



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2005**

---

## **LA COOPÉRATION INTER ÉTABLISSEMENTS**

### **LA COOPÉRATION : FACTEUR D'EFFICIENCE ET DE QUALITÉ**

### **DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES**

### **EN INSTITUTION**

**Marie-France ESCALIER-NICOLAS**

---

# Remerciements

---

Je remercie vivement pour leur soutien et leurs conseils:

Monsieur Patrick HEUMANN, Maître de stage, Directeur de la maison de retraite « La Saône » de Saint-Jean de Losne

Monsieur Luc BRADAMANTIS, Directeur de l'hôpital local « Ernest Noël » de Seurre

Monsieur Joël CLEMENT, Tuteur de mémoire, Professeur à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE 1 : LA COOPERATION INTER-ETABLISSEMENTS : DU CONCEPT A SON INSTRUMENTALISATION.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Un concept à géométrie variable.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Les multiples facettes de la coopération .....	5
1.1.2 Les enjeux de la coopération.....	9
<b>1.2 Une incitation forte des pouvoirs publics.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Une incitation d'abord destinée au secteur sanitaire .....	13
1.2.2 Une extension au secteur social et médico-social .....	18
<b>1.3 Une boîte à outils relativement complexe.....</b>	<b>20</b>
1.3.1 La coopération fonctionnelle.....	20
1.3.2 La coopération institutionnelle .....	23
<b>PARTIE 2 : QUAND DEUX ETABLISSEMENTS VEULENT COOPERER :.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 Présentation des Etablissements et de leur environnement.....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Portrait des Etablissements .....	29
2.1.2 Eléments clés pour la coopération.....	33
<b>2.2 Situation actuelle des deux établissements en terme de coopération.....</b>	<b>35</b>
2.2.1 Une volonté commune .....	35
2.2.1 Un existant.....	35
<b>2.3 La coopération vue par les acteurs de terrain.....</b>	<b>37</b>
2.3.1 Méthodologie .....	37
2.3.2 Analyse des entretiens .....	38

<b>PARTIE 3: PROPOSITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COOPERATION FONCTIONNELLE.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1 Inscrire la coopération dans les projets d'établissements.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2 Identifier les voies possibles de la coopération .....</b>	<b>46</b>
3.2.1 Faire de la coopération un outil d'efficience et de qualité des prestations offertes aux résidents. ....	46
3.2.2 Faire de la coopération un instrument de structuration d'une offre d'hébergement et de soins adaptée aux besoins de la population âgée. ....	55
<b>3.3 Mettre en œuvre une conduite de l'action adaptée .....</b>	<b>56</b>
3.3.1 L'action du Directeur sera en premier lieu interne. ....	57
3.3.2 L'action du Directeur sera aussi collective, en externe avec les partenaires concernés.....	62
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>67</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CSP : Code de la Santé Publique

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

EPS : Etablissement Public de Santé

ESMS : Etablissement Social et Médico-Social

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GIR : Groupe Iso-Ressource

SIH : Syndicat Inter Hospitalier

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

## INTRODUCTION

Notre système de soins est confronté depuis quelques années à de nombreux défis et mutations que la prégnance des contraintes économiques a contribué à mettre en exergue. Nombre de publications et rapports en stigmatisent l'inefficacité en s'appuyant sur le poids des dépenses engagées rapporté aux indicateurs majeurs de santé publique. Le développement d'un modèle biomédical privilégiant une logique curative de la maladie constituée, une forte technisation de l'acte médical induisent des coûts importants. La spécialisation extrême des professionnels et des équipements, la division du travail sont préjudiciables à la conduite de processus ou trajectoires de soins cohérents. L'organisation d'une offre de soins de qualité au meilleur coût est loin d'être réalisée, comme l'a souligné un rapport du CREDES en novembre 1998. *«La complexité de la prise en charge des patients, la multiplicité des intervenants et leur spécialisation croissante, les cloisonnements institutionnels, la relative inorganisation de notre système (très grande liberté tant du côté des producteurs que des consommateurs) ne conduisent pas spontanément à optimiser les processus de soin, tant en termes de qualité (continuité et coordination des soins) que du coût (soins inutiles, redondants). »*

Le secteur des soins et de l'hébergement des personnes âgées est confronté au double défi de l'accroissement du nombre de personnes âgées et de l'augmentation de la dépendance physique et psychique. Caractérisé par une forte hétérogénéité des prestataires de services et par une grande complexité structurelle, il présente un déficit et une inadéquation de l'offre tant en qualité que du point de vue de sa répartition sur le territoire. Les fréquentes ruptures dans la prise en charge, la perte croissante de liens sociaux, l'isolement des personnes et, parallèlement, une restriction des moyens invitent les professionnels du secteur à une réflexion indispensable.

Les usagers réclament une prise en charge plus holistique. Les demandes sociales se multiplient et se complexifient. La raréfaction des fonds publics invite à une recherche d'optimisation des moyens matériels et financiers disponibles. Les établissements doivent travailler avec leur environnement et se trouvent dans l'incapacité de tout réaliser en interne. L'offre médico-sociale, notamment en matière d'accueil et de soins aux personnes âgées dépendantes, a besoin d'être restructurée et rationalisée.

La coopération est l'une des réponses possibles face aux difficultés énoncées. Elle est même *« en passe de devenir la panacée dans le discours dominant sur l'état du monde*

*hospitalier, malade de son éparpillement, de ses effectifs, de son organisation, de sa rigidité, de sa productivité, entre autres !<sup>1</sup> ».*

Le législateur a souhaité favoriser la coopération inter-hospitalière dans la mesure où elle constitue une condition indispensable au développement, à l'adaptation et à la bonne gestion des moyens que la collectivité nationale consacre à la protection sanitaire et sociale. C'est une nécessité économique, mais aussi une stratégie en terme de réseaux impliquant une approche nouvelle du service public, qui consiste à substituer à une logique institutionnelle une logique de réseau. La complémentarité des établissements de soins en général et la mise en réseau en particulier sont des objectifs majeurs de la planification hospitalière, nécessaires à une offre de soins de qualité, non redondante et « diffusant » dans l'ensemble du territoire. Elle est rendue nécessaire par la révolution des prises en charge, l'offre excédentaire dans certains domaines et la concurrence qui en résulte, la contrainte des coûts, la relative pénurie des ressources médicales ou chirurgicales, le carcan des statuts.

*« L'hôpital doit relever le défi car le centre de gravité du système de soins se déplace de l'hôpital vers la ville et que l'avenir, surtout pour les structures de proximité passe par l'insertion dans un réseau et la coordination des soins<sup>2</sup> ».*

Mais, devant la multiplication des textes, des colloques, des thèmes de réflexion, malgré l'engouement suscité par les termes réseau, filière, complémentarité, malgré l'intérêt tant intellectuel qu'institutionnel porté actuellement à cette approche, on ne peut que constater l'écart entre la doctrine et la pratique. La volonté de coopération est souvent affichée, mais peu mise en pratique. L'externalisation d'activités est même quelquefois préférée à la coopération avec un autre établissement. La coopération, le partenariat s'avèrent souvent plus difficiles à mettre en œuvre que l'action isolée.

Nous pouvons dès lors nous demander pourquoi la coopération reste « *un défi, une quête permanente<sup>3</sup>* » et pourquoi les opérations de coopération restent si modestes.

Plusieurs causes peuvent être évoquées : complexité et inadaptation des outils juridiques, déficit de culture du partage et de l'échange, freins mis par les Présidents de Conseil

---

<sup>1</sup> JOUVE M. La complémentarité en Bourgogne (dossier). *Perspectives sanitaires et Sociales*, mars /avril 1999, n° 46, p. 25

<sup>2</sup> DELANDE G. Filières et réseaux en santé: une approche médico-économique. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, pp.746-755

<sup>3</sup> JOUVE M. La complémentarité en Bourgogne (dossier). *Perspectives Sanitaires et Sociales*, Mars/avril 1999, n° 143, pp. 11-13.

d'Administration, manque de détermination des Directeurs, craintes des professionnels face à l'inconnu et au changement, manque d'incitation des autorités de tarification.

Ce manque de coopération est d'autant plus dommageable que la coopération est, pour nous, facteur d'efficience et de qualité de la prise en charge des personnes âgées en institution.

La première partie du travail tentera de répondre à la double question de la définition et de la légitimité de la coopération. Nous montrerons que la coopération est un concept à géométrie variable, aux facettes et aux enjeux multiples, s'appuyant sur une réglementation désormais destinée aussi au secteur médico-social et sur des outils relativement complexes.

La seconde partie nous permettra de découvrir la situation de deux établissements souhaitant développer une coopération. Après avoir présenté les Etablissements et leur environnement, nous dresserons le bilan de l'existant en terme de coopération et nous présenterons le point de vue sur le projet des acteurs de terrain, recueilli dans l'un des Etablissements par entretiens.

Enfin, nous évoquerons les modalités possibles de mise en œuvre du projet de coopération. Nous montrerons que, pour être réellement au service de la personne âgée, la coopération doit être affirmée dans le projet d'établissement et qu'elle doit être posée à la fois comme facteur d'efficience et de qualité des prestations et comme instrument de structuration de l'offre d'hébergement et de soins. Sa mise en œuvre repose sur une conduite de l'action adaptée aux enjeux et aux changements culturels nécessaires.

# PARTIE 1 : LA COOPERATION INTER-ETABLISSEMENTS : DU CONCEPT A SON INSTRUMENTALISATION

Si la légitimité et l'intérêt de la coopération sont faciles à mettre en évidence, il n'en est pas de même pour son contenu et ses objectifs, qui restent flous et dépendants des situations et des acteurs qui la mettent en œuvre.

## 1.1 Un concept à géométrie variable

### 1.1.1 Les multiples facettes de la coopération

Le concept de coopération renvoie à de multiples termes difficiles à distinguer et à séparer. A la coopération, s'associent immédiatement différentes notions : complémentarité, mutualisation, réseau, filière, coordination.

Coopérer, nous dit le Petit Larousse Illustré, c'est « *prendre part, concourir à une œuvre commune ; contribuer, participer* ». L'extrême imprécision des termes utilisés nous laisse présager de la multitude d'actions et d'attitudes que la coopération met en œuvre. Nous allons tenter de les décrire.

Coopérer, c'est collaborer/travailler ensemble sur un projet commun, être partenaire.

« *Il y a coopération, et non relation de marché ou intégration, quand il y a préservation de l'entité juridique des partenaires, participation à un projet commun dans le cadre d'un engagement ayant une certaine durabilité, énonciation des conditions de partage des risques et responsabilités*<sup>4</sup>».

De cette définition, nous pouvons identifier que la coopération suppose :

↳ des relations : « *La coopération réside dans un ensemble complexe de relations entre acteurs de statuts hétérogènes*<sup>5</sup>» et collaborer signifie « *travailler de concert avec*

---

<sup>4</sup> HIRZLIN H La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé. *Revue Politiques et Management Public*, Septembre 1999, Volume 17, n°3, pp. 107-124. Définition proposée par Rullière et Torre en 1995

<sup>5</sup> Id

*quelqu'un d'autre*<sup>6</sup>». La coopération relie un ensemble d'acteurs à travers un ensemble de relations. Elle définit les relations entre les organisations et avec leur environnement.

↳ de la solidarité : collaborer, c'est aussi « *aider quelqu'un dans ses fonctions*<sup>7</sup> ». Il y a notion d'engagement, de soutien mutuel, et de respect des engagements pris.

↳ de la confiance : la coopération ne peut se concevoir sans confiance mutuelle des partenaires.

↳ un projet, une cause à défendre, des valeurs : « *La structure coopérative, pour exister, a besoin d'être irriguée par la pulsion de vie dans son aspect de l'amour mutuel, dans la création d'un lien libidinal fort entre des sujets reconnaissant leur altérité et prêts à s'engager affectivement dans leurs relations et dans l'effort de réaliser un projet en commun... toute structure coopérative a l'ambition de changer quelque peu le monde et la vie ; autrement dit de créer au travers de la production de biens et services, des hommes nouveaux sachant vivre en solidarité... mais il n'est possible de parvenir à une telle solidarité que si se trouve présente une cause à défendre, une idéologie à promouvoir...*<sup>8</sup> »

Coopérer, c'est mutualiser.

Selon la définition du Petit Larousse Illustré, mutualiser consiste à « *faire passer (un risque, une dépense) à la charge d'une mutualité, d'une collectivité.* »

La mutualisation suppose une solidarité entre les membres d'un groupe, une entraide mutuelle. Elle évoque un rassemblement des forces des uns et des autres au service de tous et des richesses de tous au service de chacun. Elle permet de partager des moyens et de générer un sentiment d'appartenance. Accessoirement, elle sert à réaliser des économies d'échelle.

Coopérer, c'est créer une valeur ajoutée en organisant des complémentarités.

La complémentarité est un concept difficile à appréhender. Le Petit Robert la définit comme le caractère « *de ce qui est complémentaire, et plus précisément comme ce qui s'ajoute à une chose pour que celle-ci soit complète* ». En ce sens, des choses complémentaires réalisent ensemble un tout. Le langage courant donne parfois à la notion de complémentaire le sens de « moins essentiel », un petit « plus », soit un élément secondaire. La complémentarité renvoie à la notion de valeur ajoutée. Des

---

<sup>6</sup> Définition du Petit Larousse Illustré

<sup>7</sup> Définition du Petit Larousse Illustré

<sup>8</sup> ENRIQUEZ E, « Personnalité et organisation » in Organisation et management en question, « Logiques sociales », L'harmattan.

éléments différents, individus ou structures, s'ajoutent pour offrir un ensemble plus complet, plus riche, plus ouvert, plus varié.

La complémentarité naît des interactions. Elle s'organise. *«Organiser la complémentarité de façon dynamique entre les établissements, ce n'est pas décider à la place des acteurs, c'est se donner des règles simples, des principes organisateurs structurants à partir desquels les acteurs sur le terrain peuvent mettre en commun des ressources et des savoir-faire pour conduire des stratégies d'alliance momentanées ou durables<sup>9</sup>».*

Coopérer, c'est se coordonner avec d'autres, coordonner ses propres actions et celles des autres.

Quand on parle de coordination, on évoque les mécanismes qui permettent d'agencer des actions. La coordination permet *«d'ordonner des éléments séparés, de combiner des actions, des activités distinctes<sup>10</sup>»*. Coopérer implique de se coordonner pour travailler ensemble, mais aussi de coordonner des actions, des projets.

Enfin, coopérer, c'est travailler en réseau.

*« Le réseau, comme la filière de soins, est aussi vieux que la médecine moderne. Dès que le savoir médical s'est trouvé éclaté entre plusieurs professionnels, l'ajustement entre ces derniers s'est réalisé autour et à partir des réseaux qui se sont constitués au gré des compétences, des savoirs mais aussi d'écoles, de sensibilités, et même d'intérêts financiers<sup>11</sup> ».*

Le mot réseau (de résel, XIII<sup>e</sup> siècle) est une variante de l'ancien français réseuil (du latin rétiolus, diminutif de retis), désignant un entrelacement régulier de fils et ficelles destiné à la capture de petits animaux. Cette notion physique de maillage sera utilisée jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, où les médecins emploieront le mot de réseau pour caractériser l'appareil circulatoire. Aujourd'hui, le terme conserve cette double acceptation d'ordre topographique et circulatoire, conduisant à une lecture qui décrit le réseau comme une structure ou bien qui désigne le mode coopératif ou relationnel qui peut y être associé.

En gestion des organisations, le réseau est présenté comme une forme organisationnelle souple et flexible. La notion de réseau peut s'appliquer à un ensemble d'entreprises, tout comme elle est également utilisée pour décrire un mode d'organisation. Ces modes

---

<sup>9</sup> CLAVERANNE JP, PASCAL C. Complémentarités et réseaux : de la métaphore à la pratique. *Courrier de l'évaluation en santé*, Avril 2003, n°23, pp. 2-10

<sup>10</sup> Définition du Petit Larousse Illustré

<sup>11</sup> CLAVERANNE JP, MORNEX R. Réseaux et filières de soins et hôpital : essai de définition. *Revue Hospitalière de France*, Mai/juin 1998, n°3, pp. 317-319

coopératifs peuvent être désormais considérés comme une forme d'organisation, non plus intermédiaire, mais complémentaire à la dichotomie marché- hiérarchie.

Le tableau suivant permet de résumer les caractéristiques principales des trois mécanismes de coordination.<sup>12</sup>

Mécanisme de coordination	MARCHE	HIERARCHIE	RESEAU /COOPERATION
Base normative	Contrat	Relation d'emploi	Forces complémentaires
Moyens de communication	Prix	Routines	relations
Méthode de résolution des conflits	Procès (la loi)	Autorité administrative Supervision	Normes de réciprocité Réputation
Préférences des acteurs/choix	Indépendance	Dépendance	Interdépendance

Le réseau peut donc être défini comme « *une forme d'organisation dont la coordination et le contrôle sont principalement assurés par la confiance partagée entre acteurs dont l'objectif est de coopérer*<sup>13</sup> ».

« *Dans le langage de la sociologie, un réseau est constitué par un ensemble fini ou infini d'acteurs qui, à l'intérieur d'un espace donné, s'organisent en vue d'un objectif commun qui fédère les différentes entités du réseau. En langage économique, il se conçoit comme une structure d'échange entre des acteurs -producteurs, distributeurs, gestionnaires et financiers- qui concourent solidairement à la satisfaction d'une même demande*<sup>14</sup> ».

L'organisation réseau se définit « *comme un système doté d'une multitude de structures et de connexions identifiables ou non, au sein desquelles opèrent des nœuds auto-régulés capables de coopérer entre eux en vue d'objectifs communs ou partagés*<sup>15</sup> ».

