartenant à ce secteur d'activité va au-delà de la considération de leur statut juridique. Les établissements diffèrent non par leur taille mais par la taille de la collectivité à laquelle ils sont rattachés. La diversité est grande si l'on considère de plus les modes d'organisation et de structuration interne propres à chaque secteur et les modes de représentation aux différents échelons de la décision publique (départemental, régional et national). Ces derniers expriment les caractéristiques historiques, économiques et sociales des institutions mais traduisent aussi la stratégie d'entreprise des établissements : stratégies d'investissement, stratégies d'implantation, stratégies relationnelles etc. Il convient enfin de souligner les divergences profondes de la « culture d'entreprise » des acteurs présents sur ce secteur, fruit de l'histoire des institutions et de leur métier de base.
- **Une grande complexité structurelle du secteur.** Elle naît de sa place dans l'ensemble des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées et de la délimitation des frontières avec le secteur des soins de longue durée et le secteur du maintien à domicile. Cette complexité repose de plus sur l'éventail des prestations : mode de vie complètement collectif comme dans les maisons de retraite ou logements privatifs au sein d'une résidence offrant une gamme plus ou moins développée de services collectifs, auxquels s'ajoutent les différents modes de prise en charge du soin. En outre, les dispositifs d'aide, leurs contributeurs, les modalités d'instruction des demandes etc. complexifient encore le système.
- **Un déficit et une inadéquation de l'offre.** La « montée du grand âge » fait croître les besoins d'accompagnement des personnes âgées, dans un contexte d'insuffisance de l'offre actuelle. Les perspectives démographiques appellent donc un important développement du secteur, même si l'on doit se garder d'une « vision exponentielle » de l'évolution de la demande⁷. Plus que d'un déficit intrinsèque, il convient de parler d'une inadéquation de l'offre tant en qualité que du point de vue de sa répartition sur le territoire.
- **Une inéquité patente du système.** Celle-ci apparaît comme la résultante de la complexité et de l'inadaptation du système. En particulier, le constat a été fait depuis de nombreuses

⁷ L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité croît plus vite que l'espérance de vie elle-même ; l'explosion des dépenses de santé résultant du vieillissement de la population est mise en doute par de nombreux économistes de la santé.

années que la typologie des lits selon le mode de financement du soin ne correspondait pas à la graduation des besoins et qu'elle ne constituait pas un facteur discriminant du profil des personnes accueillies⁸. De fait, à besoins équivalents (en terme de prestations comme en terme d'aides au financement), l'effort de la solidarité collective ne s'exerce pas dans les mêmes proportions. L'inéquité réside aussi dans les distorsions constatées entre la qualité des prestations et le montant des prix de journée. Mais elle résulte encore de politiques départementales fortement contrastées pour ce qui concerne le niveau de l'aide accordée.

Ce sont bien ces dysfonctionnements du système de prise en charge des personnes âgées dépendantes qui ont présidé, non sans difficulté, à la mise en œuvre des réformes que sont la réforme de la tarification, la création de la prestation autonomie et la refonte de la loi de 1975. Quoi que l'on en pense, elles possèdent un caractère de mutations structurantes pour le secteur. Au travers de la création de la catégorie de "l'EHPAD" (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), on assiste à un déplacement des frontières entre établissements. Les établissements privés à but lucratif entrent plus fortement dans le giron des autorités de contrôle et de tarification. Les distinctions fondées sur le type de lits sont supprimées. Quels que soient les effets à venir des réformes, elles entraîneront à coup sûr une recomposition de l'offre.

Par ailleurs, si le secteur n'est pas affronté directement à une restructuration et une réduction de l'offre, il existe un certain parallélisme entre les nouveaux modes de régulation initiés dans le champ sanitaire et ceux qui émergent aujourd'hui dans le champ de l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Le secteur médico-social ne dispose pas en l'état actuel des choses d'un équivalent au service public hospitalier, mais la même logique est à l'œuvre. L'objectif d'un décloisonnement du sanitaire et du social, le problème de la reconversion des lits sanitaires et la maîtrise du développement de l'offre laissent à penser que l'on s'achemine sans doute vers la création d'un ensemble regroupant les deux secteurs et fondé sur les mêmes principes. Reste une double inconnue : d'une part, le mode d'articulation entre planification régionale et planification départementale, d'autre part la philosophie de l'arbitrage entre les différents types de prestataires⁹.

Pour ce qui concerne le développement de la coopération, le législateur n'est pas allé aussi loin que pour le secteur sanitaire. Néanmoins, la nécessité d'une coordination des interventions est inscrite de longue date dans la loi de 1975. L'article 2 autorise et encourage notamment la constitution de groupements. L'article 19 autorise par ailleurs la conclusion de conventions de gestion entre un établissement à caractère social érigé en établissement public et un autre

⁸ Voir en particulier les travaux de J.C. HENRARD. L'étude ERNEST, réalisé par la Mission MARTHE dans le cadre de la mise en place de la réforme de la tarification a fourni une représentation fine de ce problème.

établissement public. Elle est de même affirmée dans le cadre de la réforme de la tarification où elle intervient au titre des recommandations relatives au cahier des charges des conventions tripartites¹⁰. On peut ainsi dégager trois champs pour le développement de la coopération : l'inscription dans des réseaux et filières de prise en charge sanitaire des personnes âgées, l'inscription dans la coordination gérontologique au travers de la création des Comités Locaux d'Information et de Coordination, la coopération inter-établissements. Mais il convient d'ajouter les dispositions relatives à l'organisation du soin, qui créent la fonction de médecin coordonnateur, dont la mission peut aussi être interprétée comme une modalité d'organisation des rapports entre l'établissement et le secteur libéral.

1.1.2 - Coopération et démarche stratégique

1.1.2.1 - Coopération et « stratégie d'alliance de la firme »

S'intéresser aux comportements coopératifs des établissements suppose de déplacer le regard. L'incitation à coopérer développée par les pouvoirs publics s'inscrit dans la perspective d'une régulation macroéconomique du système. La pertinence d'une coopération relève de l'approche microéconomique de la firme. Car comme le note Isabelle HIRTZLIN, *« l'incitation à coopérer pose un problème d'arbitrage entre l'accroissement de la performance d'une organisation particulière et de la performance du système de soins en général¹¹ »*. Celle-ci soutient la distinction entre la performance technique d'une coopération et la performance allocative, c'est-à-dire relative à la satisfaction des besoins de la population.

L'étude des coopérations et des alliances constitue un champ de recherche qui connaît aujourd'hui un fort développement. Cela tient d'une part à leur fréquence, et d'autre part, à leur intérêt scientifique. Car elles présentent des performances économiques supérieures aux autres formes d'organisation industrielle, qui viennent remettre en cause les schémas établis par la théorie classique de la firme¹². Il apparaît aujourd'hui que la coopération présente des avantages originaux, notamment vis-à-vis des fusions-acquisitions. Elle permet en effet des effets de taille, d'échelle ou d'expérience tout en préservant l'autonomie de la structure, c'est-à-dire la conservation d'une marge de manœuvre stratégique dans un environnement incertain et le maintien de l'identité et de la culture internes.

⁹ DEVINEAU F. « Les nouvelles modalités de tarification ou l'articulation entre schémas départementaux et planification régionale » Revue Hospitalière de France, n°2, mars-avril 2001. P. 53-55

¹⁰ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5.1 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales

¹¹ HIRTZLIN I. "La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé". Politique et management public, vol 17, n° 3, sept. 1999. P. 107-127

Deux types d'approches sont privilégiées pour rendre compte de la réalité des alliances : l'économie des coûts de transaction et la théorie évolutionniste de la firme¹³.

- **L'approche transactionnelle** met en évidence le rôle de la technologie organisationnelle dans le processus de production et l'importance de l'arbitrage entre internalisation ou externalisation des fonctions de production. Ainsi, Williamson définit trois structures de gouvernance pour la firme : le marché, la hiérarchie, et une forme hybride, constituée par les coopérations entre firmes. Le choix d'une structure de gouvernance repose sur la recherche d'un optimum entre l'économie sur les coûts de production et l'économie sur les coûts de transaction (c'est-à-dire les coûts d'information, de négociation, de conclusion de contrats passés sur un marché). Mais Richardson note que cet arbitrage doit prendre en compte un autre facteur que les coûts de transaction : les capacités et les compétences de la firme. L'intérêt à coopérer dépend alors de la nature des activités des partenaires potentiels : similitude, complémentarité. Quand les activités sont à la fois semblables et complémentaires, il est préférable de les placer sous un contrôle unique, c'est-à-dire d'assurer une coordination par la hiérarchie. Quand elles sont à la fois dissemblables et étroitement complémentaires, la coordination par la négociation de plans de production communs est à privilégier. Par contre, lorsque les activités s'avèrent dissemblables et faiblement complémentaires, le recours au marché est le plus avantageux.

- **L'approche évolutionniste** met l'accent sur le rôle de l'organisation dans le processus de formation des compétences de la firme. Les savoirs et savoir faire de la firme, mobilisés dans la production, relèvent d'un processus historique et cumulatif, c'est-à-dire d'une compétence « incorporée » dans les routines organisationnelles. Il convient en effet de distinguer des « ressources génériques » (pouvant être acquises et transférables, exogènes par rapport à l'organisation) et des « ressources spécifiques », endogènes, qui posent le problème de leur création et de leur échange. Dans cette perspective, la coopération offre les conditions d'un apprentissage qui, non seulement permet l'échange de ces « ressources spécifiques » mais aussi favorise l'émergence de nouvelles capacités et compétences.

¹² DETRIE J.P. dir. STRATEGOR : politique générale de l'entreprise, stratégie, structure, décision, identité. Dunod.1997, p. 213 et suiv.

¹³ FARGEON V. « Eléments d'analyse théorique des formes hybrides d'organisation : le cas de la recomposition de l'offre de soins ». In : SAILLY J.C. et al. Dix ans d'avancée en économie de la santé. John Libbey Eurotext. 1997, p.45-60

On distingue classiquement les alliances entre firmes selon la situation des partenaires en regard de la concurrence :

- ❑ **Les alliances complémentaires**, qui s'établissent entre partenaires dont les produits ne sont pas concurrents. L'accord porte alors principalement sur la commercialisation conjointe de leurs produits respectifs.
- ❑ **Les alliances de co-intégration**, qui reposent sur la recherche d'économies d'échelle et qui préservent la concurrence entre eux.
- ❑ **Les alliances de pseudo-intégration**, qui se construisent sur la recherche d'un effet de taille, qui réalisent de fait une division du travail entre les partenaires et neutralisent la concurrence entre eux.

Mais, au-delà de cette typologie des alliances, il convient de distinguer trois logiques de création de valeur , dans la perspective de l'accès aux ressources stratégiques¹⁴:

- ❑ **La cooptation** qui vise effectivement la neutralisation de la concurrence.
- ❑ **La co-spécialisation**, qui réunit des ressources possédées par chaque partenaire et qui permet d'exploiter un nouveau potentiel.
- ❑ **L'apprentissage et l'appropriation de nouveaux savoir faire.**

Il apparaît indispensable de définir la logique de création de valeur que l'on souhaite mettre en œuvre, car d'elle, dépendent non seulement l'architecture et le pilotage de la coopération, mais aussi l'évaluation de sa réussite.

1.1.2.2 - Démarche stratégique et coopération

Comme on vient de l'évoquer, la coopération constitue une structure de gouvernance dont la pertinence repose sur la position concurrentielle et les choix stratégiques de la firme. Il en résulte que le développement de la coopération et son pilotage ne sauraient se fonder uniquement sur "l'agrément organisationnel" que la coopération semble représenter aujourd'hui dans le champ de la santé. Comme le note Isabelle HIRTZLIN, *"on peut se demander si l'évaluation de la performance de la coopération ne repose pas sur l'existence même du contrat de collaboration plutôt que sur son efficacité propre : on accorderait plus de place au contenant, le contrat, qu'au contenu¹⁵."*

¹⁴ DOZ Y. L'avantage des alliances : la logique de création de valeur. Dunod. 2000

Pourtant, l'intégration des alliances dans un projet stratégique global apparaît comme une nécessité, car celle-ci intervient à différents niveaux :

- ❑ **La cohérence de l'alliance** avec les objectifs stratégiques.
- ❑ **La pertinence de la forme de l'alliance** en regard de ses objectifs propres et de l'organisation elle-même.
- ❑ **La maîtrise des risques** inhérents à toute coopération.

Il est clair que le développement d'alliances stratégiques s'appuie impérativement sur un travail d'analyse et d'interprétation des données de l'environnement. S'intéressant au secteur hospitalier, Sandrine Cueille souligne l'importance d'une interprétation non bloquante de l'environnement, c'est-à-dire non seulement la connaissance de l'environnement et de son évolution tendancielle mais sa perception comme gisement de ressources et d'opportunités¹⁶.

Si l'on en croit l'étude menée auprès des Centres hospitaliers, le développement de la coopération n'est pas lié à l'ambition stratégique des établissements, soit parce que la coopération n'est pas perçue comme un outil au service d'une stratégie globale, soit parce que la coopération est mise en œuvre lors de phases de repli de l'activité. Cela signifie qu'elle s'inscrit dans une démarche réactive et défensive plutôt qu'une démarche « pro-active » et de développement.

Force est de constater le handicap actuel du secteur médico-social en matière de démarche stratégique. Beaucoup ne perçoivent pas « l'impérieuse » nécessité de la démarche stratégique pour l'établissement et persistent à ne percevoir dans la démarche de projet, par exemple, que la énième contrainte imposée par « les tutelles ». Plusieurs facteurs contribuent sans doute à masquer les enjeux des mutations que connaît le secteur.

On peut avancer notamment :

- ❑ **Une faible perception de la pression de la concurrence.** Les établissements existent de longue date, dans un contexte de pénurie de l'offre et dans la certitude du développement de la demande, en regard des perspectives démographiques. De plus, l'extrême fragmentation de l'offre et une organisation souvent embryonnaire du milieu gérontologique ne rendent pas lisibles les stratégies des différents groupes de prestataires de service.
- ❑ **Une faible valorisation de l'activité gérontologique dans le système hospitalier.** L'image de l'hôpital moderne s'est largement construite sur le refoulement de son origine hospicielle. Quand bien même les hôpitaux ont souhaité conserver leurs activités en direction des personnes âgées, leurs motivations ont souvent été plus fondées sur la

¹⁵ op. cit.

¹⁶ CUEILLE S. « Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics » Revue Hospitalière de France, n°6, décembre 2000, p. 13-31

recherche d'un effet de taille que sur un investissement, réel et symbolique, d'une activité peu valorisée et peu valorisante socialement parlant. Longtemps l'affectation dans un service de gériatrie a pu être considérée par le personnel comme une quasi mesure disciplinaire. Cette vision négative de l'activité elle-même, dont les tenants et les aboutissants sont multiples, ressurgit aujourd'hui parfois à propos de la reconversion vers le médico-social des lits excédentaires de médecine, signe de déclin et de déchéance !

Il est certain que le retard pris par beaucoup apparaît fort dommageable à l'heure où la contractualisation et la négociation avec les financeurs s'ouvrent. Si les évolutions actuelles sont porteuses d'opportunités pour les établissements, il convient de prendre conscience des risques que recèlent ces mutations de l'environnement pour les établissements appartenant à la Fonction Publique Hospitalière.

On peut citer :

- **Le renforcement de la planification gérontologique.** L'émergence d'une contractualisation des rapports entre établissements et autorités de contrôle et de tarification renforce les moyens d'un aménagement territorial de l'offre, même si l'on met fortement en avant l'objectif d'amélioration de la qualité. Or, l'implantation géographique des établissements est le fruit de l'histoire et ne suit pas toujours la démographie actuelle. La plupart des lits résulte de la transformation des anciens hospices. Leur distribution porte souvent la marque des politiques d'assistance du passé, souvent caractérisées par l'exclusion et la relégation de populations marginalisées. Ceci peut avoir deux conséquences : le tarissement de la demande (que l'on constate sur certains secteurs localisés) ou le bénéfice des carences des secteurs urbains qui créent une dépendance à l'égard d'un éventuel réajustement. De plus, la concentration de l'offre sur certains pôles importants est inadéquate au besoin de proximité de ce type d'équipement social car elle rend plus difficile l'insertion sociale des personnes âgées et le maintien de leurs liens familiaux et sociaux.
- **L'émergence d'un mouvement consumériste dans le champ de l'accueil et du soin aux personnes âgées.** La pénurie de l'offre a freiné jusqu'à présent l'expression de l'"usager-consommateur", alors qu'à l'inverse du secteur sanitaire, il est souvent le client direct des prestations offertes. Il faut s'attendre à une intervention croissante des associations de consommateurs. Par ailleurs, une meilleure solvabilisation des usagers, due à l'amélioration des revenus des retraités et des aides apportées, contribuera à accroître l'éventail des choix possibles. Mais, au-delà de la capacité de l'usager à faire valoir ses droits et ses attentes, il convient de prendre acte des mutations de la demande elle-même. L'entrée en institution est passée d'une problématique de l'hébergement social de personnes à faibles revenus à une problématique de l'accompagnement psycho-social et

soignant du grand âge. Si, au tournant des années 80, l'accent a été mis sur le besoin de médicalisation des établissements, le thème de la citoyenneté des résidents est significatif d'une demande émergente, construite autour de trois exigences :

- une prestation hôtelière conforme aux représentations du confort qu'ont des générations qui ont connu une forte amélioration de leurs conditions de vie,
- une prise en charge médicale et soignante de personnes dont le niveau culturel et d'information médicale s'est accru,
- un accompagnement psycho-social de l'avancée en âge au service du maintien de l'autonomie de vie et des liens prenant en compte l'individualité de la personne accueillie.

- **Une plus grande transparence dans les coûts.** De nombreuses maisons de retraite hospitalières jouissent par exemple d'une répartition avantageuse des charges entre le budget général de l'établissement auquel elles sont rattachées et leurs budgets. D'une manière générale, quel que soit le portefeuille d'activités de l'établissement, la performance se construit souvent sur la globalité de l'activité, masquant d'éventuelles compensations entre ses différentes composantes. Cela a pour conséquence non seulement de constituer parfois un avantage vis-à-vis des autres prestataires mais encore de ne pas assurer l'évaluation de la performance réelle de chacune des activités du portefeuille. La réforme de la tarification devrait contribuer à une plus grande transparence dans les coûts et à une plus grande visibilité pour l'usager du rapport qualité/prix des prestations fournies. Mais elle risque de contraindre l'établissement à réévaluer sa stratégie.

Il est patent que les établissements pour personnes âgées ont pu et su mettre l'accent plus fortement sur l'un ou l'autre des aspects de la prestation à offrir. Mais l'enjeu est aujourd'hui non seulement d'assurer la qualité des différentes composantes de la prestation et son adaptation aux besoins d'une population très âgée engagée dans la dernière étape de son parcours de vie, mais aussi d'en construire la cohérence.

Si les réformes en cours laissent espérer un certain desserrement de l'étau financier qui entrave le développement des établissements, il n'est pas sûr que les enveloppes financières soient à la mesure des enjeux et qu'elles garantissent une juste allocation des ressources entre les établissements. Il est peu probable que la mise en œuvre isolée de la stratégie d'un établissement à partir de ses seules capacités et compétences sera de nature à répondre aux enjeux. C'est pourquoi la coopération, loin de reposer seulement sur l'injonction des pouvoirs publics et l'agrément organisationnel qu'elle tend à représenter, constitue un outil dont le directeur d'établissement peut raisonnablement espérer quelque renfort dans la résolution des problèmes présents.

1.2 - UN EXEMPLE : LA COOPERATION ENTRE LA MAISON DEPARTEMENTALE DE SOINS ET DE SEJOUR DU PERRON, L'HOPITAL LOCAL BRUN-FAULQUIER

1.2.1 - Un groupement d'activités complémentaires

1.2.1.1 - Le pôle de St Sauveur

Le Perron est un établissement public de santé départemental, classé centre de long séjour par arrêté ministériel du 23 décembre 1991. Ancien dépôt de mendicité, ancien asile créé en 1883 par le Département de l'Isère, il a acquis son autonomie juridique en 1960. Il est implanté sur un domaine de 14 hectares, en bordure de l'Isère et situé sur la commune de St Sauveur, à quelques kilomètres de St Marcellin. Le Perron est un établissement qui a connu une évolution très importante au cours de la décennie passée. Il a su se transformer, s'adapter mais aussi anticiper les évolutions à venir.

