



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2009-2010**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**La mutualisation inter
établissements : un défi managérial
pour le directeur d'établissement
sanitaire et médico-social**

Philippe CALVEZ

Remerciements

Je tiens à remercier en tout premier lieu mon maître de stage, Monsieur Denis Bruguier, directeur de l'Hôpital d'Uzès, de l'EHPAD et de sa communauté d'EHPAD de m'avoir offert la possibilité d'effectuer mon stage au sein de cette communauté d'établissements. Ses conseils et son expérience m'ont permis de nourrir ma réflexion bien au-delà de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble des personnes qui ont bien voulu consacrer de leur temps pour participer aux entretiens et notamment Madame Christiane Bistué, directrice adjointe à l'Hôpital local d'Uzès pour ses commentaires éclairants.

Je remercie enfin, ma famille et mes proches, Lise pour sa confiance et sa patience ainsi que Jade et Baptiste.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 DE L'ENCHANTEMENT DE LA MUTUALISATION AU RENFORCEMENT DE LA PLANIFICATION	5
1.1 DE LA DEFINITION DE LA MUTUALISATION AUX POLITIQUES DE COOPERATION	5
1.1.1 <i>Approche sémantique de la mutualisation : de quoi parle-t-on ?</i>	5
1.1.2 <i>De la coopération hospitalière à la coopération médico-sociale</i>	6
1.1.3 <i>Les outils de la mutualisation aujourd'hui dans le secteur sanitaire et médico-social</i>	9
1.1.4 <i>Les ARS : nouvelles instances de la gouvernance territoriale et de la mutualisation</i>	11
1.2 LES MODELES ET LES PROCESSUS DE LA MUTUALISATION SUR LE DEPARTEMENT DU GARD.....	14
1.2.1 <i>La mutualisation sur le département du Gard au vue des instances de déconcentration et de décentralisation</i>	14
1.2.2 <i>Les processus de la mutualisation dans le Gard à l'épreuve des groupements de coopération</i>	19
2 L'HOPITAL D'UZES ET LA MUTUALISATION : UN PROCESSUS EN VOIE DE FINALISATION PAR LA CREATION D'UN GCS.	23
2.1 L'HOPITAL D'UZES : UN HOPITAL QUI SE DEPLOIE AU FIL DE COOPERATIONS INTER ETABLISSEMENTS	23
2.1.1 <i>L'hôpital et ses multiples mutualisations</i>	24
2.1.2 <i>Les quatre items de la mutualisation à l'hôpital local d'Uzès</i>	26
2.1.3 <i>L'hôpital d'Uzès : une mutualisation structurée par la complémentarité de l'activité sanitaire et médico-sociale</i>	30
2.2 LA CREATION DU GCS INTER ETABLISSEMENTS ENTRE AVANTAGES ET INCERTITUDES	33
2.2.1 <i>Le GCS de l'hôpital : vers une structuration juridique et réglementaire des conventionnements fonctionnels</i>	33
2.2.2 <i>La création de la PUI du GCS, entre limites et incertitudes : « le diable est dans les détails »</i>	35

3	LE MANAGEMENT DE LA MUTUALISATION POUR UNE COOPERATION REUSSIE	39
3.1	LES ELEMENTS CONSTITUTIFS D'UNE MUTUALISATION DE QUALITE.....	39
3.1.1	<i>Un environnement opportun et favorable comme préalable essentiel à la mutualisation</i>	<i>40</i>
3.1.2	<i>Les préceptes d'une méthode de mutualisation.....</i>	<i>41</i>
3.2	LE DIRECTEUR MANAGER DE LA MUTUALISATION	44
3.2.1	<i>Le directeur initiateur et pilote de la mutualisation.....</i>	<i>44</i>
3.2.2	<i>La fonction de directeur et la mutualisation : un avenir et une combinaison à inventer</i>	<i>47</i>
	CONCLUSION.....	51
	BIBLIOGRAPHIE	55
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANESM: Agence Nationale d'Evaluation et de Qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Conseil d'Administration

CES : Communauté d'Etablissements de Santé

CG : Conseil Général

CH : Centre Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CROS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire

CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

CRUQPEC : Commission des relations avec l'utilisateur et de la qualité de la prise en charge.

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DESMS ou D3S : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Médico-social et Social

DGARS : Directeur Général de l'ARS

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DT : Délégation Territoriale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPIC : Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial

EPS : Etablissement Public de Santé

ESMS : Etablissement Sanitaire, Médico-social et Social

ESSMS : Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

ETP : Equivalent Temps Plein

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coordination Sociale et Médico-Sociale

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GIP : Groupement d'intérêt Public

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

ONDAM : Objectif National des dépenses de l'Assurance Maladie
PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PUI : Pharmacie à Usage Interne
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RSA : Revenu de Solidarité Active
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
RIS : Repositionnement de l'Intervention Sociale
SLD : Soins de Longue Durée
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UTASI : Unité Territoriale de l'Action Sociale et d'Insertion

Introduction

La région Languedoc-Roussillon¹ se caractérise par une population plus âgée qu'en moyenne nationale. Les personnes de plus de 75 ans y représentent près de 10% de la population contre un peu plus de 8% en France métropolitaine. D'après les projections établies par l'Insee, la population de plus de 85 ans augmentera de plus de 70% d'ici 2020 et leur part dans la population régionale atteindra 3,3% contre 2,4% aujourd'hui. Le problème de la prise en charge de ces personnes âgées se pose donc de manière aigue dans la région.

Au 1^{er} janvier 2009, la région compte 436 structures d'hébergement pour personnes âgées et affiche un taux d'équipement en hébergement permanent inférieur au niveau national : 102 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans contre 131 pour la France. Depuis 5 ans, l'ensemble des places a progressé de 8%. Pendant cette période, la médicalisation des établissements a été renforcée notamment par la mise en place des conventions tripartites les transformant en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD). Selon les sources FINESS², au 1^{er} janvier 2009, le département du Gard est doté de 78 EHPAD pour un taux d'équipement de 100,1. Parallèlement des alternatives à l'hébergement permanent en établissement pour personnes âgées ont été développées. En cinq ans, le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) a progressé de 51, 7% dans le département du Gard. La région du Languedoc-Roussillon et le département du Gard ont durant les cinq dernières années développé une politique de création de structures et de services au profit de l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée. Dans le Gard, cette action des pouvoirs publics s'est traduite par une volonté concomitante de mutualiser les EHPAD publics autonomes autour des hôpitaux locaux.

L'hôpital d'Uzès³ qui m'a accueilli en stage est le parfait exemple de cette orientation. En dix ans cet hôpital local⁴, petite structure isolée et autonome, vivant en autarcie, est devenu un établissement public de santé (EPS) de proximité en constante évolution qui privilégie la qualité de la prise en charge de la personne âgée. Cet établissement a su saisir des opportunités et engager des évolutions en démontrant sur son territoire l'utilité d'un établissement sanitaire et médico-social dont le cœur de métier est la gériatrie⁵. Aujourd'hui, l'hôpital et sa communauté d'EHPAD proposent 637 lits sanitaires et médico-sociaux contre 280 en 2000. En définitive, cet établissement qui était voué à se transformer en EHPAD au début des années 2000 est devenu un

¹ Revue DRASS INFO, Languedoc-Roussillon, *Etablissements et personnes âgées 2007-2009*, décembre 2009.

² Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux.

³ Ville de 8000 habitants située à 25 km de Nîmes.

⁴ La dénomination « hôpital local » n'existe plus depuis que la loi HPST de 2009 a voulu clarifier le statut des établissements de santé par la mise en place d'une catégorie unique de centre hospitalier régional ou universitaire le cas échéant. Il se substitue aux deux catégories existantes l'hôpital local et le centre hospitalier (CH). Pour autant, dans la pratique cette appellation est toujours usitée.

⁵ La circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n°2003/257 du 28 Mai 2003 a fixé les orientations concernant la place des hôpitaux locaux dans l'organisation générale des soins. L'hôpital local doit constituer un premier niveau de prise en charge sanitaire.

hôpital local de référence qui a su grâce à de multiples mutualisations créer une filière gériatrique complète. Ce renouveau spectaculaire s'explique par la capacité et la volonté de l'établissement à mutualiser ses activités, ses moyens et ses compétences en favorisant la complémentarité du secteur sanitaire avec le secteur médico-social sur un territoire donné.

Conscient de l'importance de ce développement et désireux de comprendre les tenants et les aboutissants d'un tel processus, j'ai choisi d'orienter cette étude sur le thème de la mutualisation inter établissements. En qualité de futur directeur d'établissement, il m'est apparu judicieux voire stratégique d'étudier la problématique de la mutualisation et de la coopération qui sont les instruments de développement et de modernisation de toute organisation sanitaire et médico-sociale. En effet, ces mouvements de mutualisations bouleversent depuis quelques années le secteur médico-social et sanitaire. Ils visent à mieux prendre en charge les bénéficiaires de ses services, de manière plus personnalisée, au-delà des cloisonnements forts qui existent dans ces secteurs et ce dans un contexte de rationalisation des ressources. Ils ont aussi pour effets d'impulser des dynamiques institutionnelles autour de la mutualisation de compétences, de moyens, de projets. Plusieurs dispositifs sont créés, la communauté hospitalière de territoire (CHT)⁶, le groupement de coopération sanitaire (GCS), le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GSMS), les réseaux, partenariat, regroupement et direction commune, dans le but d'assurer une continuité de la prise en charge de problématiques complexes tout en recourant à une utilisation optimale des ressources.

Dans cet environnement évolutif et complexe, la responsabilité stratégique des directeurs d'établissement est interrogée. Il s'agit pour nous de dégager des opportunités organisationnelles dans un système quasi contraint en y conjuguant l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers à l'optimisation des ressources allouées. En fait, les pratiques de mutualisation définissent un nouveau contour de l'action managériale déterminées par le passage d'une logique d'établissement au profit d'une logique d'organisation ouvert sur un environnement. L'objet de ce mémoire professionnel sera de dégager les grandes caractéristiques de l'organisation efficiente de cette mutualisation inter établissements afin de m'aguerrir à ce mouvement inéluctable.

Pour conduire cette réflexion il s'agira d'appréhender cette problématique par ce questionnaire

En quoi la mutualisation inter établissements peut-elle être une opportunité managériale et favoriser ainsi l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes?

Afin d'étayer et d'élaborer des réponses à cette question initiale, j'ai participé à trois colloques sur le thème de la mutualisation. J'ai organisé des entretiens semi directifs avec le directeur et le

⁶ L'hôpital d'Uzès participe, de façon expérimentale, à la construction de la CHT « Cévennes-Gard-Camargue » qui se dessine autour du CHU de Nîmes et des CH d'Alès et de Bagnols-sur Cèze. Ce projet de coopération en devenir ne sera pas analysé au cours de ce mémoire. Il sera juste abordé pour expliciter un positionnement de l'ARS quant à l'ouverture de la PUI du GCS, cf p 37 de ce document.

directeur adjoint de l'hôpital local d'Uzès et les cadres de santé en charge des EHPAD mutualisés. Pareillement, j'ai interviewé la responsable des établissements pour personnes âgées du Conseil Général du Gard et son homologue de la délégation territoriale du Gard. En filigrane de ces temps fort de recueils d'informations, j'ai, tout au long de mon stage de professionnalisation et lors de mon stage en service déconcentré, été en éveil sur les pratiques de mutualisation mises en place dans le domaine des ressources humaines, des finances, de la logistique, de l'économat et de la communication. Enfin, j'ai moi-même pu accompagner et mettre en place des actions de mutualisation qui viendront illustrer les dires de ce mémoire.

Trois hypothèses se sont dès lors imposées.

- La mutualisation inter établissements est un mouvement inéluctable porté par les pouvoirs publics qui redéfinit les méthodes de planification médico-sociale et sanitaire en modernisant l'offre de soins et d'hébergement médicalisé.

- L'hôpital local d'Uzès est l'exemple d'une mutualisation réussie qui se confronte aujourd'hui à sa structuration juridique par la création d'un GCS qui porte des avantages mais aussi des incertitudes.

- La mutualisation inter établissements devient ce processus que le directeur se doit de manager par la gestion de projet afin de garantir une coopération de réussite conjuguant l'amélioration de la qualité de la prise en charge à la maîtrise des dépenses.

Il conviendra dans un premier temps de comprendre l'origine et les logiques de la mutualisation du niveau national au niveau départemental. Force est de constater que les politiques publiques incitent à une mutualisation des activités et des moyens. Si l'amélioration de l'offre en soins et en hébergement est souvent mise en avant, il apparaît néanmoins que la maîtrise des dépenses est souvent recherchée. Dernièrement, la loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST)⁷ développe la communautarisation et la coopération des établissements. Entre incitation et contrainte, la mutualisation risque d'être imposé et exposer ce mouvement à des projets de regroupement et de coopération insuffisamment inscrit dans une véritable démarche de projet.

En second lieu, il s'agira d'analyser ce mouvement de mutualisations multiples engagées par l'hôpital local d'Uzès qui regroupe sous différentes formes juridiques jusqu'à neuf EHPAD, un SSIAD, un service d'hospitalisation à domicile (HAD), un centre local d'information et de coordination (CLIC). L'hôpital local a su utiliser ces pratiques de mutualisation pour consolider son existence et développer son activité en favorisant la création d'une filière gériatrique et d'une communauté d'EHPAD. Cette mutualisation dite au fil de l'eau est aujourd'hui dans la phase de structuration juridique par la création d'un GCS qui tant à complexifier ce processus.

⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

En dernier lieu et au vu des conclusions des deux premières parties, il conviendra de dégager un certain nombre de préconisations quant au positionnement du directeur d'établissement par rapport à ces processus de mutualisation. Nous verrons que le management de la mutualisation ou la place et le rôle du directeur d'établissement dans le processus de mutualisation s'inscrivent dans la démarche de conduite de projet. Nous déterminerons que les choix de coopération sont dépendants d'une multitude de facteurs, et non déterminés par une entrée unique, que ce soit l'avantage économique ou la plus-value qualitative. Les stratégies de coopération adoptées diffèrent par conséquent selon la situation initiale dans laquelle a été abordée l'éventualité de la coopération, puis selon la manière dont elle a été travaillée par les parties prenantes. Pour autant, c'est bien le directeur d'établissement sanitaire et médico-social qui est responsable des évolutions de sa structure. En cela, il doit être auteur et acteur de cette démarche de mutualisation par projet. Il s'agit pour lui d'être le pilote de la coopération en se positionnant comme le manager de la mutualisation. Autrement dit, il devient le stratège et l'organisateur de cette conduite de rapprochement inter établissements ce qui l'oblige à revisiter ses fonctions et son identité.

1 De l'enchantement de la mutualisation au renforcement de la planification

La mutualisation dans le secteur sanitaire et médico-social est dans l'air du temps. La raréfaction des ressources et l'exigence d'une qualité forte de la prise en charge en sont les arguments. Ce mouvement est porté par les pouvoirs publics au niveau national comme au niveau local. Ceux-ci encouragent toutes formes de coopération et de mutualisation et vont même parfois jusqu'à en conditionner le maintien de l'activité d'une structure. Cet enchantement de la mutualisation se comprend comme une modernisation de l'offre de soins et d'hébergement. Il s'agit en définitive d'un renforcement de la planification médico-sociale et sanitaire qui a pour objectif l'optimisation du service rendu à l'utilisateur. Dans le Gard, plusieurs expériences de groupement ont été amorcées avec un certain nombre de difficultés mises en avant.

1.1 De la définition de la mutualisation aux politiques de coopération

Il s'agit ici de comprendre le sens de la mutualisation et d'en définir son périmètre dans le domaine sanitaire et médico-social où elle se nomme coopération, regroupement, conventionnement, association, fusion, réseau et rapprochement.

1.1.1 Approche sémantique de la mutualisation : de quoi parle-t-on ?

Le mot « mutualisation » fait partie du langage institutionnel, voire des lignes de financement de l'Etat et des collectivités. Or, il est très peu défini dans les dictionnaires même les plus récents. Pour autant, il renvoie à des notions qui appartiennent au même champ sémantique, à savoir « mutualiser », « mutuel », « mutualisme » et « mutualité ». La racine commune du latin « mutuus⁸ » se définit comme suit : « *Qui s'échange entre deux ou plusieurs personnes, entre deux ou plusieurs choses* ». Ces mots introduisent un certain nombre de notions clés que sont : la répartition des frais ou risques, la mise en commun, la réciprocité, l'échange d'actions. L'idée de mutualisation renvoie ainsi à l'idée de partage. Mutualiser, c'est s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges, et cela peut avoir pour objets des moyens de production, des emplois, des savoirs, des moyens de communication, des services. Il est ainsi question d'échange de moyens humains, financiers, matériels, techniques et intellectuels.

L'origine de la mutualisation se trouve donc dans le fait de donner un caractère mutualiste à son action et ce dans une logique de production commune. Il s'agit de mettre en place un système de solidarité à base d'entraide mutuelle construit sur un principe économique : mutualiser des

8 Le Littré, 2000, « *Dictionnaire de la langue française en un volume* ». Paris : Hachette, 1839 p

moyens, comme dans les cas des coopératives agricoles ou mutualiser des risques, comme dans les cas des assurances. On met en commun des moyens et des ressources pour développer ensemble un service pour des usagers. La double finalité de la mutualisation est d'optimiser le service rendu tout en rationalisant les dépenses allouées à cette action.

Transférer dans le domaine sanitaire et médico-social, la mutualisation devient un moyen de garantir, sur le territoire, le maintien ou le développement d'activité, un accès aux soins et un certain niveau de qualité de service tout en optimisant les coûts. Utilisée depuis longtemps par les acteurs de ce secteur, la mutualisation a la même signification que le terme coopération. Ainsi, dès la fin des années 90, la coopération était définie par la circulaire du 14 avril 1999⁹ relatives aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatiques hospitalière qui prévoit que « *la coopération consiste pour un groupement d'établissement à décider de faire ensemble ce que chacun pourrait faire isolément, mais décide de ne plus faire par lui-même. Les établissements entrent dans un cadre de coopération et acceptent donc de ne plus produire ou acheter de manière autonome le bien ou le service, objet de la coopération. L'activité est déléguée à la communauté réunie des établissements (...). La coopération repose sur le principe de partage des coûts de fonctionnement entre l'ensemble des établissements. En d'autres termes, les établissements n'achètent pas une prestation : ils assurent le financement de l'activité* ».

Cette coopération hospitalière qui trouve son sens dans le faire ensemble et dans le partage des coûts a su convaincre les décideurs du secteur médico-social qui ont développé des outils parallèles de mutualisation.

1.1.2 De la coopération hospitalière à la coopération médico-sociale

Cette mutualisation par la coopération est un mouvement inéluctable qui est aujourd'hui privilégiée par les instances. Depuis 1970, le législateur et les gouvernements successifs n'ont cessé d'adapter les instruments de coopération fonctionnels et institutionnels dans le but d'éviter la concurrence désordonnée et de développer la mutualisation des moyens. Tout d'abord initiée dans le domaine sanitaire, la coopération sociale et médico-sociale se développe en complément de la coopération hospitalière.

A) La coopération hospitalière pour réguler l'offre de soins et améliorer la qualité

Initiée par la loi du 31 décembre 1970¹⁰ qui a fixé un cadre juridique aux actions de mutualisation par le biais des conventions et des syndicats inter hospitaliers (SIH), la véritable réforme de la coopération hospitalière date de 1991. En effet la loi du 31 juillet 1991¹¹ a élargi ce cadre en permettant aux établissements de santé de recourir à de nouvelles formules juridiques de

⁹Circulaire DH/AF3/S15 n°99-225 du 14 avril 1999 relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatiques hospitalière.

¹⁰ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

¹¹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

coopérations, telle la participation à des groupements d'intérêt public (GIP) ou à des groupements d'intérêt économique (GIE). Elle instaure un dispositif de planification sanitaire par la carte sanitaire, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et le régime des autorisations. Les conférences sanitaires du secteur, composées des représentants des établissements de santé publics ou privés sont alors créées et chargées de promouvoir la coopération entre les établissements. Les notions de partage des activités entre les établissements et de partenariat résultent bien de l'apport de ces SROS issus de cette loi hospitalière de 1991.

Cependant cette législation incitant à la mutualisation ne rencontre pas le succès escompté dans le monde hospitalier. Les pouvoirs publics décident donc de relancer une dynamique de la coopération par la création d'une nouvelle modalité de coopération entre les établissements publics et privés. L'ordonnance du 24 avril 1996¹² portant réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit le groupement de coopération sanitaire. Dès sa création, le législateur a souhaité adapter cet outil aux attentes et aux besoins des acteurs hospitaliers. C'est ce qui explique la réforme permanente du statut juridique de ces GCS. Depuis septembre 2003, le GCS constitue, pour le ministère de la Santé et pour les ARH, l'instrument de coopération inter hospitalier à privilégier qui a vocation à se substituer aux autres modes de coopérations institutionnelles. Le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, précisait en juin 2003, dans une de ses interventions à propos du plan Hôpital 2007 : « *Le GCS n'est pas une structure de plus : il a vocation à se substituer aux autres formes de coopérations actuellement en vigueur comme le SIH ou le GIP. Cette substitution d'un seul outil à plusieurs simplifie les choses* ». ¹³

Pour autant, cette volonté des pouvoirs publics a obtenu une faible adhésion des établissements de santé. En 2007, on comptait une centaine de groupements créés contre 45 000 conventions et 400 associations.

B) Parallèlement la coopération dans le domaine médico-social s'est développée en miroir de la coopération hospitalière

L'ensemble des établissements et services du secteur social et médico-social s'élève en mai 2004 à 30 877 et offre un total de 1 238 575 places. Le secteur gériatrique est de loin le secteur le plus important. Il représente 54% des places de ce secteur, soit 16 869 établissements pour 671 510 places¹⁴, soit encore une moyenne de 39 places par établissements ou services. Au vu de ce morcellement et de cette hétérogénéité, le législateur a souhaité et souhaite que ces institutions puissent coopérer dans l'idée d'optimiser la qualité de la prise en charge et de rationaliser les ressources humaines et financières.

Le développement de la mutualisation par la coopération entre les établissements médico-sociaux a ainsi été affirmé par la loi du 2 janvier 2002¹⁵ rénovant l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci

¹² Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

¹³ CORMIER Maxence, *revue fondamentale des questions hospitalières*, N°14, p 355.

¹⁴ Source : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), DREES, mai 2004.

¹⁵ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

s'est fixée comme objectifs de « *favoriser la coordination, la complémentarité, garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés* », en prévoyant le développement de groupements.¹⁶ Il s'agit en quelque sorte de la copie conforme du GCS adapté au médico-social à l'exception de la capacité d'ouvrir et de gérer une pharmacie à usage intérieur.

La loi 11 février 2005¹⁷ et le décret du 6 avril 2006¹⁸ précisent le cadre juridique de groupement. Il rend désormais opérationnel le GCSMS en définissant le cadre et les modalités de fonctionnement. Les missions de ce GCSMS étant calquées sur celles du GCS, il appartient aux promoteurs de ces groupements de choisir entre l'un ou l'autre de ces deux groupements en fonction des membres et des missions assurées par ledit groupement.

- C) La loi HPST confirme et impulse une nouvelle dynamique de la mutualisation tant dans le domaine sanitaire que médico-social.

La loi HPST a pour objectif, dans le domaine de la planification, d'octroyer à l'autorité de tarification de nouveaux moyens d'actions afin d'aboutir à l'égal accès de tous à des soins de qualité. Elle a, pour ce faire, porter des modifications aux outils traditionnels de coopération. Dans son article 23, elle prévoit que les actuels SIH, dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi, seront transformés en CHT, GCS ou GIP, ceci sans les dissoudre et sans création d'une nouvelle personnalité juridique. Cependant, d'autres outils de coopération traditionnelle demeurent, par exemple la convention, le GIE ou le GIP. En fait, la loi HPST vient surtout préciser et étendre le champ d'action des GCS. Aux acteurs traditionnellement autorisés à y participer, viennent désormais s'ajouter les centres de santé, les pôles de santé, les professionnels médicaux libéraux voire d'autres professionnels de santé, sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS).

La loi distingue également deux catégories de GCS. Le GCS de moyens et le GCS établissement de santé, qui peut détenir en propre une autorisation de soins. La création des GCS établissement de santé offre aux différentes structures la possibilité d'approfondir la coopération qu'ils mettent en place pour des activités « critiques » qui se trouvent au cœur du fonctionnement des établissements. Tandis que le GCS de moyens permet la mise en commun de moyens de toute nature, y compris les moyens nécessaires aux soins, sans aller jusqu'à la détention de l'activité de soins par le groupement. Madame Annie PODEUR expliquait que le GCS établissement de santé ne concernerait que très peu de structures compte tenu de sa complexité. Selon elle, l'outil de coopération qui doit être développé par l'ensemble des acteurs est le GCS de moyens¹⁹ car la

¹⁶ CASF, Art. L.312-7.

¹⁷ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁸ Décret n°2006-413 du 24 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour application de l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant de code.

¹⁹ Madame Annie PODEUR, directrice générale de l'offre de soins. Intervention au colloque de la FHF en mai 2010.

mission principale d'un GCS reste de « *gérer, de développer des activités pour le compte de leurs membres* ».

Enfin, la loi HPST initie la création des CHT comme « *levier d'une hospitalisation publique cohérente proche de la population, garante de la qualité des soins sur un territoire et partenaire du privé*²⁰ ». Les EPS peuvent conclure une convention de CHT ayant deux objectifs :

- mettre en œuvre une stratégie commune entre les établissements publics qui la composent,
- gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine.

La coopération, impulsée par les CHT, vise à offrir à l'ensemble de la population du territoire de santé, dans une logique de filières, une palette de soins adaptés et complémentaires : « *Il ne s'agit donc pas de concentrer les fonctions et les activités mutualisées sur un seul établissement. Il s'agit de répartir cette mutualisation en fonction des opportunités médicales et territoriales. Cette mutualisation étant définie au sein de la convention constitutive* ».²¹

En définitive, la loi HPST est l'aboutissement de ce processus itératif d'adaptation des moyens de coopération. En cela, elle introduit un nouvel instrument de la coopération et vient en réformer d'autres pour favoriser les rapprochements institutionnels. Gageons que cette nouvelle législation ne viendra pas déstabiliser les rapprochements institués par des outils de coopération nombreux et à géométrie variable.

1.1.3 Les outils de la mutualisation aujourd'hui dans le secteur sanitaire et médico-social

La mutualisation entre établissements et services dans le champ sanitaire et médico-social est un mécanisme utilisé depuis de nombreuses années pour redéfinir l'offre de soins et d'hébergement dans un contexte de rationalisation des ressources. Comme nous l'avons vu de nombreux outils de cette mutualisation ont été inventés, modifiés voir supprimés. Il convient de faire le point sur ceux qui sont opérationnels à ce jour.