La notion de réseau présente quatre caractéristiques. Le réseau est constitué d'individus, de collectivités, que l'on peut considérer comme les nœuds du réseau. Il a des connexions, c'est à dire des liens entre les nœuds qui permettent la dynamique de l'échange. Ces liens peuvent prendre différentes formes, procédures, règles de coopération. La structure créée par les connexions définit la morphologie du réseau. Le

<sup>12</sup> BONAFINI P. Réseaux de soins : réforme ou révolution. *Revue Politiques et Management Public*, Juin 2002, Volume 20, n°2, pp. 1-22

<sup>13</sup> Définition de Geindre en 1998 dans BONAFINI P. Réseaux de soins : réforme ou révolution. *Revue Politiques et Management Public*, Juin 2002, Volume 20, n°2, pp. 1-22

<sup>14</sup> CLAVERANNE JP, MORNEX R. Réseaux et filières de soins et hôpital : essai de définition. *Revue Hospitalière de France*, Mai/juin 1998, n°3, pp. 317-319

<sup>15</sup> Id

réseau a des propriétés fonctionnelles. Il a besoin « *d'une culture du système opératoire, d'un système de gestion, de règles de valeurs, de systèmes d'incitation, de pénalités nécessaires et surtout d'évaluation*<sup>16</sup> ».

Un réseau est avant tout ce qui permet de transporter, de faire circuler ou d'échanger des informations. Le réseau peut se développer au sein d'une même structure et entre professionnels d'institutions et de secteurs différents. Il est souvent pris dans une acception générique élémentaire : réseau informel autour du patient, réseau multiprofessionnel autour d'un problème de santé publique.....

Le travail en réseau existe de façon informelle, car on ne peut pas travailler sans relations informelles et privilégiées avec des référents de confiance. Mais le travail en réseau est un outil plus élaboré que le simple carnet d'adresses, même bien fourni. Il suppose une rencontre entre professionnels décidés à partager avec leurs interlocuteurs leur méthodologie de travail, leur culture, les situations des usagers pour assurer une réponse plus adéquate aux problématiques rencontrées. Le réseau se porte sur un autre plan que le partenariat, au plus près des problématiques et des usagers. Il est basé sur une logique plus participative des professionnels de terrain qui détiennent là un rôle d'initiateurs et d'animateurs.

Le travail en réseau peut être perçu comme « *conduite du changement organisationnel autour d'une idéologie nouvelle des rapports de solidarité et de coopération*<sup>17</sup> ». Mais, il peut aussi viser essentiellement à coordonner des actions dans le champ de l'économie et de la recherche d'efficience. « *Ne serait-ce pas précisément devant l'incapacité actuelle des organisations existantes à se reconstruire face à la crise des représentations posée par l'articulation de l'économique et du social que serait née cette idée d'utiliser le mot « réseau » pour réconcilier de façon consciente, explicite et transcendante l'idéologie du changement et l'idée d'une rationalisation des modes de production ?*<sup>18</sup> ».

### **1.1.2 Les enjeux de la coopération**

---

<sup>16</sup> CLAVERANNE JP, MORNEX R. Réseaux et filières de soins et hôpital : essai de définition. *Revue Hospitalière de France*, Mai/juin 1998, n°3, pp. 317-319

<sup>17</sup> BREMOND Marc et collectif. *Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question*. Rennes : Editions ENSP, 1998, 99 p.

<sup>18</sup> Id

Facteur de qualité de la prise en charge pour les usagers, de décloisonnement et de développement des compétences pour les professionnels, la coopération est aussi une réponse aux impératifs économiques.

La coopération propose des réponses aux besoins des usagers.

Son intérêt principal est de remettre l'utilisateur au centre des pratiques et au cœur du système de prise en charge. « *Amélioration ou même création de liens entre professionnels, usager remis au centre des pratiques sont autant de caractéristiques du travail en réseau*<sup>19</sup> ». Elle contribue à améliorer la réponse à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire.

Elle constitue une réponse adaptée à la complexité des problématiques de prise en charge. Les situations professionnelles à gérer, les problèmes à traiter deviennent de plus en plus complexes. Non seulement la multidisciplinarité, mais aussi l'interdisciplinarité sont requises. C'est un travail multiprofessionnel et multiinstitutionnel qu'il faut engager. Aucun acteur du système ne peut traiter la problématique à lui seul.

La sécurité de l'utilisateur doit être garantie à tous les niveaux de la prise en charge. Le développement de la coopération, que celle-ci se concrétise par un fonctionnement en réseau ou selon des formes plus structurées, est une réponse essentielle à la problématique masse critique/sécurité sanitaire.

La coopération permet d'améliorer l'efficacité dans la prise en charge et d'accroître les performances. « *Tant au regard de la dimension quantitative de l'offre de soins que de sa dimension qualitative, le réseau devrait, idéalement, constituer un outil de première efficacité pour coordonner l'activité des établissements de santé, dans la double perspective d'en améliorer l'efficacité productive tout en favorisant un accès égal des populations à des soins de qualité, grâce à un chaînage de structures spécialisées favorisant une pratique intensive garante du maintien et/ou du développement des compétences*<sup>20</sup> ». La coopération doit accroître la performance du système de soins. L'efficacité technique du système « *à savoir la capacité pour une organisation de produire des biens ou des services avec le moins de ressources possibles*<sup>21</sup> » peut être accrue en

---

<sup>19</sup> BEYLEMANS C. Le travail en réseau, culture du partage (dossier). *Direction(s)*, Octobre 2004, n°12, pp. 22-28

<sup>20</sup> DELANDE G. Filières et réseaux en santé : une approche médico-économique. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, pp.746-755

<sup>21</sup> HIRZLIN H. La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé. *Revue Politiques et Management Public*, Septembre 1999, Volume 17, n°3, pp. 107-124

augmentant les volumes produits par approche ou atteinte de la masse critique. La coopération peut permettre également d'optimiser les investissements ou de favoriser une transversalité des activités. L'efficacité allocative, c'est à dire la capacité de l'organisation à « *produire les biens ou les services qui apportent le bien-être le plus élevé à la collectivité*<sup>22</sup> », est aussi améliorée. La coopération accroît la qualité et de la sécurité des soins par l'accès des différents partenaires à des plateaux techniques plus performants, par le maintien d'une activité suffisante, par l'enrichissement des échanges professionnels, par la diffusion des bonnes pratiques et leur apprentissage éventuel. Le travail en réseau favorise la continuité des soins sans rupture pendant toute la trajectoire du patient et facilite une prise en charge pluridisciplinaire.

La coopération est une réponse à l'isolement et au cloisonnement des institutions.

Elle permet aux professionnels de s'ouvrir à l'environnement extérieur et de développer des collaborations pour garantir la qualité et l'adéquation des services aux problématiques de plus en plus complexes des usagers.

Elle est un facteur essentiel de décroisement des secteurs et notamment des secteurs sanitaire et social.

Coopérer offre la possibilité de faire à plusieurs ce qu'on ne peut faire seul. Les établissements peuvent mettre en commun des moyens pour la réalisation d'un objectif qui n'aurait pu être atteint par un établissement seul, en raison des contraintes budgétaires.

L'union des individus et des structures augmente leur force. Un groupe peut plus efficacement être force de proposition face aux autorités de tarification qu'une personne seule.

La coopération invite à raisonner au-delà de sa structure, à avoir une vision globale des besoins de la population et des réponses à apporter. « *Le réseau vise fondamentalement à dépasser la logique de structures actuellement prévalente en permettant de réaliser un appariement de talents pour être plus efficace dans la prise en charge*<sup>23</sup> ». La coopération ambitionne une transformation culturelle radicale des modes de travail, conduisant de l'exercice individuel à des pratiques plus collectives.

---

<sup>22</sup> Id

<sup>23</sup> DELANDE G. Filières et réseaux en santé : une approche médico-économique. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, pp.746-755

La coopération brise l'isolement et crée des liens. C'est probablement là tout son intérêt, «à savoir l'interaction entre des acteurs dans un réseau cohérent d'offre de soins globale<sup>24</sup>».

Conservant l'identité et les particularités de chacun, elle développe l'autonomie et le pouvoir de chacun dans l'interdépendance.

Elle est un facteur de développement des compétences par les échanges, les partages de connaissances et l'ouverture qu'elle offre aux professionnels. Elle stimule l'innovation par la rencontre des différences et permet de mettre en relation de multiples morceaux de savoirs produits dans des lieux divers. Elle réunit et fait coopérer des compétences variées. Dans ce maillage de l'intelligence, les connaissances et les compétences de chacun doivent pouvoir enrichir un réseau qui pourra, à son tour, être mobilisé par chaque acteur. L'alliance crée une valeur synergique par «combinaison de ressources, de compétences et de connaissances jusque-là séparées<sup>25</sup>».

Enfin, la coopération permet de développer un langage commun et de partager des valeurs. « Chaque institution a sa propre culture, son histoire, ses pratiques et ses routines. En partageant leurs pratiques et leurs expériences, les sociétés constitutives adopteront progressivement un langage commun, dégageront des principes directeurs partagés, expliciteront des valeurs communes sous-jacentes, harmoniseront leurs approches des problèmes, dégageront des leçons qui auront une portée commune<sup>26</sup>».

La coopération est une réponse aux attentes des politiques et des financeurs.

Le système sanitaire et social a besoin d'être restructuré. La dissémination des établissements favorise leur archaïsme, par isolement, manque de moyens humains et financiers. A travers ses modes de mise en œuvre, la coopération est un élément structurant majeur de l'organisation future du système de santé ou encore le levier de sa restructuration.

La maîtrise des dépenses est, depuis longtemps et sans grand succès, un objectif des politiques sanitaires et sociales. La coopération peut contribuer à cette maîtrise en

---

<sup>24</sup> HIRZLIN H. La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé. *Revue Politiques et Management Public*, Septembre 1999, Volume 17, n°3, pp. 107-124

<sup>25</sup> DOZ Y., HAMEL G. *L'avantage des alliances : logiques de création de valeur*. Paris : Editions DUNOD, 2000. 314 p.

<sup>26</sup> LE BOTERF G. *Travailler en réseau : partager et capitaliser les pratiques professionnelles*. Paris : Editions d'Organisation, 2004. 158 p.

optimisant les ressources humaines, financières, médicales et techniques par la recherche d'économies d'échelle et la rationalisation des outils de gestion. Un partage de moyens, de compétences, de locaux peut réellement dégager des économies importantes.

La coopération est effectivement, dans nombre de circonstances, le vecteur de la qualité, de l'efficacité et de l'économie. Mais, certaines conditions doivent être respectées. Chaque établissement doit avoir le choix de son partenaire, de la personne morale et du champ de la coopération. Le délai, les modalités juridiques de la coopération et la durée doivent être définies par les partenaires et non pas par l'administration.

*« La coopération peut être un formidable outil de gestion à condition qu'elle ait fait l'objet d'une préparation et d'une élaboration minutieuse, qu'elle recueille l'adhésion de tous les partenaires, que la formule juridique soit adaptée et personnalisée. Elle requiert de la réflexion, de l'imagination, de la prudence et beaucoup d'énergie<sup>27</sup> ».*

## **1.2 Une incitation forte des pouvoirs publics**

Depuis les années 1970, l'Etat manifeste sa volonté d'accompagner les restructurations hospitalières et de développer la coopération entre les établissements afin de proposer une offre de soins adaptée au meilleur coût. Initialement encouragée dans le secteur sanitaire, la coopération s'oriente aujourd'hui plus fortement vers le secteur social et médico-social.

### **1.2.1 Une incitation d'abord destinée au secteur sanitaire**

La coopération hospitalière apparaît dans la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970. La coopération y est envisagée dans une perspective particulière car il s'agissait d'affirmer et d'encourager la position dominante du service hospitalier. Deux concepts naissent : les groupements interhospitaliers et les syndicats interhospitaliers. En 1991, une seconde loi portant réforme hospitalière vient renforcer les possibilités de coopération des établissements. Dans un contexte de réduction des surcapacités hospitalières, sa logique est d'optimiser les moyens en regroupant les structures complémentaires et de développer les complémentarités. L'Etat et l'Assurance Maladie

---

<sup>27</sup> CALMES G., SEGADE JP, LEFRANC L. *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*. Paris : Editions Masson, 1998. 170 p.

veulent se doter des moyens juridiques de contraindre les établissements à coopérer. Nous assistons à un développement des modalités juridiques et à un renforcement des moyens de la planification en matière de partage des activités médicales. Le développement des complémentarités médicales entre établissements est l'un des objectifs les plus importants du dispositif de planification avec notamment l'obligation pour l'hôpital local de passer une convention avec un centre hospitalier disposant de soins en médecine et chirurgie et disposant d'un service ou d'une unité de réanimation ou de soins intensifs.

Les conférences sanitaires de secteur sont créées en remplacement des groupements hospitaliers et chargées de « *promouvoir la coopération entre les établissements*<sup>28</sup> ».

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

Malgré ces encouragements, les actions de coopération restent timides. Elles relèvent essentiellement de conventions et concernent peu le domaine médical par rapport aux domaines médico-techniques, logistiques et administratifs.

L'incitation à la coopération s'accroît à partir des années 1996.

En effet, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée pose la coopération hospitalière comme l'un des axes prioritaires de la restructuration du paysage sanitaire. La coopération devient un outil de l'Etat. Pour y parvenir, elle prévoit un encadrement légal assorti de mesures contraignantes et de nouveaux outils juridiques. Le nouvel article L.712.20 permet à l'autorité administrative « *en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, activités ou équipements hospitaliers* », de faire aboutir des actions de coopération entre établissements publics telles que la convention, le SIH, le GIP ou même la fusion.

Les ordonnances de 1996 ont la particularité, par rapport aux réformes hospitalières antérieures, de donner un rôle actif à chaque acteur. En effet, la coopération apparaît clairement comme un élément permettant d'optimiser l'organisation des acteurs de santé. Les établissements sont invités, sans même attendre les décrets d'application, à s'engager dans trois formes de coopération selon une démarche volontaire :

---

<sup>28</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

- La constitution de communautés d'établissements (CES) entre les établissements publics et privés participant au service public hospitalier à l'intérieur de chaque secteur sanitaire. Le cadre géographique, la forme juridique, les attributions, l'objet de la communauté sont libres. Elle peut regrouper 2 à N établissements, décrire une coopération limitée ou une intégration générale de ses activités, prendre la forme d'une simple convention ou celle d'une fusion. Les CES sont complémentaires de conférences sanitaires de secteur et ont pour but, selon l'article L.712.3.3 du Code de la Santé Publique (CSP) de « *mettre en œuvre des actions de coopération et de complémentarité...* »

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

- La mise en place de réseaux de soins ville-hôpital qui «*ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et des organismes à vocation sanitaire ou sociale...* »<sup>29</sup>

Les moyens juridiques de la coopération correspondent à la fois à des dispositifs anciens (SIH, GIP, GIE, convention et association) et à des mesures nouvelles (clinique ouverte modernisée, CES, GCS). L'organisation de la coopération est garantie par la consécration de la procédure contractuelle sous forme de contrats d'objectifs et de moyens. Définis dans l'article 8 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril, ils constituent le moyen de faire vivre les projets d'établissements et les projets de collaboration.

Succédant aux ordonnances de 1996, la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire de 1999 évoque elle, aussi, la coopération entre établissements. Elle précise, à l'article 17, que « *le schéma de services collectifs sanitaires favorise la mise en réseau des établissements de santé, assurant le service public hospitalier et le développement de la coopération entre les établissements publics et privés. Il vise également à améliorer la coordination des soins en développant la*

---

<sup>29</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

*complémentarité entre la médecine préventive, la médecine hospitalière, la médecine de ville et la prise en charge médico-sociale<sup>30</sup>».*

La notion de réseau se développe et s'élargit.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, transforme les réseaux de soins en réseaux de santé.

C'est également dans une logique de réseau que s'inscrivent les axes de la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, à savoir un renforcement de l'accès à des soins de proximité, le choix de filières courtes s'appuyant sur un développement du court séjour gériatrique, l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée. A tous les niveaux, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière. Le plus souvent sollicité par le médecin traitant, le réseau permet l'articulation, contractualisée, autour de la personne âgée et de son entourage, de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aides et de soins aux personnes âgées, usagers et familles.

L'hôpital local est placé au cœur de la coordination. Constituant le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques, il intervient en amont de la chaîne des soins par des consultations avancées et /ou des actions de prévention, mais également en aval, en prenant en charge au plus près de son domicile un patient gériatrique transféré, limitant d'inutiles ruptures avec son environnement. Il permet de maintenir le lien ville-hôpital, notamment grâce à l'intervention du médecin traitant en son sein. L'hôpital local peut conclure des conventions de coopération avec les centres hospitaliers afin de permettre à des spécialistes d'intervenir en appui des médecins généralistes. Ses missions sont précisées dans une circulaire, qui rappelle que l'hôpital local constitue un premier niveau de prise en charge sanitaire et que la réalisation de cet objectif, au bénéfice du patient, repose entre autres sur le développement des complémentarités. « *Parce qu'il met en contact les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux, l'hôpital local constitue un espace de coordination qui favorise son*

---

<sup>30</sup> Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire

*engagement et sa participation à une dynamique de réseaux. Il est d'ores et déjà un maillon important des réseaux de coordination gériatrique<sup>31</sup> ».*

La complémentarité doit être un point clé du projet médical des hôpitaux locaux. Cette complémentarité s'exprime à travers des conventions effectives conclues avec les établissements de santé de référence, et leur participation à des réseaux avec les acteurs sanitaires et sociaux. Les coopérations sont à développer dans le but de mutualiser leurs compétences, et optimiser les moyens administratifs souvent réduits, en constituant notamment une équipe de direction plus importante, une équipe logistique commune, un DIM commun. Le rôle de coordination de l'HL sera réaffirmé par Mr DOUSTE-BLAZY dans un discours du 6 janvier 2005 annonçant un contrat national d'objectifs et de moyens pour l'hôpital local.

Les formules de coopération vont être aménagées et simplifiées par l'ordonnance de septembre 2003, dite « de simplification sanitaire ». Le rôle d'incitation à la coopération des conférences sanitaires est rappelé. La possibilité de création de communauté d'établissement est supprimée, le dispositif n'ayant pas rencontré une adhésion totale, sans doute en raison d'une mise en place lourde et de l'instauration d'un échelon de concertation certes, mais supplémentaire. De même, « *A compter du 1er janvier 2005, aucun SIH ne peut être créé* »<sup>32</sup>.