TABLEAU 1 CAPACITE D'ACCUEIL DU PERRON		
PERSONNES ACCUEILLIES	SERVICES	TYPE DE LITS
PERSONNES HANDICAPÉES	LOU Z'APLE	Foyer occupationnel pour adultes handicapés de 18 à 40 ans 52 lits dont 7 Foyer Double Tarification (FDT)
	LE BOÉ	Foyer de vie pour adultes handicapés de 40 à 60 ans 72 lits dont 13 FDT et 5 lits en section de cure médicale (SCM)
PERSONNES ÂGÉES	LA MESSON	93 lits dont 90 lits de soins de longue durée(SLD) et 3 SCM
	LE VARJÉ	116 lits dont 47 SLD, 27 SCM et 42 Soins Courants

Sa vocation est, d'une part, l'accueil des malades psychiatriques stabilisés, déficients psychiques ou intellectuels, et d'autre part, l'accueil des personnes âgées dépendantes (psychiquement le plus souvent). Sa compétence fait aujourd'hui référence, notamment pour ce qui concerne l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Sa capacité d'accueil est de 333 lits. Il est composé de deux services médico-sociaux pour personnes handicapées mentales et malades psychiatriques stabilisés et de deux services pour personnes âgées. Le taux d'occupation des lits est stable et proche de 100 %.

Tableau 2 - ACTIVITÉ DU PERRON										
	1996		1997		1998		1999		2000	
	Journées	Taux occupation	Journées	Taux occupation	Journées	Taux occupation	Journées	Taux occupation	Journées	Taux occupation
SOINS LONGUE DUREE	49153	98,03 %	49141	98,27 %	49369	98,73 %	49165	98,30 %	49478	98,7%
MAISON DE RETRAITE	31162	98,13 %	30253	95,27 %	30250	95,26 %	30499	101,9 %	30534	108%
PERSONNES HANDICAPEES	39679	100,6 %	39995	101,4 %	40635	103,1 %	40690	96,1%	41406	95,1%

L'effectif budgété de l'établissement en équivalent temps plein s'élève à 209,5 postes, soit un coefficient agent/lit égal à 0,629. L'effectif total rémunéré au 31 décembre 2000 était de 224 personnes.

Tableau 3 - EFFECTIF BUDGETE DU PERRON	
Personnel de direction	2
Personnel administratif	13
Personnel soignant et éducatif	144
Personnel des services généraux	40,5
Autres personnels	10
TOTAL	209,5

1.2.1.2 - Le pôle de Vinay

La vocation de l'hôpital de Vinay, Hôpital Local, est de proposer une offre de service diversifiée et de proximité, principalement en direction des personnes âgées. Son activité s'inscrit dans une logique de développement des réseaux de prise en charge, conforme aux missions de l'hôpital local. Dans le cadre de son activité de médecine, l'hôpital a signé une convention avec le Centre Hospitalier de Voiron. Il propose un service de repas à domicile. Il assure la direction du Logement-foyer municipal, y assure la permanence paramédicale et fournit les repas du restaurant.

Par ailleurs, il intègre la Cellule Départementale d'Organisation Hospitalière, à laquelle adhère une vingtaine d'établissements du département et qui assure pour leur compte des missions

d'étude. Par ailleurs, il met à disposition de différents professionnels du secteur sanitaire et social des locaux: médecine du travail, orthophoniste, spécialistes, AFIPAEIM etc.

Sa capacité est de 100 lits et 12 places : 23 lits de médecine court séjour, 77 lits d'hébergement pour personnes âgées, 12 places financées de SSIAD (25 places autorisées). Il contribue par ses prestations annexes de restauration au maintien à domicile : repas pour le logement-foyer, portage de repas à domicile.

Tableau 4 – CAPACITE D'ACCUEIL DE L'H. L. DE VINAY	
SERVICE DE MEDECINE	23 LITS
MAISON DE RETRAITE	77 lits : 17 lits de soins courants et 60 lits de Cure médicale
Les Glycines	34 lits
Les Bleuets	34 lits
Les Blés d'or	Unité psycho-gériatrique de type Cantou, 9 places + 2 places d'accueil de jour
SERVICE DE SOINS A DOMICILE	12 PLACES

Pour l'activité médico-sociale de l'établissement, le taux d'occupation est proche de 100 %. L'activité de médecine se situe autour de 75 % et est plus fluctuante. Le portage de repas à domicile connaît à l'heure actuelle une certaine saturation, du fait de l'augmentation de la demande. L'activité de soins infirmiers à domicile, autorisée de longue date mais financée depuis la fin de l'année 2000, fonctionne à 100 % de sa capacité financée et des demandes ne peuvent être satisfaites.

Tableau 5 - ACTIVITE DE L'H. L. DE VINAY										
	1996		1997		1998		1999		2000	
	Journées	Taux occupation	Journées	Taux occupation	Journées	Taux occupation	Journées	Taux occupation	Journées	Taux occupation
MÉDECINE	6101	72,67 %	6154	73,31 %	7359	87,66 %	6299	75,03 %	6116	72,85 %
MAISON DE RETRAITE	26833	98,02 %	27926	102,01 %	27031	98,75 %	28356	100%	28179	100,2 %

L'effectif de l'établissement s'élève à 63,25 postes ETP, dont 59,5 postes pour l'activité de soin et d'accueil, soit un coefficient agent lit de 0.609. L'ouverture du SSIAD en début d'année 2001 a donné lieu à la création de 3 postes ETP.

Personnel de direction	0.75
Personnel administratif	3.65
Personnel soignant et hôtelier	50.35
Personnel des services généraux	7.20
Autres personnels	0.80
TOTAL ACTIVITES PRINCIPALES	62.75
Personnel CDOH	2
Personnel portage des repas	1.50
TOTAL ETABLISSEMENT	66.25

1.2.2 - Une coopération fondée sur la mise en commun des ressources

1.2.2.1 - Le cadre des coopérations

La coopération entre le Perron et l'Hôpital Local de Vinay trouve sa source dans la signature le 13 mai 1997 d'une convention de direction commune, assortie de la possibilité de développer des axes complémentaires pour le futur. Elle a fait suite à la mission d'intérim par le Directeur, engagée six mois plus tôt. Les champs et les modalités de la coopération ont été, dès l'origine, explorés de façon très ouverte. Ceux-ci ont fait l'objet d'un additif au projet d'établissement de chacun des partenaires¹⁷.

La création d'une Commission de coopération a été prévue par la convention initiale. Composée de cinq membres des instances de chaque structure¹⁸ et présidée par le Directeur, son rôle est de "*cerner les domaines dans lesquels une mise en commun est possible et souhaitable*" et de "*veiller à une application équilibrée de cette convention entre chaque établissement afin qu'elle soit conforme à leurs intérêts réciproques*". A l'issue de la première réunion de la Commission de coopération en novembre 1998, il est apparu préférable de

¹⁷ cf. annexe H

¹⁸ Conseil d'administration, Comité Technique d'établissement, Commission Médicale d'établissement et Commission de soins infirmiers

scinder les deux dimensions de la coopération afin qu'une éventuelle cessation de la direction commune ne compromette pas la poursuite de la coopération¹⁹.

L'argumentaire était de différents ordres. Il s'agissait de :

- ❑ **Répondre aux directives issues de l'Ordonnance de 1996**, d'une manière en quelque sorte préventive : « un mariage de raison vaut mieux qu'un mariage forcé ».
- ❑ **Poursuivre le travail engagé par le Directeur** dans le cadre de sa mission d'intérim, à la suite d'un mode de management que le Conseil d'administration a jugé "erratique" à l'occasion du bilan du précédent projet d'établissement.
- ❑ **Développer la complémentarité et la continuité des prises en charge** réalisées par les deux établissements très proches géographiquement (dont on relève ainsi implicitement ainsi qu'ils ne sont pas en concurrence sur leurs terrain respectifs).

Ainsi la coopération apparaît s'établir sur la base d'intérêts partagés. De fait, des craintes ont pu être exprimées par les personnels, que l'équipe de direction s'est efforcée de dissiper. A l'Hôpital de Vinay, la coopération nouvelle intervenait dans un contexte de dégradation des relations sociales, peu favorable à son accueil. L'inquiétude reposait conjointement sur la menace supposée d'une absorption de l'entité et de la négation de son identité propre et sur la certitude des changements organisationnels à venir. Pour les personnels du Perron, les réticences naissaient plutôt de la crainte d'une perte de la disponibilité du directeur. On peut faire le constat qu'aujourd'hui la vigilance des personnels s'exerce moins à l'égard de la coopération qu'à propos de ses modalités concrètes de mise en œuvre, notamment les conditions de mise à disposition du personnel.

La convention entre Le Perron et l'Hôpital de Vinay a fait implicitement entrer dans le groupement la coopération préexistante entre l'Hôpital Local de Vinay et le Centre Communal d'Action Sociale de la commune pour la gestion du Logement Foyer. Celle-ci avait été conclue une dizaine d'années auparavant, en 1985. Elle comporte trois volets : l'administration de l'établissement, la fourniture de repas et la permanence paramédicale de jour et de nuit. Parallèlement à cette convention générale, et très récemment, une "convention de mise à disposition d'un véhicule", acquis par l'Hôpital de Vinay a été établie²⁰. Lors de l'élaboration du 2^{ème} projet d'établissement, il a été jugé nécessaire d'inscrire cette coopération dans un cadre conventionnel à la fois plus conséquent et plus précis quant à son fonctionnement.

¹⁹ Cf. Conventions en annexe F

²⁰ l'acquisition du véhicule a été réalisée dans le cadre d'un projet portant sur l'accompagnement des personnes pour des démarches et activités personnelles, lauréat d'un appel à projet de la Fondation des Hôpitaux de France - Hôpitaux de Paris.

1.2.2.2 - Les champs et modalités de mise en œuvre

L'additif aux projets d'établissement évoqué plus haut, qui a servi de cadre au processus de coopération, présente un vaste inventaire des voies possibles. Celui-ci reprend l'ensemble des fonctions des structures :

- **Le champ du management et de l'administration**, c'est-à-dire la mise en commun de l'ensemble de l'équipe de direction et le développement des relations et des collaborations de l'ensemble des fonctions administratives, notamment dans la perspective d'une harmonisation des pratiques et du recours aux mêmes outils informatiques. Pour la fonction achat, il s'agit par la taille de bénéficiaire de meilleurs marchés.
- **L'accueil et le soin des patients et des résidents**, notamment dans les domaines de l'information du public et des professionnels portant sur l'offre globale du groupement, de l'harmonisation des pratiques professionnelles liée à l'introduction de la démarche individualisée et du développement d'une offre diversifiée.
- **Les services généraux et la logistique**, en particulier pour ce qui concerne la blanchisserie et les services techniques et de maintenance.

Ainsi, deux modalités principales sont mises en avant :

- **La mise à disposition de personnel**, qui correspond à l'exercice continu par différents personnels d'un temps de travail partagé entre les deux établissements, qu'ils soient employés par le Perron (pour la plupart) ou par Vinay (comme c'est le cas aujourd'hui pour l'infirmière hygiéniste).
- **L'apprentissage collectif et le transfert des compétences**, qu'il s'agisse de mettre en place une politique de formation commune, de faciliter les groupes de réflexion inter-établissements ou d'harmoniser les pratiques en s'appuyant sur l'expérience des plus avancés.

La mise en commune de moyens en personnel s'est effectuée progressivement.

Tableau 7 - FONCTIONS MISES EN COMMUN					
	1997	1998	1999	2000	2001
Fonctions	<input type="checkbox"/> Directeur	<input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Directrice des soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Directrice des soins infirmiers <input type="checkbox"/> Secrétaire DSSI	<input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Directrice des soins infirmiers <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Adjoint technique <input type="checkbox"/> Adjoint administratif*	<input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Directrice des soins infirmiers <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Adjoint technique <input type="checkbox"/> Directrice adjointe <input type="checkbox"/> Chef de bureau GRH <input type="checkbox"/> Gérante de tutelle <input type="checkbox"/> Cadre de santé (Informatique) <input type="checkbox"/> Infirmière hygiéniste <input type="checkbox"/> Assistante sociale <input type="checkbox"/> Diététicien
Remboursement	86 935.23	222 146.59	262 228.15	368 252.17	≈ 650 000

L'hôpital de Vinay met à disposition du Perron l'infirmière hygiéniste. Par conséquent, les flux d'échange entre les établissements sont maintenant dans les deux sens.

D'autres modalités sont apparues depuis la conclusion de la convention et ont été entérinées lors de son renouvellement :

- La mise à disposition temporaire de personnel**, en réponse à un problème technique particulier ou un problème ponctuel de gestion des ressources humaines.
- La prestation de service**, ponctuelle dans le cas notamment des réalisations des services techniques ou permanente, dans le cadre du projet de restructuration de la blanchisserie du Perron²¹.

La coopération a pris une nouvelle dimension par la réalisation en commun du Projet de soins Infirmiers et du Projet social. Cette orientation est aujourd'hui confirmée par la mise en place d'instances inter-établissements : Inter-CLIN, Inter-CHSCT, qui ne supprime pas mais réserve les instances propres de chaque établissement à l'examen des situations particulières de l'établissement. En outre, d'autres éléments extérieurs à la coopération stricto sensu contribuent à la synergie entre les établissements comme le fait de recourir maintenant au même médecin du travail.

Au total, on peut souligner que la coopération mise en place procède d'une volonté:

- de transformer une contrainte en une opportunité**. Celle-ci est apparue comme une chance non seulement d'optimiser les ressources mais un moyen d'introduire un changement interne.

²¹ qui traitera à terme le linge plat de l'Hôpital de Vinay, jusque-là réalisé par le centre Hospitalier Spécialisé de St Egrève

- ❑ **d'explorer tous les champs et modalités possibles de la coopération**, avec, en arrière-plan, la nécessité de faire cause commune dans le contexte de relative misère des établissements et le sentiment d'avoir déjà largement exploité les gisements de productivité en interne.
- ❑ **de mettre en place une concertation régulière et de progresser par étapes** pour assurer « l'acceptation sociale » d'opérations souvent mal perçues.
- ❑ **D'utiliser la coopération comme moyen d'ajustement de l'organisation** aux besoins et aux nécessités qui se font jour (remplacements par exemple).

De fait, cette coopération représente aujourd'hui pour les établissements qui s'y sont engagés, une réalité multiforme et mouvante. Mais on ne saurait affirmer que ces quatre premières années d'existence témoignent de la réalité complète de la coopération. Elles représentent plutôt le long processus de son élaboration et de sa construction, même si elle produit d'ores et déjà ses effets. La coopération, telle qu'elle existe aujourd'hui, atteint juste la configuration qui avait été projetée. Sa confirmation par les instances valide par conséquent moins ses effets que le processus lui-même de sa construction.

En conclusion, je soulignerai que cette première partie met en perspective les facteurs économiques et politiques du développement de la coopération inter-établissements et les réalités d'un partenariat singulier. Elle met en évidence la problématique sous-jacente à ce développement qui est la recherche, non gagnée d'avance, d'une synergie entre l'approche macroéconomique de la régulation du système porté par les Pouvoirs publics et la pertinence d'une alliance stratégique pour une organisation particulière.

Deux écueils guettent en effet la coopération:

- ❑ **celui de ne constituer qu'un "agrément organisationnel"**, qui met l'accent sur le contenant, le contrat, au détriment du contenu.
- ❑ **celui de déboucher sur une performance avant tout technique** au détriment d'une "performance allocative", c'est-à-dire référée au service rendu à la population.

La coopération présentée est intéressante à plus d'un titre. L'absence d'incitation externe forte préserve la marge de manœuvre des établissements et ancre la stratégie d'alliance dans la problématique du développement de l'activité des établissements, en particulier l'accès aux ressources nécessaires à l'amélioration de la qualité des prestations. Elle possède une dimension expérimentale dans le sens où le montage coopératif explore plusieurs voies et cherche à s'ajuster à la réalité mouvante des établissements concernés.

Le caractère quelque peu foisonnant de l'expérience appelle cependant une tentative non pas de mise en ordre mais de mise en sens et de mise en lumière de ses lignes de forces. C'est l'objectif poursuivi par la deuxième partie de l'étude.

2 - EVALUATION DE LA COOPERATION

2.1 - METHODOLOGIE

2.1.1 - Problèmes méthodologiques posés par l'évaluation

2.1.1.1 - Le choix d'une méthode d'évaluation

Le choix d'une méthode d'évaluation permettant de rendre compte de la performance de la coopération n'est pas aisé. L'entreprise rencontre un obstacle : la non existence d'une méthodologie déjà élaborée et validée. En effet, dans le champ sanitaire et social, la question de l'évaluation des formes hybrides d'organisation constitue en lui-même un champ de recherche encore peu balisé mais en pleine expansion, principalement centré sur l'évaluation des réseaux.

La démarche évaluative est difficile pour deux raisons.

La première tient à sa visée car son objectif principal peut être de deux ordres :

- ❑ **la construction de modèles descriptifs et explicatifs des coopérations**, dans la perspective de sélectionner les formes organisationnelles les plus opérantes. Dans ce cas, l'évaluation a plutôt une visée exploratoire et de recherche,
- ❑ **la détermination des performances contextualisées d'une organisation particulière**. La visée est dans ce cas d'ordre managérial (un autocontrôle et/ou une aide à la décision) ou de contrôle externe.

La seconde raison naît justement de la relative nouveauté de l'objet d'étude. Le contexte d'émergence et d'expérimentation des formes hybrides d'organisation dans le système de santé et d'action sociale ne permet réellement ni le recul nécessaire ni l'accumulation d'études susceptibles d'asseoir les choix organisationnels sur autre chose que les espoirs qu'on y met. De plus, l'évaluation constitue en elle-même un enjeu des rapports entre acteurs car évaluer signifie à la fois :

- ❑ **porter un jugement de valeur**, c'est-à-dire exprimer une préférence,
- ❑ **produire une image de la réalité**, c'est-à-dire d'user d'une expertise,
- ❑ **faire valoir son évaluation**, c'est-à-dire jouir du pouvoir de la faire reconnaître et valider.

Si l'on considère maintenant la catégorie de coopérations à étudier - les conventions de gestion ou conventions de direction commune - , force est de constater que celles-ci constituent un objet singulier. Une typologie fondée sur la forme juridique du lien considèrera qu'il s'agit là

d'une forme élémentaire dans une échelle des coopérations qui va du simple au complexe. Cependant, toute autre typologie se heurte au caractère composite, complexe et de plus paradoxale du montage coopératif.

Le partage d'un poste de direction range la convention dans la catégorie des coopérations. Mais deux situations se présentent :

- **Soit cette coopération se limite à cet aspect.** Alors le bénéfice de la coopération tient dans l'économie financière que représente l'opération. Néanmoins, quelle analyse a-t-on fait du coût excessif de la fonction de direction ? Que fait-on de l'économie réalisée ? Quel mode de management adopte-t-on dans le cadre de ce temps partagé ?
- **Soit cette coopération est assortie d'autres champs de développement du partenariat,** dès l'origine de l'accord ou en cours de son exécution. Alors le montage se fonde sur un paradoxe : deux entités juridiques autonomes placent leurs intérêts réciproques dans une même personne non seulement pour la défense de leurs intérêts mais encore pour l'arbitrage et la régulation des intérêts mis en jeu dans la coopération.

Il est fort regrettable que le considérable développement de cette forme de coopération au cours des cinq dernières années n'ait pas donné lieu à un recensement et à des études d'ensemble, sur une base comparative. Un rapide examen du phénomène dans le département de l'Isère permettra d'en cerner quelques contours.

Huit conventions de gestion ont été signées entre 1996 et 2000, dont une a pris fin en 2000. 16 établissements sont concernés sur les 42 établissements publics appartenant à la Fonction Publique Hospitalière que compte le département, soit plus d'un tiers des établissements. Il ne s'agit pas, par conséquent, d'un phénomène isolé et marginal.

Les établissements sont de tailles diverses, individuellement et dans la comparaison de leur taille réciproque ; ce phénomène ne concerne donc pas uniquement des établissements de petite taille. Ainsi le nombre de lits du groupement constitué par rapport à l'établissement d'origine du directeur représente une augmentation de 16 à 94 % de la capacité totale.

Le processus de restructuration du secteur sanitaire ne semble pas directement en cause ; pour six des huit rapprochements, l'activité en direction des personnes âgées est supérieure à 80 %.

La recherche d'un équilibre de la charge directoriale ne semble pas non plus être à l'origine du montage puisque la comparaison entre la composition de l'équipe de direction et le nombre total de lits du groupement laisse apparaître un ratio entre 72.5 lits par membre à 314, soit un rapport de 1 à 4.