La **convention** est un mode de coopération souple et simple, sans grand formalisme, qui permet d'échapper à un contrôle administratif très lourd. C'est un procédé contractuel traditionnel entre les établissements qui conservent leur personnalité morale. Le régime juridique de la convention relève du droit général des contrats. La convention présente un grand intérêt fonctionnel.

²⁰ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher.

²¹ Colloque « *Loi HPST, mode d'emploi pour les hôpitaux publics et les établissements médico-sociaux* ». Fédération hospitalière de France - PARIS - Décembre 2009.

Le **syndicat inter hospitalier** est un mode de coopération amené à se transformer en CHT, GCS, ou GIP.

La **Communauté d'Établissements de Santé** (CES) était constituée entre établissements assurant le service public hospitalier au sein d'un secteur sanitaire. Elle vise à promouvoir les actions de coopération et de complémentarité tout en souhaitant rationaliser l'offre de soins de proximité. L'article 120 de la loi HPST abroge la création de ces CES même si elles ne pouvaient plus être créées depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 4 septembre 2003.

Le **Groupement d'Intérêt Public** est une structure destinée à associer, dans un acte largement inspiré par le droit public, des établissements publics et privés. Il constitue donc une passerelle entre le droit public et le droit privé. Cette formule ne supprime pas l'existence des établissements et, au contraire, elle permet de réaliser des équipements que chacun d'eux ne pouvait assurer économiquement.

Le **Groupement d'Intérêt Economique** est une personne morale de droit privé. Sa structure est souple, avec ou sans capital. Le cadre légal du GIE est jurisprudentiel et donc plus précis que celui du GIP. Le recours à une telle formule présente un certain intérêt pour les établissements publics de santé, en particulier dans le cadre de l'exploitation de brevets d'invention.

L'**association loi 1901** vise les associations à but non lucratif. Elle présente l'avantage de se former librement et présente une certaine souplesse en ce qui concerne sa création, sa gestion et ses règles de fonctionnement. Elle peut en outre couvrir un objet très large et ne nécessite pas de capital initial. Des associations ont ainsi vu le jour au niveau national ou local, mais en retour la flexibilité de leur organisation empêche la mise en place d'une coopération dans un cadre juridique stable.

La **direction commune** est une forme de mutualisation, même si elle n'est pas clairement définie par les textes et constitue « un montage atypique de coopération »²². Elle n'est clairement envisagée que dans les statuts des directeurs d'hôpitaux et des directeurs d'établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elle facilite la mutualisation et la coopération entre établissements.

Les **groupements de coopération sanitaire de moyens et établissement de santé** sont mis en avant par les autorités de tarification comme les outils privilégiés de la mutualisation. Les développements de la partie réglementaire du Code de la santé publique consacrés aux GCS ont été modifiés le 23 juillet 2010²³. Cette nouvelle réglementation est d'effet immédiat mais l'article 2 du décret prévoit des aménagements au bénéfice des GCS actuellement constitués.

²² EPISSÉ Céline, « *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient* ». L'exemple des établissements du Val d'Aunis et de Saintonge. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique. DESS, 2006/2007.

²³ Décret n°2010- 862 du 23 juillet 2010 relatif au GCS ainsi qu'un arrêté du 23 juillet 2010.

Les groupements de coopération sociale et médico-sociale qui vont évoluer du fait de la réintégration des médicaments dans la dotation en soins dès janvier 2011. En effet, afin de donner aux établissements le choix de leur organisation et d'une stratégie de groupe pour la gestion de la prestation pharmaceutique, le législateur a étendu, par la loi de financement de la sécurité sociale de 2010 (LFSS), aux GCSMS la compétence de gestion d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) au 1^{er} janvier 2011.

Les communautés hospitalières de territoire qui sont en court de développement.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui existent depuis 1996 sont étendus au secteur médico-social par la loi du 2 janvier 2002. Ce dispositif contractuel facultatif permet d'unir la ou les autorités administratives compétentes en matière d'autorisation, l'organisme gestionnaire et, le cas échéant, le ou les organismes de protection sociale qui participent au financement autour d'engagement pris pour permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets de coopération. La loi HPST introduit une obligation de signature d'un CPOM pour les EHPAD et les établissements et services « *relevant de la compétence tarifaire exclusive du DGARS ou du représentant de l'Etat dans la région...et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de la tarification un seuil fixé par arrêté*²⁴ »

Les réseaux de santé. La loi du 4 mars 2002²⁵ a modifié la législation sur les réseaux. Une seule forme existe désormais, le réseau de santé. La définition du réseau de santé est large. Les fonctions mises en réseau peuvent être l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et les soins. L'objet du réseau est l'accès aux soins ainsi que la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires.

En somme, il apparaît que la mutualisation inter établissements peut s'organiser autour d'une palette d'outils de coopération importante et différenciée qui permet des rapprochements public/public et public/privé qui peuvent être fonctionnels ou organiques. L'ultime étape de ces rapprochements étant la fusion qui reste une forme marginale de la coopération. Ainsi, si les moyens de la mutualisation existent, il est important de comprendre les modalités de leur mise en œuvre et d'appréhender les processus décisionnels qui aboutissent à la mutualisation entre les établissements. Il semble certain que l'agence régionale de santé (ARS) tiendra une grande place dans ce processus de partage et de complémentarité de l'activité sanitaire et médico-sociale.

1.1.4 Les ARS : nouvelles instances de la gouvernance territoriale et de la mutualisation

Les ARS sont la clé de voûte de la nouvelle organisation prévue par la loi HPST. Elles se substituent notamment aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ainsi qu'aux pôles

²⁴ CASF L313-12-2. Cet arrêté n'est pas encore paru.

²⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 définit les conditions d'organisation des réseaux.

« santé » et « médico-social » des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales. Elles ont pour objectif d'assurer le meilleur système de santé au meilleur coût. Les deux grandes missions des ARS sont le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de santé, dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social. Mieux planifier, développer des actions innovantes, en adéquation avec les situations et besoins locaux seront le leitmotiv de celles-ci. Afin d'assurer ce double défi d'une meilleure qualité des soins et d'une meilleure maîtrise des coûts, les ARS agiront dans deux directions : Elles faciliteront une meilleure gestion à travers des actions de pédagogie et de contrôle à l'égard des professionnels et des établissements de santé et médico-sociaux. Parallèlement, elles poursuivront la réorganisation de l'offre de santé, avec des outils favorisant notamment les coopérations entre les hôpitaux et les conversions en services médico-sociaux ou structures de soins de suite.

Les ARS unifient le service public régional de la santé en associant l'ensemble des acteurs locaux. Son directeur général nommé en Conseil des ministres arrête le projet régional de santé (PRS) et les différents schémas, après avoir mis autour de la table tous les acteurs de santé du territoire. Ce DGARS dispose d'importants pouvoirs pour favoriser la coopération et la mutualisation institutionnelle. Ainsi, il peut, afin d'atteindre les évolutions du système hospitalier nécessaires à son adaptation aux besoins de la population, demander voire imposer aux EPS la conclusion d'une convention de coopération, d'un GCS, d'une CHT, d'un GIP ou de fusionner avec un autre établissement. Une sorte de coopération contraignante. En effet, selon la fédération hospitalière de France²⁶ (FHF) « *la constitution d'un GCS relève dans la majorité des cas d'une démarche volontaire, mais elle peut être aussi demandée lorsqu'il s'agit d'établissements publics par le DGARS dans le cadre de sa mission de coordination de l'évolution du système hospitalier* ».

Qui plus est, la volonté gouvernementale est de donner à cette agence régionale les pleins pouvoirs de l'organisation de l'offre de soins et d'hébergement en réponse aux besoins de la population. A cet effet, celle-ci au travers de plusieurs instances peut orienter voire décider des rapprochements et regroupements d'établissements.

La ministre de la Santé a indiqué, « *à très court terme, les ARS vont constituer les nouvelles instances de gouvernance territoriale par la création* » :

- du conseil de surveillance de l'ARS,
- de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA),
- des commissions de coordination des politiques de santé,
- des conférences de territoires.

La CRSA, organisme consultatif, concourt par ses avis à la politique régionale de santé définie et mise en œuvre par l'ARS. Elle se substitue aux conférences régionales de santé et élargit son champ de compétence au médico-social. Elle se décline en une commission permanente et quatre

²⁶ Colloque sur la loi HPST, « *Mode d'emploi pour les hôpitaux publics et les établissements médico-sociaux* ». FHF- Décembre 2009, p 16.

commissions spécialisées : prévention, organisation des soins, accompagnement médico-social et droit des usagers.

Elles préparent des avis sur :

- Le projet régional de santé
- Le plan stratégique régional de santé fixé pour 5 ans
- Le schéma régional d'organisation des soins (SROS)
- Le schéma régional de prévention (SRP)
- Le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS)
- Le rapport annuel sur le respect des droits des usagers.

A la lecture de l'organisation et des pouvoirs conférés à l'ARS et à son directeur général, il apparaît que ceux-ci ont un pouvoir décisionnaire très important en ce qui concerne les coopérations et de fait la mutualisation inter établissements. Sachant que le programme interdépartemental de l'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) intègre le PRS et qu'il est arrêté dorénavant par le DGARS, on peut en conclure que nous sommes rentrés dans l'ère de la planification par la coopération. Qui plus est, la nouvelle procédure d'autorisation par **appel à projet**²⁷ devient l'outil de mise en œuvre des schémas et des programmes. Les autorisations constituent désormais un autre support juridique permettant aux autorités publiques de prédéterminer les coopérations. La loi HPST généralise le recours à la procédure d'appel à projet pour la création, la transformation et l'extension de la capacité des ESMS à financement public.

En conclusion, ces nouvelles méthodes privilégient une forme de gouvernance transversale qui repose sur la recherche de partenariat. Elles induisent la complémentarité plutôt que la segmentation et la coordination plutôt que la redondance de l'offre. L'instruction ministérielle du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale²⁸ traduit très clairement la volonté des pouvoirs publics à engager cette politique de mutualisation inter établissements et inter services : *« Il s'agit avant tout de modifier en profondeur les pratiques d'organisation de la réponse, d'optimiser les moyens disponibles dont il doit être rappelé qu'ils sont en constante augmentation. Il ne s'agit pas nécessairement de satisfaire à un objectif de concentration de l'offre qui ne serait inspiré que par des impératifs exclusivement comptables. La coopération, le réseau et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont aussi le moyen d'entretenir ou de favoriser un maillage fin du territoire assurant une qualité de service aux meilleurs coûts qui s'exprimera notamment par une proximité géographique et une palette d'offres à taille humaine ».*

De sorte que, les établissements sont aujourd'hui confrontés à des évolutions majeures qui favorisent toute forme de mutualisation et de partage des ressources rares. Cette démarche

²⁷ Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du CASF.

²⁸ Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des GCSMS.

devient indispensable pour la pérennité des structures, notamment pour des raisons de taille critique ou d'isolement. Le département du Gard est initiateur de ce mouvement de mutualisation et a notamment décidé en accord avec la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Gard de favoriser la mutualisation inter établissements dans le domaine sanitaire et médico-social. Depuis une dizaine d'année des regroupements et rapprochements ont été opérés entre différents EHPAD autour des quatre hôpitaux locaux de ce territoire. Il s'agit dès à présent de faire le point sur ce processus de mutualisation départementale.

1.2 Les modèles et les processus de la mutualisation sur le département du Gard.

A l'échelle du département du Gard, il convient de s'intéresser à la déclinaison de ces politiques publiques nationales et régionales qui incitent voire contraignent les institutions à mutualiser leurs moyens et leurs activités. Dans ce département, le Conseil Général (CG) et le représentant de l'Etat ont, depuis quelques années, encouragé fortement des mutualisations entre les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. L'étude, non exhaustive, de ce processus de mutualisation dans le Gard indique qu'il existe une correspondance entre les politiques de coopération du Conseil Général du Gard et celle de la DDASS qui n'ont pas empêché l'apparition de groupements de coopération de façade qui s'explique par un processus de rapprochement insuffisamment préparé.

1.2.1 La mutualisation sur le département du Gard au vue des instances de déconcentration et de décentralisation

Les deux autorités de tarification que sont le Conseil Général et l'ancienne DDASS du Gard ont à leur façon su développer une dynamique de mutualisation sur le territoire du Gard. Une certaine complémentarité s'est dégagée de ce processus engagé par ces deux instances.

- A) La mutualisation inter établissements est actionnée, aujourd'hui, par le CG du Gard, pour se dégager des marges d'action dans un contexte contraint financièrement.

La mutualisation inter établissements n'a pas été planifiée par le CG sur la période 2004-2009. Elle s'est imposée face à des dysfonctionnements d'établissements qui ont eu du coopérer pour assurer la pérennité et la qualité de leur service. En effet, le schéma départemental des personnes âgées 2004-2009 du Gard avait dans son chapitre III pour objectif : « *d'offrir un accueil adapté de proximité aux personnes âgées fragilisées* »²⁹. Lorsque les personnes âgées ne veulent plus ou ne peuvent plus rester chez elles, elles doivent pouvoir être accueillies dans des structures d'hébergement et d'accueil de qualité et à proximité de leur famille. Les différentes types de structures doivent s'adapter aux besoins de leurs résidents, notamment à leur état de santé et sortir d'une conception de l'accueil initialement construite autour d'une prise en charge, soit

²⁹ Schéma départemental des personnes âgées du Gard 2004-2009, 83 p, 2005.

simplement hôtelière, soit essentiellement somatique pour offrir un accompagnement global des personnes y compris en cas de détériorations intellectuelles.