Le GCS devient, eu égard aux évolutions apportées à cette structure juridique, notamment quant à sa souplesse, la configuration la plus adéquate pour la mise en forme des coopérations sanitaires. Le texte reprend, pour l'essentiel, les grandes lignes du texte précédent, mais insiste sur le but très large de cette structure de coopération sanitaire. Il ne s'agit plus seulement que le GCS *réalise et gère des équipements d'intérêt commun ou constitue le cadre d'une organisation commune*. Désormais, il « *a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres* »<sup>33</sup>. Ainsi, par exemple, son champ d'activité est étendu aux pharmacies à usage intérieur. Le GCS n'est plus seulement un dispositif juridique *constitué par deux ou plusieurs établissements de santé publics ou privés*. Outre, en effet, les établissements de santé, le GCS peut être constitué

---

<sup>31</sup> Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

<sup>32</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux

<sup>33</sup> Id

par des établissements autres et des professionnels de santé. Ces derniers peuvent en être membres ou simplement associés. Le GSC apparaît comme une catégorie juridique souple, originale : selon sa composition, il est de droit public ou de droit privé ; mais, quel que soit son statut, il poursuit un but non lucratif. C'est essentiellement un outil d'organisation et de gestion au service du projet de mise en adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et d'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité de l'organisation sanitaire.

### **1.2.2 Une extension au secteur social et médico-social**

La loi du 30 juin 1975 s'était fixé comme objectifs de renforcer les partenariats et les modes de coopération, et de développer des filières cohérentes de prise en charge de l'enfant et de l'adulte. Très timide sur la question de la coopération entre établissements ou services, elle n'ouvrait que deux possibilités de coopération : convention et groupement (GIP, GIE). Mais, peu incitatives et adaptées au secteur, ces formules n'ont connu qu'un développement marginal. La convention a surtout été utilisée, principalement lors de l'acquisition et de co-utilisation de matériels lourds, ou encore de gestion de structures communes.

L'incitation à la coopération en direction des ESMS va progressivement se préciser dans les textes.

Recommandant l'inscription des établissements dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés, l'arrêté du 26 avril 1999 précise qu' « *il convient de développer les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local concernant [...] la collaboration interétablissements, sanitaires ou médico-sociaux, en matière d'organisation des soins, mise en commun de moyens, notamment en personnel soignant [...]»<sup>34</sup>.*

Les EHPAD sont invités à conclure des conventions avec des Etablissements de santé publics ou privés, à développer les collaborations avec d'autres institutions ou services.

---

<sup>34</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Puis, vient la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Avec elle, le législateur a tenu à doter les ESMS de véritables outils de coopération, ainsi que l'explique MR JF BAUDURET, conseiller technique auprès de la direction de la Direction Générale de l'Action Sociale : « *Mon idée première, avec ces deux articles, était d'inscrire les établissements dans un réseau de chaînage, de conventions. Effectivement, il est possible de réaliser des économies, en mettant en commun des moyens. Mais, ce n'est pas une obligation. Ces formules de coopération sont une boîte à outils qui va permettre aux établissements sociaux et médico-sociaux de travailler mieux ensemble.* »

Une convention pluriannuelle, conclue entre les autorités compétentes, doit définir les moyens permettant « *de coordonner la mise en œuvre des actions sociales et médico-sociales menées dans chaque département et de garantir, notamment, la continuité de la prise en charge ou de l'accompagnement des personnes accueillies*<sup>35</sup> ».

Les ESMS sont fortement incités à organiser leur action en termes de convention, de coordination, de complémentarité et de continuité de prise en charge. « *Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés*<sup>36</sup> », les établissements et services peuvent conclure des conventions entre eux ou avec d'autres établissements (santé ou enseignement), créer des GIE et des GIP et y participer, créer des Syndicats Inter Etablissements (SIE) ou des Groupements de Coopération Sociale et Médico Sociale (GCSMS), selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, et procéder à des regroupements ou à des fusions.

La loi ouvre ainsi de nouvelles possibilités de coopération et de coordination avec les établissements de santé. Les opportunités de coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux entre eux et avec les EPS deviennent aussi larges que dans le secteur sanitaire. Des contrats d'objectifs et de moyens, signés entre les établissements et les décideurs, doivent faciliter la mise en œuvre du projet d'établissement, les coopérations entre établissements et répondre aux objectifs définis par les schémas.

Mais, le risque de la contrainte apparaît, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale pouvant envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale.

Pour terminer, nous pouvons évoquer le très récent texte sur la qualification et les missions du médecin coordonnateur, qui précise que ce dernier collabore à la mise en œuvre de réseaux ou d'autres formes de coordination.

---

<sup>35</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>36</sup> Id

### 1.3 Une boîte à outils relativement complexe

Les dispositifs et cadres juridiques, supports du développement de la coopération, ont été progressivement complétés et forment aujourd'hui un système relativement complexe.

Nous pouvons distinguer deux grands types de coopérations, les coopérations de type fonctionnelles, 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 autonome.

#### 1.3.1 La coopération fonctionnelle

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 CSP 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 soins sont, de la même manière, mis en place dans un cadre conventionnel.

La convention est un procédé contractuel traditionnel entre des établissements qui conservent leur personnalité morale. Pour le Code civil, le contrat est « *une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose.* » Cum-trahere en latin, tirer ensemble, évoque bien l'idée d'un effort partagé en vue d'une fin désirée par tous. L'instruction ministérielle du 11 septembre 1986 a fourni un cadre juridique aux conventions.

La convention est un accord écrit, très souple, qui définit les modalités de coopération. Cette possibilité est évoquée, nous l'avons vu, dans l'article L. 713-12 du CSP qui indique que : « *Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les EPS peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des SIH, à des GIP et à des GIE.* »

Ce procédé de coopération classique peut s'appliquer à des établissements de statuts différents et pour toute sorte d'activité. Le mode de passation doit être conforme au droit des contrats administratifs. Le contentieux relèvera du juge administratif. La convention est utilisée notamment pour l'acquisition et la co-utilisation d'équipement lourd, mais aussi pour l'utilisation de structures communes. Le régime juridique de la convention relève du droit général des contrats.

La convention présente un grand intérêt fonctionnel et a l'avantage d'être un mode de coopération souple et simple, sans grand formalisme. Par contre, elle n'est pas constitutive de la personnalité morale et ne peut bénéficier de la qualité d'établissement public. N'ayant pas d'existence juridique, il n'y a pas de Conseil d'Administration, ni de budget. Elle est gérée souvent par des comités de gestion.

Sa durée et son objet contractuel sont délimités.

Des conventions particulières existent : contrats d'association au fonctionnement du service public, baux emphytéotiques.

### L'association

Les associations sont régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association et son décret d'application du 16 août 1901.

L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicable aux contrats et aux obligations.

L'association doit être déclarée. Son statut doit préciser, entre autres, l'indication du titre, de son objet, de sa durée et de son siège social, les conditions d'admission et de radiation de ses membres, les règles d'organisation et de fonctionnement de l'association. Son fonctionnement doit être démocratique.

La dynamique nouvelle que représente les réseaux de soins est d'abord née des initiatives de professionnels. Les premiers réseaux ont émergé en réponse à un problème de santé spécifique ou de dysfonctionnement du système de soins et ont été le fait de professionnels, médecins ou soignants. On voit apparaître au début des années 1980 des structures de coordination entre professionnels libéraux et hospitaliers dans les domaines de la gérontologie et du SIDA, lesquelles constitueront les premiers types de réseaux « ville-hôpital », en réponse notamment au double clivage ville/hôpital et sanitaire/social. D'autres domaines, diabète, hépatite C, précarité, périnatalité, bénéficieront de l'émergence des réseaux. Le développement de ces mouvements coopératifs, souvent informels à leur origine, correspond essentiellement à une réponse locale à des

problèmes de santé plutôt que d'offre, face auxquels les dispositifs conventionnels s'avéraient défaillants.

La reconnaissance institutionnelle des réseaux fut tardive et peu lisible. C'est seulement au vu des initiatives, que la Direction Générale de la Santé publiera un certain nombre de circulaires encourageant le fonctionnement en réseau dans les domaines du SIDA (1991), des soins de proximité (1993), de la toxicomanie (1994), de l'hépatite C (1995) et enfin de l'alcoolisme (1996), lesquelles visaient essentiellement à instrumentaliser l'organisation.

Le développement important de l'effectif des réseaux est consécutif à la publication des ordonnances d'avril 1996. La notion de filière ou de réseau sera clairement évoquée au titre des innovations, sans toutefois qu'en soit donnée une définition explicite. Les formulations les plus précises des textes encouragent à « *Organiser un accès plus rationnel au système de soin, ainsi qu'une meilleure coordination la prise en charge des patients* » ou bien à « *assurer une meilleure orientation du patient,[...]favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés* ». Les dispositifs ont été longtemps multiples, liés essentiellement au statut juridique des participants, avec pour conséquence le maintien des cloisonnements et la piètre lisibilité qui en découle. De plus, la double lecture possible du terme de réseau ajoute à la confusion. En effet, une première acception assimile le réseau à une structure, un autre sens le décrivant comme une modalité de coordination.

Le réseau de santé est actuellement défini dans l'article L. 6321-1 du CSP. Ces réseaux « *ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités humaines. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leur services et prestations.*

*Ils sont constitués ente les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.... »*

L'intérêt du réseau est triple.

- Il permet d'organiser une trajectoire plus rationnelle des patients dans le système et d'apporter des réponses graduées aux besoins de santé. Cette trajectoire peut se voir modélisée sous forme de filière, assurant ainsi une possibilité de graduation dans l'accès aux dispositifs et une continuité des soins par une meilleure orientation des usagers et un certain continuum entre les prises en charge hospitalière et ambulatoires. Elle peut aussi dépasser le cadre des seuls dispositifs curatifs pour favoriser la prise en charge de la

dépendance et de la prévention, en intégrant en particulier le secteur médico-social, voire autoriser un rôle plus actif du patient. Le réseau peut contribuer à l'amélioration de l'efficacité du système de soins par le biais du rapport des coûts sur la qualité des prestations offertes, la maîtrise des coûts pouvant résulter de la limitation des points d'entrée dans le système et des redondances induites.

- Il contribue au décloisonnement du système de soins à des niveaux divers. C'est le cas entre la médecine de ville et l'hôpital, mais aussi entre les établissements avec la co-utilisation d'équipements ou bien entre professionnels, qu'il s'agisse de l'opposition entre médecins spécialistes et généralistes ou bien de l'intégration des acteurs du social. La mise en place de liaisons efficaces avec le secteur médico-social introduit la notion de prise en charge à caractère social.

- Il participe à l'amélioration et à l'harmonisation des pratiques en accroissant les compétences collectives par la diffusion d'informations et de connaissances. L'élaboration de protocoles, l'adoption de recommandations, de bonnes pratiques, voire de systèmes de guides internes au réseau peuvent permettre aux professionnels de construire un capital culturel commun.

Les réseaux présentent cependant un certain nombre de limites.

- Il existe un relatif déficit d'évaluation disponible sur le sujet, en raison notamment de difficultés méthodologiques liées au caractère pluridimensionnel des impacts à mesurer.

- La question de leur financement reste essentielle, qu'il s'agisse d'assurer leur fonctionnement ou de prendre en compte les prestations et actes délivrés. Les problèmes sont multiples : modes de tarification différents, difficulté de paiement de l'activité de coordination, frais de gestion nouveaux.

- Leur montage requiert une ingénierie sophistiquée

- Le statut des personnels, et surtout leur responsabilité, sont mal définis: à quel moment les activités des praticiens hospitaliers sortent du périmètre de l'hôpital ?

- Leur organisation administrative est difficile, compte tenu de la flexibilité et de la mouvance qui les caractérisent.

### **1.3.2 La coopération institutionnelle**

En 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 leur fondateur (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 SIH (dont la création a été supprimée par la loi de simplification de 2004), des GCS ou des GCSMS, des GIP, des GIE.

Alors que, pour le secteur sanitaire, les outils de la coopération institutionnelle sont déjà en œuvre, le secteur social et médico-social est en attente des outils issus de la loi du 2 janvier 2002.

Intéressons nous d'abord aux outils institutionnels du sanitaire, GCS, GIP, GIE, fusion.

Le GCS est une formule de coopération progressivement reconnue. Créé par l'ordonnance d'avril 1996 pour favoriser les rapprochements entre hôpitaux et cliniques, le GCS était conçu à l'origine pour permettre la gestion commune d'équipements lourds ou de plateaux techniques, ou encore l'intervention commune des professionnels médicaux et non médicaux. La loi de juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle lui a donné la possibilité de détenir des autorisations d'activité de soins ; cela est complété par la loi du 4 mars 2002 qui indique que le GCS peut être autorisé par l'Agence régionale de l'Hospitalisation (ARH) à assurer lui-même les missions d'activité de soins se rapportant aux autorisations qu'il peut détenir. Cependant, il ne bénéficie pas pour autant de statut d'établissement de santé. « *La frontière entre GCS et Etablissement Public de Santé (EPS) se dessine avec les traits d'une rare subtilité*<sup>37</sup> ».

L'article L.6133-1 du CSP définit le GCS. « *Un GCS a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut :*

*1° permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement*

*2° réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L.6122-1.*

*Le GCS peut être constitué entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux[.].*

*Le GCS est doté de la personnalité morale [..].*

*Le GCS n'est pas un établissement de santé. Toutefois, il peut être autorisé par le Directeur de l'ARH, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé[...]*

L' article L. 6133-4 précise que « *le GCS peut constituer un réseau de santé.* »

Il n'y a pas de GCS type, dans la mesure où chaque groupement a un objet spécifique.

---

<sup>37</sup> JAAFAR D. Objet du groupement de coopération sanitaire. *Actualités JuriSanté*, Juin /juillet 2004, n° 46, pp. 4-5.

Rappelons le, l'ordonnance dite de simplification du 4 septembre 2003 a rendu ce cadre de coopération plus souple, plus complet et polyvalent, et a facilité les collaborations et les décloisonnements entre établissements et professionnels (exemples : gestion d'une pharmacie à usage intérieur, accueil d'ESMS). En offrant une base légale aux multiples échanges de personnel sur la base de simples conventions de co-utilisation, le texte favorise au sein de la structure toutes les possibilités d'échange de personnel dans la plus grande souplesse. Elle autorise le GCS à disposer d'un personnel propre.

Le GCS se substitue progressivement aux solutions de coopération existantes (convention, SIH, GIP). Par rapport au SIH, le GCS présente l'avantage d'être ouvert aux coopérations public/privé. Par rapport au GIP, l'avantage pour les partenaires privés réside dans l'organisation selon les règles applicables au privé (gestion et comptabilité privées). Par rapport au GIE, le GCS a, dans son appellation, une connotation sanitaire qui fait sens pour les partenaires et, depuis la loi du 4 mars 2002, le GCS a l'avantage de pouvoir être ouvert aux activités de soins. Les soins qu'il dispense sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

Le financement du GCS est assuré par les apports et les participations de ses membres. Ces participations peuvent prendre la forme de participations financières au budget annuel, de mise à disposition des personnels, de locaux ou de matériels, ou toute autre forme de contribution au fonctionnement du groupement dont la valeur est appréciée d'un commun accord.

La comptabilité et la gestion sont assurées selon les règles de droit privé.

Sur le plan juridique, la nature de la personnalité morale du GCS est clarifiée et qualifiée depuis l'ordonnance de simplification sanitaire.

Le GCS est formé pour une période indéterminée et doit faire l'objet d'une convention constitutive approuvée par l'ARH.

Le groupement est placé sous l'autorité d'une assemblée générale qui nomme l'administrateur.

Le recours au GIP dans le domaine sanitaire a été autorisé par des lois de 1987 et 1988 et relancé par les Ordonnances de 1996.

Il représente une solution visant à une concentration des moyens sans réalisation ni partage de bénéfices. Le GIP, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, peut être constitué par des personnes morales de droit public ou privé pour exercer ensemble des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, et notamment pour gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun. Il est dirigé par une assemblée du groupement dont le fonctionnement est prévu par une convention de constitution. Le GIP dispose d'un personnel qui peut être détaché ou mis à disposition.

Son fonctionnement est assuré par une Assemblée générale, un Conseil d'Administration et un Directeur.

Son avantage est d'être une passerelle entre le droit public et privé. Il ne supprime pas l'existence des établissements et, au contraire, permet de réaliser des équipements que chacun d'eux ne pouvait assurer économiquement. Il est efficace dans le cadre des activités logistiques (gestion cuisine, blanchisserie...)

Par contre, on lui reproche d'avoir une durée et un objet limités, une responsabilité indéfinie des membres face aux pertes ainsi que des règles de contrôle et de majorité des voix peu attractives pour le privé.

Nouveauté de la loi de 1991, le GIE est une personne morale, de droit privé, dont l'objet est de développer l'activité économique de ses membres et d'en améliorer les résultats. Ses objectifs sont comparables à ceux d'un GIP.

Il a l'avantage d'être une personne morale de droit privé et d'avoir un cadre légal jurisprudentiel, donc plus précis que celui du GIP.

Son principal inconvénient réside dans la solidarité entre les membres puisqu'ils sont solidaires des dettes du groupement sur leur patrimoine personnel.

La fusion ou regroupement représente une forme de coopération qui connaît un progrès récent et certain. Le Directeur de l'ARH peut l'imposer. Juridiquement, la fusion permet de transformer deux personnes morales en une seule. Les établissements disparaissent au profit d'un nouvel établissement. La fusion est évoquée dans le CSP (art L 712-20 art R 714-1-2), mais aucun texte ne vient décrire le processus et la méthodologie à suivre.

Elle permet l'optimisation des ressources sanitaires et sociales, produit une plus grande synergie grâce à une seule structure juridique qui rend les arbitrages internes, conduit à une nouvelle organisation des offres hospitalières concernées. Les moyens dégagés permettent d'offrir de nouvelles prestations grâce à un autofinancement

Mais ses inconvénients sont lourds à gérer. Elle est soumise à de fortes contraintes. La culture de chaque établissement est ébranlée et la fusion remet en cause le rattachement de l'hôpital à une collectivité territoriale, d'où un enjeu politique fort.