Il est clair que la préoccupation gestionnaire est présente dans ces montages. Cependant, il apparaît nettement que les conventions signées mêlent des considérations générales et des logiques très circonstanciées : l'individualité propre du Directeur est toujours centrale ou presque. Il importe finalement peu de connaître tous les tenants de l'accord. Qu'ils soient le fruit

de la stratégie de carrière du directeur, de la volonté d'un Conseil d'Administration de faire appel à une personnalité connue et reconnue pour ses compétences ou de l'ambition d'un élu local cherchant à accroître le territoire de son influence, la coopération et sa rationalité économique et sociale risquent de tenir un rôle subalterne, un après-coup, un bénéfice secondaire. La pérennité de l'accord est fortement dépendante de la personne même du directeur quand, en même temps, la reconfiguration de l'organisation acquiert un caractère éventuellement irréversible pour les structures concernées.

On est sans doute parfois en présence d'une sorte d'hypothèque pour l'avenir. On peut notamment déplorer que la convention de gestion ne donne pas lieu à un formalisme juridique plus conséquent, notamment sous la forme de mentions obligatoires ou d'organes de surveillance²².

2.1.1.2 - La détermination des champs et objectifs de l'évaluation

L'approche évaluative classique distingue trois niveaux d'analyse :

- ❑ **L'évaluation de la structure**, qui se fonde sur la typologie et la construction des modèles,
- ❑ **L'évaluation des processus**, qui considère l'organisation elle-même
- ❑ **L'évaluation des résultats**, qui se réfère à l'efficacité et à l'efficience.

Pour ce qui concerne l'étude présente, plusieurs facteurs plaident pour une analyse orientée vers l'évaluation de la structure :

1. La coopération est en devenir et le problème posé est celui de construire l'architecture la mieux adaptée à son développement, qui, lui, est inscrit dans le projet des établissements.
2. L'évaluation des processus et des résultats suppose l'identification et la stabilisation de modèles dont nous ne disposons pas ; il est donc nécessaire de procéder à la caractérisation de la coopération étudiée.
3. Le cadre de cette étude limite l'étendue de l'exploration possible de la question.

Afin de dépasser la difficulté que représente l'absence de méthodologie validée, on peut s'appuyer sur les travaux actuels relatifs à l'évaluation des réseaux et coordinations gérontologiques pour ce qui a trait à l'étude de la structure de coopération²³.

²² A l'image de ce qui a été prévue dans la coopération étudiée, par exemple.

²³ FROSSARD M., BOITARD A., JASSO MOSQUEDA G. L'évaluation des coordinations gérontologiques. Grenoble : Université Pierre Mendès France, 2000.

Trois grilles d'analyse sont utilisées pour établir une typologie de ce genre de coopération : l'approche organisationnelle, l'approche fonctionnelle et l'approche en terme de logiques d'intervention.

L'approche organisationnelle est fondée sur la place, le rôle et les rapports entre acteurs. Elle permet de dégager :

- ❑ **Un modèle centré sur l'offre**, c'est-à-dire une forme d'organisation intégrée classique (ou qui tend à la produire) qui repose sur une entité unique proposant et gérant un panel de services pour une population déterminée,
- ❑ **Un modèle centré sur le financement de l'offre** : un coordinateur dispose d'une enveloppe financière lui permettant d'acquérir les prestations nécessaires à l'utilisateur et d'organiser la cohérence de la prise en charge,
- ❑ **Un modèle centré sur le client** : un coordinateur agit comme un courtier ou un avocat qui négocie l'allocation des ressources au bénéfice de l'utilisateur, sur la base d'un plan d'aide élaboré par une équipe pluridisciplinaire de professionnels.

Cette analyse n'est pas directement transposable aux formes de coopération entre établissements. Cependant, ces modèles nous permettent de mettre en lumière l'identité multiple de l'établissement et, du coup, le caractère complexe des relations et des coopérations que les établissements nouent entre eux et avec les autres acteurs du système de santé et d'action sociale. En effet, l'établissement est tour à tour :

- ❑ **Un prestataire de service** sur la base d'une organisation intégrée.
- ❑ **Un avocat des besoins des personnes âgées** négociant l'allocation des ressources, dans le cadre des procédures budgétaires actuelles et plus encore dans le cadre des procédures futures,
- ❑ **Un acheteur de services pour le compte de l'utilisateur** dans le cadre d'une enveloppe globale, notamment dans le cadre des forfaits soins.

Ce constat témoigne non seulement de la complexité du rôle de l'établissement mais explique aussi la difficulté d'une évaluation de ses stratégies partenariales. Il appelle une série de remarques :

- ❑ La multiplicité des rôles réciproques des partenaires complexifient les bases sur lesquelles se construisent les coopérations et fragilisent leurs relations dans la mesure où certains enjeux peuvent demeurer masqués,
- ❑ Il existe un risque d'incohérence entre les multiples logiques mises en œuvre : incompatibilité, effets contradictoires et qui s'annulent etc.
- ❑ La multiplicité des critères à prendre en compte rendent mal aisée, sinon utopique, toute évaluation globale relative aux résultats finaux du partenariat.

Ces traits caractéristiques correspondent aux particularités des entreprises de service²⁴ et distinguent l'établissement sanitaire et social de la firme industrielle. La négociation de l'allocation de ressources introduit une dimension supplémentaire dans le jeu des partenariats.

L'approche fonctionnelle, quant à elle, s'intéresse au contenu de la coopération et se fonde sur le "cahier des charges" de l'accord partenarial, qui définit les secteurs et les fonctions concernés. Sur cette question, les coopérations se différencient fortement et les analyses portant sur les réseaux ne nous sont pas d'un grand secours.

En référence à la représentation de l'organisation et des mécanismes de coordination proposée par Mintzberg, on peut définir cinq champs possibles pour la coopération entre deux établissements :

- **Le sommet hiérarchique.** C'est le domaine de la fonction de direction et de la détermination de la stratégie générale de l'établissement. Dans ce cas, la coopération porte sur la recherche d'une synergie entre les projets d'établissement des partenaires.
- **La ligne hiérarchique.** C'est le domaine de l'encadrement de proximité. Dans ce cas, la coopération porte sur la mise en place d'une supervision directe de certains secteurs ou fonctions, commune aux partenaires. Ce cas de figure renvoie à la question du degré d'intégration et de coordination par la hiérarchie que produit la coopération.
- **Le centre opérationnel.** C'est le domaine de la production elle-même. La coopération se définit par les segments de la production engagés dans des opérations communes, nécessitant un ajustement mutuel.
- **La techno-structure.** Elle correspond aux fonctions d'études, d'analyse et de conseil. La coopération concerne alors la standardisation des méthodes de travail (procédures, qualifications, normes, définition des objectifs de résultat).
- **Les fonctions logistiques.** Ce sont les fonctions qui offrent des supports au centre opérationnel : courrier, transports, informatique etc.

Il est clair que, dans des établissements de taille petite ou moyenne, le profil de poste des personnels recouvre des zones de compétence à cheval sur plusieurs des fonctions de l'organisation ainsi définies, du fait de la nécessaire polyvalence des personnels. En particulier, on n'y trouvera pas une autonomisation de la techno-structure, qui est concomitante de la fonction d'encadrement.

Cependant, il est intéressant d'avoir en tête cette cartographie de l'organisation si l'on cherche à identifier et à évaluer l'impact de la coopération sur chacune des organisations partenaires. Il est notamment pertinent d'observer les modes de coordination mis en œuvre aux différents niveaux de l'organisation.

²⁴ Cf. BANCEL-CHARENSOL L., JOUGLEUX M. « Un modèle d'analyse des systèmes de production dans les

Enfin, **l'approche en terme de logiques d'intervention** permet de poser la question de l'impact de la coopération (et des réorganisations qu'elle induit) sur les réponses apportés aux besoins des usagers. Il est en effet intéressant de reprendre l'opposition établie entre logiques de filières et logiques d'accompagnement individualisé :

- **La filière** constitue une trajectoire légitimée du parcours de l'utilisateur au sein d'un dispositif sanitaire et/ou social²⁵. Celle-ci se caractérise par des lieux de passage d'un niveau à l'autre de prise en charge, niveaux définis par des besoins spécifiés (population, pathologie, besoin d'aide) et des quantités d'aide et de soin. Sa légitimité repose sur une expertise professionnelle : l'adéquation de la personne au dispositif de prise en charge et l'efficacité du dispositif par rapport à d'autres prises en charge.
- **L'accompagnement d'un projet de vie individuel**. La nature et le volume de la réponse apportée ne se construit pas sur la standardisation d'un ensemble de prestations mais sur la construction conjointe et négociée entre professionnels et usagers, de la meilleure réponse à apporter, en accord avec les choix de vie fondamentaux de la personne aidée.

Si la pertinence de cette opposition est patente dans le cas des coordinations de proximité en direction des personnes vivant à domicile, elle ne manque pas d'intérêts pour l'abord des réponses apportées aux personnes vivant en collectivité.

De fait, le principe d'un projet individualisé est inscrit aujourd'hui au fronton de bien des établissements. Mais les modèles qui sous-tendent l'organisation des établissements sont souvent bien en peine de produire une quelconque individualisation des prestations. Il est par conséquent important de mesurer l'impact de la coopération non seulement sur la conception de la prise en charge mais aussi sur la capacité à la produire. Sur cette question se joue la convergence entre la performance technique de la coopération et sa performance allocative évoquée précédemment.

Chacune de ces logiques d'intervention met en jeu, sinon en cause, la structure organisationnelle et le degré de transversalité qu'elle autorise ou encourage. Cependant, chacune repose sur une problématique différente, relative à la gestion des interfaces entre dispositifs, services ou professionnels:

- **Selon une problématique de relais dans la prise en charge (définitive ou provisoire)**, pour la logique de filière, avec comme enjeu l'évitement des ruptures de prise en charge et l'accompagnement des situations de crise pour la personne aidée,
- **Selon une problématique de pluridisciplinarité de l'évaluation des besoins et de coordination des actions autour de la personne aidée**, pour le projet personnalisé.

Ces deux logiques cohabitent toujours au sein d'un établissement, à proportion de sa complexité (éventail des activités, décentralisation des unités etc.). Dès lors qu'il existe des

services » Revue Française de Gestion, n°113, 1997, p . 71-81

services différents par le profil des personnes accueillies, se pose la question des parcours internes. Dès lors que différentes compétences professionnelles ou prestations complémentaires (par exemple en interne, l'intervention d'un psychologue ou en externe, l'interventions des médecins) sont mises en œuvre, se pose le problème de l'accompagnement du projet de vie individualisé.

Ces trois approches (organisationnelle, fonctionnelle et logique d'intervention) ne s'opposent pas mais se complètent pour offrir une représentation multi-facettes de la réalité d'une coopération. Elles serviront de cadre à l'analyse de la coopération entre Le Perron et Vinay.

2.1.2 - Grille d'analyse de la coopération

2.1.2.1 - Recueil des données

Pour sélectionner et organiser le recueil des données, quatre grilles d'analyse seront utilisées.

- ❑ **Grille 1 – Stratégies d'alliances et rapports entre les établissements partenaires.** Il s'agit d'abord de distinguer les différents rôles que joue l'établissement, puis de caractériser la coopération suivant ces rôles et selon différents critères : positionnement concurrentiel des établissements, type de stratégies d'alliance, logiques de création de valeur, résultats de la coopération, limites de la coopération.
- ❑ **Grille 2 – Ressources stratégiques et niveaux de pertinence de la coopération.** Cette grille, complémentaire de la précédente, met en évidence trois niveaux stratégiques dans la coopération : la stratégie de l'établissement, la stratégie de développement interne du groupement, la stratégie du groupement vis-à-vis de l'environnement.

Ces deux premières grilles serviront à caractériser les stratégies d'alliance mises en œuvre dans la coopération étudiée.

- ❑ **Grille 3. Structure organisationnelle de la coopération.** Il s'agit de définir l'impact de la coopération dans les organisations respectives des établissements partenaires. Pour cela, la coopération est identifiée par : les missions concernées, les mécanismes de coordination mis en œuvre, les objectifs poursuivis, les modalités de mise en œuvre dans le temps, le mode de valorisation des apports des partenaires. La coopération est ainsi caractérisée pour chacune des fonctions de l'organisation.

²⁵ ANAES. L'évaluation des réseaux de santé. 1999

- ❑ **Grille 4 – Logiques d'intervention.** Il s'agit de repérer en quoi la coopération accroît l'éventail des possibles en terme de réponse aux besoins des usagers à partir de l'identification des interfaces existantes ou potentielles entre les services et interventions professionnelles spécialisées. Ce repérage est effectué selon chacun des deux logiques définies précédemment.

Ces deux grilles d'analyse serviront à caractériser l'inscription de la coopération dans l'organisation des établissements partenaires.

Les données sont extraites des différents documents produits par les établissements : projets d'établissement, comptes rendus de réunion etc. Mais elles sont essentiellement issues de « l'observation participative » que représente l'expérience d'un stage de longue durée au sein des organisations étudiées. L'analyse de la coopération portera de façon centrale sur les rapports entre Le Perron et l'Hôpital Brun-Faulquier.

2.1.2.2 - La synthèse et l'analyse des données

La synthèse et l'analyse s'organise autour de trois objectifs :

- ❑ **Evaluer la pertinence des fondements de la coopération.**
- ❑ **Evaluer la pertinence de l'architecture de la coopération.**
- ❑ **Evaluer l'impact de la coopération sur le caractère transversal de l'organisation.**

Pour une meilleure clarté de l'exposé, la première partie de l'analyse portera sur les aspects stratégiques. La seconde portera sur les aspects organisationnels.

2.2 - SYNTHÈSE DES RESULTATS ET ANALYSES

2.2.1 - Analyse de la coopération

2.2.1.1 - Le positionnement stratégique de l'établissement

Tableau 8 - CARACTERISATION DES STRATEGIES D'ALLIANCE			
	Etablissements prestataires de services intégrés	Etablissements avocats des besoins des usagers	Etablissements acheteurs de prestations de santé pour le compte des usagers
Position concurrentielle des établissements	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Portefeuilles d'activités similaires et complémentaires</u> : offre de services en direction des personnes âgées <input type="checkbox"/> <u>Portefeuilles d'activités dissemblables et complémentaires</u> : offre de services en direction des personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Complémentarité des établissements</u> du point de vue de leur ancrage territorial et des relations avec les instances de tarification et de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Besoins de même nature</u> envers les prestataires de santé
Stratégies d'alliances	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Alliance de type co-intégration</u> : préservation des activités des partenaires mais recherche d'économies d'échelle sur les facteurs de production 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Stratégie relationnelle de type lobbying</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la capacité de représentation des intérêts des établissements - Renforcement de l'ancrage territorial 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Stratégie relationnelle</u> : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Renforcement de la position de "client" <input type="checkbox"/> Optimisation en terme de prix, de qualité, de sécurité de la prestation
Logiques de création de valeur	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Cooptation</u> : constitution d'une masse critique <input type="checkbox"/> <u>Apprentissage et appropriation de savoir faire</u> : transfert de compétence entre les équipes administratives, techniques et soignantes 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Cooptation</u> : recherche d'un effet de taille par le regroupement des établissements 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Cooptation</u> : recherche d'un effet de taille par le regroupement des établissements
Résultats de la coopération	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intégration de fonctions spécifiques nouvelles sur les deux établissements <input type="checkbox"/> Renforcement de l'encadrement de proximité <input type="checkbox"/> Mise en œuvre du projet de restructuration de la blanchisserie <input type="checkbox"/> Introduction de la démarche qualité dans les deux établissements 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acquisition pour le groupement de la première place en matière d'offre de service en direction des personnes âgées sur le bassin d'habitat <input type="checkbox"/> Mise en cohérence du territoire d'intervention entre le sanitaire et le social <input type="checkbox"/> Renforcement de la place des établissements dans les projets de constitution des réseaux (réseaux gérontologiques et psychogériatriques, CLIC) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Négociation avec le secteur de la médecine libérale d'un contrat d'activité médicale, identique pour les deux établissements
Limites de la coopération	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Impossibilité de constituer un patrimoine commun <input type="checkbox"/> Problème du statut des prestations annexes entre établissements 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence d'une stratégie globale formalisée du groupement en matière d'offre de service 	

Le tableau ci-dessus appelle les remarques suivantes :

□ **Une stratégie d'alliance fondée sur une logique de création de valeur de type "cooptation"**

Il apparaît que le fondement stratégique principal de la coopération réside dans la constitution d'une masse critique. Celle-ci se présente sous deux formes, selon l'identité des établissements qui est en cause :

- La recherche d'économies d'échelle sur certains facteurs de production,
- La recherche d'un effet de taille dans les stratégies relationnelles mises en œuvre, qui sont indépendantes de toute production en commun.

Orientée vers **la recherche d'économies d'échelle**, la mise en commun de moyens recouvre en fait un processus d'intégration dans l'organisation de compétences spécifiques, que chaque établissement aurait des difficultés à acquérir ou à maintenir isolément. On rencontre là une des difficultés majeures des établissements de taille petite ou moyenne. Il existe une limite à la polyvalence des équipes : une division du travail s'avère nécessaire si l'on veut accroître la qualification du personnel et améliorer la qualité des prestations.

L'établissement est placé devant l'alternative suivante : recruter certains personnels sur des temps non complets très faibles ou avoir recours à des prestations externes. La coopération permet de limiter les coûts de transaction sur les prestations externes par l'internalisation des fonctions tout en constituant un poste de travail sur un temps plus conséquent. La coopération présente a permis des redéploiements de la masse salariale pour la création de ces fonctions qualifiées et spécifiques, cela pour les deux établissements.

De la même manière, la conservation en interne de certaines fonctions logistiques nécessite une majoration des volumes traités. Par exemple, le projet de restructuration de la blanchisserie du Perron a été construit sur cette problématique : le traitement du linge plat de l'hôpital local rend l'investissement plus pertinent que le recours à des prestations externes, cela pour les deux établissements.

Cependant, le mode conventionnel choisi limite la mise en commun des ressources des établissements partenaires, en particulier, il existe une impossibilité de disposer d'un patrimoine commun. En outre, les possibilités d'accords partenariaux sur des prestations "annexes" sont remises en cause par les évolutions récentes de la jurisprudence en matière de marchés publics et par la législation fiscale en matière de TVA.

Les effets de taille sont d'une autre nature : ils permettent d'accroître le poids des établissements dans toute négociation, quel que soit l'interlocuteur.

Cependant, cette stratégie a deux dimensions :

- *Une dimension territoriale* . L'audience des établissements est, quoi qu'on en pense, liée à leur place dans l'offre de service sur un bassin d'habitat.

Le groupement apparaît aujourd'hui comme le principal prestataire de services en direction des personnes âgées, en volume et en diversité des prestations offertes. Cette position joue aussi bien dans les rapports avec les instances de "tutelles" que pour les relations avec les prestataires de santé.

L'association du Perron avec l'hôpital local s'inscrit aussi dans la continuité du travail effectué depuis une dizaine d'années pour conforter l'ancrage local du Perron, établissement départemental, ancien hospice. Cet ancrage concerne aussi bien la composition du conseil d'administration que le recrutement des résidents.

En outre, la coopération a permis d'assurer une cohérence territoriale entre le sanitaire et le social. En effet, le Perron appartient au secteur sanitaire n°2 de la région Rhône-Alpes, dont le territoire excède les frontières du Département de l'Isère tandis que L'hôpital de Vinay appartient au secteur 4, inclus dans le département. Le groupement est donc rattaché au secteur 4 pour l'activité sanitaire et au bassin d'habitat "Bas-Grésivaudan" défini par le Conseil Général de L'Isère. Ce repositionnement territorial correspond de plus à la réorganisation en cours du secteur psychiatrique et l'implantation à Vinay du Centre médico-psychologique.

Tableau 9 – PLACE DU GROUPEMENT SUR LE BASSIN D'HABITAT POUR L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES			
	Groupement Le Perron / Vinay	Bassin d'habitat	%
Soins de longue durée	137	206	66.5
Maison de retraite	162	378	46.5
Logement foyer	36	36	100
TOTAL EHPAD	335	620	56.8

- *Une dimension réseaux*. Le groupement, autant par la position qu'il a acquise que par la reconnaissance de la compétence de ses équipes, joue aujourd'hui un rôle important dans les projets de développement des réseaux sur le département. Par ses activités, il est en situation d'interface pour différents dispositifs de prise en charge : réseaux sanitaires en direction des personnes âgées, coordination gérontologique, accompagnement des personnes handicapées mentales vieillissantes. Cette position joue aussi dans la négociation avec les autres prestataires de santé, notamment avec le secteur de la médecine libérale.

La logique de création de valeur de type « apprentissage et appropriation de savoir faire » n'est pas absente de la coopération, loin de là. Mais elle découle directement de la mise en commun de fonctions d'encadrement et vise plutôt l'harmonisation des pratiques. Elle est relativement autonome par rapport à la problématique de la coopération, bien qu'elle représente une part importante du travail réalisé en inter-établissements.