Il s'agissait donc pour le département du Gard de développer le dispositif d'accueil des personnes âgées dépendantes. En 2003, le Gard dispose de 6303 lits et places de maisons de retraite, unités de longue durée, logements foyers, et EHPAD. Le département connaissait un taux d'équipement singulier, supérieur à la moyenne régionale mais inférieur de plus de 15 % aux taux national. De plus, il a été constaté que la localisation des établissements d'hébergement s'est développée au gré des initiatives des promoteurs et en fonction de la demande qui pouvait se manifester localement. Il en découle une inégale répartition des établissements sur l'ensemble du département.

En réponse les orientations de ce schéma préconisaient :

- la création de 650 places d'EHPAD dans les zones prioritaires sachant que 1327 places seraient nécessaires pour atteindre le taux d'équipement national 135/1000 ;
- la création d'établissements de taille moyenne d'environ 60 lits, intégrés dans un environnement favorisant la vie sociale. Des petites structures rattachées à des établissements existants seront également privilégiées en particulier sur les zones rurales.

Durant cette période, le Conseil Général a financé la création et la réhabilitation de nombreuses places d'hébergement de personnes âgées dépendantes sur son territoire³⁰. A cette époque, un certain nombre de places a été autorisé sans vraiment s'interroger sur le concept de complémentarité et de coopération avec d'autres établissements voisins. Aussi des communautés de communes se sont vu attribuer la création d'EHPAD public autonome sans avoir l'expertise suffisante. D'autres attributions ont été plus ouvertes à la mutualisation. Les hôpitaux locaux ont été sollicités pour exercer des directions communes avec des EHPAD publics autonomes voisins. Pour exemple, l'hôpital local du Vigan est en direction commune avec trois EHPAD. Tandis que l'hôpital local d'Uzès, en 5 ans, s'est vu confier, en direction commune, quatre EHPAD pour un total de 235 lits.

En réalité, ce mouvement de mutualisation et de rapprochement autour des hôpitaux locaux s'explique le plus souvent par le disfonctionnement de ces EHPAD isolés et livrés à eux-mêmes. C'est donc, les autorités de tarification qui ont demandé aux directeurs de ces hôpitaux locaux de bien vouloir assurer la gestion de ces établissements en difficultés. Les effets de ces rapprochements ont été positifs tant sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers que sur les ressources humaines et les finances confortant ainsi le CG dans le choix de cette forme de mutualisation inter établissements. Sans réelle politique de planification de la mutualisation mais en réponse aux difficultés de plusieurs établissements, le département du Gard a développé un certain savoir-faire de la mutualisation. A l'heure où les contraintes financières sont

³⁰ L'évolution de 2004 à 2009 dans le Gard de l'ensemble des places est de 6,8%. Et pour les places médicalisées, elle est de 37,7% source FINESS au 01/01/2009.

plus tendues, il compte s'inspirer de cette expérience en légitimant ces regroupements et rapprochements par la mise en place notamment des groupements de coopération.

Aujourd'hui, le Conseil Général du Gard est dans une véritable démarche de mutualisation et de coopération tout azimut en réponse à des difficultés de financement de l'action sociale du fait d'un effondrement de ces recettes. C'est dans ce contexte que le Président du CG a présenté le cadre général dans lequel va s'inscrire le schéma de l'autonomie des personnes pour les années 2010 à 2014 : « *La volonté du département du Gard est d'aborder les problématiques de dépendance dans un ensemble. Dans ce contexte de profonde transformation et de mutation sociale, des réformes à venir, et des fortes contraintes financières du département, les enjeux de ce schéma sont essentiels et fondés sur la situation du département. Le Conseil Général du Gard se doit d'anticiper et de mettre en œuvre des actions innovantes et adaptées, ancrées sur des territoires pertinents d'intervention* »³¹.

Selon Monique Oleszkiewicz³², Le Conseil Général du Gard est confronté à plusieurs contraintes qui l'obligent à réfléchir sur la gestion des missions qui lui sont dévolues. La suppression de la taxe professionnelle, la baisse des droits de mutation de 40 % du fait de la crise financière, la non compensation à hauteur de ce qui était prévu pour les dépenses transférées au département en matière de revenu minimum d'insertion (RMI), revenu de solidarité active (RSA), collège, route font que les recettes du CG sont moins importantes que prévu. Dans ce contexte de réforme des collectivités locales et de raréfaction des ressources financières le CG du Gard a pour objectifs dans le champ de la prise en charge des personnes âgées de :

- mettre en place de nouvelles méthodes dynamiques d'organisation,
- de favoriser un maillage fin du département,
- privilégier un mode d'organisation transversale qui repose sur la recherche de diagnostic partagé.

Pour ce faire des groupes de travail rassemblant différents acteurs du champ du handicap et du champ des personnes âgées vont se réunir trois à quatre fois. Sur la thématique de la vie en établissement, il a été mis en place une instance de réflexion intitulée « Mutualisation de l'offre » ayant pour objectif de renforcer les coopérations et les mutualisations entre les services et établissements sociaux et médico-sociaux en :

- incitant les rapprochements institutionnels ;
- faisant un état des lieux de la mutualisation ;
- élaborant un document cadre.

³¹ Extrait du discours d'orientation du nouveau schéma de l'autonomie des personnes 2010-2015 par le Président du Conseil Général du Gard : Mr Damien Alary.

³² Monique Oleszkiewicz, responsable des établissements sanitaires et médico-sociaux au Conseil Général du Gard.

Parallèlement, le CG impulse une propre mutualisation de ses services en redéfinissant les territoires de son intervention. Il s'agit du repositionnement de l'intervention sociale (RIS). Ce RIS a eu pour effet de créer quatre unités territoriales de l'action sociale et d'insertion (UTASI) qui visent à mieux se préparer aux réformes des territoires départementaux et régionaux en 2014. Leur territoire d'intervention a été défini en fonction de critères socio-démographiques³³. Leur mission consiste à mettre en œuvre les orientations politiques en tenant compte des spécificités des territoires tout en veillant à préserver l'égalité d'accès aux droits de chaque usager. Elles ont ainsi permis le regroupement et l'homogénéisation des 12 CLIC du Gard. Il existe actuellement un CLIC par UTASI soit quatre pour le département du GARD.

De plus, le CG a créé dans ces UTASI des comités techniques de directeur. Ils réunissent tous les trois mois l'ensemble des directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS) de ce territoire. Dans un premier temps, ils ont fonctionné par secteur d'activité. Depuis mars 2010, ils regroupent les directeurs des secteurs personnes âgées, personnes handicapées et enfance. Ils ont pour objectif le repérage des actions menées et des modes de fonctionnement des établissements. Il s'agit d'impulser une démarche commune par le biais de la mutualisation permettant de dégager des marges de manœuvre financières. Celles-ci seraient redéployées en interne pour l'amélioration de la prise en charge des personnes accueillies, et ainsi de partager de manière efficiente les compétences et expertises des uns et des autres. C'est donc le CG qui initie et propose une méthode de travail participative pour appréhender la mutualisation de demain. A ce jour, ces comités techniques de directeur ont établi une grille permettant de diagnostiquer le niveau de mutualisation de chaque établissement. Il convient pour les établissements d'y faire le recensement de ces actions et de ces besoins de mutualisation. A terme ce travail aboutira à l'instruction d'un diagnostic de territoire.

Dès à présent, le CG du Gard impulse fortement la mutualisation et la coopération. S'il ne prône pas la fusion, il souhaite convaincre l'ensemble des établissements de la nécessité de coopérer afin de dégager des marges de manœuvre financières. Comme le disait Monique Oleszkiewicz³⁴ responsable des ESSMS au CG du Gard : « *dans un futur schéma qualifié, à budget restreint, réduit à sa plus simple revalorisation, c'est à dire égale à zéro, le fait de mutualiser devient synonyme de ressources supplémentaires, tant sur le plan humain que budgétaire* ». Cette volonté, quasi nouvelle, qu'a le CG du Gard à vouloir mutualiser l'activité et les services des établissements s'inscrit tout d'abord dans une problématique économique. Il s'agit de dégager des moyens de financement pour assurer la continuité de la prise en charge de la personne âgée dépendante. Tout effort supplémentaire du département dans les cinq prochaines années est à proscrire et pourrait mettre celui-ci en cessation de paiement.

Pour autant, d'autres stratégies de mutualisation sont mises en avant afin de convaincre les établissements de coopérer. Face à la création des ARS, qui pour le CG du Gard est une

³³ Nombre d'habitants, nombre de personnes bénéficiant d'allocations et de minimas sociaux, RMI, RSA, APA...

³⁴ Op.cit.

recentralisation des pouvoirs induisant une distribution régaliennne des crédits, il est essentiel de se regrouper pour être plus visible dans un contexte de régionalisation. Les structures isolées seront en danger dans ce pilotage régional. Le tropisme montpellierain inquiète. La proximité instituée par le CG risque de disparaître en 2014. Il faut donc se mutualiser pour exister face à cette instance décisionnaire qu'est l'ARS. C'est pourquoi, au travers de ces groupes de travail et de ces temps de réflexion, le CG du Gard veut développer des pratiques et une culture professionnelle commune. C'est en se rencontrant et en échangeant que se bâtissent les préceptes d'une mutualisation réussie.

En concertation et en partenariat avec le Conseil Général, la DDASS du Gard a depuis longtemps eu une politique de coopération inter établissements qui a ces spécificités.

- B) La DDASS du Gard a toujours préconisé et accompagné la mutualisation par la création de groupements de coopération

Pour l'ancien directeur de la DDASS³⁵, la mutualisation se fait essentiellement par la création de GCS et de GCSMS. Le CG est beaucoup moins favorable au groupement que ne l'était la DDASS. Selon, Nicolas Julien³⁶, inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS) de la délégation territoriale du Gard, la mutualisation par la création d'un groupement n'a de sens que si elle répond à trois impératifs dictés par cette autorité de tarification en charge de la dotation en soins :

- Un groupement doit être porteur d'un projet de soins de territoire qui définit les spécificités de chacun de ces membres par rapport à la prise en charge en soins des personnes accueillies.
- Un groupement doit devenir employeur des personnels rares et transversaux. Il recrute des ergothérapeutes salariés, des kinésithérapeutes salariés, des pharmaciens voire les équipes de direction.
- Un groupement doit être composé de 3 à 5 établissements pour un nombre de places d'hébergement proche de 300.

Qui plus est, la logique de coopération de cette autorité de tarification n'est pas forcément une logique d'économie financière. Ce qui préside à la création de tel regroupement c'est l'approche qualitative et la réponse aux besoins sur un territoire donné par le projet de soins de territoire. Certes, il peut y avoir des économies réalisées. Le recrutement d'un kinésithérapeute salarié coûte moins chère que l'emploi de son confrère libéral. Cependant, l'autorité de tarification précise qu'il n'y a pas d'économies réalisées, mais des ressources dégagées et réaffectées. Autrement dit, l'ensemble des marges de manœuvres financières dégagées par cette mutualisation sera affecté au développement de la qualité de la prise en charge. Telle était la logique de la DDASS du Gard

³⁵ Mr Serge Delheure, ancien directeur de la DDASS du Gard.

³⁶ Nicolas Julien, inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la délégation territoriale du Gard en charge des conventions tripartites et de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

et de son directeur en matière de mutualisation et de coopération avant la création de l'ARS du Languedoc-Roussillon et la nomination de son DGARS, Madame Martine Aoustin.

Or à ce jour, le positionnement cette l'ARS et de son directeur général n'est pas encore connu en matière de mutualisation inter établissements. Lors de notre rencontre, l'inspecteur m'expliquait que « *le DGARS du Languedoc-Roussillon ne semble pas aussi impliqué dans ce mouvement que ne l'était l'ancien DDASS qui était véritablement un pro coopération* ». Selon lui, le Gard a été l'un des départements qui a incité le plus à coopérer, même si certaines coopérations ont été impulsées par la contrainte.

En définitive, cette appréciation des groupements de coopération sanitaire et médico-sociale par les autorités de tarifications est à la fois fort séduisante et fort ambitieuse. Il est temps de mesurer les écarts qui peuvent exister entre la théorie et la pratique en s'intéressant aux processus de mutualisation observés dans le département du Gard.

1.2.2 Les processus de la mutualisation dans le Gard à l'épreuve des groupements de coopération

L'état de la mutualisation varie selon les régions, les départements et territoires. Les procédés de cette mutualisation sont multiples et à géométrie variable. Il est donc impossible d'en faire un état des lieux exhaustif même sur un département. A ce titre, il convient d'analyser au travers de quelques tendances observées l'avancée de la mutualisation inter établissements dans le département du Gard. Dès lors il sera possible de tirer un certain nombre d'enseignements sur les difficultés que génère toute volonté de coopérer.