Qu'en est-il des outils du secteur social et médico-social ?

Ainsi que nous l'avons déjà évoqué, ils sont en attente des décrets d'application correspondants. Il s'agit du GCSMS, du SIE et de la participation à des GIP ou GIE.

Le groupement de coopération sociale et médico-sociale pourrait être utilisé par deux ou plusieurs ESMS qui ne remplissent pas les conditions préalables à la création d'un SIE.

Son objet serait de réaliser et gérer pour le compte des ses membres des équipements d'intérêt commun, ou constituer le cadre d'interventions communes de professionnels du secteur.

Par analogie avec le SIH, le Syndicat Inter Etablissements (SIE) pourrait permettre aux ESMS de créer et gérer services et équipements communs. Cette formule présenterait l'avantage de rentabiliser des équipements lourds (blanchisserie, cuisine) ou la réalisation d'activités communes (service de sécurité, pharmacie à usage intérieur). Ses conditions de mise en place seraient simples. « *Sa souplesse, sa durée indéterminée ainsi que son objet, son fonctionnement calé sur celui d'un établissement public, la possibilité de disposer d'un patrimoine propre : autant d'éléments favorables à l'outil dans le secteur social et médico-social<sup>38</sup>* ».

Il permettrait, par exemple, à plusieurs établissements, de créer une pharmacie à usage interne. Il peut également s'agir d'un syndicat à vocation unique sociale ou médico-sociale.

La création d'un GIE ou d'un GIP est aussi subordonnée à l'attente des décrets.

La coopération dans le secteur social et médico-social est donc fortement encouragée. Tous les outils proposés sont autant de pistes qui conduisent à un même objectif : décroiser le secteur sanitaire et le secteur social en mettant en place de véritables réseaux sociaux et médico-sociaux.

Toutefois, si la volonté du législateur a bel et bien été de doter les ESMS d'outils de coopération institutionnels, ils sont cependant trop calqués sur le modèle des formules développées dans le secteur sanitaire. Le développement de la coopération serait probablement plus efficace s'il passait par des formules adaptées aux réalités du secteur social et médico-social (souplesse dans la constitution, organes de gestion, modalités de contrôle). « *Une incitation réelle au développement des formules de coopération passe par la mise en place de formules innovantes et incitatives, afin de briser un certain isolement structurel et d'ouvrir davantage les établissements sur l'extérieur<sup>39</sup>* ».

De plus, il est permis de s'interroger sur la portée des incitations de l'Etat (seront-elles prévues dans un cadre coercitif, incitatif ou obligatoire) et sur la non parution des décrets à ce jour, alors qu'ils étaient prévus pour le deuxième semestre 2002.

---

<sup>38</sup> SALLE F. Elargissement des formules de coopération: l'exemple des établissements de Mindin. *Revue hospitalière de France*, Septembre/octobre 2002, n°488, pp. 42-44

<sup>39</sup> Id

## **PARTIE 2 : QUAND DEUX ETABLISSEMENTS VEULENT COOPERER :**

*le projet de coopération entre la maison de retraite « La Saône » de Saint-Jean de Losne et l'hôpital local « Ernest Noël » de Seurre.*

La situation que nous allons évoquer est celle d'une volonté de coopération de deux établissements, un EHPAD et un hôpital local, distants de 15 kilomètres.

La coopération est encore au stade de projet. D'emblée, nous pouvons préciser que la volonté des établissements est que cette coopération soit de type fonctionnelle. Ils ne souhaitent ni fusion d'établissements, ni création d'une entité juridique.

### **2.1 Présentation des Etablissements et de leur environnement**

#### **2.1.1 Portrait des Etablissements**

Les deux établissements sont situés en région Bourgogne, au Sud du département de la Côte d'Or, à proximité des départements du Jura et de la Saône et Loire.

La Côte d'Or comptait, au 1<sup>er</sup> janvier 2003, 510 334 habitants. Sa densité, en habitant par km<sup>2</sup>, est de 58 (110 pour la France métropolitaine). Son indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) est de 64,3. C'est le plus faible des départements de la région Bourgogne et il est inférieur à la moyenne française, qui était, en 2003, de 65. Sur les quatre départements que compte la Bourgogne, la Côte d'Or vient en deuxième position pour le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. Au 1<sup>er</sup> janvier 2003, son taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées était de 156,40 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (lits maison de retraite, logements de foyers-logements et lits d'hébergement temporaire). Il est supérieur à la moyenne française, qui est de 130,4 lits. Tout comme le reste du pays, ce taux d'équipement diminue depuis 1995, malgré l'augmentation des capacités d'hébergement. Son taux d'équipement en places de services de soins à domicile (16,60) est aussi supérieur à la moyenne française (15,8)<sup>40</sup>.

Le schéma gérontologique départemental est en voie de parution. La réflexion en cours fait apparaître que, si l'équipement en lits d'hébergement est suffisant, il est mal réparti et ne couvre pas, notamment, les besoins de l'agglomération Dijonnaise.

---

<sup>40</sup> Source : DRASS de Bourgogne- Service régional de la Statistique et des Eudes- EHPA 2003

Il n'existe pas de Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

Situé à Saint- Jean de Losne, ville de 1270 habitants, la maison de retraite « La Saône » est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

C'est un établissement public médico-social autonome, dont la mission est d'accueillir et d'héberger des personnes âgées dépendantes.

Il est dirigé par un Directeur présent dans l'Etablissement depuis 11 ans.

Sa capacité est de 132 lits d'hébergement permanent, répartis dans 70 chambres à un lit et 31 chambres à deux lits.

Le public accueilli dans l'établissement présente une moyenne d'âge de 83,26 ans et un GIR Pondéré Moyen (GMP) de 594, en baisse régulière depuis 2004, mais voisin de la moyenne de celui des maisons de retraites publiques du département, qui est de 608. Seulement 45% des résidents viennent du canton. Les séjours de moins d'un an ont été, en 2004, égaux à ceux d'une durée de 1 à 5 ans (38%), mais ils augmentent régulièrement depuis 2000. Le taux d'occupation de l'Etablissement est voisin de 100% depuis quatre ans.

L'Etablissement a signé la convention tripartite en 2001. Le projet d'établissement doit être formalisé prochainement. Les documents relatifs aux droits des résidents restent à actualiser ou à mettre en place. Des travaux de rénovation et restructuration sont envisagés pour conserver le patrimoine existant et pour adapter les locaux aux normes architecturales actuelles, en augmentant la superficie des chambres et en privilégiant les chambres à un lit. L'Etablissement est le siège du CLIC du Val de Saône. Il assure la prestation repas pour le portage de repas à domicile assuré par l'Aide à Domicile en Milieu Rural de Saint-Jean de Losne et accueille dans ses murs un restaurant scolaire et administratif. Une psychologue intervient dans l'Etablissement, ainsi que des professionnels libéraux : kinésithérapeutes, coiffeuse, pédicure.

Les prix de journée pratiqués par l'Etablissement sont les suivants :

Tarif hébergement : 40,95 €

Tarif dépendance : GIR 1 et 2 : 18,13 € ; GIR 3 et 4 : 11,50 € ; GIR 5 et 6 : 4,88 €

Ces tarifs se situent dans la moyenne du département.

La maison de retraite est le seul établissement du canton.

L'Etablissement « Ernest Noël » est, lui, situé à Seurre, ville de 2800 habitants. C'est un hôpital local offrant douze lits de médecine et 131 lits d'hébergement.

Conformément à l'article R.711-6-4 du code de la santé publique, il a pour objet de dispenser des soins de courte durée en médecine et des soins de suite et de réadaptation, avec ou sans hébergement, ainsi que de soins de longue durée comportant un hébergement.

Le Directeur est en poste dans la structure depuis deux ans.

L'établissement s'inscrit, pour sa partie sanitaire, dans le SROS Bourgogne 2005-2010 en cours d'élaboration. Il n'existe pas de SROS gériatrique.

La moyenne d'âge dans l'établissement est de 86,01 ans en secteur hébergement et de 87,83 ans en médecine. Le GIR Pondéré Moyen est de 710. 84% des résidents sont originaires de la Côte d'Or dont 55% de la ville même de Seurre.

Le service de médecine est un service sans plateau technique à vocation presque exclusivement gériatrique, dans lequel les soins palliatifs prennent une importance grandissante. Les types de pathologies prises en charge sont variables d'une année sur l'autre, mais restent dominés par les maladies du système nerveux.

50% des patient accueillis en service de court séjour viennent de leur domicile, 44% d'un autre établissement de santé et 6% sont des transferts internes.

La durée moyenne de séjour est de 14,62 jours en médecine et 203,14 jours en EHPAD. Le taux d'occupation des lits est de 67,49% en médecine et 93% en hébergement.

A la sortie du court séjour, 58% des patients retournent à domicile, 23% vont vers un autre établissement, 8% sont transférés en interne et 11% sont décédés.

Un projet d'établissement a été élaboré en 2001. Il doit être actualisé prochainement. Un projet de restructuration complète est envisagé pour satisfaire aux normes de sécurité et adapter les locaux à l'accueil de personnes dépendantes.

Des professionnels libéraux interviennent dans la structure : coiffeuse, pédicure.

L'établissement est engagé dans la procédure d'accréditation des EPS et dans la démarche de conventionnement.

Les prix de journée pratiqués par l'Etablissement sont les suivants :

Tarif hébergement : 37,94 €

Tarif dépendance : GIR 1 et 2 : 15,24 € ; GIR 3 et 4 : 9,73 € ; GIR 5 et 6 : 4,12 €

Ces tarifs sont légèrement inférieurs à la moyenne du département.

Le canton de Seurre est doté d'un autre établissement, une maison de retraite publique de 49 lits, située à 6kms.

Les deux cantons présentent un indice de vieillissement supérieur à la moyenne nationale.

L'effectif comparatif de personnel non médical budgété des Etablissements est le suivant :

EMPLOIS	EFFECTIF BUDGETE en ETP	
	Saint-Jean de	Seurre

	Losne	Seurre		
		Total	Médecine	EHPAD
<b>ADMINISTRATIFS</b>				
Directeur	1	1	0,08	0,92
AAH /chef de bureau		1	0,15	0,85
Adjoint des cadres		1	0,10	0,90
Adjoints/Agents administratifs	5	4	0,37	3,63
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>0,70</b>	<b>6,3</b>
<b>« SOIGNANTS »</b>				
Kinésithérapeute	1	1	0,25	0,75
Ergothérapeute	0,50			
Psychologue	0,20			
Cadre de santé	1	1	0,08	0,92
Infirmier(e)s	12,5	8	4	4
Aides soignant(e)s	31,50	40,50	10	30,50
Agents des services hospitaliers	11,50	20	3	17
Animatrice	1			
<b>TOTAL</b>	<b>59,20</b>	<b>70,50</b>	<b>17,33</b>	<b>53,17</b>
<b>TECHNIQUES</b>				
Maître ouvrier professionnel	1			
Maîtres ouvriers	6			
Ouvriers professionnels	3	9	0,82	8,18
Agents d'entretien	6,5	1	0,09	0,91
<b>TOTAL</b>	<b>16,50</b>	<b>10</b>	<b>0,91</b>	<b>9,09</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>81,70</b>	<b>87,50</b>		
Contrats Emploi Consolidé/Contrats				
Emploi Solidarité	6	9	1,72	7,28
Emplois jeunes		6	0,60	5,40

Pour Saint-Jean de Losne, **l'effectif total rémunéré** était, au 31 décembre 2004, de :

70,70 ETP titulaires et stagiaires

14,22 ETP contractuels

5 emplois aidés

soit **89,92 ETP**.

L'effectif physique rémunéré est de 101 agents, dont 77% de titulaires et stagiaires.

Pour Seurre, **l'effectif total rémunéré** était, au 31 décembre 2004, de :

89 ETP titulaires et stagiaires

17 ETP contractuels

13 emplois aidés

soit **119 ETP**.

L'effectif physique rémunéré est de 140 agents.

Les soins médicaux sont assurés par des médecins libéraux dans les deux structures.

A Saint-Jean de Losne, l'effectif médical total rémunéré est de 1 ETP partagé par les quatre médecins libéraux de la ville, rémunérés par l'Etablissement sur la base du statut de praticien hospitalier temps partiel, et de 0,08 ETP de médecin du travail. L'un des quatre médecins libéraux doit prochainement exercer les fonctions de médecin coordonnateur. L'Etablissement est en tarif soins global.

Le personnel médical de Seurre est constitué de 7 médecins généralistes, dont l'un est médecin coordonnateur. Ils sont rémunérés à l'acte par les résidents du secteur hébergement et par la dotation de l'ARH pour le secteur médecine. Le médecin coordonnateur est rémunéré par l'Etablissement à hauteur d'un 0,40 ETP. L'Etablissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur et d'un pharmacien, rémunéré sur la base d'un 0,50 ETP. L'Etablissement est en tarif soins global pour la partie « long séjour » et « cure médicale » et en tarif soins partiel pour la partie « maison de retraite ».

### **2.1.2 Eléments clés pour la coopération**

Quelques éléments, utiles pour la réflexion sur la coopération, méritent d'être soulignés.

A la maison de retraite «La Saône », le poste de cadre de santé va être transformé en poste de cadre supérieur de santé. L'établissement rémunère à la vacation une plasticienne qui anime un atelier d'art thérapie pour les résidents. Une animatrice travaillant à 80%, titulaire du Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education

Populaire (BEATEP), propose un programme d'activités. Elle est secondée par un emploi jeune, mis à disposition par l'Association « Bienvieillance », très présente dans l'Etablissement. Un responsable des services logistiques et économiques vient d'être recruté. Les locaux de la blanchisserie ont besoin d'être rénovés et le matériel doit être renouvelé, sachant que certains équipements ne servent que quelques heures par jour. L'établissement ne bénéficie pas, à ce jour, des compétences d'une diététicienne et d'un kinésithérapeute attaché à l'Etablissement, malgré la budgétisation du poste depuis 2003. Le demi-poste d'ergothérapeute, créé en 2004, n'est pas pourvu. Il est utilisé pour rémunérer les vacances de la plasticienne. L'effectif infirmier réel est de 8,60 ETP, en raison d'une transformation de postes infirmiers en 2005 et d'une difficulté de recrutement.

Le Directeur de l'hôpital local est aidé dans ses fonctions par une adjointe, attachée d'administration hospitalière. Un kinésithérapeute exerce à temps plein dans l'établissement. Un emploi jeune est chargé de la conservation du patrimoine. L'animatrice, titulaire du Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire, exerce à temps complet. Un adjoint des cadres a été affecté depuis peu à la démarche qualité. La blanchisserie vient d'être totalement rénovée : locaux répondant aux normes actuelles, matériel neuf. Les locaux de l'hôpital sont anciens et inadaptés pour la plupart à l'accueil de personnes dépendantes. La partie historique de l'établissement est classée et protégée. L'hôpital doit être entièrement restructuré ou reconstruit sur un autre site. L'établissement ne bénéficie pas des compétences d'une diététicienne et d'une psychologue. L'effectif infirmier a été porté à 11 ETP en 2005. Malgré cela, le taux d'encadrement infirmier de l'Etablissement reste faible.

Le Directeur doit prendre sa retraite dans quelques mois.

L'intérim de la maison de retraite de Labergement les Seurre, située à 5 kilomètres, est assuré par un directeur du CHU de Dijon, distant de 45 kilomètres.

Des bénévoles interviennent dans chaque structure.

Chaque établissement est doté d'une lingerie, d'un atelier, d'une cuisine en liaison chaude.

Aucun des établissements ne dispose d'offre d'accueil de jour. Les établissements pratiquent l'accueil temporaire, mais sans offre clairement identifiée. L'hôpital local dispose d'une unité fermée.

## **2.2 Situation actuelle des deux établissements en terme de coopération**

### **2.2.1 Une volonté commune**

Les Directeurs ont la volonté de développer la coopération entre les établissements qu'ils dirigent.

Les deux établissements ont inscrit la coopération dans les objectifs de la convention tripartite et les Conseils d'Administration ont délibéré sur le principe de la coopération, en laissant toute latitude aux directeurs pour la concrétiser.

Certaines actions de coopération ont déjà été mises en œuvre par le passé, par exemple la prise en charge du traitement du linge de Seurre par Saint-Jean de Losne lors des travaux de réfection de la blanchisserie de Seurre.

Les établissements adhèrent tous deux à l'Association ADEPPA 21 (Association Des Etablissements Publics de Personnes Agées de la Côte d'Or). Cette association a créé en 1997 un référentiel qualité, dénommé EVALAVIE, ainsi que la Charte QUALIVIE, qui s'insèrent dans une réflexion globale définissant les valeurs essentielles, connues et partagées de tous, répondant de manière adaptée à la vie et aux besoins des personnes âgées accueillies dans les établissements.

### **2.2.1 Un existant**

Les établissements ont déjà mis en œuvre certains partenariats entre eux et avec d'autres établissements ou organismes, présentés pour plus de clarté sous forme de tableau.