□ **Une stratégie de co-intégration ou une stratégie de pseudo-intégration ?**

La constitution d'une offre large et diversifiée de services est affichée, notamment par le biais de la réalisation d'une plaquette d'information commune. Mais elle n'a pas donné lieu à la formalisation des pratiques d'orientation des demandes des usagers, bien qu'opérantes au cas par cas. Les commissions d'admission installées sur chacun des établissements n'ont pas été réunies alors que de nombreuses autres instances le sont. Par ailleurs, les stratégies des établissements relatives à l'offre de service sont demeurées relativement indépendantes

Par conséquent, on peut noter une hésitation entre :

- *une stratégie de type co-intégration*, conforme à l'indépendance juridique des établissements, mais qui connaît un frein à son plein développement du fait du statut des établissements et des modalités pour l'échange des prestations,
- *une stratégie de type pseudo-intégration*, conforme aux orientations de la coopération, mais qui n'aboutit pas totalement car il manque une stratégie globale d'offre de service clairement définie.

Si on considère le tableau 10 ci-dessous, on peut souligner :

□ **L'existence de différents niveaux de pertinence de la coopération selon les ressources stratégiques**

Le développement de la coopération ne concerne pas l'ensemble des stratégies de développement mises en œuvre par les établissements partenaires.

Trois niveaux de coopération sont à considérer : le niveau des coopérations propres à un établissement sur chacun de ses segments d'activités, le niveau de la coopération entre les établissements partenaires et le niveau de coopération que le groupement constitué entretient avec l'environnement global. Les établissements peuvent avoir intérêt à préserver une stratégie d'alliance ouverte à différents partenariats et à ne pas tout concentrer sur l'accord entre Le Perron et Vinay. Chacun de ces niveaux doit être appréhendé séparément pour, ensuite, définir le rôle du groupement.

Certains objectifs stratégiques requièrent une structure permanente de coopération tandis que d'autres se réalisent plutôt à travers des projets spécifiques délimités dans le temps.

Tableau 10 - NIVEAUX DE PERTINENCE DE LA COOPERATION

		Stratégies de l'établissement	Stratégie de coopération au sein du groupement	Stratégie du groupement vis-à-vis de son environnement
Ressources stratégiques "offre de service et usagers"	- Construction des réseaux et filières de prise en charge	<input type="checkbox"/> Développement des partenariats sur chaque segment d'activités	<input type="checkbox"/> Développement des interfaces entre services <input type="checkbox"/> Coopération pour des prises en charges spécifiques	<input type="checkbox"/> Organisation globale des partenariats du groupement <input type="checkbox"/> Rôle de moteur dans la construction et le pilotage des réseaux à mettre en place
	- Diversification de l'offre de service	<input type="checkbox"/> Développement des activités manquantes pour la continuité de la prise en charge	<input type="checkbox"/> Construction d'une offre de service globale <input type="checkbox"/> Evaluation des besoins et de la demande des usagers et orientation	<input type="checkbox"/> Contribution à l'évaluation des besoins de la population au plan local et à la construction de l'offre de service
Ressources stratégiques "compétences"	- Développement des compétences et de la qualification du personnel	<input type="checkbox"/> Formations-actions dans le cadre des projets de service	<input type="checkbox"/> Développement de l'offre interne de formation par les personnes ressources des établissements <input type="checkbox"/> Politique de formation harmonisée	<input type="checkbox"/> Positionnement du groupement comme "expert" sur ses domaines d'intervention, par sa contribution à une culture commune <input type="checkbox"/> Développement du benchmarking et diffusion des pratiques <input type="checkbox"/> Montage de formation ouvertes aux partenaires du groupement
	- Renforcement du portefeuille de compétence techniques spécifiques	<input type="checkbox"/> Inventaire des besoins pour chaque service <input type="checkbox"/> Elaboration des modalités d'intervention des personnels spécialisés	<input type="checkbox"/> Elaboration d'une stratégie globale de réponse aux besoins en inter-établissements <input type="checkbox"/> Convergence et concentration des interventions extérieures	<input type="checkbox"/> Recrutement (interne ou externe) en inter-établissements <input type="checkbox"/> Négociation commune des prestations extérieures
	- Gestion des effectifs Remplacements	<input type="checkbox"/> Développement des polyvalences (standardisation des méthodes de travail, connaissance des autres services, stages internes etc.)	<input type="checkbox"/> Construction des solidarités entre les services à l'intérieur du groupement	
	- Mobilité professionnelle	<input type="checkbox"/> Développement des polyvalences (standardisation des méthodes de travail, connaissance des autres services, stages internes etc.)	<input type="checkbox"/> Organisation de la mobilité interne au groupement	<input type="checkbox"/> Organisation de la mobilité interne aux organisations en réseaux, organisation du marché de l'emploi
Ressources financières	- Financement de projets d'investissement	<input type="checkbox"/> Etudes de coûts	<input type="checkbox"/> Mutualisation des ressources propres	<input type="checkbox"/> Agrément des projets par les autorités de tarification et de contrôle et subventions éventuelles de divers organismes et institutions
	- Financement des activités	<input type="checkbox"/> Etudes de coûts	<input type="checkbox"/> Financement de postes créés en inter-établissements	<input type="checkbox"/> Agréments des dossiers auprès des "tutelles", contractualisation <input type="checkbox"/> Financement des activités de réseaux
Ressources "Equipements"	- Gestion des équipements	<input type="checkbox"/> Données d'activités	<input type="checkbox"/> Optimisation de l'utilisation des équipements et recherche d'économies d'échelle <input type="checkbox"/> Amélioration et/ou mise en place des circuits (transport, communication)	

2.2.1.2 - L'inscription de la coopération dans l'organisation

L'approche fonctionnelle

Tableau 11 – COOPERATION ET SOMMET HIERARCHIQUE			
Fonctions	Directeur	Directeur adjoint chargé des services économiques	Directeur des Services de Soins Infirmiers
Caractéristiques de la coopération			
Missions concernées par la coopération	Ensemble de la fonction exercé en inter-établissements	Ensemble de la fonction exercé en inter-établissements	Ensemble de la fonction exercé en inter-établissements
Mécanismes de coordination mis en oeuvre	Supervision directe Standardisation du travail	Supervision directe Standardisation du travail	Supervision directe Standardisation du travail
Objectifs poursuivis	Intégration forte des services	Intégration forte des services	Intégration forte des services
Modalité de mise en oeuvre dans le temps	Constante, temps de travail partagé sur les deux structures	Constante, temps de travail partagé sur les deux structures	Constante, temps de travail partagé sur les deux structures
Mode de valorisation des apports	% du salaire et des avantages en nature (logement) selon quotité de travail définie dans le cadre de la convention	% du salaire et des avantages en nature (logement) selon quotité de travail définie dans le cadre de la convention	% du salaire et des avantages en nature (logement) selon quotité de travail définie dans le cadre de la convention

Le tableau 11 met en évidence :

- ❑ **le caractère fortement intégrateur du modèle d'organisation choisi pour la coopération.**

La convention de direction commune implique toute l'équipe de direction et reproduit sur les deux structures la même division des tâches. Cette organisation, prévue dès l'origine, n'a en fait atteint cette configuration que depuis peu. Néanmoins, on peut constater que chaque membre de l'équipe de direction administrative se trouve en quelque sorte à la tête d'un organigramme en miroir où toute fonction a son équivalent dans chacune des structures. La Direction des Services de Soins Infirmiers fonctionne, quant à elle, sur la base d'une départementalisation des services, telle qu'on la rencontre à l'hôpital général. La tendance est au renforcement du processus d'intégration. Celui-ci appelle de fait soit une réduction des doublons soit la création d'un échelon intermédiaire de la hiérarchie réunissant les services jumeaux qui permettent la supervision directe ou l'accentuation de la standardisation du travail si l'on veut maintenir une certaine décentralisation du fonctionnement des services.

Cependant, une autre organisation de l'équipe de direction est actuellement envisagée ; la nomination du directeur adjoint comme directeur délégué de l'hôpital local infléchirait sensiblement cette tendance.

- ❑ **Un mode de valorisation des contributions imparfait**

Le calcul des contributions de l'équipe de direction repose d'abord sur l'évaluation globale du coût de la fonction de chef d'établissement (sur la base des salaires et avantages en

nature) pour l'hôpital de Vinay, puis sur une utilisation de ce volume pour recourir à diverses fonctions spécialisées, dont la fonction de direction. Le choix initial avait été de calculer la charge de la fonction directoriale proportionnellement aux budgets des établissements. Ce mode de calcul est approuvé par les instances. Mais il appelle différentes remarques.

D'abord, il est difficile d'estimer la charge réelle de travail d'un directeur. Certaines tâches sont équivalentes quelle que soit la taille ; d'autres sont fonctions du portefeuille d'activités de l'établissement (nombre d'activités différentes, nature de l'activité) ; elles sont aussi à apprécier selon la composition de l'encadrement intermédiaire.

La politique suivie par le Directeur a été clairement de ne pas faire d'économie sur la fonction de direction à l'hôpital local mais plutôt d'utiliser l'économie réalisée pour l'adjonction de compétences techniques spécifiques qui manquaient sur l'un ou l'autre des établissements. Son souci a été aussi d'assurer une présence équitable sur chacun des établissements et de faire face aux besoins de l'un et de l'autre²⁶, de sorte que les craintes exprimées au début de la coopération sur cette question se sont malgré tout apaisées.

Il n'en demeure pas moins qu'en l'état actuel des choses, rien ne permet d'affirmer que le mode de valorisation choisi reflète très exactement la réalité des contributions entre les établissements partenaires (dans un sens comme dans l'autre). C'est un point délicat et qui, sans doute, ne trouve pas de solution complètement satisfaisante dans le cas des conventions de direction commune. Cette remarque vaut, d'une manière générale, pour l'évaluation des apports de l'encadrement intervenant sur les deux sites.

Tableau 12 – COOPERATION ET LIGNE HIERARCHIQUE			
Fonctions	Chef de bureau responsable des ressources humaines et de la coordination de l'administration	Adjoint technique responsable des services techniques et de la blanchisserie	Cadres de santé
Caractéristiques de la coopération			
Missions concernées par la coopération	Gestion des ressources humaines - appui technique de l'adjoint des cadres de l'hôpital de Vinay	Ensemble de la fonction exercé en inter-établissements	Travail d'équipe sur les dossiers et projets transversaux
Mécanismes de coordination mis en oeuvre	Standardisation du travail Ajustement mutuel	Supervision directe Standardisation du travail Ajustement mutuel	Standardisation du travail Ajustement mutuel
Objectifs poursuivis	Formation et transfert de compétences	Expertise technique pour les deux établissements Organisation des collaborations	Intégration des services dans le sens d'une gestion concertée : remplacement de personnel etc.
Modalité de mise en oeuvre dans le temps	Constante, temps de travail consacré à cette tâche, mais plutôt à la demande	Constante, temps de travail partagé sur les deux structures	Régulière selon réunions et groupes de travail
Mode de valorisation des apports	% du salaire selon quotité de travail définie dans le cadre de la convention	% du salaire selon quotité de travail définie dans le cadre de la convention	Non valorisés dans la convention

²⁶, au prix d'un risque d'épuisement personnel...

Ces éléments, confrontés au tableau précédent, laissent apparaître :

- **Une relative disproportion entre l'engagement du sommet hiérarchique dans la gestion conjointe des deux établissements et l'engagement de l'encadrement intermédiaire.**

Cela correspond au fait que la coopération est en cours de trouver sa réalisation concrète. L'encadrement intermédiaire a été fortement renouvelé au cours des années 2000 et 2001. Ce renouvellement est le fruit d'une politique volontariste de recrutement ou de formation. La collaboration porte essentiellement sur l'adoption d'outils et de méthodes communes aux différents services, liée à l'introduction de la démarche qualité dans l'établissement, en vue de son accréditation. La coordination s'effectue principalement par une standardisation des qualifications non pas seulement de l'encadrement mais aussi de l'ensemble des personnels. Cette dernière a pour support notamment l'élaboration des profils de poste.

- **La constitution d'une équipe technique intégrée autour du chef de service**

L'adjoint technique est le seul responsable de service qui se trouve exactement dans la même situation que le sommet hiérarchique : il exerce ses fonctions sur les deux établissements et encadre une équipe d'ouvriers professionnels et contremaîtres multidisciplinaires. Son rôle est triple : encadrement d'une équipe, expertise technique, et coordination de l'intervention des différents prestataires externes. Son action semble avoir connu certains freins que l'on peut analyser comme un positionnement mal aisé au sein de l'organisation dans une période où de nombreux projets engagent ses compétences et comme une difficulté à mettre en cohérence des logiques de coordination diversifiées.

Tableau 13 - CENTRE OPERATIONNEL, SUPPORTS LOGISTIQUES ET COOPERATION				
Fonctions	Services administratifs	Services techniques	Services d'hébergement et de Soins	Autres fonctions
Caractéristiques de la coopération				
Missions concernées par la coopération	Fonctions exercées en inter-établissements : <input type="checkbox"/> Secrétariat DSSI <input type="checkbox"/> Service de tutelles aux majeurs protégés	Collaborations ciblées sur certains besoins Gardes techniques	Participation aux groupes de travail	Fonctions exercées en inter-établissements <input type="checkbox"/> Assistante sociale <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Diététicien <input type="checkbox"/> Infirmière hygiéniste <input type="checkbox"/> Cadre de santé chargé de l'informatique
Mécanismes de coordination mis en oeuvre	Standardisation des qualifications	Standardisation des qualifications	Standardisation du travail (normes, méthodes, outils) Standardisation des qualifications	Standardisation des qualifications
Objectifs poursuivis	Compétences spécifiques introduites dans l'organisation	Compétences spécifiques introduites dans l'organisation	Culture commune des équipes d'hébergement et de soins, formation et transfert de compétences	Compétences spécifiques introduites dans l'organisation
Modalité de mise en oeuvre dans le temps	Constante, temps de travail partagé sur les deux structures	Périodique (gardes techniques par exemple) Ponctuelle sur des opérations ou des réalisations particulières	Ponctuelle, en fonction des projets	Constante, temps de travail partagé sur les deux structures
Mode de valorisation des apports	% du salaire selon quotité de travail définie dans le cadre de la convention	Facturation de la prestation et/ou du temps de travail	Non valorisé	% du salaire selon quotité de travail définie dans le cadre de la convention

On peut faire le constat suivant :

- ❑ **La coopération repose sur le temps partagé entre les deux établissements de personnels ayant des compétences spécifiques**

La grande majorité des personnes concernées par la coopération travaille avec les équipes de chacun des deux sites mais dans le cadre d'une fonction relativement autonome et n'ont pas à jouer en l'état actuel des choses le rôle d'interface entre les deux organisations. Seule l'équipe technique a poussé plus avant cette coopération. Mais la constitution d'une équipe inter-établissements équivaut à l'intégration de l'unique ouvrier professionnel de l'Hôpital de Vinay au sein d'une équipe d'une dizaine de personnes fonctionnant de longue date. Cette intégration n'a pas posé problème ; elle a permis de conforter l'identité professionnelle de l'ouvrier professionnel et de compenser son isolement.

- ❑ **Une part très importante de la coopération non valorisée financièrement.**

Au cours des trois dernières années, les établissements se sont engagés dans le renouvellement de leur projet d'établissement et ont introduit une démarche qualité. Le travail réalisé par les personnels a été très largement effectué en inter-établissements. Les deux tiers de l'ensemble des personnels a eu l'occasion de participer à un titre ou à un autre à cette confrontation entre des cultures et des pratiques différentes. La coopération

est fortement marquée par une logique d'apprentissage et d'appropriation de savoir faire, particulièrement pour les équipes de soin et d'accompagnement. La coopération a pallié le handicap des établissements de taille petite ou moyenne relatif à la base de recrutement des personnels engagés dans des démarches de projet et créé une dynamique intéressante et productive en matière de ressources humaines. Cet aspect constitue en quelque sorte la face cachée de l'organisation dans la mesure où il est difficile de quantifier l'apport de chacune des équipes. Il est par contre certain que des transferts de compétence ont initié une dynamique d'expérimentation qui « circule » d'une équipe à l'autre.

Logiques d'intervention et amélioration de l'offre de service

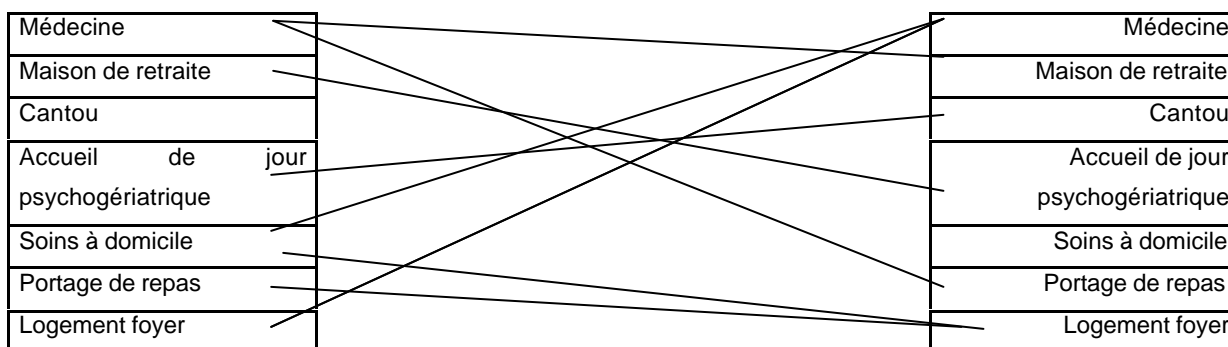
□ Approche en terme de logique de filières

L'approche en terme de filières et réseaux recouvre l'interconnexion des différentes unités et la gestion de leurs interfaces. La problématique organisationnelle est celle d'une "activation contrôlée" des réseaux : l'enrichissement des trajectoires possibles d'une part, la formalisation et l'institutionnalisation des parcours validés d'autre part²⁷. Quelle qu'en soit sa nature, la richesse d'un réseau dépend non seulement du nombre de relations établies entre les divers points du réseau mais aussi de la connexion secondaire des points reliés²⁸. De plus, le réseau se complexifie et s'enrichit d'une circulation à double sens entre deux points.

Pour ce qui concerne la coopération étudiée, on distingue trois niveaux d'appréhension des réseaux :

- Les réseaux internes, propres à chaque organisation,
- L'interconnexion des réseaux internes grâce à la coopération,
- Les réseaux externes des établissements.

Tableau 14 - POLE DE VINAY - RESEAU INTERNE

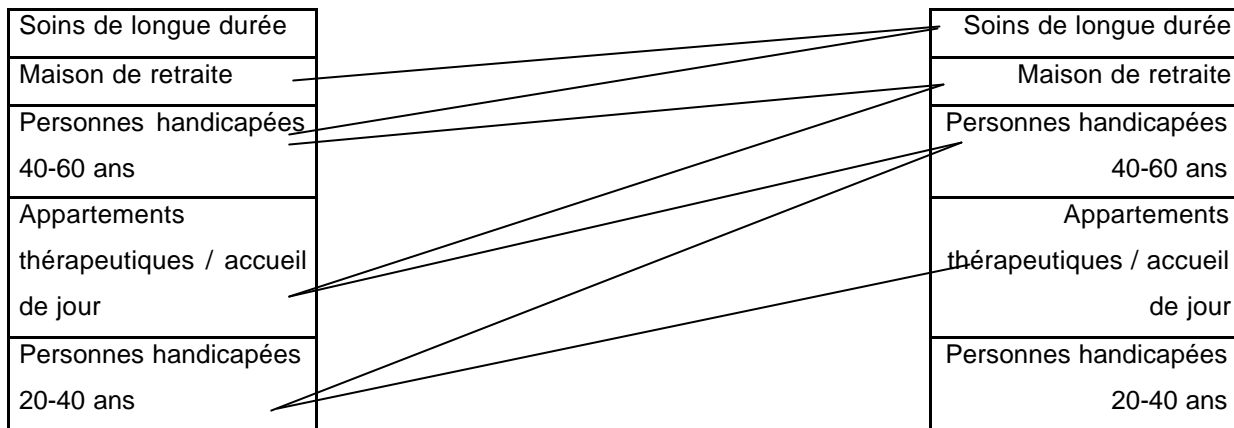


²⁷ STRATEGOR. Op. cit. p.365 et suiv.