A) La mutualisation par le conventionnement ou la coopération à moindre risque

Le groupe de travail départemental sur la mutualisation de l'offre³⁷ dans le Gard a constaté que les partenariats inter établissements existent mais sont dans la plupart des cas peu formalisés. Ils fonctionnent souvent par affinités qui défendent les mêmes valeurs ou reposent sur le bon vouloir des dirigeants. En tout état de cause, lorsque ces partenariats existent, ils restent le plus souvent concentrés sur un même secteur d'activités. Tous les participants sont d'accord pour reconnaître que le partage des compétences est primordial et que la mutualisation doit apporter une plus-value au fonctionnement des structures. Cependant, l'idée institutionnelle doit être conservée et chaque établissement doit garder sa spécificité de territoire. Selon eux, les coopérations inter établissements ne passent pas nécessairement par la constitution de groupement de coopération, particulièrement lourd à mettre en place. En réalité, elles peuvent être déclinées sous des formes plus souples comme par exemple les conventions de mise à disposition.

³⁷ Cf p 16 de ce document : Groupe de travail réunissant les directeurs d'établissements pour préparer le nouveau schéma départemental pour l'autonomie de la personne âgée.

Le conventionnement est donc l'outil privilégié de la mutualisation des moyens parce qu'il est un procédé contractuel et traditionnel entre établissements gardant leur personnalité morale. Il concerne généralement l'utilisation de moyens et la gestion de structures en commun. Son peu de formalisme fait de cet instrument un outil simple et efficace. Néanmoins, ne pouvant pas disposer de la personnalité morale, il n'existe ni instances communes ni budget de fonctionnement. Aussi, du fait de son objet et de sa durée limitée, cet outil ne semble pas utilisable lorsqu'il est recherché une coopération structurante et pérenne. Le conventionnement, souvent utilisé par les EPS et ESMS dans le partenariat inter établissements, doit être perçu comme un outil efficace de la mutualisation des moyens. En cela, il devient le préalable et le support d'une coopération institutionnalisée à instaurer par la création de groupement. Pour preuve, l'hôpital local d'Uzès est en convention de gestion avec plusieurs EHPAD depuis plusieurs années. Il vient de déposer une demande d'autorisation de GCS pour institutionnaliser cette gestion conventionnelle. Pour autant, la nature et la complexité de ces groupements sont des freins à leur création.

- B) Les groupements de coopération sanitaire : un outil en devenir sur le département du Gard.

Au 31 décembre 2008, les ARH recensent au total 191 GCS dont 4 sont localisés dans Le Languedoc-Roussillon. L'année 2008 a permis la création de 64 nouveaux GCS. Ce développement se poursuit car l'année 2009 marque déjà la création de 47 GCS et 65 autres groupements sont en projets, soit un volume prévisionnel de 303 GCS³⁸. Sur la région languedocienne une projection indique que 13 GCS de plus seraient autorisés au 31 décembre 2009. Sur les 4 GCS étudiés, deux sont de droit public et deux de droit privé. L'un a pour objet la gestion d'activités de plateau technique. Deux autres ont pour activités des prestations médicales croisées. Le dernier est en charge d'un réseau de santé. Il est intéressant de constater que les trois premiers sont intimement liés à la réalisation de soins. Ainsi, même si le GCS n'est pas titulaire des autorisations d'activités de soins, le GCS de moyens permet d'aller très loin dans la mise en commun de moyens, y compris ceux permettant la réalisation d'activités de soins, sans aller jusqu'à la mutualisation des autorisations au niveau d'un GCS.

La montée en puissance de la mutualisation par les GCS est encore relative dans le Languedoc-Roussillon et par là même dans le département du Gard où le premier GCS a vu le jour en 2009. Il s'agit du GCS MERRI qui fait coopérer le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes avec celui de Montpellier sur le plan de la recherche clinique avec une mise en commun et une mise à disposition des personnels médicaux et non médicaux. En réalité, l'outil GCS n'est encore utilisé dans le Gard que par les structures hospitalières publiques type CHU et par les cliniques privées à but lucratif et ce à des fins de mutualisation d'activités sanitaires très spécialisées. Seul l'hôpital local d'Uzès, de part sa complémentarité avec le domaine médico-social, projette d'utiliser cet outil

³⁸ Analyse et étude de la DHOS, « Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire : bilan au premier janvier 2009 ».

comme moyen de coopération entre un EPS et les EHPAD de son environnement proche. En effet, la DDASS du Gard a surtout privilégié l'outil GCSMS pour la mutualisation entre le secteur sanitaire, médico-social et social.

- C) Le groupement de coopération sociale et médico-sociale dans le département du Gard : un outil privilégié en proie à des difficultés de mise en place.

A ce jour, il existe un seul GCSMS dans le secteur de la prise en charge de la personne âgée qui a été officiellement autorisé à la fin de l'année 2008, c'est le GCSMS du Vidourle Cévenol qui s'organise autour de l'expertise de l'hôpital local du Vigan. Il est constitué d'un EPS et de 5 EHPAD publics autonomes. La convention constitutive indique que ce partenariat entend instaurer une coopération inter établissements permettant d'optimiser l'utilisation des moyens afférents à leurs activités et de développer des actions de santé, au bénéfice des populations du Vidourle Cévenol et du nord-ouest Gardois. C'est en fait un GCSMS de territoire qui a pour finalité d'optimiser la réponse aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux exprimés par les populations locales. En réalité ce GCSMS est qualifié de coquille vide par les deux autorités de tarification qui se sentent en partie responsables de ce dysfonctionnement. Le CG et la DDASS du Gard conviennent qu'ils ont contraint à la création de ce GCSMS avec l'appui du sous préfet du Vigan. Ainsi, ils ont profité de l'arrivée d'un nouveau directeur à l'hôpital local du Vigan pour impulser fortement la création de ce GCSMS en dépit des réticences des maires des villages concernés. Qui plus est, des dysfonctionnements importants observés dans certains des EHPAD ont motivé ce passage en force des instances pour créer ce groupement. Il en résulte un premier bilan qui est fortement mitigé. Les pressions politiques n'ont pas disparu et s'exercent à présent sur le directeur de l'hôpital qui est l'administrateur de ce groupement. Il n'y a pas de projet de soins de territoire déposé. Seul la mutualisation de la blanchisserie et de la restauration est effective et elle existait avant par convention. On est très loin d'une gestion des autorisations par le GCSMS souhaitée par la DDASS et encore plus éloigné d'une fusion qui semblait être l'objectif non avoué. Chacun reste campé sur ses spécificités et égoïsmes institutionnels. Les apports positifs de cette coopération sont que les dysfonctionnements de ces membres ont été résolus. Aujourd'hui chacun des établissements du GCSMS est au niveau réglementaire exigé par les autorités de tarification.

En réalité, l'absence de volonté partagée, de projet commun initial et d'initiative commune a fortement grevé les chances de réussite de cette coopération entre établissements publics sanitaires et médico-sociaux. La puissance des maires qui sont le plus souvent les présidents des conseils d'administration est une donnée à prendre en compte dans l'élaboration de tels partenariats. Sans leur approbation réelle le devenir de ce type de groupement est menacé. Fort de cette expérience malencontreuse, les autorités de tarification du Gard accompagnent aujourd'hui la mise en place de deux autres GCSMS. A entendre les dires de leur deux responsables, il s'agit de deux projets inscrits dans une véritable démarche de partenariats.

Cet exemple démontre bien que la mutualisation ne se décrète pas mais qu'elle s'organise et se prépare avec l'accord et la volonté de l'ensemble de ses membres. Ceci étant dit, les pouvoirs publics et la loi HPST précisent bien que la mutualisation par la coopération va devenir incontournable. Il appartient aux établissements d'anticiper ce mouvement qui n'est, en définitive, qu'un renforcement de la planification au service d'une modernisation de l'offre médico-sociale et par voie de conséquence de l'offre sanitaire. S'agissant de l'hôpital local d'Uzès, nous allons voir qu'il a su saisir ces opportunités d'ajustement et de redéploiement de l'offre en hébergement médicalisé pour consolider son activité hospitalière. Et de devenir une référence dans la prise en charge de la personne âgée fragilisée et dépendante dans le département du Gard.

2 L'hôpital d'Uzès et la mutualisation : un processus en voie de finalisation par la création d'un GCS.

L'hôpital local d'Uzès a, depuis quelques années, su saisir les opportunités de mutualisation qui se sont offertes à lui. Ce développement et cette adaptation aux besoins de la population initiés par le directeur et son conseil d'administration ont aujourd'hui pérennisé cet établissement public de santé. Parallèlement, l'inscription dans ces pratiques de mutualisation oblige l'hôpital à passer d'une logique d'établissement à une logique d'organisation en groupement de coopération sanitaire. La complexification du système se fait sentir aujourd'hui et se doit d'être dépasser pour ne pas devenir un frein à ce processus. Après avoir présenté ce processus de mutualisation inter établissements de l'hôpital local d'Uzès et ces conséquences, il conviendra d'étudier la mise en place de ce GCS qui vient institutionnaliser cette coopération.

2.1 L'hôpital d'Uzès : un hôpital qui se déploie au fil de coopérations inter établissements

Le nouveau projet d'établissement de l'hôpital d'Uzès intitulé « *Le projet de l'hôpital local d'Uzès et des EHPAD de son territoire 2010-2015* »³⁹ fait état d'un hôpital qui a su s'adapter et se développer au cours des dix dernières années : « *Aujourd'hui, l'hôpital d'Uzès assure, notamment à partir d'une palette de services et d'établissements mutualisés pour ce qui concerne les personnes âgées, un bon maillage territorial et se trouve dans une dynamique de développement lui permettant une excellente implantation locale* ».

En 2000, cet hôpital local était destiné à devenir un EHPAD. Sous l'impulsion d'un nouveau directeur et d'une nouvelle équipe de direction, il a pu préserver sa qualité d'EPS tout en développant son activité médico-sociale. En 2006, l'hôpital a été reconstruit entièrement sur un site nouveau redonnant un présent et un avenir à sa fonction sanitaire. Parallèlement, l'hôpital local a impulsé une dynamique de coopération et de mutualisation avec le secteur médico-social de son environnement proche. Il est maintenant en convention de gestion par direction commune avec quatre EHPAD pour 235 lits et avec cinq autres EHPAD en gestion intégrée pour 225 lits.

C'est bien cette politique de coopération, associant le secteur sanitaire et médico-social, pilotée par la nouvelle direction qui a permis à cet EPS de devenir un acteur incontournable de la prise en charge de la personne âgée fragilisée. Cette mutualisation inter établissements qui s'est faite au grès des opportunités sans réelle planification des autorités de tarification se doit aujourd'hui d'être

³⁹ Le projet de l'hôpital local d'Uzès et des EHPAD de son territoire 2010-2015, déposé à l'ARS le 2 avril 2010.

organisée par la création d'un GCS. Mais avant d'évoquer cette structuration juridique, il est intéressant d'étudier les rapprochements coopératifs opérés par des établissements et services médico-sociaux et l'hôpital local d'Uzès.

2.1.1 L'hôpital et ses multiples mutualisations.

Afin d'apprécier le développement de l'hôpital local par la mutualisation inter établissements voici la présentation de l'ensemble des structures et services qui se sont rapprochés au cours de ces dernières années.

En 2003, création du CLIC de l'Uzège au service des personnes âgées pour différents renseignements et démarches.

En 2006, installation des services d'hospitalisation médecine, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'état végétatif chronique (EVC), de soins de longue durée (SLD) et d'une unité d'accueil de jour de 10 places dans le nouvel hôpital.

En 2008, ouverture de l'EHPAD « villa Rediciano » à Redessan, géré en direction commune par l'hôpital d'Uzès.

En 2008, rattachement le 1^{er} juillet de l'EHPAD « Les Oliviers » à Montfrin, EHPAD associatif transformer en EHPAD public autonome et géré en direction commune avec l'hôpital d'Uzès.

En 2009, ouverture de l'EHPAD « Les Caprésianes » à Cabrières, EHPAD public autonome géré en direction commune par l'hôpital d'Uzès.

En 2009, création d'un service d'Hospitalisation à domicile de 8 places.

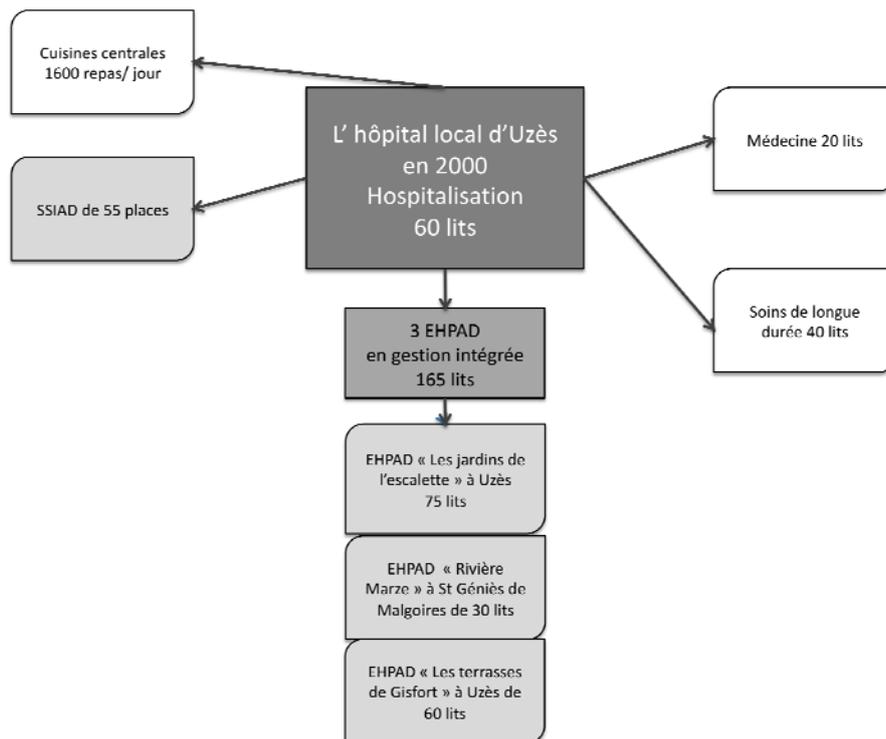
En 2010, ouverture des nouvelles cuisines de l'Uzège. Elles servent près de 3000 repas par jour.