	SAINT-JEAN DE LOSNE	SEURRE
<i>Centre hospitalier de référence</i>	Dole	Beaune
<i>Accès au plateau technique</i>	Dole(20 kms), Dijon (40 kms)	Beaune (25 kms), Dijon (45 kms)
<i>Participation à une coopération institutionnelle</i>	Adhésion au GIP du Jura pour l'élimination des déchets de soins	Adhésion au Syndicat Inter Hospitalier de Sud Côte d'Or : élimination des déchets de soins, pharmacie à usage intérieur
<i>Conventions</i>	<p>↳ Avec le centre hospitalier de Dole pour la prise en charge de la douleur et la mise à disposition de son équipe de soins palliatifs dans le cadre de la formation du personnel</p> <p>↳ Avec le centre hospitalier de « La Chartreuse » à Dijon pour la prise en charge des résidents présentant des troubles psychiatriques.</p> <p>↳ Avec Seurre et Nuits Saint-Georges pour l'organisation de gardes administratives communes.</p> <p>↳ Avec l'hôpital local de Nuits Saint-Georges pour le prêt du minibus</p> <p>↳ Avec les hôpitaux locaux d'Auxonne et de Seurre pour intégrer une filière de soins et de prise en charge des résidents en médecine et/ou en long séjour</p> <p>↳ Autres : avec l'association Bienvieillance ; avec l'ADMR de Saint-Jean de Losne; avec l'école primaire de la ville</p>	<p>↳ Avec le centre hospitalier de Beaune dans le cadre de la réglementation obligeant les hôpitaux locaux à passer une convention avec un centre hospitalier disposant d'un plateau technique</p> <p>↳ Avec le centre hospitalier de « La Chartreuse » à Dijon pour la prise en charge des résidents présentant des troubles psychiatriques.</p> <p>↳ Avec Saint-Jean de Losne et Nuits Saint-Georges pour l'organisation de gardes administratives communes</p>
<i>Coordination gériatrique</i>	L'Établissement est le siège du CLIC du Val de Saône	L'Établissement adhère au CLIC du Val de Saône.

## 2.3 La coopération vue par les acteurs de terrain

### 2.3.1 Méthodologie

Des entretiens semi-directifs ont été menés à Saint-Jean de Losne, lieu de stage, en vue de recueillir l'avis des agents sur le projet de coopération.

Quatre groupes d'agents ont été distingués :

- ✓ Les cadres et responsables de services
- ✓ Le personnel des services de soins
- ✓ Le personnel des services techniques et administratifs
- ✓ Les représentants syndicaux.

Ont été interviewés :

⇒ L'ensemble des cadres et responsables de services, soit 5 personnes :

- le cadre de santé
- le responsable logistique
- le responsable des cuisines
- le responsable des services techniques
- le responsable des services administratifs.

⇒ 20% de l'effectif jour/nuit (en équivalents temps plein rémunérés au 31/12/2004) des services « de soins », soit :

- 20% de l'effectif infirmier : 1 agent
- 20% de l'effectif aide-soignant : 6 agents
- 20% de l'effectif des agents des services hospitaliers : 5 agents

⇒ L'ensemble des personnels des services techniques et administratifs sous forme d'entretiens collectifs par équipe, soit :

- cuisine : 4 agents
- ateliers : 3 agents
- administration : 5 agents
- blanchisserie : 4 agents

⇒ Le bureau de la section syndicale de l'Établissement : 4 personnes.

Le « choix » des agents des services de soins s'est fait par appel à volontariat lors de rencontres avec les équipes.

Au total, 17 entretiens individuels et 5 entretiens collectifs ont été réalisés.

Les thèmes à explorer lors de l'entretien étaient les suivants :

1. Que représente pour vous la coopération ? Etes-vous favorable à ce projet ?
2. Comment l'envisagez-vous pour votre secteur de travail et pour les autres secteurs (contenu, procédures...) ?
3. Quel intérêt y voyez-vous pour le résident, pour les agents, pour l'établissement ?
4. Quels risques voyez-vous ? quelles craintes avez-vous ? quels sont les freins à la mise en œuvre de la coopération ?

### **2.3.2 Analyse des entretiens**

Une analyse détaillée des entretiens a été effectuée. Elle nous permet d'appréhender les représentations des agents et leur manière de concevoir la mise en œuvre de la coopération. Elle nous permet aussi d'identifier les craintes et résistances qui seront à prendre en compte comme autant de freins à la réalisation du projet.

Le premier thème exploré était : Que représente pour vous la coopération ? Etes-vous favorable à ce projet ?

La notion d'entraide apparaît en premier lieu. Elle est citée 9 fois, essentiellement et à égalité par les cadres et les personnels des services techniques et administratifs, mais peu par les personnels des services de soins (1 seule fois). Les mots utilisés le plus souvent sont : s'aider, s'entraider dans les moments difficiles, se rendre service, se soutenir.

L'idée d'échange vient ensuite avec 8 citations. Ce sont surtout les cadres et les personnels de soins qui l'évoquent, peu les personnels techniques et administratifs (1 seule fois). Pour les personnels, il s'agit d'échanger avec d'autres des idées, des pratiques, des connaissances, des compétences, de comparer des façons de travailler et de gérer.

Le travail en commun est évoqué à 6 reprises, dont 5 pour les personnels de soins. Ils envisagent la coopération comme la possibilité de faire des choses ensemble, de s'associer, de travailler avec d'autres personnes à l'extérieur.

L'idée d'ouverture à d'autres pratiques, d'autres méthodes de travail apparaît également 6 fois. Elle est citée à 4 reprises par les personnels de soins et à 2 reprises par les cadres, mais pas par les personnels techniques et administratifs.

Les personnels des services de soins sont les seuls à évoquer les idées suivantes. Pour eux, la coopération c'est :

- « nous envoyer travailler ailleurs, ponctuellement ou définitivement, sans être rattachés à un établissement » ( 4 citations)

- prendre des idées ( 4 citations)

- partager des idées, le même métier (3 citations)

- avoir peur d'aller travailler ailleurs, de l'inconnu, de ne pas être à l'aise (3 citations).

Les personnels de soins et les cadres évoquent à 3 reprises les notions de dialogue, de communication, de même que l'idée d'enrichissement, d'apprentissage de choses nouvelles.

Cinq idées apparaissent chacune à 2 reprises dans les entretiens. La coopération consisterait à :

- échanger des moyens, se prêter du matériel

- mettre en commun

- combler le manque de personnel

- faire des économies d'échelle

- travailler en équipe.

Il est à noter que seuls les cadres évoquent la notion d'économie.

Enfin, certaines notions n'apparaissent qu'une seule fois dans les entretiens. La coopération est aussi :

- pour les personnels des services de soins : se renouveler, résoudre des problèmes, rencontrer d'autres personnes, faire bouger les choses, améliorer la qualité de la prise en charge, optimiser des façons de faire et d'être.

- pour les personnels des services techniques et administratifs : être solidaire, travailler en équipe, rapprocher les gens.

- pour les cadres : sortir de la routine, demander conseil, être complémentaire, mutualiser les compétences, les multiplier, faire des choses qu'on ne peut pas faire seul, avancer, créer une force, s'ouvrir.

Nous pouvons dégager des éléments recueillis que les agents se représentent la coopération comme une entraide, un soutien, un moyen d'échanger avec d'autres des connaissances, des idées, des compétences, de travailler en commun. C'est aussi une opportunité de s'ouvrir à autre chose, de partager et prendre des idées, de dialoguer, de communiquer, de s'enrichir. Mais, il apparaît aussi clairement que les agents, principalement les personnels de soins, imaginent la coopération comme le moyen de les envoyer travailler dans un autre établissement et qu'ils craignent fortement cette éventualité.

Tous les cadres se déclarent favorables à la coopération, même si certains en ont une vision très limitée. Les personnels de soins interrogés, soit 12 agents, se disent plutôt

défavorables au projet (7 agents sur 12). La résistance est plus marquée du côté des agents de services hospitaliers que chez les aides soignantes. La question n'a pu être posée directement aux personnels techniques et administratifs, car il s'agissait d'entretiens collectifs.

Le second thème exploré était : Comment envisagez-vous la coopération pour votre secteur de travail et pour les autres secteurs de l'Établissement (contenu, procédures) ?

L'organisation de réunions, de rencontres apparaît en premier lieu. Cette idée est citée à 9 reprises par l'ensemble des personnels. Ces rencontres permettraient d'échanger sur ce que l'on vit, sur l'organisation, sur les pratiques, sur les méthodes de travail.

La notion d'aide vient ensuite. Elle est évoquée à 8 reprises, à égalité par les personnels techniques et administratifs et les cadres, pas du tout par les personnels de soins. L'aide serait à type de remplacement ou de renfort, en cas d'absentéisme, d'activité d'animation importante, de gros travaux.

L'organisation de formations communes est proposée 7 fois, essentiellement par les personnels de soins (5) et les cadres (2). Pour les personnels, les formations communes permettraient d'harmoniser les pratiques, de mesurer les écarts, de rencontrer d'autres professionnels, d'échanger sur les situations vécues.

L'organisation d'activités d'animation communes pour les résidents est aussi proposée 7 fois, uniquement par les personnels des services de soins. Il s'agirait de repas, de spectacles, de voyages, de rencontres des résidents.

L'ensemble des personnels propose à 5 reprises une visite de l'établissement et, 5 fois également, des échanges de connaissances.

Les personnels de soins et les cadres souhaitent que la coopération se traduise par une connaissance de l'organisation et du fonctionnement de l'autre établissement (5 citations), afin de prendre des idées, de tirer des enseignements.

Ils proposent à 5 reprises des achats en commun, surtout de matériel, et, à 4 reprises, des échanges de compétences.

Le travail ponctuel dans un autre établissement est évoqué 4 fois, essentiellement par les personnels de soins (3).

La coopération pourrait se traduire également par :

- des échanges de personnels (3 citations par les personnels de soins et les personnels techniques et administratifs)
- un travail commun sur un thème sous forme de débats ou de groupes de travail (3 citations par les personnels de soins)
- le recrutement en commun de professionnels qualifiés (2 citations)
- un apprentissage d'autre chose (2 citations par les personnels de soins)

- une demande de conseils (2 citations par les personnels techniques et administratifs)

- l'accueil de résidents que l'autre établissement ne peut prendre (2 citations)

- un partage de l'activité de traitement du linge ou administrative (2 citations)

- un partage de l'activité d'un cadre sur les deux sites (2 citations par les cadres).

Enfin, d'autres propositions de mise en œuvre de la coopération n'apparaissent qu'une seule fois.

Pour les personnels de soins, la coopération pourrait se faire sous forme de développement de l'offre de soins, d'échange de documents, d'harmonisation des horaires, d'organisation de consultations spécialisées communes, de fusion des établissements.

Pour les cadres, la mise en place d'astreintes communes, un prêt de matériel, l'organisation d'une complémentarité avec le secteur libéral et le Centre Hospitalier Universitaire seraient souhaitables.

En résumé, nous pouvons dire que les agents interrogés imaginent la mise en œuvre de la coopération principalement sous forme de rencontres, d'aide en cas de besoin, de formations communes et d'activités communes pour les résidents. Des visites, des échanges de connaissances, des achats en commun, des échanges de personnels, des travaux de réflexion communs sont aussi proposés.

Le troisième thème exploré était : Quel intérêt y voyez-vous pour le résident, pour les agents, pour l'établissement ?

L'amélioration de la prestation aux résidents est le premier intérêt énoncé. Il est cité 11 fois, dont 6 par les cadres.

En second lieu (8 citations dont 4 par les personnels de soins), les agents avancent l'intérêt d'échanger, de se rencontrer, de s'apporter des idées.

En troisième position, viennent à égalité (7 citations) l'intérêt de s'aider entre établissements en cas d'absentéisme et celui de faire des économies, maîtriser les coûts, avancé essentiellement par les cadres.

La coopération permettrait aussi :

- une ouverture pour les résidents (6 citations dont 5 par les personnels de soins)

- une amélioration des conditions de travail (5 citations dont 3 par les cadres)

- un enrichissement (5 citations dont 3 par les personnels de soins)

- l'acquisition ou l'actualisation des connaissances (4 citations dont 3 par les personnels de soins)

- une vision plus globale, une connaissance de ce qui se passe ailleurs (4 citations dont 3 par les cadres)

- une connaissance d'autres façons de travailler (3 citations par les personnels de soins)

- une opportunité de sortir de ses murs et de sa pratique, de s'ouvrir (2 citations par les cadres).

Enfin, quelques bénéfices de la coopération sont évoqués une seule fois dans les entretiens.

Les personnels de soins pensent que la coopération permettrait aussi d'augmenter la polyvalence et la mobilité, de renforcer les équipes, de diminuer l'absentéisme, de construire des locaux communs, de créer des postes qualifiés, de faire partager des connaissances, d'améliorer l'avenir de l'Etablissement.

Les cadres et responsables de services avancent l'intérêt de disposer de ressources supplémentaires, de rompre l'isolement, d'être plus fort, de mélanger les cultures, de faire bouger, de changer les mentalités, de travailler avec d'autres, d'être compétitif plus rapidement grâce à la mobilité, de savoir s'adapter, d'améliorer l'image de l'Etablissement.

Les entretiens des personnels techniques et administratifs ne font pas apparaître des intérêts propres à cette catégorie.

L'analyse de ce qui précède fait apparaître que, pour les personnels et principalement pour les cadres et responsables de services, l'intérêt premier de la coopération serait d'améliorer la prestation aux résidents. Elle permettrait aussi d'échanger, de se rencontrer, de s'aider, de faire des économies. Un enrichissement, une amélioration des conditions de travail, une ouverture pour les résidents sont également attendus.

L'ensemble des personnels ne partage pas cette vision des effets positifs de la coopération. En effet, 4 personnels de soins déclarent qu'ils ne voient pas d'intérêt à coopérer, ni pour les agents, ni pour les résidents, ni pour l'établissement.

Le quatrième thème exploré était : Quels risques voyez-vous ? Quelles craintes avez-vous ? quels sont les freins à la mise en œuvre de la coopération ?

Les personnels interrogés craignent en premier lieu de devoir travailler dans d'autres établissements ponctuellement ou définitivement. Cette crainte est exprimée à 11 reprises, principalement par les personnels de soins (6 citations) et les personnels techniques et administratifs (3 citations).

La seconde crainte exprimée, en lien avec la première, est de devoir faire des kilomètres par éloignement du domicile (8 citations dont 6 par les personnels de soins).

La crainte de devoir changer les habitudes, les horaires de travail, les modes de travail, de quitter la routine vient en troisième position (7 citations dont 6 par les personnels de soins).

D'autres craintes sont exprimées par les personnels :

- devoir s'habituer, s'adapter (6 citations dont 5 par les personnels de soins)
- travailler avec des personnes qu'on ne connaît pas (5 citations par les personnels de soins et les personnels techniques et administratifs)
- suppression ou restriction de personnel (4 citations)
- être jugé par rapport à ses compétences, ne pas être à la hauteur (3 citations par les personnels de soins)
- changements de personnels pour les résidents (3 citations par les personnels de soins)
- peur de l'inconnu (3 citations dont 2 par les personnels de soins)
- instauration d'astreintes communes (2 citations)
- atteinte au secret professionnel (2 citations).

Enfin, quelques craintes n'apparaissent qu'une seule fois au cours des entretiens.

Les personnels des services techniques et administratifs craignent une fusion des établissements, des problèmes au niveau du matériel si plusieurs établissements s'en servent, une moindre qualité d'entretien du linge, la disparition de la lingerie.

Les cadres et responsables de services pensent que la coopération risque d'être lourde à mettre en place et à gérer et qu'elle risque d'entraîner une diminution du nombre de postes de cadres dirigeants.

Ainsi, il apparaît clairement que la coopération suscite des craintes et des peurs. Ce sont surtout les personnels de soins qui les expriment. Ils craignent principalement de devoir aller travailler dans d'autres établissements avec éloignement du domicile. La peur du changement est forte : changement des habitudes, des horaires, des modes de travail, peur de l'inconnu et peur d'être jugé ou de ne pas être à la hauteur.

La majorité des cadres disent ne pas avoir personnellement de crainte. A leur avis, les freins à la coopération sont de plusieurs ordres. Du côté de la direction des établissements, ils citent la place des politiques dans la conduite de l'établissement et le manque de mobilisation des Directeurs. Du côté des personnels, ils évoquent l'ancienneté dans l'établissement, la peur de ne pas être capable, le fait de devoir se déplacer, de devoir s'adapter, la peur du changement.

Quatre représentants syndicaux appartenant au bureau ont été rencontrés.

Pour eux, la coopération représente des échanges, une possibilité d'aide. Ils pensent que la coopération pourrait se traduire par du recrutement en commun de personnels

qualifiés, par des rencontres, des formations communes, un partage de professionnels qualifiés, des rencontres de résidents. Pour eux, l'intérêt de la coopération est d'améliorer la prise en charge du résident, de permettre une ouverture sur d'autres pratiques et l'apport d'idées nouvelles. L'intérêt serait aussi économique grâce aux partages de professionnels, de formations. Ils craignent principalement que la coopération entraîne la fermeture de certains services logistiques, avec mutation des personnels et perte d'emplois, ainsi que des déplacements de personnels pour aller « boucher les trous » en cas de besoin. La méconnaissance des uns et des autres, la peur de l'inconnu, le manque de valeurs communes, la vision trop personnelle de son établissement sont les principaux freins la coopération. Les représentants syndicaux pensent que les services logistiques sont les plus concernés par la coopération, mais déclarent qu'il est important de les garder dans chaque établissement pour un service de proximité et en raison d'une meilleure connaissance de l'établissement par les agents. Ils évoquent toutefois la possibilité d'un partage de l'activité lingerie dans un souci d'économie, ainsi que le partage de compétences spécialisées des personnels d'entretien.

Le discours syndical est donc très voisin de celui des agents. Nous retrouvons notamment les mêmes intérêts et les mêmes craintes. Nous percevons bien logiquement la volonté de maintenir chaque service au sein de l'établissement.

## **PARTIE 3: PROPOSITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COOPERATION FONCTIONNELLE**

En tant que Directeur, il nous semble que la coopération ne peut être mise en œuvre sans une volonté des acteurs clairement affirmée dans le projet d'établissement et sans une stratégie de conduite du changement adaptée aux enjeux sociaux, économiques et politiques actuels. Notre volonté est de la mettre, avant tout, au service de la personne âgée.

### **3.1 Inscrire la coopération dans les projets d'établissements**

Chaque établissement doit inscrire la coopération dans un projet d'établissement basé sur une étude partagée des besoins et attentes de la population.

La loi du 31 juillet 1991, rendant obligatoire l'adéquation du projet de chaque établissement à la carte sanitaire et au SROS, a fait du projet d'établissement un des principaux axes de collaboration et de modernisation des établissements. Document de référence obligatoire de toute institution sociale ou médico-sociale, il définit une offre de prise en charge autour de valeurs communes et assure les perspectives stratégiques et politiques de l'établissement. Il est aussi un outil de dialogue interne et externe, de mobilisation et de dynamisation des équipes.