²⁸ AB + BC ⇒ BC

Pour le pôle de Vinay, le principe organisateur du réseau est la prise en charge sanitaire. Cela induit des relations souvent bi-directionnelles et activées fréquemment entre services. Ce réseau illustre parfaitement le rôle spécifique de l'hôpital local, principalement en direction des personnes âgées et motive la place que l'hôpital entend jouer dans la mise en place d'un CLIC.

Tableau 15 - POLE DU PERRON - RESEAU INTERNE

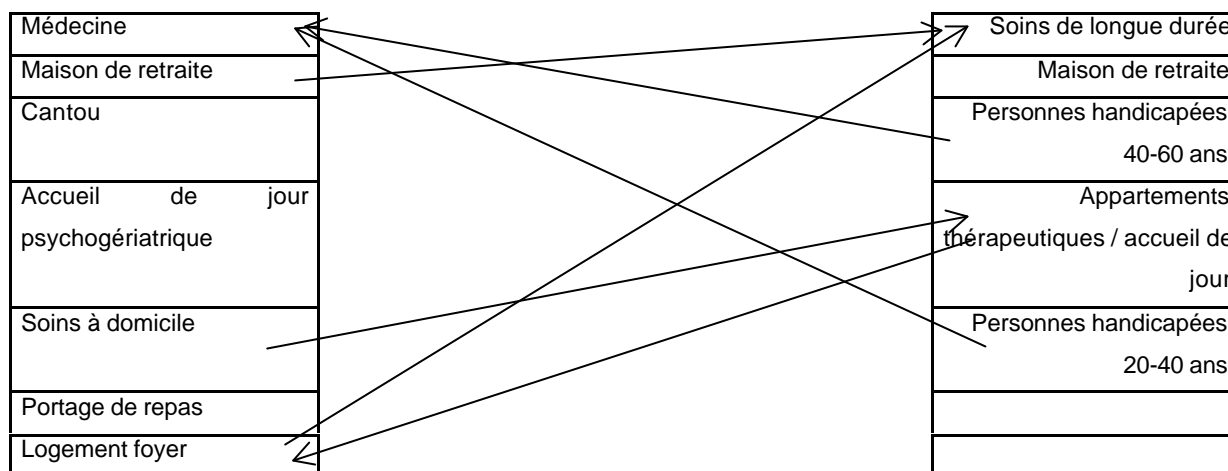


Pour le pôle du Perron, le principe organisateur du réseau est le parcours de vie de la personne accueillie. L'activation de ce réseau concerne principalement les personnes handicapées. En effet, l'admission dans l'établissement s'effectue à différentes étapes du parcours de vie, selon la spécificité de chacun des services.

Par contre, la vocation de l'établissement permet une prise en charge au long cours des personnes handicapées mentales adultes. Cela constitue un point fort des compétences de l'établissement, qui le place au cœur de la réflexion et des projets départementaux concernant le vieillissement des personnes handicapées mentales.

Cependant, la réflexion menée au sein de l'établissement conduit à une certaine rupture avec ce modèle exclusif de trajectoire, dont on peut craindre qu'il soit par trop marqué par une certaine logique hospicière. Pour beaucoup, il répond au besoin de continuité de vie tout en proposant une prise en charge évolutive et spécifique que n'offrent que rarement à ces personnes les établissements pour personnes âgées. Mais des solutions alternatives sont recherchées pour certains résidents, que seul le développement du partenariat peut permettre.

Tableau 16 - RESEAU INTERNE AU GROUPEMENT



La coopération établie entre le pôle de Vinay et le pôle de St Sauveur ouvre un fort potentiel de relations entre les deux organisations. Celles-ci sont largement facilitées par le travail de mise en contact, d'harmonisation des méthodes et des outils, notamment informatiques. Le processus de connexion des réseaux internes est dans une phase d'initialisation. Il a pu se concrétiser néanmoins dans des situations problématiques de prise en charge.

Par exemple, un jeune handicapé adulte avait été victime d'un accident lors d'un séjour dans sa famille, hors du département de l'Isère ; son hospitalisation se révélait difficile du fait de troubles du comportement de ce dernier. Un projet de prise en charge a pu être mis en place grâce à la collaboration de l'équipe éducative du Perron et de l'équipe soignante du service de médecine de Vinay. Le même dispositif a pu être activé récemment pour un résident du Boé (service personnes handicapées 40-60 ans), victime d'un accident de voiture.

Un autre exemple peut être donné : celui de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Certaines personnes handicapées ont acquis une autonomie de vie leur permettant de résider hors de l'établissement tout en bénéficiant d'un accompagnement et d'un accueil de jour. A l'heure de la retraite, ils n'ont d'autre solution que de réintégrer l'institution, ce qui remet en cause le sens et la réussite de la prise en charge conduite. La solution aujourd'hui envisagée est une intégration au logement foyer de Vinay avec un accompagnement éducatif spécifique et l'intervention du SSIAD. De la même manière, le SSIAD intervient depuis peu pour un résident en appartement thérapeutique.

L'exploitation de ce potentiel demeure embryonnaire car la phase première de la coopération a été de créer les conditions d'une collaboration possible et d'opérer un décloisonnement général des services et leur ouverture sur l'extérieur. Mais ce potentiel est prometteur, surtout lorsque cette interconnexion débouche sur un dispositif conjoint entre deux services.

Pour ce qui concerne le **réseau externe au groupement**, chaque service est ouvert sur un environnement spécifique en lien avec son activité. Cependant, une appréhension globale et transversale aux organisations concernées redessine la carte des liens privilégiés que le groupement entretient avec son environnement. La coopération met ainsi à jour des intérêts communs et accroît la capacité à agir sur cet environnement, notamment le pouvoir de négociation avec les partenaires.

Ce potentiel de négociation s'est sans doute surtout concrétisé dans la régulation des rapports avec la médecine libérale. En effet, le Directeur des établissements a réalisé une contractualisation des interventions des médecins libéraux, selon des modalités identiques sur les deux établissements pour les services médico-sociaux. Il s'est efforcé aussi de resserrer l'équipe médicale et de favoriser son intervention sur les deux sites.

Les relations établies ou à établir avec le secteur du maintien à domicile ne sont pas de même nature. Le projet de création d'un CLIC à l'Hôpital de Vinay offre un cadre à leur développement et à l'élaboration des procédures et des outils nécessaires à la collaboration. La présence au Conseil d'administration de chacun des établissements d'administrateurs issus d'associations de maintien à domicile (Aide à Domicile en Milieu Rural) facilite les relations avec le secteur.

Les relations avec le secteur psychiatrique existent de longue date, particulièrement avec les services du Perron. La réorganisation en cours du secteur psychiatrique et le transfert du Centre Médico-Psychologique de St Marcellin à Vinay constituent une opportunité pour le renforcement global de ce partenariat.

Les relations avec le secteur hospitalier sont plus complexes car « multi-focales ». Elles concernent des situations très diverses : consultations, hospitalisations, retour à domicile après une hospitalisation, entrée en institution etc. On retrouve là la question de la construction du territoire médico-social évoqué plus haut et l'intérêt de resserrer l'éventail des partenaires pour mettre en place des procédures régulées. Mais certaines réalisations à l'initiative du groupement comme le dossier unique de demande d'admission, commun à l'ensemble des établissements d'hébergement, ont d'ores et déjà facilité le travail avec les services sociaux hospitaliers et simplifié les démarches (complexes et douloureuses) des familles.

On peut donc dire que la coopération crée un fort potentiel de développement des réseaux tant du point de vue de leur activation que du point de vue de leur contrôle. L'apport de l'hôpital de Vinay est particulièrement significatif. L'exploitation de ce potentiel a deux dimensions. La première est stratégique dans la mesure où l'interconnexion des services permet l'émergence de nouveaux dispositifs de prise au plus près des besoins des résidents et des patients. La seconde est plus opérationnelle et favorise le changement et l'innovation dans les pratiques professionnelles.

□ Approche en terme de logique d'accompagnement personnalisé

Au cours des dernières années, la philosophie générale du soin et de l'accompagnement des personnes accueillies a connu une inflexion importante. L'enjeu du changement était de passer d'une organisation largement taylorienne des services à une organisation centrée sur la personne. La conception du soin qui a été promue, repose sur l'élaboration de projets individualisés, la définition du rôle de soignant-référent, le libre choix du médecin par les résidants et le recours à l'outil informatique pour favoriser la coordination des différents intervenants professionnels. Pour l'heure, tous les services n'ont pas achevé le passage à cette nouvelle organisation. Les difficultés rencontrées concernent autant une certaine résistance au changement que les problèmes liés à toute innovation technologique conséquente.

Une telle conception modifie forcément l'organisation. On peut prendre l'exemple de l'organisation médicale. Précédemment, les médecins étaient affectés à un service et avaient tendance à reproduire le modèle des services hospitaliers, qui n'est pas adapté aux services médico-sociaux. Maintenant, chaque médecin est référent pour un ensemble de résidants, selon l'expression du libre choix de ces derniers, et intervient donc sur l'ensemble des services. La nouvelle organisation privilégie l'accompagnement individualisé au quotidien plutôt que l'activité diagnostique, qui devient support de la prise en charge dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire des besoins du résident.

Cette organisation privilégie une approche transversale des interventions professionnelles spécialisées. Elle favorise un décloisonnement des services, une mutualisation des besoins et la constitution d'équipes spécialisées au service des résidents. Elle représente le passage d'une structure divisionnelle des services de soin et d'accompagnement à une structure de type matricielle²⁹. Différentes fonctions sont concernées, qu'elles soient à dominante soignante (psychologues, diététicien, art-thérapeute etc.) ou sociale (assistant social, animateur, tuteur aux majeurs protégés etc.).

Par ailleurs, les établissements de taille modeste éprouvent de réelles difficultés à acquérir ces fonctions professionnelles spécialisées. Les obstacles sont financiers. Mais les créations de poste se heurtent aussi à l'évaluation de leur intérêt par les "tutelles". Dans les établissements à vocations multiples, les établissements sont condamnés à user de la stratégie suivante. Le projet de création d'une fonction professionnelle spécialisée est porté pour le segment d'activité où il a le plus de chance d'être validé, pour ensuite être utilisé dans d'autres champs d'activités et bénéficier ainsi à l'ensemble de l'organisation en terme d'interventions et plus certainement d'expertise.

²⁹ cf STRATEGOR ; op . cit.

La coopération a conforté ce processus de changement. Par la mise en commun de ces fonctions spécifiques, elle étend cette transformation structurelle et accompagne le changement de conception et d'organisation de la prise en charge. Elle contribue à accroître l'autonomisation de ces fonctions. Malgré leur diversité, celles-ci reposent sur une problématique commune : la définition de la place de ces fonctions transversales à l'organisation (pour chaque établissement et dans la dimension inter-établissements).

Si l'on ne peut cerner encore toutes les facettes du changement en cours, il reste pour l'avenir à élaborer plus précisément « la relation de service » qui s'établit entre les services de soin et d'accompagnement et ces fonctions professionnelles spécifiques.

2.2.2 - La dynamique Stratégie / Structure / Organisation

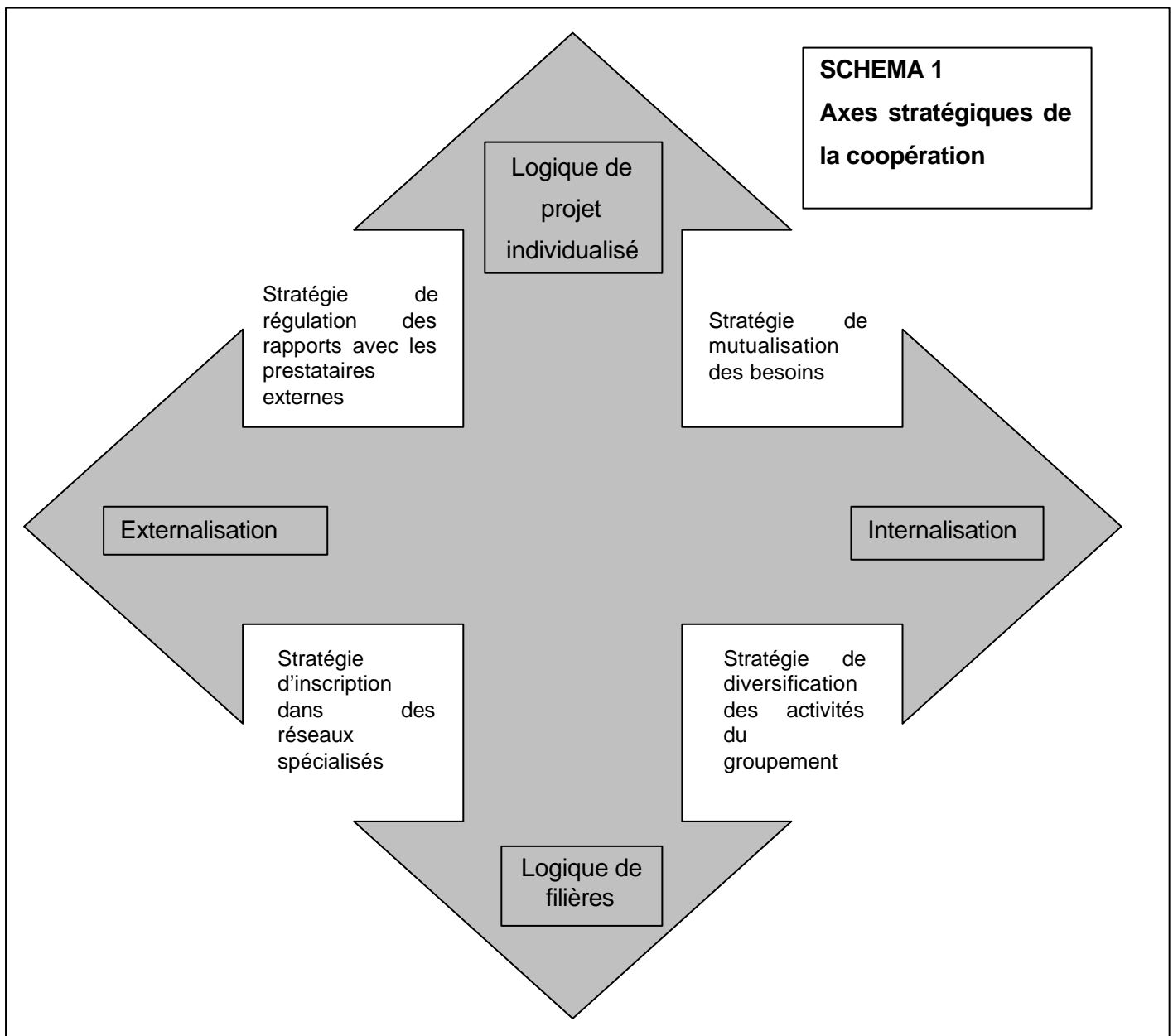
2.2.2.1 - Validation des fondements stratégiques de l'alliance

On peut noter que la stratégie d'alliance qui sous-tend l'architecture de la coopération, n'a pas été menée avec la même force pour l'accès aux différentes ressources stratégiques.

- **L'accès aux ressources du type «compétences »** constitue de loin la préoccupation centrale de la coopération, qu'il s'agisse de partager les compétences entre les deux établissements ou de réguler les rapports avec les prestataires externes grâce à l'effet de taille que procure la coopération.
- **L'accès aux ressources «clients »**. Bien que partie intégrante de l'argumentaire de la coopération, l'accès aux ressources stratégiques du type «clients » ne s'est pas véritablement concrétisé dans une réorganisation et une redéfinition de l'offre de service générale du groupement. Les établissements ont conservé leurs stratégies d'offre propres, même si une philosophie commune relative à la qualité des prestations a pu être promue. Cependant, la coopération est porteuse d'un fort potentiel, qu'il appartient aux établissements d'exploiter à l'avenir . Mais il convient de rappeler que les activités médico-sociales ont, pour les deux établissements, un taux d'occupation proche de 100 %.
- **L'accès aux ressources financières** est liée à la stratégie d'offre de service. La coopération n'a, pour l'heure, pas débouché sur des activités nouvelles apportant d'autres financements que ceux dont disposent les établissements. L'apport de la coopération concerne l'optimisation des ressources actuelles ; la mise en commun de moyens s'apparente à un processus de concentration et d'intégration, dégagant des gisements de productivité à exploiter. Cependant, la coopération soutient le rôle d'acteur dans la construction des réseaux que jouent et comptent jouer les établissements ; celui-ci, de façon même modeste, est susceptible d'apporter de nouvelles ressources.

- **La ressource stratégique** que constitue **les équipements** dans le champ sanitaire, n'a pas la même portée dans le champ médico-social. Les investissements technologiques importants concernent pour l'essentiel les infrastructures hôtelières. Par les économies d'échelle qu'elle permet, la coopération modifie sensiblement l'éventail des solutions possibles. Elle permet notamment la conservation en interne de certaines fonctions susceptibles d'être externalisées, et cela de façon avantageuse du point de vue économique et social. Cependant le mode conventionnel choisi pour cadre de la coopération présente des limites à un investissement et à une exploitation en commun des équipements.

Derrière le relatif foisonnement des voies explorées, on peut dégager les quatre lignes stratégiques de la coopération, que l'on peut représenter par le schéma suivant :



Le schéma appelle les commentaires suivants :

❑ **L'alternative Internalisation/ externalisation**

La coopération modifie sensiblement cette alternative managériale, selon des mécanismes évoqués dans la première partie.

Les établissements sont prestataires et clients, l'un par rapport à l'autre. Le mode conventionnel met l'accent sur le contrat ou plutôt des contrats multiples. Il ne matérialise pas l'émergence d'une structure organisationnelle qui tend à devenir autonome par rapport à l'organisation de chacun des partenaires : intermédiaire, dans une position tierce et prestataire de service pour chacun d'eux.

Cette remarque ne vaut pas pour la convention de direction commune dans la mesure où le management ne constitue pas une prestation de service, sauf pour les aspects inhérents à la technostucture. Le besoin de séparer les deux dimensions de la coopération par la signature de deux conventions distinctes témoigne de l'existence de deux dynamiques différentes, qui peuvent entrer en contradiction.

❑ **L'alternative logique de projet individualisé / logique de filières**

Dans le champ médico-social, les modifications de l'allocation des ressources (actuelles et à venir) rendent plus pertinentes une organisation fondée sur le projet individualisé. Mais, pour les établissements à activités multiples comme c'est ici le cas, il s'agit de répondre à une double exigence : mettre en œuvre des projets individualisés compatibles avec le niveau de financement alloué tout en conservant des procédures budgétaires fondées sur des catégories de lits. La coopération permet d'anticiper et d'amorcer les changements organisationnels nécessaires. Elle accompagne et facilite les décloisonnements entre services et activités.

2.2.2.2 - Modèle organisationnel et dynamique interne de la coopération

La mise en perspective d'une part des caractéristiques de la coopération du point de vue organisationnel et d'autre part de l'impact de la coopération sur l'organisation de chacun des établissements, laisse apparaître le profil organisationnel suivant :

- ❑ **Un modèle organisationnel fortement intégrateur**, diffusant du sommet à la base des organisations de chacun des établissements.
- ❑ **Une organisation de type «missionnaire»** telle que la définit Mintzberg, c'est-à-dire centrée sur la culture d'entreprise, et dont le mécanisme principal de coordination est la norme.
- ❑ **Une coopération construite sur une problématique de Gestion des ressources humaines** suivant trois directions :
 - le recrutement de cadres adhérant à la culture d'entreprise et capables de traduire la norme en procédés standards de travail,

- le recrutement d'opérateurs spécialisés et qualifiés, capables d'une grande autonomie dans leur travail et partageant leur temps entre les deux sites.
- une standardisation du travail introduisant une certaine forme de souplesse : mobilité professionnelle, remplacement etc.

On peut s'interroger sur le système coopératif qui, pas à pas, se met en place sur trois points :

□ **Le besoin de standardisation du travail**

La standardisation du travail (comme mode de coordination au sein de l'organisation) est très liée à la modification des pratiques professionnelles qu'il était nécessaire de mener. On peut se demander quelle sera la pérennité de ce besoin une fois opérées les transformations souhaitées. Par ailleurs, le besoin de coordination résulte pour une part du mode d'organisation de l'équipe de direction. Il convient de différencier les besoins consécutifs à une production commune et les besoins de facilitation du management des équipes. De plus, derrière cette question, on trouve le problème du degré de différenciation ou d'intégration souhaitables pour chacune des fonctions ou des services.

□ **Le mode de valorisation des apports**

D'une manière générale, la valorisation des apports pose un problème : celui de la définition du volume de la contribution et de l'unité choisie pour la valoriser. Elle pose aussi le problème de la prise en compte des frais de structure attachés à n'importe quelle fonction. Mais le travail de production de l'organisation elle-même (projets, élaboration des procédures, groupes de réflexion) - demeure non valorisé et difficilement mesurable en l'état actuel des choses. Or, une évaluation au plus juste possible des apports est nécessaire dans le cadre d'une coopération entre deux entités autonomes du point de vue juridique et financier.