En 2010, ouverture de l'EHPAD « Henry Granet » à Aramon, EHPAD public autonome géré en direction commune par l'hôpital local d'Uzès.

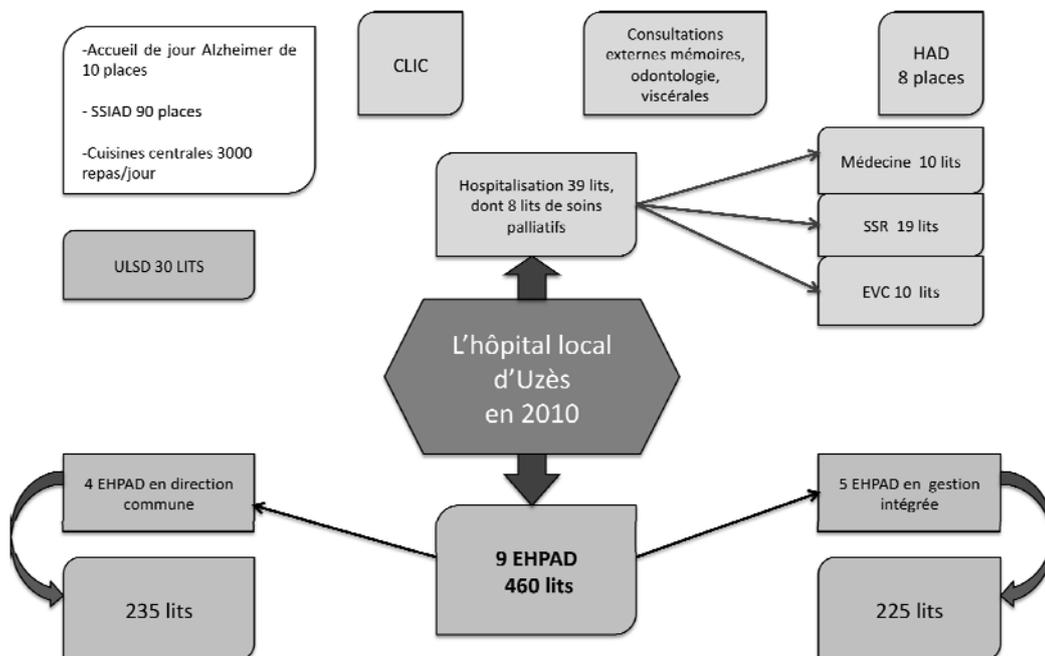
En 2011, ouverture au 1^{er} trimestre de l'EHPAD « Jacques Saurin » à Moussac, EHPAD intégré à l'hôpital d'Uzès en budget annexe.

La comparaison des deux diagrammes présentant l'organisation de l'hôpital en 2000 et en 2010 illustre bien le développement de l'hôpital grâce la coopération avec des EHPAD.

Les structures et services de l'hôpital d'Uzès en 2000



Les structures et services de l'hôpital d'Uzès en 2010



Les effets de la mutualisation inter établissements sur le développement de l'hôpital sont donc spectaculaires. L'hôpital est passé d'une capacité de 280 lits et places sanitaires et médico-

sociaux confondus à 637 lits et places et ce en moins d'une dizaine d'années. Les lits et places dans le secteur sanitaire sont restés stables. Par contre, l'hôpital a su s'adapter aux besoins de la population en diminuant ces lits de médecine au profit de lits de SSR et d'EVC, et en créant des consultations avancées d'évaluation gériatrique et de spécialistes. Installées depuis 2003 dans l'établissement, elles permettent d'instaurer une démarche locale où l'offre de soins vient au patient. Pluridisciplinaires, elles évitent aux personnes âgées l'incommodité et les désagréments induits par un déplacement long et compliqué. Elles fonctionnent grâce à la mise à disposition d'un praticien hospitalier gériatre à temps partagé pour les consultations d'évaluations gériatriques, la réalisation de consultations avancées de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale.

En fait, l'origine de ce développement s'explique par la mutualisation et la coopération inter établissements entre le secteur médico-social et l'hôpital local d'Uzès. En cinq ans, l'hôpital a récupéré 325 lits en lieu et places de quatre établissements publics autonome gérés en direction commune et de deux établissements intégrés à la structure hospitalière. De fait la masse salariale de l'hôpital a fortement augmenté. L'hôpital emploie à ce jour plus de 411 équivalents temps plein (ETP). Il était de 217 ETP en 2006. Ce nombre a quasi doublé en trois ans. Ces bouleversements ont donc obligé l'hôpital à se réorganiser et à s'adapter à cette nouvelle envergure.

2.1.2 Les quatre items de la mutualisation à l'hôpital local d'Uzès

L'étude de ce processus permet de mettre en avant et par ordre d'importance les quatre items qui définissent et qui encadrent la mutualisation inter établissements organisée autour de l'entité juridique de l'hôpital local d'Uzès.

En premier lieu ce processus est porté par :

- **Un positionnement stratégique : se développer pour exister.**

La petite taille des hôpitaux locaux reste problématique. Elle empêche ceux-ci d'être suffisamment repérés dans un paysage sanitaire peuplé de CH et de CHU plus importants et forts consommateurs de ressources. Les hôpitaux locaux ont toujours eu des difficultés à être reconnu en tant qu'EPS. Leur utilité a été souvent remise en cause. La mutualisation inter établissements rapprochant le secteur sanitaire et médico-social devient ici la stratégie permettant la pérennisation de cette activité hospitalière par le développement d'une activité médico-sociale.

Denis Bruguier, le chef d'établissement, explique cette stratégie « gagnant-gagnant » par ces mots : « *Paradoxalement, pour maintenir son secteur sanitaire, l'hôpital local d'Uzès a du développer sa capacité d'accueil et d'hébergement en médico-social* »⁴⁰. Chaque fois que l'hôpital reprend un EHPAD, il s'enrichit d'une capacité supplémentaire de gestion et d'intervention par le renforcement de ces services en charge de la GRH, de l'économat, des services techniques, de la

⁴⁰ Propos recueillis, lors de l'interview de Mr Denis Bruguier, chef d'établissement de l'hôpital local d'Uzès.

qualité. A travers cette mutualisation l'hôpital a grandi et a pu se structurer. Aujourd'hui, il est repéré comme un véritable acteur de santé sur son territoire par l'ensemble des partenaires.

En second lieu, il s'agit de contribuer à :

- **L'amélioration de la qualité : développer la qualité de la prise en charge.**

La coopération n'a de sens que si elle cherche à offrir un meilleur service aux meilleurs coûts à l'utilisateur qui en bénéficiera. L'hôpital local d'Uzès recherche constamment cette amélioration de la prise en charge. Concrètement, la mutualisation inter établissements a permis la création d'instances partagées et l'organisation de protocoles de prise en charge communs conduisant à l'amélioration de la qualité rendue aux patients et aux résidents.

Une commission d'admission commune a été mise en place pour l'ensemble des lits d'hébergement en EHPAD. Se réunissant une fois par mois, elle a pour but de garantir une équité de traitement de chacun des dossiers et de répondre aux plus près des attentes du futur résident en fonction de son état de santé, de ses ressources financières et de son lieu d'habitation. Pour ce faire, elle statue, au vu du questionnaire médical et selon l'état d'avancement du dossier administratif, sur une orientation de prise en charge adaptée du postulant sur l'un des secteurs d'hébergement de l'établissement, selon l'état d'urgence des dossiers examinés. Elle est composée des médecins coordonnateurs, d'un cadre supérieur de santé, des cadres de santé de chaque site, d'une assistante sociale, d'une directrice adjointe, de la responsable de bureau d'entrée et d'un agent administratif assurant le secrétariat. De même, la commission des relations avec l'utilisateur et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) a étendu son périmètre d'action au domaine médico-social et traite des demandes et réclamations du secteur hébergement comme du secteur sanitaire.

Qui plus est, l'ensemble des protocoles est organisés et partagés. Cette mutualisation des compétences et des savoir-faire est un point fort de l'hôpital local d'Uzès. Le développement de pratiques homogènes et sécurisées est étendu à l'ensemble des structures et services de part la création de nombreux postes d'agents partagés dans les domaines sensibles de la prise en charge en soins et en hébergement. Pour exemple, la mise en place de protocoles de soins au travers des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) portées par l'hôpital et la certification⁴¹ s'applique aux EHPAD. Notamment la mise en place du protocole sur la dénutrition, la prise en charge des plaies, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs. Suite à la visite des experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) en décembre 2007, la certification V2 de l'hôpital local d'Uzès a été prononcée sans aucune recommandation ou réserve.

⁴¹ Accréditation V1 en 2004, Certification V2 en 2007, Certification V10 en 2011.

Pour satisfaire à cette exigence de qualité, de nombreux postes aux compétences partagées ont donc été créés, ils assurent des fonctions transversales sur l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales de l'hôpital. Les plus représentatifs concernent la qualité, la communication et le prise en charge de l'utilisateur.

La démarche qualité est organisée autour d'un comité de pilotage, organe décisionnel de la cellule qualité et de la cellule gestion des vigilances et des risques : Une assistante qualité, titulaire d'un diplôme universitaire, a été embauchée en 2000. En 2007, le poste d'infirmière hygiéniste à mi-temps créée en 2006 est transformé en plein temps et devient gestionnaire des risques. Fin 2007, une réorganisation de l'équipe de direction a abouti à l'embauche d'une directrice adjointe chargée notamment de la qualité.

La politique de communication a pu se développer grâce au recrutement à temps plein d'une chargée de communication en 2007 et l'élaboration, par là même, d'un plan de communication pluriannuel. L'enjeu principal de cette communication est de construire l'image de l'hôpital en lui donnant une personnalité identifiable par l'ensemble des publics : patients, résidents, professionnels de soins, autorités de tarification, établissements sanitaires et médico-sociaux, élus. Durant mon stage, il a été possible de concevoir et de réaliser un livret d'accueil pour chacun des EHPAD grâce à l'existence de cette compétence au sein de l'hôpital. Sans passer par une imprimerie professionnelle, nous avons conçu en interne ce document essentiel aux droits des résidents. Aujourd'hui, ce livret d'accueil est opérationnel. Des économies ont pu être réalisées et nous maîtrisons complètement sa réactualisation et sa réédition.

La prise en charge de l'utilisateur s'est améliorée par l'emploi de nouveaux personnels en soins, para-médicaux et sociaux. Chaque EHPAD bénéficie d'un cadre de santé en charge de l'organisation globale de la prise en charge des résidents de l'établissement. Un ergothérapeute et un psychologue sont aujourd'hui en temps partagé sur l'ensemble des structures de l'hôpital. Un professeur de sport est embauché à plein temps depuis le 1^{er} janvier 2010 pour lutter contre un certain abus des pratiques de plusieurs kinésithérapeutes libéraux. Il organise des cours de sports adaptés à la personne âgée dépendante dans chacune de nos résidences. Il offre aussi un accompagnement personnalisé au déplacement et à la marche des résidents qui en ont besoin. Enfin, deux assistantes sociales accompagnent le patient ou le résident, et sa famille, tout au long du séjour, de la demande d'admission jusqu'à la sortie.

En définitive, la mutualisation de moyens et de compétences permet l'amélioration de la qualité rendue aux usagers par la création de postes partagées. Cette multiplication des postes partagées est rendue possible par l'optimisation des ressources qui dégage des marges nouvelles qui financent les innovations et la qualité de la prise en charge des usagers.

- **Des économies d'échelle par l'optimisation de ressources**

La mutualisation des moyens et des compétences entre l'hôpital local d'Uzès et les EHPAD qu'il gère permet la réalisation d'économies :

- La pharmacie à usage intérieur assure l'approvisionnement, la délivrance et le suivi des produits pharmaceutiques pour l'ensemble des services et des EHPAD rattachés à l'hôpital. Les économies réalisées entre cette délivrance par notre PUI et une officine de ville sont de l'ordre de 20% à 30%. Qui plus est, nous sommes dans l'air du temps car la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des EHPAD est annoncée pour l'année 2011.
- Une politique d'achats centralisés autour du service économat et d'une cellule des marchés.
- Une politique des services logistiques centralisés. L'hygiène de tous les services de l'hôpital et des EHPAD est assurée par une seule équipe sous la responsabilité d'un agent chef et de son adjoint. La restauration est assurée par une cuisine centrale dirigée par un ingénieur hospitalier et encadrée par une diététicienne. Les services techniques et la lingerie sont de même regroupés à l'hôpital local d'Uzès.
- La gestion des EHPAD en terme de dossier administratif du résident, de finance, de ressources humaines, de direction est organisée uniquement sur l'hôpital d'Uzès. En clair, il n'y pas d'agent administratif sur les 9 EHPAD de l'hôpital. Ils sont regroupés sur l'hôpital. Ceci permet de réelles économies d'échelle par la mutualisation de ces ETP.