Au cœur de la coopération, le projet d'établissement conditionne la pérennité de chaque établissement mais fixe également les objectifs de la coopération. La coopération est un instrument de réalisation du projet d'établissement afin que chaque établissement se positionne de manière relationnelle avec les autres acteurs.

Afin de se positionner au sein du bassin de vie et de définir les axes de la coopération, les établissements doivent mener ensemble une étude de leur environnement. Ils doivent analyser les besoins du bassin d'influence et le réseau professionnel qui est censé répondre à ces besoins. En effet, les données démographiques, socio-économiques et politiques sont indispensables pour caractériser au mieux les besoins de la population âgée et pour définir ceux que l'on choisira de satisfaire demain. De même, l'étude du réseau professionnel environnant va permettre d'identifier les ressources déjà disponibles, les concurrents ou partenaires éventuels, les manques qu'il serait utile de combler. Affichée clairement dans les projets d'établissements, la coopération doit permettre de déterminer une offre commune et concertée. Prenant en compte les besoins

de la population âgée, elle a pour vocation d'être, avant tout, au service de la personne âgée.

A travers son projet, l'établissement montre sa capacité à anticiper les évolutions pour ne pas les subir brutalement. « *Aujourd'hui, s'adapter ne suffit plus ; il faut apprendre à projeter le futur pour s'y préparer<sup>41</sup>* ».

La place donnée à la coopération dans le projet d'établissement témoignera de l'engagement et de la volonté des directeurs et des équipes autour de cette dynamique. Prendre l'initiative de la coopération est plus valorisant que de la mettre en œuvre sous la contrainte, car reconnaît Mr BAUDURET « *nous pourrions donner les consignes pour obliger les établissements à coopérer, si le besoin s'en fait ressentir* ».

## **3.2 Identifier les voies possibles de la coopération**

Nous proposons d'envisager la mise en œuvre de la coopération dans deux directions essentielles, l'une posant la mise en commun de moyens ou d'expériences comme facteur d'efficience et de qualité, l'autre envisageant la coopération comme facteur de structuration d'une offre de soins adaptée aux besoins de la population.

### **3.2.1 Faire de la coopération un outil d'efficience et de qualité des prestations offertes aux résidents.**

La coopération peut prendre la forme d'un partage de moyens ou d'expériences, permettant à la fois de traduire la volonté des dirigeants d'utiliser au mieux les moyens alloués et d'améliorer la qualité des prestations aux résidents, tout en offrant au personnels de meilleures conditions de travail et l'opportunité d'élargir leur horizon professionnel.

↳ *Des ressources humaines « rares » peuvent être partagées.*

En effet, chaque établissement dispose de professionnels qualifiés qui pourraient intervenir dans les deux établissements. A titre d'exemples, pourraient être envisagés :

---

<sup>41</sup> KOURILSKY-BELLIARD F. *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Editions Dunod, 1999. 318 p.

- le soutien du cadre de santé de Seurre par le cadre supérieur de Saint-Jean de Losne
- l'intervention de la plasticienne auprès des résidents de Seurre
- l'intervention de l'emploi jeune chargé du patrimoine en vue de développer à Saint-Jean de Losne les activités culturelles
- le partage du temps plein du kinésithérapeute de Seurre.

Les établissements ne peuvent pas toujours recruter certains professionnels qualifiés, car ils ne peuvent offrir que des temps de travail très réduits. Il s'agit par exemple des diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, informaticien. A deux, le recrutement devient possible et attractif. Il permet d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents par la diversification des prestations offertes et par le développement d'une prise en charge multidisciplinaire indispensable à un soin de qualité en gérontologie.

↳ *Des moyens humains et matériels peuvent être mis en commun au niveau des services logistiques.* Pour eux, le degré de coopération peut être extrêmement variable, allant du simple partage de compétences ou de matériel à leur regroupement partiel ou total.

#### La coopération entre les services techniques

Chaque établissement dispose d'un service d'entretien et de réparation et organise pour son propre compte une astreinte technique permettant d'assurer 24h/24 toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements. Le coût de cette astreinte pour chaque établissement est élevé (estimation de 21 480 € pour l'année 2005 à Saint-Jean de Losne) et l'organisation, compte tenu de l'effectif, ne respecte pas la réglementation en vigueur.

Les agents ont développé des compétences diverses ou sont en cours de spécialisation dans certains domaines.

⇒ Une astreinte commune aux deux établissements paraît envisageable, compte tenu du nombre et des motifs d'intervention, ainsi que du faible éloignement géographique des deux établissements.

L'astreinte commune aurait l'avantage de diminuer pour chaque agent le nombre d'astreintes à assurer et de réduire considérablement le coût pour les établissements.

Elle aurait par contre pour inconvénient majeur d'entraîner une perte de revenus conséquente pour les agents (jusqu'à 3640 € nets annuels pour l'agent ayant l'indice le plus élevé). Elle augmenterait également le temps de déplacement.

Sa mise en place nécessite une étude précise des motifs d'intervention en astreinte, afin de déterminer les connaissances de base de l'établissement à acquérir par les agents pour pouvoir intervenir efficacement dans un établissement qu'ils ne connaissent pas et les moyens à mettre en œuvre pour acquérir ces connaissances : temps de stage dans l'établissement, protocoles écrits....

⇒ Un partage de compétences des agents d'entretien pourrait être organisé.

Les équipes d'entretien sont constituées de personnels ayant des qualifications et des compétences différentes. Certains agents sont polyvalents, d'autres ont développé, par formation initiale ou continue, une spécialisation (papier peint / peinture, électricité, menuiserie, espaces verts...). Les équipes d'entretien étant réduites, chaque établissement ne dispose pas à lui seul de toutes les compétences nécessaires et, de ce fait, doit avoir recours à des prestataires extérieurs.

L'appel à un agent disposant d'une compétence non présente dans l'établissement permettrait de diminuer le coût des réparations ou travaux en évitant parfois le recours aux prestataires privés. Cela aurait aussi pour effet de valoriser les agents et de maintenir des emplois dans les établissements, au lieu « d'externaliser » les prestations.

Prenons pour exemple l'entretien des espaces verts. Un agent de Seurre, passionné par ce domaine, est en cours de formation de jardinier. La maison de retraite « La Saône » fait appel à un prestataire privé pour un coût annuel de 10 919,91 €, sur la base d'un forfait. L'entreprise vient en moyenne 6 heures par mois à 3 ou 4 professionnels, ce qui correspond à 72 heures de travail par an x 3 ou 4 agents, soit entre 216 et 288 heures de travail annuelles, soit entre 30 et 40 jours de 7 heures. En prenant comme base la rémunération d'un ouvrier professionnel qualifié (23000 € annuels charges comprises), la mise à disposition de l'agent de Seurre coûterait à Saint-Jean de Losne 112,75 € la journée, soit entre 3946 et 4510 € annuels. Le matériel nécessaire pour cette activité pourrait être prêté par Seurre ou acheté, sachant que le coût ne serait pas très important. Il faut ajouter au coût le prix des produits et de l'essence pour le matériel, ainsi que le coût du déplacement.

La mise en place de cette formule de coopération nécessite un recensement des compétences des agents pour identifier les ressources disponibles et une étude des conditions de mise en œuvre du partage. La position statutaire des agents doit être définie, ainsi que les conditions matérielles du partage (modalités du déplacement, programmation, matériel nécessaire...). La mise à disposition par convention semble être la meilleure solution.

⇒ Un partage de matériel est possible, ainsi qu'un achat en commun de gros matériel.

En effet, chaque établissement dispose de matériel que l'autre établissement ne possède pas forcément. Par exemple Seurre a un échafaudage de 7 mètres qui serait fort utile ponctuellement à Saint-Jean de Losne. De même, les deux établissements ont besoin de certains gros matériels, qu'ils ne peuvent acquérir seuls, compte tenu du coût, par exemple un nettoyeur haute pression thermique.

Le partage de matériel ou l'achat en commun permettrait d'éviter le recours à une location, améliorerait la qualité de l'entretien par un accès plus facile au matériel et ferait gagner un temps précieux grâce à du matériel performant.

Cette opération nécessite de bien cibler les besoins (type de matériel, durée d'utilisation, amortissement...) afin que l'achat en commun ne se traduise pas par un coût supérieur à une location et de définir les modalités de prêt ou de location, d'achat, d'utilisation et d'entretien.

⇒ Les deux ateliers pourraient être complètement ou partiellement réunis.

La constitution d'une équipe commune d'entretien présenterait de multiples avantages. Les agents feraient des interventions plus spécialisées, correspondant mieux à leurs connaissances et à leur expérience (sentiment de valorisation et de reconnaissance). Leur horizon professionnel s'élargirait par l'intervention dans une structure différente et l'intégration dans une équipe plus importante. Ils pourraient plus facilement se perfectionner dans un domaine.

Les établissements pourraient diminuer les coûts liés à l'entretien des bâtiments, à l'achat et au stockage de matériel, au recours à du personnel extérieur qualifié. Le nombre de postes nécessaires pourrait peut être se réduire. Les établissements disposeraient de compétences plus diversifiées.

Les résidents bénéficieraient d'une amélioration de la qualité de l'entretien et des réparations.

Ce regroupement présenterait aussi un certain nombre d'inconvénients.

Les agents devront se déplacer d'une structure à l'autre, avec éventuellement éloignement de leur lieu d'habitation. Ils devront s'adapter à de nouveaux collègues, de nouveaux locaux, d'autres pratiques et organisations de travail. Ils devront se construire une nouvelle identité professionnelle.

L'un des établissements devra disposer d'un local suffisamment vaste pour accueillir une seule équipe. Les déplacements auront un coût.

La fusion des deux ateliers pourrait se faire en douceur par une étape intermédiaire de maintien des deux ateliers avec une petite équipe fixe dans chaque établissement et une équipe mobile. L'équipe mobile serait constituée de volontaires.

### La coopération entre les blanchisseries

Nous l'avons vu, chaque établissement possède sa propre blanchisserie, qui traite à la fois le linge plat et le linge personnel des résidents. Celle de Seurre est neuve et pourrait traiter beaucoup plus de linge. Celle de Saint-Jean de Losne a besoin d'être rénovée et une grande partie du matériel doit être changé (deux machines à laver, le séchoir et la sècheuse/repasseuse). Le maintien d'une blanchisserie dans un établissement amène de nombreux coûts : personnel, entretien et chauffage des bâtiments, entretien, réparation et renouvellement du matériel, produits lessiviels... Ces coûts sont d'autant plus importants que les équipements ne servent que quelques heures par jour (deux heures par jour pour la sècheuse/repasseuse). D'autre part, les équipes sont inégales en terme d'effectifs et de compétences. Le personnel de Saint-Jean de Losne est plus nombreux et mieux formé. La blanchisserie de Saint-Jean de Losne traite 91 tonnes de linge par an, soit 250 kilos par jour pour un effectif de 5,5 agents plus un agent en contrat emploi solidarité. Le prix de revient du traitement du linge à Saint-Jean de Losne est estimé à environ 219 533 €, décomposé comme suit :

Personnel : 192 000

Eau : 4300

Electricité : 3100

Gaz : 5700

Lessive : 11 400

Amortissements : 3033

Soit un prix de revient d'environ 2,41 € TTC par kilogramme de linge, sans compter les réparations inévitables sur du matériel ancien.

Celle de Seurre traite 300 kilos de linge par jour pour un effectif de 4 ETP.

⇒ Les deux blanchisseries pourraient être regroupées sur un seul site pour n'en constituer plus qu'une, commune aux deux établissements. Compte tenu des investissements réalisés et du nombre d'équipements à renouveler à Saint-Jean de Losne, il paraît logique que le site commun soit l'hôpital local de Seurre. Cette

blanchisserie commune pourrait traiter, soit l'ensemble du linge des deux structures, soit uniquement le linge plat et le linge du personnel de Saint-Jean de Losne. Le linge personnel des résidents de Saint-Jean de Losne pourrait continuer à être pris en charge dans l'établissement pour un service de proximité, offrant plus de souplesse, de rapidité dans le circuit du linge et permettant de garder des contacts entre le résident et la lingère. La création d'une blanchisserie commune permettrait de diminuer les coûts respectifs pour chaque établissement : diminution des coûts liés aux locaux et aux équipements par suppression d'une grande partie des locaux de Saint-Jean de Losne, diminution du nombre de postes nécessaires. Dans un contexte de pénurie de moyens pour faire face à la dépendance, elle permettrait une utilisation optimale des locaux et des équipements. Le regroupement des deux équipes apporterait plus de compétences et par conséquent, une prestation de meilleure qualité pour le résident.

Les agents bénéficieraient de bonnes conditions de travail.

Cette création ne serait pas sans inconvénients.

L'Etablissement devra disposer d'un stock de linge plus important. Le linge devra être transporté dans des conditions répondant aux normes d'hygiène en vigueur, avec les coûts correspondants : achat et entretien du véhicule, carburant, personnel. Ces coûts devront être évalués afin de déterminer l'opportunité du regroupement.

Les agents de Saint-Jean de Losne seront déplacés, avec éloignement éventuel de leur domicile. Ils devront intégrer une équipe plus importante, s'adapter à d'autres locaux, habitudes, matériels, changer leurs habitudes et éventuellement leurs horaires de travail.

Mais surtout, le maintien d'une lingerie dans un établissement est souvent un enjeu fort pour le président du Conseil d'Administration et pour les représentants du personnel. Le regroupement risque ainsi d'être conflictuel et nécessitera beaucoup de préparation, de négociation, de diplomatie.

Chiffrons la proposition traitement du linge de Saint-Jean de Losne par Seurre avec maintien du traitement du linge des résidents à Saint-Jean de Losne.

L'hôpital de Seurre estime qu'il pourrait assurer la prestation avec un total de 6 ETP. Le maintien d'un poste (soit 2 ETP) à Saint-Jean de Losne suffirait pour traiter le linge des résidents, ce qui libère l'équivalent de 4 ETP. L'effectif total pour la blanchisserie de Seurre et la lingerie de Saint-Jean de Losne serait donc de 8 ETP, au lieu des 10 ETP actuels. L'hôpital local estime le coût de la prise en charge du linge à environ 1,05 € par kilo livraison comprise. Nous pouvons estimer à 120 kilos par jour le poids de linge plat et de linge du personnel de la maison de retraite. Le coût serait donc pour Saint-Jean de Losne d'environ :

Linge plat et linge du personnel : 126 € par jour, soit 45 990 € annuels

Linge des résidents : personnel (deux postes): 46 000 €, eau, électricité, gaz, lessive, amortissements : 9178 € (1/3 des dépenses actuelles)

Soit un total annuel d'environ 55 178 €, soit le quart du coût actuel.

⇒ Les deux blanchisseries pourraient être maintenues dans chaque établissement, mais avec un partage des missions : un établissement traiterait le linge plat, l'autre le linge personnel des résidents. Compte tenu de l'existant, il paraît logique que Seurre traite le linge plat et Saint-Jean de Losne le linge personnel des résidents.

Pour les agents, cette formule intermédiaire aurait l'avantage de maintenir du personnel dans chaque établissement, tout en offrant de meilleures conditions de travail grâce à des locaux plus adaptés et du matériel performant.

Pour les établissements, les coûts seront diminués par partage des équipements, réduction des coûts liés à l'entretien des machines, diminution éventuelle du nombre de postes nécessaires. L'utilisation des équipements sera aussi plus rationnelle.

Les résidents bénéficieront d'une amélioration de la qualité des prestations grâce à un équipement plus moderne, plus performant. D'autre part, les économies réalisées pourraient permettre d'offrir des prestations différentes, par exemple entretien du linge délicat non réalisé actuellement par un équipement de type pressing.

Des inconvénients existent.

Le travail des agents sera moins diversifié. En laissant à un autre établissement une partie du travail qui était le leur, les agents risquent de vivre un sentiment de perte. Ils peuvent également éprouver un sentiment d'anonymat du travail, en réalisant une prestation pour des résidents qu'ils ne connaissent pas. La répartition du travail risque peut être de nécessiter des changements d'affectation.

Pour les établissements, des contraintes et des coûts sont à prendre en compte : transport de linge propre et sale pour les deux établissements, avec les coûts correspondants (véhicule, personnel, normes d'hygiène...)

↳ *La coopération peut être un facteur de développement et d'enrichissement des activités « d'animation ».*

« L'animation » devra évoluer dans les années à venir pour deux raisons. La dépendance psychique augmente et s'accroîtra encore, d'où la nécessité de développer des activités adaptées. Les demandes des résidents seront probablement différentes dans l'avenir, en raison notamment du développement d'une société de loisirs, d'une évolution des centres d'intérêt chez les femmes, d'une modification des outils de communication.

Les établissements disposent d'un personnel dédié aux activités « d'animation », aux qualifications et compétences diverses.

Les établissements pourraient mettre en commun des locaux et du matériel coûteux, tels que vidéo projecteur, minibus.

La réflexion sur le projet de vie sociale et culturelle pourrait se mener conjointement entre les équipes des deux établissements, apportant ainsi plus de richesse, de diversité, de créativité, d'ouverture au projet.

Les compétences disponibles dans chaque structure pourraient être partagées en organisant des activités communes pour les résidents et en faisant intervenir les personnels chargés « d'animation » dans les deux établissements, selon leurs compétences ou leurs centres d'intérêt.

Souvent isolés dans leur établissement, les animateurs pourraient partager leurs expériences, leur vécu, s'ouvrir à d'autres pratiques et offrir aux résidents dont ils s'occupent une palette d'activités plus diversifiée.

Le partage d'équipements et de locaux permettrait d'améliorer la qualité des prestations, sans augmenter les coûts.

Ces échanges ont l'inconvénient de nécessiter des déplacements ponctuels de personnels et des transports de résidents.

La mise en œuvre de la coopération dans le domaine de « l'animation » touche au plus près le résident. C'est pourquoi, elle ne pourra être engagée sans une étude précise des besoins et des souhaits des personnes âgées.