□ **Le degré d'adhésion à la coopération**

Jusqu'à présent, la coopération a été relativement peu « impliquante » au quotidien pour les équipes de terrain. Elle a pu être perçue par certains comme abstraite et ne concerner que les personnes travaillant effectivement sur les deux sites. Le travail commun s'est plutôt réalisé sur un registre idéologique : projet d'établissement, formation à la démarche qualité etc. même si les conceptions ainsi établies se concrétisent peu à peu dans le travail quotidien. Dans ce cadre, la confrontation à d'autres est apparue comme particulièrement intéressante. Même si ce travail a pu faire tomber les barrières à un rapprochement plus marqué des deux établissements, l'acceptation du processus dans sa configuration actuelle ne vaut pas quitus et ne préjuge pas des réactions du personnel à tout rapprochement plus marqué des établissements.

Ces trois éléments constituent des zones de fragilités pour la coopération. Ils forment des voies de frayage à une éventuelle remise en cause de la coopération. Le risque est la résurgence de la question identitaire³⁰, sur le front de :

❑ **L'identité de chacun des établissements.**

Car tout rapprochement plus marqué ferait naître la crainte à la fois d'une absorption (prédominance de l'établissement le plus important), et d'un éclatement du tout en parties disjointes (les différents services constituant chacun des établissements et qui ont construit des solidarités).

❑ **La défense de l'identité professionnelle.**

Celle-ci s'exprimerait au travers de la résistance à toute forme de polyvalence et la revendication à une différenciation forte de chaque secteur d'activité, jusqu'au repli sur le groupe professionnel, au détriment de l'identité élargie qui a été promue dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.

Si on ne perçoit aucun signe avant coureur d'une telle crise s'ouvrant sur ces fronts, si un travail important de construction d'une culture commune a été réalisé, le risque demeure potentiel. Le processus de construction de la coopération apparaît nettement comme la préparation d'une éventuelle fusion d'établissement et la production des conditions de son acceptabilité sociale. Cependant, toute avancée significative de la coopération doit tenir compte. L'élément déterminant pour la poursuite de ce processus se révèle être le choix du moment où les contours du projet de rapprochement entre les établissements seront arrêtés.

Le but de la seconde partie de l'étude était de cerner le profil de la coopération entre le Perron et l'hôpital de Vinay, à partir de trois approches complémentaires : l'approche organisationnelle, l'approche fonctionnelle et l'approche en terme de logiques d'intervention. Partant de la caractérisation de la coopération, l'objectif était de répondre à trois interrogations : la pertinence de la stratégie, la pertinence de l'architecture de la coopération et le degré de transversalité des organisations induites par la coopération.

L'analyse réalisée met en lumière la complexité des systèmes et des processus mis en œuvre, que, sans doute, la taille et le type d'établissements n'auraient pas laissé présager au premier abord. Cette complexité est le résultat du pragmatisme avec lequel a été conduite cette expérience. En tant qu'outil au service du management des établissements, la coopération a été exploitée dans plusieurs directions. Le management des ressources humaines constitue

³⁰ STRATEGOR. Op.cit. p. 499 et suiv.

néanmoins l'épine dorsale de la coopération. Celui-ci a servi de levier de changement des pratiques, en dehors de la problématique de la coopération elle-même. Mais il a préparé l'avenir de la coopération.

Quatre lignes stratégiques ont été dégagées : la mutualisation des besoins, la régulation des rapports avec les prestataires externes, la diversification des activités et l'inscription dans des réseaux spécialisés. Ces orientations correspondent parfaitement les enjeux actuels du management stratégique des établissements sanitaires et sociaux et témoignent de la pertinence de la stratégie globale adoptée. Le Perron apporte à la coopération les avantages d'une organisation plus étoffée, disposant de compétences professionnelles spécialisées : effet de taille, économies d'échelle au bénéfice des deux établissements. L'hôpital local de Vinay apporte un ancrage territorial plus marqué et une inscription plus large dans l'environnement par la diversité de ses activités et sa situation à l'articulation du sanitaire et du social, du domicile et de l'hébergement.

Cependant, la stratégie a surtout été mise en œuvre en interne, compte tenu du caractère récent de la mise en place de la coopération. On discerne des objectifs liés au développement de la coopération et des objectifs découlant de la direction commune des établissements, tendant à mettre en place une organisation fortement intégrée, progressant du sommet à la base. La stratégie externe, tournée vers l'environnement, est porteuse d'un fort potentiel de développement des établissements, non encore totalement exploité. Il convient de considérer qu'il n'y a pas une coopération mais des coopérations articulées à des stratégies différentes et requérant peut être des structures organisationnelles différenciées.

Le développement de la transversalité des organisations nécessitait une recomposition, une préparation et une formation des équipes qui ont été menées. Le décloisonnement des équipes concerne autant les établissements en interne que les rapports que nouent leurs équipes. La poursuite du travail engagé appelle la valorisation et la mise en avant des expériences de terrain et une systématisation plus marquée de la construction des interfaces.

Le mode conventionnel qui sert de cadre à la coopération s'est révélé souple et évolutif, apte à répondre à des objectifs diversifiés de régulation des rapports entre les partenaires. Cependant, il est source de tensions sur différents points, découlant d'une certaine contradiction entre l'organisation réelle et l'autonomie juridique des établissements.

En conclusion, le développement de la coopération entre les établissements doit s'inscrire dans la continuité des orientations générales qui en constituent le moteur. Mais il doit proposer une architecture organisationnelle apportant des réponses aux problèmes soulevés.

3 - PROPOSITIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION

3.1 - LA MISE EN PLACE D'UNE STRUCTURE PROJET

3.1.1 - Définition des objectifs stratégiques

3.1.1.1 - Orientations générales

Chacun des établissements a inscrit dans son projet la poursuite de la coopération engagée depuis 1997. Mais le mode de rapprochement souhaité n'a pas été arrêté. Ainsi, le champ des possibles est relativement ouvert et n'exclut pas une fusion entre les établissements partenaires. Il s'agit donc de perfectionner l'organisation de la coopération, mais aussi, le cas échéant, de la réorienter.

Les propositions que je formulerai concernent plus la démarche, la méthodologie et le cadre général du projet que la définition précise de la structure à mettre en place. En effet, la participation des différents acteurs institutionnels est une donnée essentielle du projet ; elle l'a été dans la phase première de la coopération, elle doit être poursuivie pour l'avenir. Par ailleurs, le pilotage du projet nécessite, aux différentes étapes de son développement, un recueil de données et des études économiques non actuellement disponibles. L'objectif de cette troisième partie est donc de repérer les décisions structurantes du projet et les options qui se présentent. Cependant, pour chacune de ces options, j'expliciterais celle que je privilégierais.

L'évaluation réalisée plaide à la fois pour une définition plus précise de la coopération et pour le dépassement des limites inhérentes au mode conventionnel qui lui sert de cadre juridique. Différentes solutions existent et présentent, chacune, des avantages et des inconvénients. Néanmoins, deux conceptions s'opposent en la matière :

- ❑ Soit l'on considère que le point d'aboutissement d'une coopération inter-établissements est la fusion et l'intégration complète des organisations. Les dispositifs de coopération sont alors envisagés comme des étapes, utiles ou nécessaires, pour parvenir au but.
- ❑ Soit l'on pense que les différentes formes hybrides d'organisation ont une valeur intrinsèque et présentent des avantages qui les rendent préférables à tout processus complet d'intégration.

A titre personnel, je penche plutôt pour la seconde conception. J'avancerais à cela deux arguments :

- ❑ **Leur capacité d'évolution**, car les coopérations supportent une certaine réversibilité si des ajustements s'avèrent nécessaires et elles offrent des possibilités d'élargissement des partenariats
- ❑ **La circonscription à des champs définis**, qui n'obligent pas forcément à un remaniement complet de l'organisation, porteur de risques parfois difficilement maîtrisables, en particulier sur le registre de l'identité des personnels et des structures.

Néanmoins, il convient de faire preuve de pragmatisme. Toute rapprochement entre établissements constitue une histoire singulière. Toute évolution significative d'une expérience doit ménager des continuités et des ruptures. Ces deux conceptions me semblent avoir leur valeur dans le contexte particulier de la coopération Le Perron / Vinay.

Je m'appuierais donc sur les forces et faiblesses de l'expérience, qui m'apparaissent les plus significatifs :

- ❑ **Une culture de la coopération**

Le point fort de l'expérience concerne la gestion des ressources humaines. La situation des établissements partenaires est très différente de celle de la plupart des opérations de rapprochement où les établissements, après la décision prise, sont affrontés au délicat problème de la préparation des personnels. La coopération a permis d'une part la constitution d'un groupe de personnes ressources connaissant bien les deux structures et d'autre part un bilan conséquent d'harmonisation et de convergence des pratiques professionnelles.

Parmi ces personnes ressources, on peut distinguer celles qui se sont engagées dans les projets inter-établissements (Projet de soins infirmiers et projet social principalement) et les personnes qui appartiennent aujourd'hui aux deux organisations. Il est important que les secondes jouent un rôle moteur dans le développement à venir de la coopération. Car le registre de la construction de la coopération n'est plus « idéologique » mais opérationnel. Il convient de travailler à partir des difficultés concrètes rencontrées par les personnes intervenant sur les deux sites.

- ❑ **L'existence d'une instance légitimée susceptible de porter le projet**

Il existe, depuis la signature de la convention, une Commission de coopération, dont le rôle est explicitement le développement de la coopération. Compte tenu des circonstances particulières à l'exercice de la fonction de direction (absence de directeur adjoint pendant plus d'une année) et de la multiplicité des projets qui ont été mis en œuvre (renouvellement des projets d'établissement sur les deux sites, préparation de l'accréditation), celle-ci n'a pas été mobilisée autant que prévue. Il est important de réactiver cette instance – la seule

réunissant des administrateurs des deux établissements et de lui donner un rôle central dans l'élaboration du projet.

□ **Un système d'information de gestion d'aide à la décision et d'évaluation à construire**

L'une des difficultés rencontrées concerne la valorisation de la contribution des partenaires. Si, dans sa phase de construction, la coopération supportait une part des contributions échappant à toute évaluation financière, toute forme plus structurelle appelle un outil d'aide à la décision et la quantification des prestations. Par ailleurs, la réforme de la tarification nécessite le développement d'une comptabilité analytique plus fine.

La construction du système d'information en question est facilitée aujourd'hui par l'utilisation des mêmes outils informatiques et la réorganisation harmonisée de la structure des données. Il convient donc d'exploiter le nouveau système d'information pour déterminer les coûts de gestion des différentes fonctions, définir des objectifs d'amélioration des performances grâce à la coopération afin de pouvoir évaluer ultérieurement les résultats.

Cette question concerne la conduite opérationnelle du projet mais constitue aussi un outil au service du dialogue social. Par exemple, certains personnels du Perron ne comprennent pas l'intérêt pour l'établissement de mettre en commun certaines fonctions et y voient un « excès de générosité » qui l'appauvrit (même si la perspective de collaboration est bien perçue), alors que l'apport de Vinay aide au maintien de fonctions en interne et apporte une marge de réorganisation indispensable à l'amélioration de la qualité.

□ **Des chantiers de coopération à circonscrire précisément**

La volonté de construire une culture commune aux établissements prend parfois le pas sur la démarche plus opérationnelle. Toutes les questions n'ont pas à être traitées en inter-établissements. Par ailleurs, des questions qui doivent trouver une solution globale méritent d'être traitées en deux temps : d'abord en interne, puis en inter-établissements.³¹ Par ailleurs, parmi les voies de mise en œuvre de la coopération, certaines engagent le travail au quotidien des équipes et nécessitent la mise en place d'une coordination permanente de l'action. D'autres sont centrées sur l'harmonisation des pratiques professionnelles, l'élaboration de protocoles, la recherche d'interfaces entre services ; elles s'inscrivent dans des « micro-projets » n'impliquant pas l'ensemble des structures et non permanents dans le

³¹ J'ai pris conscience de cette difficulté à l'occasion de la préparation des 35 heures. Différents arguments plaident pour une démarche collective de diagnostic menée en inter-établissements : la contrainte des délais, l'existence d'un projet social commun, l'intérêt de confronter des réalités différentes autour d'une problématique commune. Si les rencontres et les échanges ont été fructueux, certains ont eu le sentiment de « perdre leur temps » car l'inventaire des situations constituait une tâche relativement lourde, qui semblait oblitérer les réponses concrètes. De plus une question porteuse d'enjeux forts pour les personnels exacerbe beaucoup plus la défense de l'identité spécifique des équipes que l'élaboration en commun de principes généraux.

temps. Le besoin de création d'une coopération plus structurelle concerne essentiellement les premières.

3.1.1.2 - Objectifs stratégiques

Ces forces et faiblesses sur lesquels il convient de bâtir le projet sont issues de l'expérience de la coopération elle-même et ressortissent à sa cohérence interne. Mais une question demeure : quelle articulation pose-t-on entre la stratégie générale de développement des établissements et la stratégie de coopération ? Comme on l'a vu précédemment, la définition d'une stratégie globale du groupement n'a pas jusqu'à présent été totalement explicitée. Et la coopération repose plus, en l'état actuel des choses, sur une dynamique interne aux organisations.

Il me semble nécessaire de poser une hypothèse de base quant au futur du secteur médico-social sur le secteur, qui serve de cadre à des stratégies plus spécifiques, que celles-ci concernent la coopération ou d'autres aspects de la politique générale des établissements.

Pour ce qui est de l'activité « EHPAD », il convient de considérer la situation du département de l'Isère et du bassin d'habitat³². Le Département n'accuse pas de retard en matière d'offre de service. L'indice départemental d'équipement toutes structures confondues est de 17,7 places pour 100 personnes âgées de plus de 75 ans. Le Département a gelé la création de lits supplémentaires pour la période 2000 2005, en prenant en considération la pause que marque actuellement l'évolution du nombre de personnes âgées. Par contre, la politique départementale est de favoriser et de soutenir financièrement les réponses apportées à des groupes spécifiques de personnes âgées : les personnes handicapées mentales vieillissantes, les personnes en situation d'exclusion sociale et les personnes immigrées. Le bassin d'habitat Bas Grésivaudan possède un indice d'équipement supérieur : 25,5 places. Le nombre de places d'hébergement avait été réduit sur ce secteur lors du précédent schéma gérontologique. L'origine des personnes inscrites sur les listes d'attentes hors du bassin d'habitat demeure importante : 19% hors département, 35 % de l'agglomération grenobloise. Le recrutement excède les besoins du bassin d'habitat. Mais l'excédent de places par rapport au reste du département est accepté dans la mesure où il correspond à une part de l'offre de service du Perron en direction des personnes issues du secteur psychiatrique³³.

Je pense qu'on ne peut pas tabler sur une augmentation du nombre de lits d'hébergement pour asseoir la stratégie de développement des établissements. L'accompagnement du parcours de vie de certaines catégories de personnes âgées à travers des réponses modulaires (et au-delà d'une approche en terme d'hébergement en institution) me semble constituer l'axe central d'un

³² cf. Annexes A,B,C

développement possible de l'offre de service, d'autant plus que les établissements, individuellement ou grâce à la collaboration de leurs équipes possèdent compétences et expériences pour élaborer ces réponses.

Pour ce qui concerne le secteur de l'hébergement des personnes handicapées, le Schéma d'Organisation Sociale et Médico-Social a mis l'accent sur les besoins de réponses en direction des personnes lourdement handicapées, notamment en structures médicalisées. La situation du Perron est conforme à cette tendance. Le problème posé est en effet le besoin de médicalisation de la structure pour répondre au suivi de personnes présentant un profil psychiatrique plus lourd que par le passé. Le financement partiel des lits de FDT autorisés a constitué un élément de réponse. Cette problématique forme l'un des axes centraux d'un développement de l'établissement.

La détermination d'une stratégie relative aux activités sanitaires revêt deux aspects : l'ancrage des établissements dans le champ sanitaire, le rôle de ces activités dans le système global d'une offre de service majoritairement médico-sociale. L'effacement des catégories de lits au profit de la catégorie des EHPAD laisse pour l'heure dans l'ombre le futur statut juridique des centres de long séjour comme le Perron. S'il est impératif de ne pas construire l'organisation des structures médico-sociales sur le modèle hospitalier, il convient de considérer les avantages liés au statut d'établissement public de santé et à l'inscription dans le champ sanitaire. Par ailleurs, on a vu combien l'existence d'une activité de médecine présentait d'intérêts pour la continuité de la prise en charge des personnes accueillies dans les services médico-sociaux. Ces activités sanitaires constituent un maillon indispensable aux projets des établissements, notamment autour du développement des soins palliatifs. Par conséquent, la coopération doit maintenir et développer encore cette articulation du sanitaire et du social, qui constitue la contribution fondamentale de l'hôpital local à l'alliance. Cette stratégie est conforme aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire³⁴.

En conséquence, il me semble que la coopération doit continuer de constituer un moyen d'optimisation de l'utilisation des ressources mais que les marges de manœuvre ainsi dégagées doivent servir de façon prioritaire à la construction de réponses nouvelles.

En me basant sur les quatre orientations stratégiques centrales dégagées dans la partie précédente et les orientations générales ci-dessus, je proposerai pour le développement de la coopération certains objectifs prioritaires. Ces objectifs ne constituent pas une réorientation fondamentale de la stratégie de coopération mais insistent sur les éléments à renforcer. :

³³ Cette perception d'un équipement légèrement excédentaire peut entrer en contradiction avec l'expérience quotidienne de l'appel désespéré de familles ne trouvant pas sur le secteur de solutions d'accueil pour leurs parents âgés...

³⁴ cf. annexe D

Tableau 17- DEFINITION DES OBJECTIFS STRATEGIQUES		
STRATEGIES	OBJECTIFS	MOYENS (exemples)
Stratégie de mutualisation des besoins	Renforcer l'identité spécifique des personnels intervenant sur les deux sites	<input type="checkbox"/> Création d'une entité organisationnelle réunissant les services communs <input type="checkbox"/> Elaboration commune des modalités de prestations à fournir aux différents services sur les deux sites <input type="checkbox"/> Développement d'un rôle d'expertise sur les projets transversaux impliquant les deux sites
	Poursuivre la mise en commun des compétences sociales ou soignantes spécialisées au service du projet individuel	<input type="checkbox"/> Individualisation des prestations à offrir <input type="checkbox"/> Développement de l'éventail des prestations accessibles à l'ensemble des personnes accueillies sur les deux sites
	Assurer la transparence budgétaire des prestations réalisées	<input type="checkbox"/> Evaluation des prestations réelles aux services selon une ou plusieurs unités de mesure à définir selon la nature de la prestation <input type="checkbox"/> Définition des enveloppes budgétaires par services
	Renforcer la capacité d'autofinancement des établissements par la mise en commun de ressources d'investissement	<input type="checkbox"/> Elaboration du cadre juridique permettant l'investissement et la constitution d'un patrimoine commun
Stratégie de régulation des rapports avec les prestataires extérieurs	Développer les possibilités de conclusion de conventions ou contrats communs	<input type="checkbox"/> Poursuite et renforcement de la collaboration entre les services économiques des deux structures <input type="checkbox"/> Harmonisation des pratiques et évaluation globale des besoins du groupement <input type="checkbox"/> Elaboration du cadre juridique permettant la conclusion des contrats et la gestion commune de marchés publics
Stratégie de diversification des activités du groupement	Assurer la cohérence du portefeuille d'activité dans le champ gériatologique	<input type="checkbox"/> Renforcement de l'offre de service concernant les dispositifs intermédiaires entre le domicile et l'hébergement (accueil de jour, accueil temporaire) <input type="checkbox"/> Coordination des admissions
	Développer les activités sanitaires permettant la continuité de la prise en charge	<input type="checkbox"/> Développement des soins palliatifs à domicile et dans les services de soin et d'accompagnement <input type="checkbox"/> Développement d'une activité de soins de suite et de réadaptation
Stratégie d'inscription dans des réseaux spécialisés	Renforcer le rôle du cadre de santé pour le développement des partenariats externes	<input type="checkbox"/> Intégration de la dimension réseau dans les projets de service en cours d'élaboration (interne au groupement et externe)
	Développer les interfaces avec les partenaires externes	<input type="checkbox"/> Constitution d'un groupe de travail réseaux réunissant l'encadrement soignant, les médecins coordonnateurs et les services admissions <input type="checkbox"/> Participation des équipes à la construction du CLIC Sud Grésivaudan

3.1.2 - Organisation de la structure projet

3.1.2.1 - Les phases du projets

A - Le choix de la structure de coopération
Concertation avec les instances des établissements pour les orientations générales du projet et la décision de lancement du projet
Préparation de la décision : critères de décision, recueil des données nécessaires etc.
Choix d'une option par la Commission de coopération
Approbation de l'engagement dans le projet par les instances des établissements et rédaction d'un avenant aux projets d'établissement

Cette phase du projet doit être mise rapidement en œuvre. En effet, la décision à prendre n'est pas sans incidence sur certains projets en cours, notamment le projet de restructuration de la blanchisserie. La décision ne remet pas en cause les dossiers techniques qui intègrent d'ores et déjà la dimension inter-établissements mais risque d'entraîner un réaménagement du financement. Par ailleurs, la mise en place des 35 heures au cours de l'année 2002 nécessite des réorganisations pour lesquelles les modalités de structuration de la coopération sont susceptibles d'offrir des solutions à prendre en compte.