Pour illustrer les effets réels de cette mutualisation inter établissements, lors de la création de l'EHPAD « Redessan/Cabrières », 104 lits d'hébergement sur deux sites distincts, il a été économisé 2,5 d'agents administratifs, 1 agent des services techniques, 1 d'agent de restauration pour un total de 4, 5 ETP sur la section tarifaire de l'hébergement. Soit une économie d'environ 135 000 euros par an qui servira à maintenir un prix de journée à 55 euros et au financement des postes transversaux. Ces économies répétées grâce à la mutualisation de plusieurs EHPAD ont, en outre, permis la création d'un nouveau poste de directeur d'établissement sanitaire, médico-social et social qui aura en charge le pilotage de cette communauté d'EHPAD et la réalisation des travaux.

Enfin, et à terme ce mouvement devra permettre :

- **La promotion interne : Favoriser la promotion et la formation des agents.**

Selon le chef d'établissement, ce dernier objectif n'est pas encore atteint. Si le nombre agents a fortement augmenté dans cette décennie, il reste encore à mettre en place une politique de gestion des ressources humaines à la hauteur de cette nouvelle masse salariale. C'est, d'après lui, le plus gros challenge de la mutualisation de l'hôpital d'Uzès. Réussir avec de plus en plus d'agents à conserver une culture d'établissement positive et un sentiment de bien être au travail passe par une politique de la promotion et de formation interne. Pour réussir ce nouveau challenge une directrice des ressources humaines a pris ses fonctions au premier janvier 2010. Elle a en charge le développement de cette politique sociale qui s'adresse et s'applique communément à l'ensemble des agents de l'EPS et des EHPAD. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la politique de formation continue, l'amélioration des conditions de travail, le contrôle de gestion, la gestion du temps de travail sont les axes de cette dynamique.

En tout état de cause, l'hôpital d'Uzès a su développer une mutualisation inter établissements basée sur le partage du secteur sanitaire et médico-social qu'il convient de d'apprécier.

2.1.3 L'hôpital d'Uzès : une mutualisation structurée par la complémentarité de l'activité sanitaire et médico-sociale.

Les clés du succès de ces multiples coopérations se trouvent dans la capacité qu'a eu l'hôpital local à inventer une nouvelle organisation conjuguant la complémentarité du secteur sanitaire avec le secteur médico-social au profit de la personne âgée fragilisée. Cette capacité d'adaptation et ce fort sens de l'innovation font que cette EPS a créé d'une part une filière gériatrique de territoire complète et d'autre part une communauté d'EHPAD. L'ensemble est conditionné par une exigence de l'amélioration de la qualité rendue à l'utilisateur et par une organisation complémentaire et partagée de ces structures et services.

A) La filière gériatrique vers une complémentarité des services :

L'Hôpital local d'Uzès s'inscrit totalement dans le maillage territorial et son implantation locale est confirmée. Conçue pour répondre aux besoins de la personne âgée fragilisée, cette filière gériatrique définit une prise en charge graduée et individualisée. En ce sens, elle a favorisé et permis l'adaptation d'une réponse aux besoins de la personne âgée dépendante.

La filière gériatrique

- B) La mise en place d'une communauté d'EHPAD ou le passage d'une logique d'établissement à une logique d'organisation.

L'Hôpital Local d'Uzès, établissement de santé de premier niveau, a développé autour de sa zone d'attraction une véritable communauté d'établissements et de services pour lesquels il constitue un pôle de référence. Elle permet d'harmoniser et surtout de pérenniser des méthodes de travail et des niveaux de qualité de prise en charge par les emplois spécialisés partagés tels que psychologue, assistante sociale, diététicienne. L'hôpital sert aujourd'hui de pivot dans ce maillage des réseaux gérontologiques de proximité. Chaque EHPAD de la communauté partage et mutualise des compétences et des services tout en gardant une spécificité qui varie selon la nature juridique qui le lie à l'hôpital. Ceci est possible grâce à une proximité géographique des établissements souhaitant coopérer. Le schéma suivant précise la géographie de cette communauté d'établissements qui s'inscrit dans un territoire⁴² regroupant deux communautés de commune pour un total de 30 mairies. Celui-ci permet de visualiser cette proximité géographique et temporelle qui est déterminante dans la mise en fonction d'une organisation basée sur la mutualisation et le partage de moyens et de compétences.

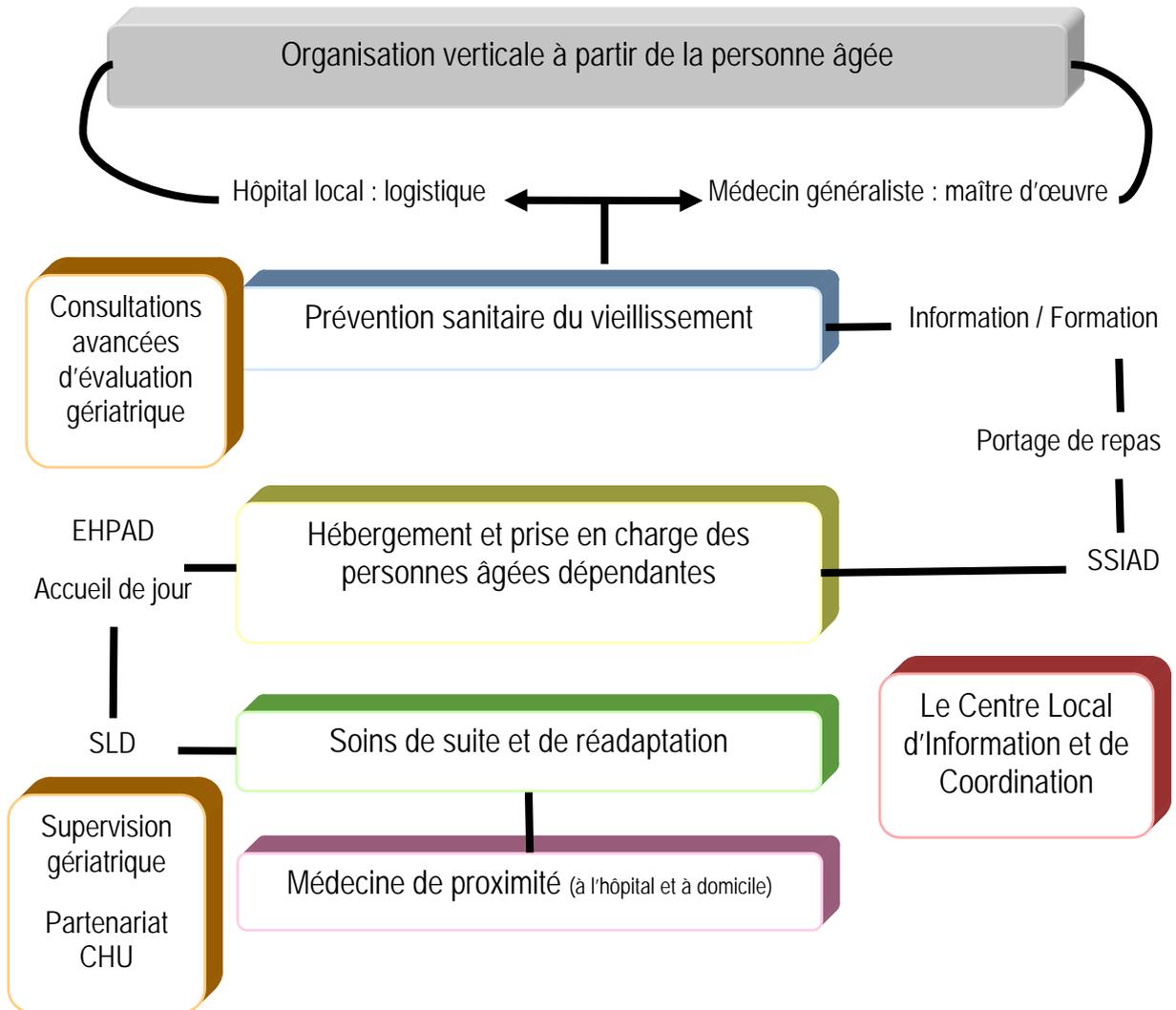
La géographie schématisée de cette communauté d'EHPAD des Territoires de l'Uzège et du Pont du GARD

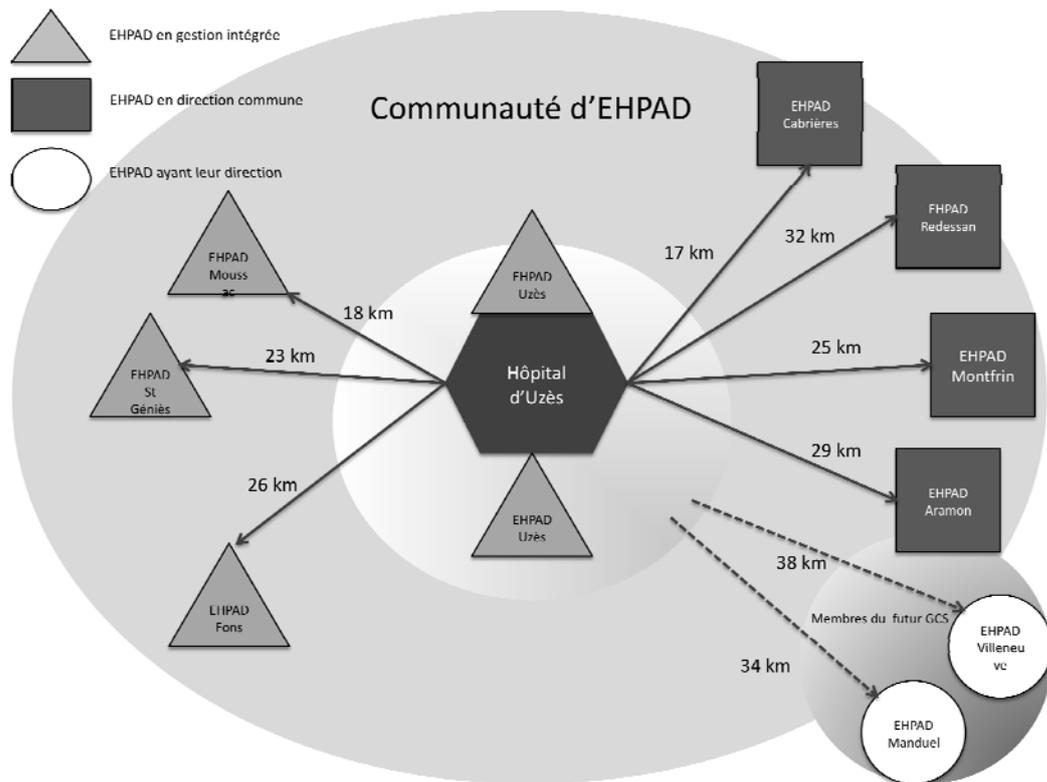
⁴² Annexes I et II : Cartographies de l'hôpital et de sa communauté d'EHPAD.

ERRATUM

Page 31 : Rajouter ce schéma à la suite du titre « la filière gériatrique »

Filière gériatrique





En définitive, cette dynamique de la mutualisation inter établissements pilotée par l'hôpital d'Uzès s'explique par différents facteurs qui prédisposent dans un premier temps au regroupement. L'ensemble de ces établissements accueille le même public : la personne âgée plus ou moins dépendante. En second lieu, ces établissements sont tous des établissements publics autonomes ou ils le deviennent⁴³. En troisième lieu, il y a une volonté partagée des deux autorités de tarification à regrouper les établissements isolés le plus souvent en difficulté, auprès d'un hôpital de proximité. En quatrième lieu, l'ensemble de ces établissements appartient à un territoire de proximité, ici nommé territoire de l'Uzège et du Pont du Gard. Cette proximité géographique est déterminante dans la mise en place d'une mutualisation de moyens efficace. Le temps de transport ne dépasse pas 35 minutes. Enfin, cette mutualisation inter établissements s'est opérée par conventionnement afin de faciliter la mise en action de ces coopérations.

Il s'agit aujourd'hui de pérenniser ces regroupements par l'institutionnalisation d'un groupement de coopération sanitaire qui accueillera en plus l'EHPAD de Villeneuve et celui de Manduel. Ces deux établissements sont dotés de leur propre direction et souhaitent coopérer au titre du partage de la PUI et de la restauration.

⁴³ L'EHPAD de Montfrin, anciennement associatif, est devenu un établissement public autonome en 2009. C'est un préalable voulu par le chef d'établissement de l'hôpital.

2.2 La création du GCS inter établissements entre avantages et incertitudes

L'hôpital local d'Uzès a déposé au printemps 2010 sa demande d'autorisation de création de son GCS intitulé « *GCS du territoire sanitaire de premier recours de l'hôpital d'Uzès* ». Il s'agit en réalité de l'institutionnalisation des différentes mutualisations et coopérations développées autour de cette EPS. Ce GCS officialise, en quelque sorte, le passage d'une logique d'établissement à une logique d'organisation efficiente sur un territoire donnée. Pour autant, la création de ce groupement ne se fait pas sans difficultés qu'il conviendra d'identifier pour ériger cette nouvelle organisation chargée de la prise en charge de la personne âgée fragilisée sur le territoire de l'Uzège - Pont du Gard.