Les personnels concernés devront se rencontrer pour identifier les compétences de chacun, les ressources matérielles à partager et pour bâtir un projet de coopération respectueux des souhaits de chacun.

↳ *La coopération peut concerner la formation des personnels.*

Le profil des résidents étant sensiblement identique, les équipes sont confrontées aux mêmes difficultés et expriment des besoins en formation très proches. La difficulté de libérer simultanément un grand nombre d'agents dans un établissement rend l'organisation de formations « en intra » difficile. Par ailleurs, les budgets formation sont très limités.

L'organisation de formations communes permettrait de regrouper en « intra » les agents des deux établissements.

Ainsi, les agents bénéficieraient d'un plus grand choix de formations. De plus, le regroupement favoriserait la connaissance des uns et des autres, le partage d'expériences, l'ouverture à d'autres pratiques.

La réduction des coûts de formation permettrait aux établissements d'étoffer leur plan de formation. La formation en commun contribuerait aussi à l'harmonisation des pratiques et au développement d'une culture commune. Le bénéfice pour les résidents d'une meilleure formation des personnels est indéniable. La formation accroît la compétence des agents, favorise le dynamisme et l'ouverture des équipes et contribue fortement au développement de la bien-traitance des personnes âgées.

Les établissements devront choisir ensemble le ou les thèmes de formations communs, élaborer conjointement le cahier des charges et s'entendre sur le choix de l'organisme de formation et les modalités d'organisation de la formation.

Au-delà du cadre de la formation continue, des formations ponctuelles, proposées par les professionnels médicaux et paramédicaux des établissements, pourraient être partagées.

↳ *Des expériences ou des travaux peuvent être partagés.*

En effet, chaque établissement est amené à développer pour son propre compte une réflexion dans différents domaines. Les thèmes de travail rendus incontournables par la réglementation ou les besoins de la prise en charge sont souvent identiques pour les deux établissements, par exemple élaboration ou actualisation des documents relatifs aux droits des résidents, élaboration des protocoles de soins, réflexion sur le soin aux personnes atteintes de troubles psycho-comportementaux, dimension éthique du travail auprès de la personne âgée...

Même si la spécificité de chaque établissement doit être respectée, pourquoi ne pas réfléchir ensemble à une base commune, ce qui éviterait de dépenser chacun de son côté beaucoup de temps et d'énergie et enrichirait la réflexion.

De même, les équipes pourraient échanger, à l'occasion de rencontres « à thèmes » ou de stage, leurs expériences et leur vécu professionnel. Cet échange permettrait aux agents de faire connaissance, d'enrichir leur pratique par une ouverture à d'autres méthodes ou d'autres points de vue.

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

↳ *Les équipes administratives peuvent mettre en commun des moyens ou des procédures.*

Le niveau de qualification et de compétence des personnels administratifs est variable d'un établissement à l'autre. Les agents n'ont pas toujours toute la spécialisation nécessaire pour faire face à tous les problèmes. La coopération entre ces équipes permettrait d'identifier les ressources respectives des établissements, afin de les mobiliser en cas de besoin.

Les achats s'effectuent isolément dans chaque structure. Ne pourrait-on pas regrouper certains achats, ce qui permettrait probablement de bénéficier de meilleurs tarifs ?

Nous l'avons vu, la coopération, dans sa dimension de partage de moyens, contribue à une utilisation plus rationnelle des ressources humaines ou matérielles. Mais, l'objectif, nous semble-t-il, n'est pas de réaliser des économies en tant que telles, même si, compte tenu des moyens limités dont dispose le secteur des personnes âgées, celles-ci seraient les bienvenues. Le rôle du Directeur n'est pas, dans un Etablissement public, de rechercher la rentabilité, mais il a tout de même pour mission d'apporter un service de la meilleure qualité possible, en utilisant au mieux les ressources mises à disposition. Nous pensons que les moyens financiers dégagés pourraient bénéficier directement au résident, en permettant par exemple d'améliorer son cadre de vie.

### **3.2.2 Faire de la coopération un instrument de structuration d'une offre d'hébergement et de soins adaptée aux besoins de la population âgée.**

Rappelons-le, la coopération doit, avant tout, servir l'intérêt de la personne âgée.

Pour répondre à l'évolution des besoins et des demandes de la population âgée, les établissements vont devoir élargir la diversité des réponses offertes aux personnes âgées, notamment aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. Dans cette perspective, chaque établissement pourrait mettre en place progressivement une partie de l'offre. Ainsi, pourraient être envisagés : une unité de 12/13 lits spécialisés dans la prise en charge des patients dits déments, un accueil de jour, quelques lits d'hébergement temporaire, un service de soins de suite et de réadaptation, quelques places de Service de Soins Infirmiers à Domicile.

Les demandes d'entrée seraient traitées en commun et l'orientation dans l'un ou l'autre établissement serait fonction des besoins de la personne, tout en tenant compte, bien évidemment, de ses souhaits ou de ceux de son entourage si elle ne peut les exprimer.

Les projets devront, bien évidemment, s'inscrire dans le schéma gérontologique départemental, les schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociale, ainsi que dans une réflexion globale sur les besoins à satisfaire sur le territoire de santé, associant les professionnels du domicile.

Les établissements devront jouer la carte de la complémentarité et de la continuité. Face au défi du vieillissement, la concurrence n'a plus lieu d'être. Les établissements doivent

s'unir pour que chaque personne âgée trouve rapidement dans son environnement une réponse adaptée à ses besoins et à ses désirs.

Le rattachement, à l'hôpital local, de la maison de retraite de Labergement Les Seurre paraît opportun, compte tenu des difficultés de fonctionnement de l'établissement qui, distant de 5 kilomètres de l'hôpital et pour 49 lits, conserve encore ses services logistiques et ne peut garder les résidents accueillis en cas d'aggravation de leur dépendance.

L'ensemble formé par les trois établissements et le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique du Val de Saône constituerait ainsi un pôle gériatrique, disposant d'une offre diversifiée et complémentaire assurant un maillage du territoire, en liaison avec les professionnels libéraux et les acteurs du maintien à domicile. Naturellement tourné, par son statut, vers la collaboration avec les intervenants libéraux du secteur et les autres structures sanitaires, l'hôpital local en serait le pivot. *« Statut juridique, coopérations nombreuses et développées, insertion dans le milieu local constituent autant d'atouts qui font de l'hôpital local une structure « vouée » au fonctionnement en réseau tant soit peu que l'établissement développe une politique dynamique et définisse des projets allant dans ce sens<sup>42</sup> ».*

### **3.3 Mettre en œuvre une conduite de l'action adaptée**

La coopération, nous l'avons vu, repose sur le développement d'une culture de l'échange, du partage, de la complémentarité, de la solidarité. Mais force est de constater que cette culture n'est pas dominante aujourd'hui dans les institutions sanitaires et sociales. L'individualisme et la défense du « pré carré », des avantages acquis, restent bien vivants. L'analyse des entretiens nous a montré que, si les agents interrogés sont favorables à des échanges avec une autre structure sur les pratiques professionnelles, ils ne sont pas prêts à aller plus loin, et notamment pas à la mobilité et au partage d'activités entre les établissements.

Le passage d'une culture à l'autre va nécessiter une évolution des mentalités et des représentations. C'est donc un changement culturel que le Directeur devra initier et accompagner.

---

<sup>42</sup> BRAQUE G. L'hôpital local : quelques vérités. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, pp. 761-766.

Le processus de changement qu'il conduira devra prendre en compte l'environnement extérieur dont l'influence est considérable (dernières lois, contexte financier et budgétaire, politiques mises en place et leurs conséquences sur le fonctionnement des structures), l'organisation interne, mais aussi et surtout, les acteurs qui, peuvent promouvoir le changement ou s'y opposer.

Le Directeur doit se donner du temps, concevoir le projet en prenant le recul suffisant pour réfléchir à tous les aspects qu'il va toucher.

Pour mettre en œuvre la coopération, le Directeur devra rechercher l'adhésion des personnels en suscitant le désir de changer et en s'appuyant sur une bonne connaissance de l'institution. Il devra inlassablement communiquer, écouter, dialoguer, aider les agents à donner un sens à l'action. Il pilotera la démarche avec souplesse et pédagogie, en établissant un climat de confiance et de respect mutuel, favorable à l'émergence et la mobilisation des ressources. Il initiera un processus d'harmonisation des règles de gestion du personnel et des pratiques de soins.

### **3.3.1 L'action du Directeur sera en premier lieu interne.**

#### a) les principes de l'action

La stratégie du Directeur reposera sur une bonne **connaissance du fonctionnement de l'organisation et des agents, ainsi que des problèmes réels.**

Cette connaissance ne peut s'obtenir sans son expression par les personnels eux-mêmes. Il faut partir des ressources, ressources matérielles bien sûr, mais aussi du potentiel humain et relationnel de l'organisation que, là aussi, les acteurs de terrain connaissent vraiment.

La prise en compte de la rationalité des différents acteurs impliqués est nécessaire, de même que la reconnaissance que ces acteurs infléchissent et modifient les actions de changement.

Bien connaître les agents et s'interroger sur ce que sont leurs valeurs, croyances est indispensable. Un changement n'est pas intégrable s'il heurte l'échelle de valeurs des agents ou s'exerce à leur détriment. Il faudra donc faire évoluer l'échelle de valeurs pour intégrer le changement.

Le changement ne peut se faire en dehors des intéressés eux-mêmes. Il ne se décrète pas et la conviction du Directeur ne suffit pas. La coopération exige la détermination, la collaboration et le volontarisme de l'ensemble des acteurs. Les équipes ne peuvent, sans une sensibilisation et une préparation, changer du jour au lendemain

leur manière de concevoir le futur de leur institution. On ne peut contraindre les personnes à échanger ou à communiquer. Il faut y trouver du plaisir. C'est la règle du don et du contre don.

Seule la mobilisation du personnel permettra le passage de l'état de projet à celui de réalisation effective. C'est pourquoi le Directeur cherchera avant tout à **recueillir l'adhésion des acteurs**.

Nous l'avons vu dans les entretiens, tous les personnels ne sont pas favorables au projet et de nombreuses craintes existent.

Il faut créer le désir de changer, donner des raisons de se motiver, plutôt que convaincre. Cette étape est essentielle et demande du temps. Le Directeur pourra prendre appui sur les personnels motivés pour qu'ils aident leurs collègues à identifier les avantages de la coopération.

Le changement que représente la coopération implique pour les personnels de se mettre en mouvement, de renoncer à une situation stable, à un présent bien établi qui leur est familier. Ils ont le sentiment de perdre quelque chose. Nous l'avons vu dans les entretiens, les agents craignent de perdre leurs habitudes et leurs repères et redoutent l'inconnu. Pour que le projet aboutisse, cette perte devra être compensée par un sentiment de gain ou de progrès.

Pour adhérer à un projet, les agents ont besoin d'être mis en situation de « gagnant/gagnant ». « *Je gagne si tu gagnes est la base de la coopération et de la négociation*<sup>43</sup> ». Réussir définitivement le projet suppose que tout le monde y gagne effectivement quelque chose et que le gain soit reconnu et valorisé, notamment par les agents.

Le Directeur devra donc, en les anticipant, mettre à jour les conséquences utiles et bénéfiques du changement et les gains espérés, afin de développer la motivation des agents à atteindre l'objectif et accroître leur désir de changer. Il s'appuiera sur les intérêts énoncés par les agents au cours des entretiens.

Il devra sans relâche démontrer la nécessité, l'utilité et l'intérêt du projet. Chaque agent, à un moment donné se posera un certain nombre de questions auxquelles il faudra apporter une réponse : que se passerait-il si on ne changeait pas ? Que fait le changement ? Quel sera le résultat, que produit-il pour moi et pour les autres ? Qu'est-ce que le changement améliore pour moi ? Qu'est-ce que je gagne à l'accepter ? Le projet devra répondre à la question clé : que veut-on obtenir ou améliorer ? Les objectifs devront être clarifiés pour

---

<sup>43</sup> KOURILSKY-BELLIARD F. *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Editions Dunod, 1999. 318 p.

bien cadrer la relation de coopération, mais aussi pour envisager clairement les étapes à accomplir.

b) les moyens de l'action

**Donner du sens au projet** est essentiel. Coopérer doit avoir un sens pour les agents.

Le Directeur a pour mission de guider et de fédérer les professionnels. Il est porteur du sens de l'action et des valeurs éthiques qui la sous-tendent. Pour donner du sens, le résident doit être placé au cœur de la démarche et chacun doit savoir où il va et où est l'enjeu. Le « pourquoi » du projet doit être explicité, car une non réponse à cette question conduit aux résistances, aux confrontations, aux crises. Il faut faire changer « pour » ou « vers » et non pas « à cause de ». Les agents ont besoin de s'approprier le projet. Ils le feront plus facilement s'ils en comprennent la logique, s'il leur permet de donner un sens à leur travail et s'ils peuvent en partie le négocier. La coopération peut remettre en cause l'appartenance à un groupe et toucher ainsi l'identité professionnelle. Cet élément est à prendre en compte dans le projet qui devra donc, aussi, envisager la manière dont les individus et les groupes reconstruiront leur identité.

La mise en évidence de la valeur ajoutée de la coopération aidera à donner un sens. Cette valeur ajoutée est collective, mais aussi individuelle, dans la mesure où la coopération doit apporter des satisfactions personnelles, qui peuvent être diverses : occasion de développement professionnel, opportunité d'étendre le champ de relations...

**La communication, l'écoute, le dialogue** seront permanents. « *La communication est au cœur du processus de changement<sup>44</sup>* ».

Les individus s'opposant toujours aux changements qui leur sont imposés, le Directeur devra substituer l'approche dialogue à l'approche pouvoir. Il favorisera l'adhésion au projet par la concertation et l'information.

Une écoute attentive du terrain est indispensable pour prendre en compte la réalité du terrain dans l'élaboration du projet, et notamment ce qui freine ou motive l'adhésion au projet. Cela permettra d'appréhender la façon dont les acteurs vont réagir, comment ils vont se positionner.

---

<sup>44</sup> CARTON Gérard-Dominique. *Eloge du changement*. Paris : Editions Pearson Education France, 2004, 253 p.

Les évolutions que la coopération requiert mettent nécessairement en cause des comportements, des méthodes de travail, des situations perçues bien souvent comme « acquises » et, de ce fait, risquent de provoquer des réactions de défiance, voire d'hostilité, si elles ne sont pas précédées d'un effort de communication et d'explication sur les objectifs réellement poursuivis. Le dialogue permet d'apaiser les appréhensions légitimes des agents.

Il faut favoriser l'expression des équipes sur les changements envisagés, réunir les professionnels, quels que soient leurs qualifications et leurs métiers, expliciter les points forts et faibles.

L'explicitation du projet, la clarté sur le devenir de chacun, de la structure et des valeurs doit permettre de rassurer les agents sur le bien-fondé de l'évolution engagée. Les mots utilisés seront positifs. Le langage subjectif, tel que meilleur, amélioration... sera évité, au profit d'une approche factuelle consistant à dire ce qui va changer et comment cela va changer, avec des phrases concises, dans un langage simplifié et précis.

Les entretiens nous ont montré que les acteurs ont une représentation très diversifiée de la coopération. Ils ont aussi une vision différente des moyens de la mettre en œuvre. Le dialogue permettra de dépasser cette multiplicité pour aller progressivement vers une représentation partagée indispensable à la coopération.

**L'implication des personnels** doit constituer la base, le socle à partir duquel se construit la collaboration entre les établissements. « *Si la coopération implique de manière concrète l'ensemble des acteurs en présence, elle peut à la fois relever le double défi de tout projet, celui du temps et celui de l'adhésion des hommes<sup>45</sup>* ».

Le projet de coopération ne pourra, en effet, pas aboutir sans une implication réelle des agents, qui leur permet d'être réellement acteurs du projet et d'être reconnus. La participation des cadres et responsables de services est notamment indispensable. Le Directeur pourra prendre appui sur leur motivation, mise en évidence dans les entretiens. Les actions de coopération seront réfléchies avec les personnels concernés. Leur mise en œuvre sera négociée pour tenir compte à la fois des intérêts des agents et des établissements.

Le Directeur **assurera le pilotage de la démarche**, non pas en commandant ou en dictant, mais en sachant animer, mobiliser, orchestrer.

---

<sup>45</sup> CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L. *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*. Paris : Editions Masson, 1998.170 p.

Son efficacité dans la conduite du projet dépendra de sa capacité à composer avec autrui, à faire face aux désaccords et aux résistances. Les résistances seront moindres si le projet est suffisamment mobilisateur.

Pour créer le désir d'évoluer, il s'appuiera sur la logique des acteurs, leurs expériences, leurs valeurs, leurs ressources en évitant toute dévalorisation et condamnation, mais aussi toute argumentation pour convaincre de changer.

Trois paramètres permettent de renforcer l'acceptation ou la résistance au changement : le respect des croyances, valeurs ou idées, l'honnêteté, la confiance réciproque. Le Directeur devra donc établir et maintenir un rapport de confiance, basé sur la cohérence des actes et la cohésion autour d'un système de valeurs. Il devra agir dans la transparence, sans rien cacher des objectifs poursuivis et des enjeux. Les engagements devront être tenus. Tout en restant directif sur l'objectif, le Directeur devra être souple sur la stratégie.

La mise en œuvre du projet sera progressive, par étapes modestes et concrètes. « *Les petits pas, bien dirigés, sont paradoxalement à l'origine de grandes avancées car ils évitent d'engendrer ces effets pervers des résistances ou des régressions dues à des enjambées surdimensionnées<sup>46</sup>* ». La mise en place de la coopération pourra débuter par des actions proposées par les agents, telles que des rencontres, des visites, des formations communes, des travaux communs. La réussite de ces actions permettra d'apaiser les inquiétudes, de faire entrer doucement dans le processus les agents qui ne sont pas d'emblée favorables au projet et d'avancer progressivement vers des actions de plus grande envergure.