Par conséquent, il conviendrait de lancer ce chantier au cours de l'année 2002.

B. L'architecture organisationnelle de la structure de coopération
Définition des champs d'activités et des fonctions regroupées et mises en commun sur les deux sites
Détermination des moyens matériels et humains afférents aux activités regroupées
Réorganisation de l'organigramme
Evaluation des besoins d'harmonisation des pratiques professionnelles
Elaboration des propositions par la Commission de coopération
Avis des instances sur le projet organisationnel

Cette phase est dépendante de l'option de base retenue. Cependant, il est nécessaire de définir le schéma d'organisation de la nouvelle structure avant tout engagement dans la construction du cadre juridique. Si l'option retenue est la création d'une personnalité morale distincte des établissements partenaires, le soin porté à la définition précise du schéma d'organisation permet une rédaction claire des actes constitutifs. Il est en effet recommandé de ne pas avoir recours à des modèles standards ou déjà existants, qui risquent de ne pas prendre en compte les besoins particuliers de la coopération et les réalités singulières des institutions concernées³⁵. Dans tous les cas de figure, la présentation relativement détaillée de l'organisation envisagée avant l'engagement dans les négociations avec les acteurs du projet permet de prévenir des blocages éventuels dans une phase ultérieure du projet où ces derniers seraient particulièrement préjudiciables.

C. L'Elaboration du cadre juridique de la coopération
Rédaction du projet de statuts pour la structure de coopération : siège, dénomination, composition des organes, désignation du directeur, objet, apports etc.
Approbation des statuts (instances des établissements, conseils d'administration, ARH)
Publication des actes de création de la personnalité morale nouvelle, formalités de désignation d'un comptable

Cette phase constitue une étape délicate du projet, mais qui est facilitée par la qualité de la préparation réalisée dans les phases précédentes. Le problème central concerne l'élaboration et le respect d'un calendrier. Dans tous les cas de figure, il est recommandé de faire démarrer une structure nouvelle au 1^{er} janvier.

D. La Mise en œuvre du projet	
E.	Installation des organes de la structure
F.	Mise en place de la nouvelle organisation
G.	Mise en place du système comptable, du système d'information de gestion et d'évaluation des résultats
H.	Transfert des contrats (assurances, maintenance etc.) relatifs aux activités regroupées au sein de la structure

Dans la programmation de cette phase du projet, il est important de distinguer les opérations qui s'imposent dans les plus brefs délais pour permettre à la structure de fonctionner et les opérations qui peuvent s'échelonner dans le temps. Dans le cas de la création d'une structure de coopération autonome, il serait utile que le terme du processus de mise en place coïncide avec l'échéance de renouvellement des projets d'établissements.

TABLEAU 18 CALENDRIER GENERAL DU PROJET												
	2002				2003				2004			
PHASE A												
PHASE B												
PHASE C												
PHASE D												

3.1.2.2 - L'organisation du groupe projet

On peut identifier les acteurs de projet en quatre sous-ensembles :

- ❑ **La Commission de coopération**, dont le rôle est de formuler les choix stratégiques à soumettre aux instances et conseils d'administration des établissements,
- ❑ **L'équipe de direction**, chargée de piloter le projet et d'animer les travaux de la Commission de coopération, selon une répartition des rôles à établir. Néanmoins, le chef d'établissement assure, dans la répartition des tâches au sein de l'équipe, la responsabilité des orientations stratégiques et de la conduite des coopérations.
- ❑ **Les personnes-ressources de la coopération** telles que définies plus haut,
- ❑ **Les personnels impliqués par des réorganisations** consécutives à la mise en place de la structure de coopération.

L'implication de ces différents acteurs n'est pas la même aux différentes phases du projet. Il convient de distinguer :

- ❑ **Une équipe permanente** intervenant de l'initiation à l'évaluation du projet, constituée de la Commission, de l'équipe de direction et de l'adjoint des cadres chargé des services financiers au Perron.

³⁵ CF. HOUDART et al. Op. cit. p.198

- ❑ **Des sous-groupes restreints**, constitués en fonction des besoins d'avancement du projet et de la nature des problèmes à résoudre.

La question se pose de la composition actuelle de la Commission de coopération. Il me semble nécessaire d'y inclure, pour tout ou partie, les personnes travaillant au quotidien sur les deux sites, pour les raisons évoquées plus haut.

3.2 - ELABORATION DE SCENARIOS

3.2.1 - Définition des options

3.2.1.1 - Choix des options de base

Cinq choix se présentent pour l'aménagement du cadre juridique de la coopération :

- ❑ **La fusion des établissements**
- ❑ **La création d'un syndicat InterHospitalier**
- ❑ **La création d'un Groupement d'Intérêt Public**
- ❑ **La création d'un Groupement de Coopération Sanitaire**
- ❑ **La création d'un Etablissement Public de Santé Interhospitalier.**

Il convient d'éliminer d'entrée de jeu le Groupement d'Intérêt Economique, qui ne correspond pas à la problématique de mise en commun de personnel de statut public. Par ailleurs, le Groupement de Coopération Sanitaire n'apparaît pas présenter un intérêt particulier dans la mesure où il ne s'agit pas de construire une collaboration intégrant des partenaires privés. La création d'un Etablissement Public de Santé Interhospitalier est une solution à considérer mais, en l'état actuel des choses, les juristes soulignent les risques inhérents à l'imprécision des textes³⁶.

Le choix du cadre juridique me semble caractériser par l'alternative suivante, déjà évoquée.

- ❑ **Soit on choisit la voie de la fusion.** On peut décider d'engager directement ce processus et de construire les étapes du projet à partir de cette trame. Mais l'on peut aussi estimer que les obstacles sont importants et comportent des risques. On peut alors explorer les formes de coopération structurelles qui sont jugées relativement lourdes mais qui de ce fait préparent plus certainement le terrain d'une fusion. Le syndicat interhospitalier présente une étape utile pour la réalisation d'une fusion car il permet d'offrir un cadre à l'élaboration du projet du futur établissement³⁷. Dans la situation présente, il me semble que la fusion des établissements se heurte à la définition du statut juridique de l'établissement issue de la

³⁶ HOUDART op.cit

³⁷ BARRAL B. « Les difficultés juridiques et pratiques rencontrées lors de la fusion interhospitalière » Gestions hospitalières, octobre 2000.

fusion. En effet, l'hôpital local est un établissement communal, le Perron est un établissement départemental. Il me semble difficile de considérer qu'il pourrait s'agir d'un établissement intercommunal. Le risque est que le projet ne soit focalisé et bloqué sur cette difficulté juridique et politique alors que d'autres aspects trouvent leurs solutions.

Par conséquent, si cette voie était retenue, j'opterais pour la constitution préalable d'un syndicat interhospitalier.

- ❑ **Soit l'on choisit la voie du « sur mesure »** et l'on entre plutôt dans la création d'un Groupement d'Intérêt Public. La coopération est, dans ce cas, limitée dans le temps. En effet, le groupement est constitué pour un temps déterminé, qui n'exclut pas la prorogation de la structure. Il est conseillé d'opter pour une durée entre cinq et dix ans. La solution ne comporte pas un caractère irréversible ou difficilement révisable. Par ailleurs, elle semble plus conforme à la dynamique engagée dans le cadre de la convention, du point de vue de la volonté de « coller » aux besoins des organisations concernées.

3.2.1.2 - Définition d'une matrice de décision

On peut définir trois champs différents pour l'élaboration de la décision, une fois prise la décision de s'engager dans une coopération de type structurelle :

- ❑ **La capacité du cadre juridique envisagé** à répondre à ces objectifs stratégiques,
- ❑ **Les risques que comportent l'opération de rapprochement** envisagée, liés autant aux difficultés de mise en œuvre qu'aux conséquences sur l'organisation, car chaque forme juridique présente des écueils particuliers,
- ❑ **La capacité d'évolution du cadre juridique** envisagé, car les évolutions de l'environnement des établissements peuvent amener à réévaluer les partenaires et les coopérations utiles au développement des établissements.

L'enjeu de la première phase du projet, qui doit aboutir à une décision quant à l'option fondamentale du projet, est la comparaison des termes de l'alternative sur ces trois derniers champs : capacité du cadre juridique, maîtrise des risques et capacité d'évolution. Pour cela, il est important de construire une matrice de décision qui mette en évidence les avantages et les inconvénients, permette la pondération des critères et la synthèse de l'évaluation réalisée. Cela constitue la tâche du groupe de travail mobilisé sur cette première phase.

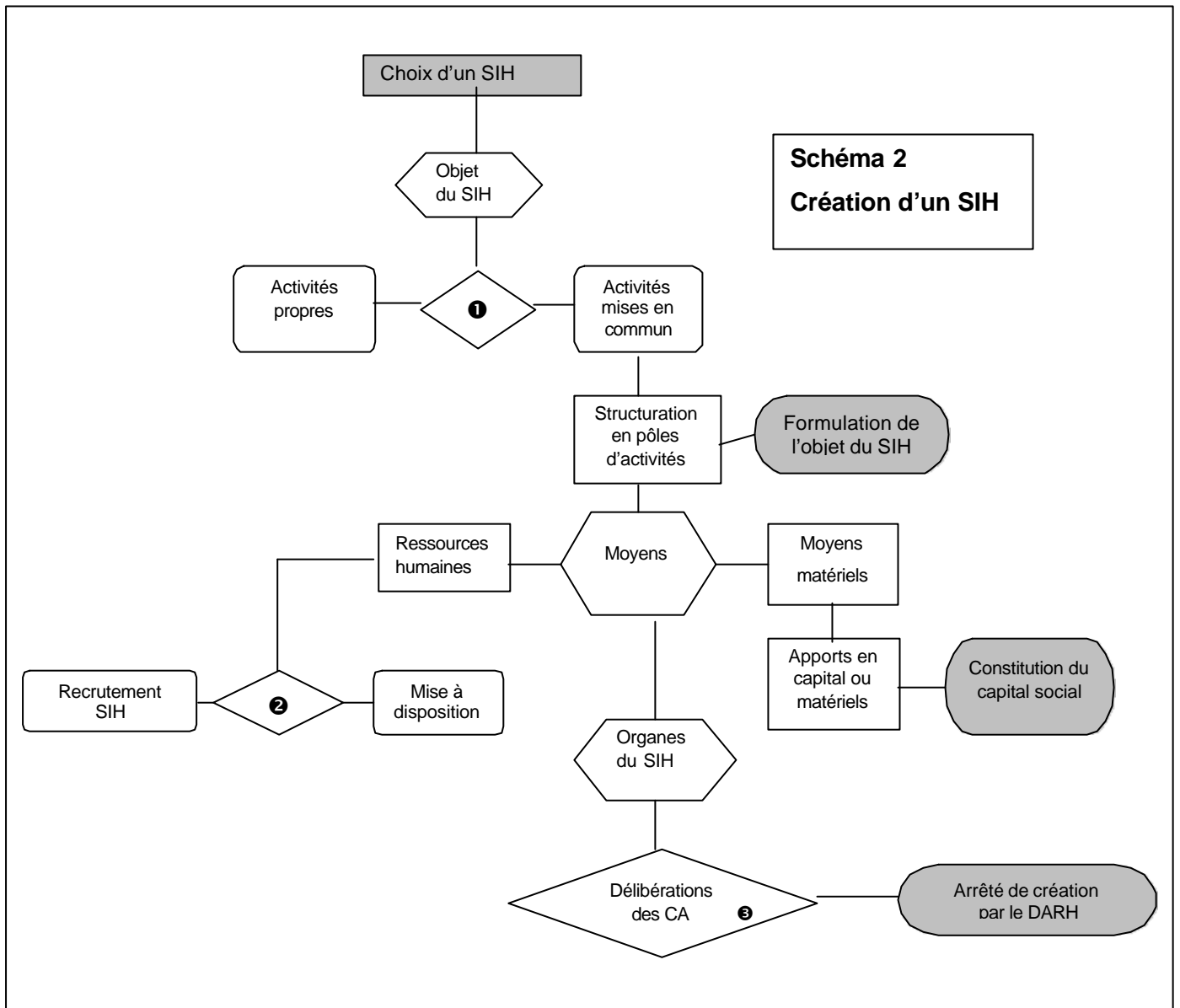
Par ailleurs, il est important de repérer pour chacune des solutions envisagées les décisions structurantes, sur lesquelles se joue l'adéquation du cadre juridique aux caractéristiques de la coopération souhaitée.

On peut esquisser cette matrice de la façon suivante :

Tableau 19–MATRICE DE DECISION				
CHAMPS	OBJECTIFS STRATEGIQUES	CRITERES	EVALUATION (exemples)	Notation de 1 à 3
Capacité à répondre aux objectifs stratégiques	Mutualisation des besoins	Amélioration de la Gestion des personnels communs	Avantages fiscaux Valorisation des apports .	[...]
		Amélioration de la capacité d'autofinancement des projets	Constitution d'un outil de production commun souscription d'emprunts etc	[...]
		[...]		
	Régulation des rapports avec les prestataires extérieurs	[...]		
	Diversification des activités			
Maîtrise des risques	Inscription dans des réseaux spécialisés			
	[...]			

3.2.2 - Présentation des scénarios

3.2.2.1 - Scénario 1 – Création d'un Syndicat Interhospitalier



□ **Choix 1 : Activités transférées au SIH**

Le choix des activités à transférer doit être opéré dans la perspective de la réorganisation de l'organigramme du futur établissement. Par conséquent, la question se pose pour tous les services dont l'activité concourt au fonctionnement des organisation : services administratifs, services logistiques, fonctions sociales ou soignantes intervenant sur plusieurs services de soins et d'accompagnement. Le transfert de services d'accompagnement et de soin ne présente pas d'intérêt.

L'ensemble des services logistiques (blanchisserie, cuisine, services intérieurs, services techniques) peuvent être facilement transférés au SIH, quelles que soient leurs modalités d'implantation sur l'un ou l'autre site et quel que soit l'organigramme choisi. Il en est de même pour les services intérieurs (transport par exemple). Le regroupement des fonctions sociales et soignantes, qui interviennent déjà largement sur les deux sites, ne devraient pas non plus poser problème. De même, il serait pertinent de regrouper les pharmacies des établissements.

La question plus délicate est celle de la constitution des services administratifs chargés de la gestion des services du SIH. En effet, chaque établissement plus le Syndicat doivent pouvoir disposer de l'ensemble des fonctions administratives nécessaires à leur fonctionnement en particulier de services économiques et financiers et de service du personnel. Compte tenu de la taille des établissements, cela suppose l'exercice professionnel en temps partagé sur plusieurs structures, ce qui ne résout pas complètement les problèmes évoqués dans la partie précédente et risque de compliquer la tâche du personnel et de générer des coûts supplémentaires contraires à l'effet recherché.

□ **Choix 2 : Patrimoine transféré au SIH**

Le patrimoine transféré au SIH dépend étroitement de la définition de l'objet du SIH et des activités transférées elles-mêmes. Ce transfert est soumis à l'autorisation par arrêté du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. D'une manière générale, le syndicat interhospitalier ouvre des possibilités plus grandes que les autres coopérations structurelles de gestion d'un patrimoine commun, notamment la centralisation des ressources d'investissement pour le financement de travaux d'équipement ou la contractualisation d'emprunts. Cependant, il convient d'être prudent sur ce point car ces possibilités se heurtent à des dispositions législatives et réglementaires contraires³⁸.

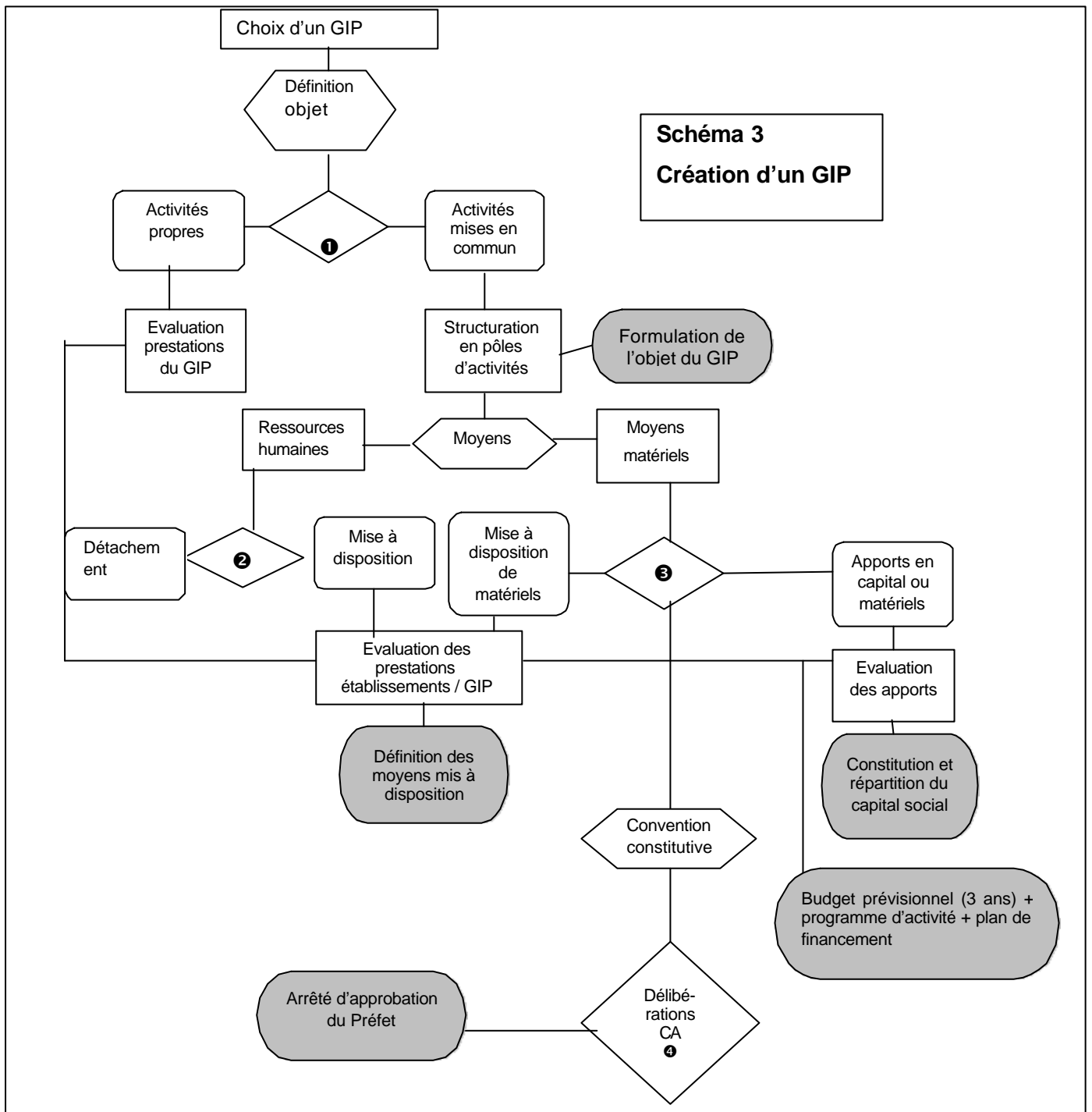
□ **Choix 3 – Détermination des organes du SIH**

La composition du conseil d'administration tient compte de l'importance relative des établissements en fonction du nombre de lits. Cependant, le mode de calcul s'effectue uniquement sur la base des lits sanitaires, les lits de moyens et de long séjour comptant pour moitié. Cette répartition du pouvoir au sein du conseil d'administration ne me semble pas correspondre aux réalités institutionnelles des établissements concernés. Un autre mode de représentation doit être recherché et négocié. Il peut par ailleurs être intéressant de constituer un bureau comprenant trois membres élus comme la loi l'autorise.