Les personnels ne sont pas toujours conscients de ce qu'ils peuvent apporter dans un projet et des ressources qu'ils détiennent. Ils redoutent le changement parce qu'ils craignent de ne pas être à la hauteur pour l'assumer. Cette crainte d'être jugé, de ne pas être capable a d'ailleurs été évoquée dans les entretiens. Le Directeur devra encourager et rassurer les agents. Il tentera de mettre en lumière les ressources cachées derrière les résistances.

Piloter un projet, c'est aussi négocier. Cela suppose d'aller sur le terrain de l'autre, de le comprendre si nous voulons ensuite nous faire comprendre, d'explorer ce qui pourra motiver son désir de coopérer pour trouver un accord avant de vouloir à tout prix le convaincre. Pour négocier la mise en place des actions, le Directeur pourra s'appuyer sur

---

<sup>46</sup> KOURILSKY-BELLIARD F. *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Editions Dunod, 1999. 318 p.

les valeurs partagées par les agents, et notamment la qualité du service rendu au résident.

### **3.3.2 L'action du Directeur sera aussi collective, en externe avec les partenaires concernés.**

Il favorisera l'instauration de **relations de confiance** entre les deux établissements, basées sur la convivialité et la solidarité, ainsi que la compréhension du raisonnement et du fonctionnement de chacun. Pour travailler ensemble, les acteurs doivent se reconnaître dans les logiques des uns et des autres.

Pour coopérer, il faut avant tout se connaître et se reconnaître. La première étape du projet consistera donc à favoriser cette **connaissance** par différents moyens : rencontres des agents, visites d'établissement ou de services, formations communes, groupes de travail communs, échanges de personnels sur la base du volontariat...

Le Directeur engagera avec l'Etablissement partenaire une **harmonisation des pratiques de soins et des règles de gestion du personnel.**

*« Les coopérations interétablissements doivent être facilités par une plus grande harmonisation des pratiques de soins ainsi que par l'adaptation des régimes statutaires et des règles d'exercice professionnel<sup>47</sup> ».*

La rigidité des statuts, la complexité des procédures de création d'emploi et de nomination, l'inadaptation des modes d'exercice professionnel à des activités partagées sont autant de freins à la mise en œuvre de projets de coopération. Les EPS et les ESMS ne peuvent employer que des fonctionnaires éventuellement détachés ou mis à leur disposition par un autre établissement public ou recourir à des contractuels.

Chaque établissement a ses propres règles de fonctionnement en matière de personnel et, bien qu'elles soient la traduction des dispositions législatives et réglementaires en vigueur communes à tous les établissements, elles sont néanmoins loin d'être homogènes.

---

<sup>47</sup> CONFERENCE NATIONALE DES DIRECTEURS DE CENTRE HOSPITALIER. Les enjeux de la recomposition de l'offre de soins. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, pp. 767-773.

Pour un bon fonctionnement de la coopération, il sera souhaitable d'harmoniser les règles de gestion du personnel : temps de travail, notation, avancement d'échelon, prime de service. L'harmonisation est nécessaire pour maintenir la cohésion sociale au sein des établissements et pour respecter le principe d'équité et d'égalité qui veut que les mêmes règles s'appliquent à tous les agents. Le projet de coopération peut ainsi être l'occasion de moderniser la gestion du personnel, d'introduire des innovations, de mettre en place des outils nouveaux de re dynamisation des ressources humaines.

Sachant que c'est une démarche difficile qui suscite des inquiétudes de la part des agents, les Directeurs devront être prudents et travailler avec les représentants des personnels et les instances de l'Etablissement.

La mobilité d'exercice entre les deux établissements, la participation aux activités de coopération seront à encourager par un mode de rémunération prenant en compte les contraintes particulières ou les responsabilités exercées.

Dans le cadre du statut de la fonction publique hospitalière, les modalités d'exercice en temps partagé doivent reposer sur l'adhésion volontaire des personnels. Ce volontariat peut être recherché lors de la candidature à l'emploi. Des solutions d'intéressement doivent être proposées en compensation des sujétions liées à une activité répartie sur deux sites.

La coopération sera facilitée par une harmonisation progressive des pratiques de soins. Dans ce cadre, l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé a un rôle important par la diffusion des bonnes pratiques professionnelles. Chaque établissement doit être soucieux de leur respect. Mais les Directeurs peuvent aussi favoriser cette harmonisation de différentes manières : élaboration en commun de protocoles de soins, formations communes, échanges de personnel.....

Les Directeurs devront s'entendre sur la **forme juridique de la coopération**. Ainsi que nous l'avons souligné précédemment, les Directeurs souhaitent rester, dans un premier temps, dans le champ de la coopération fonctionnelle. La formule la plus appropriée sera donc celle d'une convention généraliste au départ, et qui sera complétée par des avenants, au fur et à mesure de la mise en place des actions de coopération.

Enfin, les deux établissements devront bâtir une **politique commune d'évaluation des résultats**.

En effet, tout projet nécessite, parallèlement à l'élaboration des objectifs et des moyens de mise en œuvre, la détermination des critères de suivi et d'évaluation du projet. Ces critères seront élaborés en commun.

## CONCLUSION

Le projet de coopération fonctionnelle entre la maison de retraite de Saint-Jean de Losne et l'hôpital local de Seurre est à ses débuts. Notre mission de stage consistait à « étudier ce qui pouvait être fait comme rapprochement entre les deux établissements en termes de mutualisation des moyens, développement des complémentarités dans le but de faciliter le travail de chacun et réduire éventuellement certains coûts ». Nous avons réalisé ce travail et l'avons présenté aux deux Directeurs.

Le projet de coopération a été ouvert à quatre autres établissements environnants.

Les équipes de direction des six établissements se sont rencontrées pour faire plus ample connaissance et échanger sur les objectifs et les orientations du projet.

Quelques actions ont été retenues dans un premier temps et sont en cours de mise en place.

Le recensement des compétences des différentes équipes techniques a été réalisé par les responsables des services techniques en vue de mise à disposition d'agents qualifiés dans un domaine en cas de besoin. Les possibilités de prêt et d'achat en commun de matériel ont été identifiées. Les modalités de visites d'établissement pour les agents ont été définies. Les échanges de personnels ont été proposés aux agents volontaires et les modalités de ces échanges sont établies. Le principe de la création d'un « e-groupe » pour faciliter les échanges a été retenu. Le recensement des compétences administratives est en cours afin de pouvoir faire appel à une personne qualifiée en cas de besoin. Une réunion des cadres de santé et des responsables de formation est prévue pour définir les formations qui pourraient se faire en commun.

Certaines faiblesses du projet peuvent être soulignées.

L'ouverture du projet de coopération aux autres établissements apporte de la richesse et permet à des établissements isolés de participer aux actions de coopération. Mais le nombre élevé de partenaires multiplie les avis et ralentit les décisions et la mise en place des actions.

Les établissements ont choisi de rester dans le cadre d'une coopération fonctionnelle, basée sur des conventions. Mais la convention est-elle suffisante pour lier durablement les établissements ? Il n'existe pas de lien juridique suffisamment fort pour que l'un des établissements puissent aider l'autre sur le plan financier. La convention ne permet pas d'entreprendre un management global de deux structures. Au delà de la coopération effective qui se réalise au travers de chaque convention, les établissements demeurent des parties autonomes au sein d'un contrat, avec la volonté de rechercher avant tout la satisfaction de leurs intérêts propres.

Le Directeur de l'hôpital local de Seurre est le porteur du projet. Son départ imminent pose la question de la poursuite et de la pérennité du projet.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- BERNOUX Philippe. *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Paris : Editions du Seuil, 2004, 293 p.
- BREMOND Marc et collectif (Groupe IMAGE). *Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question*. Rennes : Editions ENSP, 1998. 99 p.
- CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L. *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*. Paris : Editions Masson, 1998. 170 p.
- CARTON Gérard-Dominique. *Eloge du changement*. Paris : Editions Pearson Education France, 2004, 253 p.
- DOZ Y., HAMEL G. *L'avantage des alliances : logiques de création de valeur*. Paris : Editions DUNOD, 2000. 314 p.
- KOURILSKY-BELLIARD F. *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Editions Dunod, 1999. 318 p.
- LE BOTERF Guy. *Travailler en réseau : partager et capitaliser les pratiques professionnelles*. Paris : Editions d'Organisation, 2004. 158 p.

## REVUES ET PERIODIQUES

- BEYLEMANS C. Le travail en réseau, culture du partage (dossier). *Direction(s)*, Octobre 2004, n° 12, pp. 22-28.
- BONAFINI P. Réseaux de soins : réforme ou révolution. *Revue Politiques et Management Public*, Juin 2002, Volume 20, n° 2, pp. 1-22.
- BRAQUE G. L'hôpital local : quelques vérités. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, pp. 761-766.
- CALMES G., LEFRANC L. Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000. *Gestions hospitalières*, Octobre 2000, pp. 584-589.
- CLAVERANNE JP., PASCAL C. Complémentarités et réseaux : de la métaphore à la pratique. *Courrier de l'évaluation en santé*, Avril 2003, n° 23, pp. 2-10.
- CLAVERANNE JP., MORNEX R. Réseaux et filières de soins et hôpital : essai de définition. *Revue Hospitalière de France*, Mai /Juin 1998, n° 3, pp. 317-319

CONFERENCE NATIONALE DES DIRECTEURS DE CENTRE HOSPITALIER. Les enjeux de la recomposition de l'offre de soins. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, pp. 767-773.

DELANDE G. Filières et réseaux en santé : une approche médico-économique. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, pp. 746-755.

DEY M. Oser le changement (dossier). *Direction(s)*, Octobre 2003, n°1, pp. 24-31.

HIRZLIN I. La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé. *Revue Politiques et Management Public*, Septembre 1999, Volume 17, n° 3, pp. 107-124.

JAAFAR Delphine. Objet du groupement de coopération sanitaire. *Actualités JuriSanté*, Juin/Juillet 2004, n° 46, pp. 4-5.

JOUVE M. La complémentarité en Bourgogne (dossier). *Perspectives Sanitaires et Sociales*, Mars/avril 1999, n° 143, pp. 11-13.

MARZOUG Sanaa. Coopération sanitaire : tableau comparatif des trois groupements envisageables. *Actualités JuriSanté*, Juin/Juillet 2004, n° 46, p. 25.

METTENDORRF M. Le réseau, une organisation coopérative au service du patient. *Revue Hospitalière de France*, Mai /Juin 1998, n° 3, pp. 326-329.

SALLÉ Fanny. Elargissement des formules de coopération : l'exemple des établissements de Mindin. *Revue hospitalière de France*, Septembre/Octobre 2002, n° 488, pp. 42-44.

VULLIARD I. Mutualisation des moyens : tout le monde y gagne. *Parents et gestionnaires*, n° 143, pp. 13-17.

## TEXTES REGLEMENTAIRES

Loi n° du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association

Décret du 16 août 1901 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901

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

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

Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n° 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire

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

Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire

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

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

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D n° 2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

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

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux

Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD.

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Relevé des entretiens.

Thème 1 : Que représente pour vous la coopération ?

ANNEXE 2 : Relevé des entretiens

Thème 2 : Comment envisagez-vous la coopération pour votre secteur de travail et pour les autres secteurs (contenu, procédures) ?

ANNEXE 3 : Relevé des entretiens

Thème 3 : Quel intérêt y voyez-vous pour le résident, pour les agents, pour l'établissement ?

ANNEXE 4 : Relevé des entretiens

Thème 4 : Quels risques voyez-vous ? Quelles craintes avez-vous ? Quels sont les freins à la mise en œuvre de la coopération ?

## ANNEXE 1 : Relevé des entretiens

### Thème 1 : Que représente pour vous la coopération ?

Items	Personnels des services de soins (12 entretiens)	Personnels des services logistiques (4 entretiens)	Cadres et responsables de service (5 entretiens)
Faire des choses ensemble, s'associer, travailler avec d'autres personnes à l'extérieur	5	1	
Nous envoyer travailler ailleurs, ponctuellement ou définitivement, sans être rattachés à un établissement	4		
Voir d'autres façons de travailler, s'ouvrir	4		2
Prendre des idées	4		
Echanger avec d'autres (des idées, des pratiques, des connaissances, des compétences), comparer des façons de travailler, de gérer	4	1	3
Partager (des idées, le même métier)	3		
Avoir peur (d'aller travailler ailleurs, de l'inconnu, de ne pas être à l'aise)	3		
Dialoguer, communiquer	2		1
Mettre en commun	1		1
Améliorer la qualité de la prise en charge des résidents	1		
Optimiser des façons de faire et d'être	1		
Comblé le manque de personnel	1	1	
Apprendre (des choses nouvelles), s'enrichir	1		2
Se renouveler	1		
Résoudre des problèmes	1		
Augmenter le nombre de personnels, de résidents	1		
Développer de nouvelles technologies	1		
Rencontrer d'autres personnes	1		
Faire bouger les choses	1		
S'aider, s'entraider dans les moments difficiles, se rendre service, se soutenir	1	4	4
Echanger des moyens, se prêter du matériel		1	1
S'entendre entre établissements		1	
Etre solidaire		1	
Travailler en équipe		1	1
Rapprocher les gens		1	
Faire des économies d'échelle			2
Apporter plus de sérénité			1
Avancer			1
Faire des choses qu'on ne peut pas faire tout seul			1
Demander conseil			1
Sortir de la routine			1
Mutualiser les compétences, les multiplier			1
Créer une force par rapport aux fournisseurs			1
Assurer la continuité (remplacement en cas de défaillance)			1
Etre complémentaire			1

## ANNEXE 2 : Relevé des entretiens

Thème 2 : Comment envisagez-vous la coopération pour votre secteur de travail  
et pour les autres secteurs (contenu, procédures) ?

Items	Personnels des services de soins (12 entretiens)	Personnels des services logistiques (4 entretiens)	Cadres et responsables de service (5 entretiens)
Avoir un regard sur autre chose, apprendre autre chose	2		
Travail ponctuel dans un autre établissement	3	1	
Harmonisation des horaires	1		
Création de secteurs spécialisés pour les résidents par établissements	1		
Echanges de documents	1		
Développement de l'offre de soins, en créant des structures qui manquent	1		
Recrutement en commun de professionnels qui manquent ou qualifiés	1		1
Organisation en commun de consultations de spécialistes	1		
Organisation de formations communes	5		2
Organisation d'activités d'animation communes pour les résidents	7		
Visite de l'établissement	3	1	1
Connaissance de l'organisation de l'autre établissement, de son fonctionnement	3		2
Echanges de personnels	2	1	
Travail commun sur un thème	3		
Achats en commun de matériel, regroupement de commandes	2		3
Echanges de compétences	2		2
Echanges de résidents	1		
Organisation de réunions, de rencontres	3	5	3
Echanges de connaissances	4		1
Fusion des deux établissements	1		
Demande de conseils		2	
Accueil de résidents que l'autre établissement ne peut prendre		1	1
S'aider (remplacement ou renfort)		4	4
Partage de l'activité (linge, services administratifs)		1	1
Partage ou prêt de matériel			1
Partage de l'activité d'un cadre sur les deux sites			2
Astreintes communes (techniques ou infirmières)			1
Complémentarité avec CHU et secteur libéral			1
Rédaction d'une charte d'engagement			1

### ANNEXE 3 : Relevé des entretiens

#### Thème 3 : Quel intérêt y voyez-vous pour le résident, pour les agents, pour l'établissement ?

Items	Personnels des services de soins	Personnels des services logistiques	Cadres et responsables de service
Avoir une vue plus globale, connaître ce qui se passe ailleurs	1		3
Acquérir ou actualiser des connaissances	3		1
S'enrichir	3	1	1
Echanger, se rencontrer, s'apporter des idées	4	2	2
Augmenter la polyvalence	1		
Augmenter la mobilité	1		
Pas d'intérêt globalement	2		
Pas d'intérêt pour les résidents	2		
Connaître d'autres façons de travailler	3		
S'aider entre établissements si absentéisme	3	2	2
Ouverture pour les résidents	5		1
Renforcer les équipes	1		
Diminuer l'absentéisme	1		
Construire des locaux communs	1		
Créer des postes qualifiés	1		
Changer notre comportement, nos habitudes			
Améliorer les conditions de travail	1	1	3
Faire partager des connaissances	1		
Faire des économies, maîtriser les coûts, mettre des capitaux en commun	2	1	4
Améliorer l'avenir de l'Etablissement	1		
Améliorer la prestation aux résidents, son bien-être, le satisfaire	2	3	6
Disposer de ressources supplémentaires			1
Rompre l'isolement			1
Etre plus fort			1
Sortir de ses murs et de sa pratique, s'ouvrir			2
Mélanger les cultures			1
Faire bouger			1
Changer les mentalités			1
Travailler avec d'autres			1
Etre compétitif plus rapidement grâce à la mobilité			1
Savoir s'adapter			1
Améliorer l'image de l'Etablissement			1

## ANNEXE 4 : Relevé des entretiens

Thème 4: Quels risques voyez-vous ? Quelles craintes avez-vous ? Quels sont les freins à la mise en œuvre de la coopération ?

Items	Personnels des services de soins (12 entretiens)	Personnels des services logistiques (4 entretiens)	Cadres et responsables de service (5 entretiens)
Devoir changer les habitudes, les horaires de travail, les modes de travail, quitter la routine	6	1	
Devoir faire des kilomètres par éloignement du domicile	6	1	1
Etre jugé par rapport à ses compétences, ne pas être à la hauteur	3		
Travailler avec des personnes qu'on ne connaît pas	3	2	
Suppression ou restriction de personnel	1	2	1
Travailler dans d'autres établissements ponctuellement ou définitivement	6	3	2
Devoir s'habituer, s'adapter	5	1	
Pas de crainte	3		3
Changements de personnels pour les résidents	3		
Peur de l'inconnu	2		1
Instauration d'astreintes communes		1	1
Fusion des établissements		1	
Problèmes au niveau du matériel si plusieurs établissements s'en servent		1	
Atteinte au secret professionnel		1	1
Moins de qualité pour l'entretien du linge		1	
Disparition de la lingerie		1	
Lourd à mettre en place et à gérer			1
Diminution du nombre de postes de cadres dirigeants			1