La direction est assurée par un secrétaire général nommé par le ministre de la santé parmi l'équipe de direction. La répartition des rôles au sein de l'équipe de direction est un élément important de l'architecture de la coopération, qui dépend étroitement des choix opérés relatifs à la convention de direction commune.

³⁸ Cf HOUDART et al. Op. cit. p. 100

3.2.2.2 - Scénario 2 – Création d'un Groupement d'Intérêt Public



□ CHOIX 1 : Activités regroupées au sein du GIP

Les activités à regrouper au sein du GIP ne sont pas fondamentalement différentes de la situation précédente. Mais l'objectif poursuivi est moins orienté vers la construction d'une structure future que déterminée par la recherche d'économie de gestion. Par conséquent, l'intérêt réside dans l'autonomisation des fonctions transférées pour une meilleure évaluation des prestations (en volume et en coût) à facturer aux établissements partenaires. Une part de

l'arbitrage tient au régime fiscal de ces prestations, en particulier ce qui a trait à la TVA (assujettissement de la prestation à la TVA et récupération de la TVA sur les facteurs de production). En particulier, il convient de prendre en compte l'éventuel avantage constitué par l'absence d'assujettissement à la taxe sur les salaires qu'implique l'assujettissement à la TVA. Cela appelle la réalisation de simulations fines prenant en compte l'ensemble du processus de production pour les fonctions que l'on envisage de transférer.

La définition de l'objet est un élément important. Il doit être précis mais ne doit pas freiner le développement progressif de la coopération. Cela implique une définition « générique » centrée sur le type de fonctions plutôt que sur la désignation fermée des services concernés, qui obligerait à modifier la convention constitutive. C'est un point délicat à résoudre.

□ **CHOIX 2 : Modalités de gestion des ressources humaines**

Le principe général est la mise à disposition ou le détachement de personnel issus des établissements partenaires, le recrutement de personnel par le GIP devant conserver un caractère accessoire. Le plus simple est la mise à disposition, qui a été utilisée jusqu'à présent, car le détachement suppose une gestion du personnel directement par le GIP. Par contre, il est intéressant de regrouper sur un même établissement, dans la mesure du possible, l'ensemble des personnels mis à disposition pour faciliter l'évaluation de la contribution de l'établissement au GIP (rémunérations, charges sociales et gestion du dossier du personnel).

□ **CHOIX 3 : Constitution de l'outil de production du GIP**

Un GIP peut être constitué sans capital. Mais il est possible de transférer certains éléments patrimoniaux pour constituer l'outil de production nécessaire aux activités mise en commun, comptabilisés dans les apports de chaque partenaire au capital. L'arbitrage à opérer repose sur l'alternative transfert de matériel et d'équipement / mise à disposition d'équipement avec facturation de l'établissement au groupement. Là encore une étude doit être conduite en regard du régime fiscal le plus avantageux. La nécessité de constituer la trésorerie nécessaire au fonctionnement du GIP est aussi un élément à considérer.

□ **Choix 4 : Organes du GIP et convention constitutive**

Les organes d'un GIP sont constitués d'une assemblée générale dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixés par la convention constitutive, un conseil d'administration désigné par l'assemblée générale et un directeur nommé par le conseil d'administration. Le dispositif permet une adaptation aux réalités particulières de la coopération envisagée. Il est important de conserver la souplesse de la convention préexistante tout en résolvant les questions institutionnelles qu'elle pose. La constitution des organes du GIP doit s'appuyer sur l'existence préalable de la Commission de coopération et sur l'expérience de ses membres.

L'objectif de cette troisième partie était de proposer une méthodologie pour la conduite du projet et d'éclairer les options à prendre pour le développement de la coopération. En particulier, j'ai cherché à mettre en évidence le processus d'élaboration de la décision, qui se révèle relativement complexe.

Si certains éléments du projet sont communs aux différentes formes de coopération, il apparaît que deux options fondamentales se présentent :

- **La marche vers la fusion des établissements via la création d'un Syndicat Interhospitalier.** Celle-ci accentue la recherche d'une cohérence interne comme moteur de la coopération et poursuit le processus d'intégration jusqu'à son terme. Cette solution met l'accent sur la problématique de management de l'ensemble et constitue un prolongement de la direction commune. Elle renforce un noyau dur de l'activité centrée sur l'accompagnement des personnes âgées autour duquel s'articulent les différents dispositifs de prise en charge et l'identité de l'ensemble. Cela pose le problème de l'identité et de la place des services pour personnes handicapées car l'équilibre général est modifié. Mais elle apporte à terme des possibilités de redéploiement plus importants. La difficulté réside dans la maîtrise des aspects juridiques de la constitution du Syndicat. Par ailleurs, si le syndicat interhospitalier apparaît comme une étape nécessaire, sa lourdeur administrative risque d'oblitérer dans un premier temps les gains de productivité effectués sur le fonctionnement des services regroupés.
- **La création d'un GIP**, qui représente une coopération plus circonscrite et plus axée sur la problématique de l'évaluation des prestations du GIP aux établissements partenaires, des établissements au GIP. Celle-ci n'offre pas autant de possibilités dans la mise en commun des ressources d'investissement et offre moins de garantie pour la construction de la cohérence interne des organisations. Par contre, sa souplesse présente des avantages qui lui permettent une meilleure adaptation à l'environnement : prestations du GIP par mise à disposition de moyens sans transfert de patrimoine, entrée plus facile de nouveaux adhérents etc. Par ailleurs, elle rend plus transparents les coûts de coordination qu'une structure très intégrée.

Placée dans la situation d'orienter les choix, j'opterais pour la deuxième solution dans la mesure où elle n'hypothèque pas l'avenir et permet de construire les bases d'une organisation plus modulaire, que je pense adaptée aux problématiques actuelles du champ médico-social, en particulier dans la situation présente où le portefeuille d'activités est relativement large. En outre, l'obligation de procéder à une évaluation fine des apports et des prestations apparaît comme une contrainte et présente quelques difficultés. Cependant, elle me semble constituer à terme un atout dans le contexte de modification de l'allocation des ressources, notamment dans le cadre de la réforme de la tarification.

CONCLUSION

Tout au long de ce travail, j'ai été animée par une interrogation : sur quelle conception de la coopération devrai-je baser mon action ? de quels repères pourrai-je me doter pour la conduite d'un projet de coopération ? Il me semble, qu'au terme de ce travail, j'ai pu dégager certains éléments de réponses qui me serviront de cadre de pensée et d'action pour l'avenir. D'autres questions restent en suspens et m'engagent à poursuivre la réflexion au-delà du présent mémoire.

Ma première interrogation concernait les spécificités de la problématique dans le champ médico-social, et en particulier du champ gérontologique. La différence que l'on peut établir ne repose pas sur les processus fondamentaux, qui, somme toute, sont les mêmes quelle que soit l'organisation considérée. Elle intéresse l'orientation générale de l'action et les choix à opérer. La coopération s'inscrit résolument dans la perspective d'un développement du secteur et l'élaboration de prestations nouvelles, adaptées au changement des attentes de la population. La coopération apporte une diversification des réponses apportées dans la mesure où elle vient remettre en cause les clivages qui caractérisent le champ de la santé en général.

En ce sens, le travail réalisé vient conforter ma représentation du secteur gérontologique : un secteur ouvert et porteur d'innovation sociale. Il convient cependant de défendre une position de principe : les éventuels gains de productivité que l'on peut réaliser doivent servir non pas seulement à une réduction des dépenses mais à l'amélioration de la qualité des prestations. Ce principe s'accorde avec le rôle « d'avocat des besoins des personnes accueillies » que nous avons rencontré en cours d'analyse. Les évolutions actuelles ne portent pas toujours à l'optimisme. La tâche première du directeur est d'identifier les marges de manœuvre, même modestes, dont il dispose et il apparaît que la coopération est susceptible d'ouvrir des possibilités qui ne s'offrent pas à un établissement isolé et fermé sur lui-même.

Ma seconde interrogation, que je partage sans doute avec beaucoup, concernait les conventions de direction commune. Le statut à paraître des directeurs d'établissement sanitaire et social entérine cette réalité de l'exercice professionnel qui tend à se développer. Le travail réalisé me conduit à avoir une représentation nuancée de la question. Je reste persuadée que ce montage comporte de nombreux risques et n'apporte pas en lui-même de solutions aux problèmes des établissements sanitaires et sociaux. Mais, dès lors que l'on a clarifié les buts poursuivis, la convention de direction commune est susceptible de lever les obstacles, notamment psychologiques, aux diverses formes de coopération entre établissements. Elle

renforce surtout la volonté de coopération face aux freins identitaires qui sont très prégnants dans les établissements sanitaires et sociaux. Cela résulte de l'histoire des liens entre une population et un équipement souvent fortement investi ou de l'existence d'équipes qui portent l'histoire de l'établissement, dans un contexte perçu souvent comme incertain. En tout état de cause, la convention de direction commune doit être envisagée comme une étape vers la construction de coopérations institutionnelles qui, à mon avis, peuvent, seules, garantir la transparence des choix organisationnels réels et l'équilibre des intérêts entre collectivités partenaires.

Peut-on définir de façon générale une stratégie d'alliance quand la conduite d'un projet de coopération révèle toute la singularité des organisations concernées ? Il n'est pas aisé de répondre à cette question. A l'instar des stratégies observées dans les industries de service, on peut cependant distinguer trois éléments génériques des stratégies³⁹ : le territoire, la régulation et la justification, que l'on trouve présents dans la coopération étudiée.

La **dimension territoire** de la stratégie implique la définition du ou des espaces privilégiés de l'activité, c'est-à-dire la population concernée et le système d'acteurs présents sur le terrain. L'objectif est moins la recherche d'une position hégémonique sur ce territoire que la reconnaissance de la place d'acteur incontournable de l'établissement.

La **dimension régulation** repose sur le fait que la construction des réponses aux besoins de la population nécessite la mise en place de mécanismes de coordination des acteurs qui suppose la construction d'une culture et valeurs communes, l'identification des places et des rôles et l'élaboration de procédures partagées. Elle implique un assouplissement, voire un certain effacement, des frontières de l'organisation mais complexifie aussi son fonctionnement. C'est pourquoi les formes hybrides d'organisation semblent aujourd'hui mieux répondre à l'orientation stratégique ainsi définie.

La **dimension justification** concerne la constructions des finalités de l'action et la légitimation des réponses apportées à la population. Il convient en effet de ne pas négliger le travail « idéologique » de définition des services qui sont un construit social et une représentation de la rencontre entre une demande et une offre. L'enjeu stratégique concerne la place que l'on reconnaît à l'utilisateur dans la coproduction du service : la manière dont on parvient à recueillir ses attentes, la façon dont les différents acteurs portent (ou supportent ...) cette parole et la place qu'on lui accorde effectivement dans l'architecture des dispositifs.

La difficulté stratégique réside moins dans la caractérisation d'une situation particulière en référence à ce cadre général que de la traduction de la stratégie ainsi circonscrite en objectifs opérationnels. En effet, la démarche stratégique n'intervient pas, ou rarement, *ex nihilo*, les

³⁹ Cf TANNERY F. op. cit.

organisations préexistent, des décisions structurantes ont été prises dans d'autres contextes stratégiques et constituent des contraintes qui infléchissent forcément les projets.

De ce point de vue, l'expérience rencontrée sur le terrain a été riche d'enseignements.

La première leçon principale est que toute stratégie se double d'une tactique qui ne suit pas la linéarité des plans préétablis. En particulier, un projet demeure une représentation quelque peu abstraite de la réalité future. Il est utile de ménager des espaces d'expérimentation préparatoires au projet auxquels on peut ancrer cette représentation, c'est-à-dire réduire autant que faire ce peut l'inconnu à du connu dans la recherche d'un consensus des acteurs en présence. L'un des atouts principaux de l'expérience étudiée me semble être le travail de l'équipe de direction pour expliquer l'intérêt de la coopération et désamorcer les inquiétudes. La communication est un élément fondamental pour la réussite de tout projet.

La seconde est que le pilotage d'un projet procède d'un équilibre subtil entre la volonté du directeur et l'élaboration collective de la décision. En effet, la démarche de projet est fondamentalement une démarche participative. Mais l'efficacité de cette démarche repose conjointement sur une appréhension globale des données du problème et sur la décomposition et le séquençage de la décision qui facilitent la participation des acteurs. Compte tenu des enjeux d'un rapprochement entre établissements, la capacité à, selon la formule consacrée, « penser globalement et agir localement » du directeur est fortement sollicitée.

Enfin, l'étude de la coopération Le Perron / Vinay me laisse à penser qu'il n'est pas forcément souhaitable de chercher à répondre à de multiples objectifs de coopération dans un cadre juridique. En effet, leur mise en cohérence appelle alors un processus d'intégration plus poussé que la conduite de projets limités. L'arbitrage de cette question me semble toujours devoir être délicat.

Le travail réalisé a soulevé une question importante pour lesquelles l'analyse n'a pu fournir que des éclairages partiels : celle de l'évaluation de la « performance allocative » des formes hybrides d'organisation. L'approche qui a été privilégiée est organisationnelle et monographique ; elle visait la caractérisation de la structure de coopération. Une véritable évaluation des résultats des coopérations nécessite le développement des systèmes d'information et des démarches comparatives sur les expériences menées permettant l'élaboration d'outils et de référentiels, qui n'entraient pas dans le cadre du présent mémoire.

Il me semble que, dans le champ sanitaire et social, les conditions de production du projet individualisé doivent constituer l'axe organisateur des études concernant les performances des organisations, et partant de là de l'impact des coopérations sur ces organisations. La question intéresse autant le chercheur que le directeur d'établissement. Mais elle concerne d'abord les personnes accueillies et la qualité de l'accompagnement qui leur sera proposée demain.

BIBLIOGRAPHIE

- ❑ « Les restructurations hospitalières sur la période 1994-1997 ». Cahiers hospitaliers, n°139. oct. 1998. p. 23-27
- ❑ « Réseaux, fusions, restructurations ». Gestions hospitalières, n°391, décembre 1999.
- ❑ « Les réformes des systèmes de santé : spécificités et convergences ». Actualité et dossier en santé publique, n°18, mars 1997. 32 p.
- ❑ BANCEL-CHARENSOL L., JOUGLEUX M. « Un modèle d'analyse des systèmes de production dans les services ». Revue Française de Gestion, n°113, 1997, p. 71-81
- ❑ BARRAL Bruno. « Les difficultés juridiques et pratiques rencontrées lors d'une fusion interhospitalière ». Gestions Hospitalières. Octobre 2000.
- ❑ BARTOLI A. Le management dans les organisations publiques. Paris : Dunod, 1997. 300 p.
- ❑ CABIN Philippe, sous la direction. Les organisations : état des savoirs. Paris : Editions Sciences Humaines, 1999. 567 p.
- ❑ CALMES G., SEGADÉ J.-P., LEFRANC L. Coopération hospitalière ; l'épreuve de vérité. Paris : Masson , 1998. 229 p.
- ❑ COLIN Fabienne. Le traitement de la misère sous la Troisième République : Le Perron, monographie d'un établissement départemental entre assistance et répression. Grenoble : Université Pierre Mendès France, 1995. 102 p. Mémoire : Institut d'Etudes Politiques
- ❑ CONFERENCE NATIONALE DES DIRECTEURS DE CENTRE HOSPITALIER. Recomposition du tissu hospitalier : le point de vue de la CNDCH. Octobre 1998. 14 p.
- ❑ CONFERENCE NATIONALE DES DIRECTEURS DE CENTRE HOSPITALIER. « Les enjeux de la recomposition de l'offre de soins ». Gestions hospitalières. Décembre 1999. p. 767-773
- ❑ CONTANDRIOPOULOS A.P. L'Hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins. Paris : John Libbey Eurotext.1996.
- ❑ CREMADEZ M. Le management stratégique hospitalier. Paris : Masson, 1997.
- ❑ CUEILLE Sandrine. « Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics ». Revue hospitalière de France, n°6, nov. déc. 2000. p. 13-31
- ❑ DELANDE G « Filières et réseaux de santé : une approche médico-économique ». Gestions hospitalières, déc. 1999. p.. 746-755
- ❑ DEMEURE Bernard. « Fusion mode d'emploi » Revue Française de Gestion. Nov. Déc. 2000. p. 119-125
- ❑ DETRIE J.P. dir. STRATEGOR : politique générale de l'entreprise, stratégie, structure, décision, identité. Paris : Dunod.1997. 551 p.
- ❑ DEVINEAU François. « Les nouvelles modalités de planification ou l'articulation entre schémas départementaux et planification régionales ». Revue Hospitalière de France, n°2, mars-avril 2001. p. 53-55
- ❑ DEVREESE E. « La fin de l'hôpital ou le dernier patient » Gestions hospitalières, octobre 2000. P. 522-529

- ❑ DOZ Yves, HAMEL Gary. L'avantage des alliances : logiques de création de valeur. Paris : Dunod, 2000. 325 p.
- ❑ ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. MIRE. Colloque européen. Transformations des systèmes de santé en Europe : vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publics. Ed. de l'ENSP. 1995.
- ❑ EGG Georges. « Fusion et GRH : les principes plus importants que les outils ». Revue française de gestion, nov. déc. 2000. P. 108-121
- ❑ FARGEON V. « Eléments d'analyse théorique des formes hybrides d'organisation : le cas de la recomposition de l'offre de soins ». In : SAILLY J.C. et al. Dix ans d'avancée en économie de la santé. John Libbey Eurotext. 1997, p.45-60
- ❑ FORCIOLY Pascal. « Fusion hospitalière, mode d'emploi ». Revue hospitalière de France, n°-, nov.déc. 1999. p. 22-35
- ❑ France. Ministère des Affaires Sociales. IGAS. Bilan d'application de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales / M.F. Guérin, M.Th. JOIN-LAMBERT réd. Décembre 1995. 118 p.
- ❑ France. Ministère des Affaires Sociales. IGAS. Rapport de l'IGAS sur les restructurations hospitalières / Baslianelli, Briat, Diedrichs, Lalande réd.. Juillet 1994.
- ❑ FROSSARD M., BOITARD A., JASSO MOSQUEDA G. L'évaluation des coordinations gérontologiques. Grenoble : Université Pierre Mendès France, 2000. 109 p.
- ❑ GAUTIER Andrée. « L'Asile départemental du Perron dans l'Isère (1892-1960) ». Gérontologie, n°115, 2000 ; p.44-51
- ❑ HELFER J.-P., KALIKA M., ORSONI J. Management : stratégie et organisation. Paris : Vuibert, 2000. 422 p.
- ❑ HIRTZLIN I. « La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé ». Politique et management public, vol 17, n° 3, sept. 1999. p. 107-127
- ❑ HOUDART L., LAROSE D., BARRE S. Traité de coopération hospitalière. Paris : Ed. HOUDART, 2000. 2 vol. / 384 p.
- ❑ LEMASLE Thierry, TIXIER Pierre Eric. Des restructurations et des hommes. Paris : Dunod. 212 p.
- ❑ LIVIAN Y.F. Organisation : théories et pratiques. Paris : Dunod, 1998. 322 p.
- ❑ MATHIS D. Les structures de coopération hospitalière et autres complémentarités sanitaires. Les études hospitalières. 1999.
- ❑ MAYRHOFER Ulrike. « Fusion-acquisition ou alliance ? Gestion des risques et formes de rapprochement ». Revue française de gestion, nov. déc. 2000. p. 53-67
- ❑ MOREAU J., TRUCHET D. Droit de la santé publique. Paris : Dalloz, 2000. 299 p.
- ❑ TANGUY H. « A propos d'une jurisprudence récente relative aux conventions de prestations entre personnes publiques : quel effet pour la coopération hospitalière ? » Revue Hospitalière de France, n°1, janvier-février 1999. p. 89-90
- ❑ TANNERY Franck « Les trois dimensions de la stratégie dans les activités de service » Revue Française de gestion, n° 113, 1997. p. 62-70

Liste des annexes

(non fournies par l'auteur)

- Annexe A Etablissements pour personnes âgées sur le bassin d'habitat du Bas Grésivaudan
- Annexe B Taux d'équipement du Département de l'Isère
- Annexe C Origine des personnes inscrites sur listes d'attente
- Annexe D Eléments du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Rhône Alpes relatifs à la prise en charge des personnes âgées
- Annexe E Plaquette de présentation des établissements (première page)
- Annexe F Convention de coopération Le Perron / Vinay
- Annexe G Convention de gestion entre l'Hôpital de Vinay et le CCAS de Vinay pour le logement foyer
- Annexe H Additif au projet d'établissement