2.2.1 Le GCS de l'hôpital : vers une structuration juridique et réglementaire des conventionnements fonctionnels

Le GCS « *territoire sanitaire de premier recours de l'hôpital d'Uzès* » est constitué entre l'hôpital, ses structures annexes⁴⁴ et les quatre EHPAD en direction commune. Se rajoute à cette coopération l'établissement public autonome EHPAD de Villeneuve lès Avignon et le foyer résidence pour personnes âgées « Les Marguerites » de Manduel⁴⁵. Ces deux derniers établissements publics ont leur propre direction. Il est formé entre les soussignés, un GCS régi par le décret du 23 juillet 2010⁴⁶. Ce GCS est une personne morale de droit public car l'ensemble des membres est composé d'établissements publics. Il jouira de celle-ci à compter de la date de publication, au recueil des actes administratifs du département du Gard, de l'arrêté du Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon portant approbation de la convention constitutive de ce groupement. Cette demande d'autorisation a été transmise le 21/06/2010. La direction de l'offre de soins et de l'autonomie de l'ARS du Languedoc-Roussillon a, le 23 juillet 2010, répondu par courrier⁴⁷ en demandant un complément d'information. A ce jour, ce GCS n'est toujours pas autorisé. Il semble que l'implication de l'ARS dans ce dossier puisse freiner sa création. Cependant, l'ensemble des membres de ce groupement a approuvé la convention constitutive. Il convient donc de présenter ses missions et son organisation

A) L'objet de ce groupement

En vue de garantir une offre de santé de proximité, de qualité et adaptée aux besoins de la population, conforme aux exigences de santé publique sur le territoire de l'Uzège-Pont du Gard, le groupement a pour objet de faciliter, d'améliorer et de développer l'activité de ses membres dans les domaines sanitaires et médico-sociaux.

⁴⁴ 5 EHPAD en gestion intégrée.

⁴⁵ Cf page précédente le diagramme « géographie de la communauté d'EHPAD de l'hôpital local d'Uzès du territoire de l'Uzège - Pont du Gard » et voir les annexes I et II.

⁴⁶ Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire

⁴⁷ Annexe III, Lettre de l'ARS

Ce GCS est un GCS de moyens car il met en commun des moyens et des autorisations sans les transférer au groupement. D'autre par, les patients et les résidents demeurent liés exclusivement à l'établissement dont ils relèvent, lequel reste responsable de la bonne exécution de ladite activité vis-à-vis d'eux.

Ainsi, la coopération nécessaire au fonctionnement du GCS se fait par la mutualisation des moyens que voici :

La pharmacie à usage intérieur de l'hôpital d'Uzès est transformée en PUI du GCS, elle assurera l'approvisionnement, la délivrance et le suivi des produits pharmaceutiques pour les membres du GCS. Le système d'information sera commun aux membres du GCS. Les applicatifs de l'éditeur choisi par l'hôpital d'Uzès seront déployés et utilisés par les personnels de chaque établissement. La politique de qualité et la gestion des risques seront communes aux membres du GCS. La politique de la communication sera mutualisée par un plan de communication, une charte graphique, des supports de communication communs qui développeront une culture d'appartenance au GCS. La politique sociale, de part la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la formation continue, l'amélioration des conditions de travail, le contrôle de gestion et la gestion du temps de travail sera développée communément par le GCS. La politique managériale se définira au travers du projet d'établissement de l'hôpital d'Uzès et des projets de vie des EHPAD associés à l'organigramme de direction positionnant un management structuré et participatif sur un métier central dans les EHPAD : le cadre de santé. La politique médicale des soins sera élaborée communément par le comité médical et des soins du GCS. La logistique de maintenance des installations, des équipements et des travaux, de la restauration, de la lingerie sera mutualisée aux membres du GCS. Enfin, la politique en matière d'achats sera centralisée pour que les membres du GCS bénéficient de meilleurs prix.

Le GCS laisse la possibilité à leurs membres de n'adhérer qu'à certains des objets ci-dessus définis. Au moment de l'adhésion, les domaines de mutualisation seront formalisés par un contrat d'adhésion. Il est à noter que le GCS n'est pas employeur. Les personnels intervenant dans le cadre du groupement restent régis, selon le cas, par leur statut, leur contrat de travail, les conventions ou accords collectifs de travail qui leur sont applicables ou leur contrat d'exercice libérale⁴⁸.

B) Le fonctionnement du GCS

Les instances du GCS sont composées :

- d'une assemblée générale qui se compose de tous les membres du groupement et se réunit une fois par an,

⁴⁸ Le règlement intérieur du GCS fixe les activités et les secteurs concernés par les interventions communes et précise également les catégories de personnels concernés.

- d'un administrateur : le groupement est administré par un administrateur unique désigné par les membres à l'assemblée générale,
- d'un comité médical et des soins. Sa composition est fixée par le règlement intérieur dans la limite de 9 membres, outre les personnes siégeant à titre consultatif. Il donne son avis et évalue sur tout ce qui concerne la qualité et la pertinence des soins.

Le financement du GCS est assuré par la participation de ses membres soit sous forme de contributions en numéraire, soit sous forme de contributions en nature. La démarche stratégique est initiée par l'assemblée générale et coordonnée par l'administrateur du GCS. Le comptable de l'établissement est Monsieur le Trésorier Principal d'Uzès. La comptabilité du groupement est tenue et sa gestion est assurée selon les règles de droit public. Les participations des membres sont fixées en considération de la répartition d'activité entre les membres et correspondent exactement à la part leur incombant dans les dépenses communes. Ces participations sont fixées aux échéances définies par l'administrateur dans les conditions prévues par le budget.⁴⁹

En définitive, ce projet de groupement de coopération finalisé par l'ensemble de ses membres répond au principe de décloisonnement entre médico-social et sanitaire et s'inscrit dans une stratégie de coopération et d'efficacité conforme aux orientations de la loi HPST. L'ARS confirme cette conclusion dans son courrier⁵⁰ du 23 juillet 2010 où elle précise que « *La mise en œuvre de complémentarités, les interventions communes de professionnels médicaux et non-médicaux, la gestion d'activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques, la mise en commun des politiques d'achats, la définitions d'un système d'information hospitalier et sa mise en œuvre participent de cette stratégie* ». Néanmoins, l'autorisation administrative de ce groupement n'est toujours pas délivrée car ils préexistent des zones d'incertitudes quant à la gestion de la PUI par ce GCS.

2.2.2 La création de la PUI du GCS, entre limites et incertitudes : « le diable est dans les détails ».

La réflexion sur la création de ce GCS est entamée depuis plusieurs années. Pour autant la phase opérationnelle de cette construction vient de débuter. Les premiers éléments en retour augurent d'une réelle complexification de la démarche que l'hôpital doit dépasser pour bénéficier rapidement des avantages liés à cette forme juridique de coopération.

Le partage de la PUI de l'hôpital local d'Uzès est l'élément premier justifiant et structurant la création de ce GCS. Pour ce faire, le GCS doit être titulaire de sa propre PUI. Ainsi, il faut dans un premier temps fermer la PUI de l'hôpital et celle de l'EHPAD de Villeneuve⁵¹ pour demander l'autorisation de création d'une PUI du GCS. Or, le dossier de demande de création de la PUI du groupement ne peut être valablement instruit sans approbation préalable de la convention

⁴⁹ Annexes IV, projet de budget du GCS.

⁵⁰ Annexes III, Lettre de l'ARS.

⁵¹ Fermeture prononcée par son Conseil d'administration le 21 janvier 2010.

constitutive⁵². Cette absence de concomitance est préjudiciable à la mise en place d'un groupement opérationnel dans les meilleurs délais.

La complexification du système se trouve dès lors que l'on rentre dans les détails de la création de la PUI d'un GCS. En effet, l'article R.6133-4⁵³ indique que « *lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, les dispositions du décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique relative aux établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) dotés d'un agent comptable sont applicables sauf dispositions particulières de la présente section. Dans ce cas l'agent comptable est nommé par arrêté du ministre du budget. Il assiste à l'assemblée générale du groupement* ». Les conséquences directes de cet article sont que le groupement se voit attribuer une comptabilité publique avec une instruction particulière qu'est la M 9-5⁵⁴. La complexification du système est réelle lorsque l'on sait qu'il en découle, notamment, une obligation fiscale en l'application de trois taux de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur les médicaments de cette PUI. Les répercussions sont nombreuses et atteignent la performance du système d'information. Les applicatifs DIS⁵⁵ de la société Berger-Levrault qui assuraient la gestion de la pharmacie de l'hôpital d'Uzès deviennent caduques dès l'instant que la TVA doit être appliquée. De plus, ils ne sont pas prévus pour mettre en place l'instruction M9-5. En réponse, le vendredi 25 juin 2010, nous avons rencontré cette société avec les services concernés de l'hôpital. Il en résulte de nombreux questionnements qui ne sont, à ce jour, pas encore résolus, l'engagement de la société Berger-Levrault étant de construire, ensemble, de nouveaux applicatifs s'appliquant aux EPIC, à la M 9-5 et donc au groupements de coopération sanitaire titulaire d'une PUI.

Un certain découragement s'est fait sentir à l'annonce de ces complications. La correspondance avec le GCS PUI des EHPAD du territoire de Belfort a été d'un grand soutien. Ils ont découvert les méandres liés à la création d'un GCS titulaire d'une PUI en 2004. Patiemment ils ont pu résoudre ces complications. Si leur GCS a été autorisé par un arrêté du 24 juin 2004, l'autorisation de la création de leur PUI a été obtenue en mai 2006 pour une ouverture effective du GCS en octobre 2006. D'après eux, ils arrivent aujourd'hui à la fin du processus de création de ce GCS, soit quatre ans après l'ouverture de la PUI du groupement. Conscient de l'importance de partager de telles compétences, une délégation de l'hôpital d'Uzès se rendra à Belfort en septembre 2010 pour étudier au plus près l'ensemble de ces incertitudes et freins. Il s'agit pour l'hôpital d'Uzès de limiter la durée de gestation de son GCS. Gageons que le partage de cette expérience améliorera le délai de mise en fonction de ce groupement.

⁵² La réponse de l'ARS « *La demande de création de la PUI est une demande spécifique, formulée par le représentant légal de la personne morale intéressée. Elle doit être adressée, par lettre recommandée avec accusée de réception, à l'autorité administrative compétente. Celle-ci adresse un exemplaire du dossier, pour avis, à la section H de l'ordre des pharmaciens. Le dossier accompagnant la demande doit comporter les renseignements définis à l'article R.5126-15 du Code de la Santé Publique* ».

⁵³ Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

⁵⁴ Instruction codificatrice n° 02-060-M95 du 18 juillet 2002, réglementation budgétaire, financière et comptable des EPIC, en lieu et place de la M 21 et M 22.

⁵⁵ Applicatifs : MEDIS pour le dossier médical, Dispen pour la pharmacie et le stock, Hodis pour la gestion économique et financière.

Enfin, un dernier écueil s'est fait jour courant juillet 2010. Il s'agit du positionnement de l'ARS Languedoc-Roussillon au sujet de la création de cette PUI du GCS de l'hôpital d'Uzès. Elle émet les réserves suivantes : « *Sur le fond, au vu des éléments communiqués, l'ARS se montre réservée sur ce projet en l'absence de précisions sur l'articulation avec le GCS de moyens créé dans le cadre de la CHT Cévennes-Gard-Camargue à laquelle vous vous êtes joint, selon le projet en notre possession* »⁵⁶. Et de rajouter en conclusion de ce courrier : « *les intrications de ce projet pharmaceutique avec le GCS de moyens de cette CHT devront être examinées* ». Nul doute que ce télescopage de dernière minute entre le projet de CHT et notre GCS ne soit régularisé rapidement. Contrairement à ce que note l'ARS, le projet de CHT indique que : « *le choix de la voie conventionnelle simple (pas de GCS) est retenu* »⁵⁷. Cependant, cette régularisation va demander un surcroît de temps et d'énergie à l'hôpital d'Uzès qui n'avait pas forcément besoin de telles incertitudes.

La mise en fonction d'un GCS et de sa propre PUI est donc une succession d'étapes à franchir pour bénéficier des avantages d'un tel dispositif. L'avenir de ce GCS est encore incertain mais je reste positif quant à sa création tant la mutualisation inter établissements conduite par l'hôpital d'Uzès est inscrite dans un processus de réussite. Au travers de cette expérience positive de la mutualisation, nuancée par certaines limites repérées lors de la mise en place de son GCS, il s'agit dès maintenant de présenter une sorte de méthodologie de la mutualisation qui reste de la responsabilité du directeur qui devient le manager de la mutualisation.

⁵⁶ Idem

⁵⁷ Extrait du Projet de CHT « Cévennes-Gard-Camargue », note méthodologique (1).

3 Le management de la mutualisation pour une coopération réussie

Comme nous l'avons vu, le déroulé d'un processus de coopération inter établissements s'inscrit dans un certain degré d'incertitude et de complexification qu'il s'agit d'anticiper et de maîtriser au mieux afin d'éviter l'échec. Cette responsabilité incombe au directeur de l'établissement qui se doit de mobiliser un grand nombre de savoir-faire et de savoir-être afin de conduire une mutualisation de qualité. De la conduite de projet au management du changement, les compétences à mobiliser sont multiples. Cette approche puise dans différentes disciplines théoriques et pratiques que sont la sociologie des organisations, le management, la gestion financière, la conduite de projet et la stratégie d'établissement. Ces apports mis en perspective avec les exigences de terrain doivent permettre au directeur de mieux appréhender ce mouvement inéluctable qu'est le rapprochement inter établissements. Quels préceptes méthodologiques pouvons-nous maintenant tirer de cette réflexion pour tenter de maîtriser cette activité qui consiste à coopérer ? Pour y répondre nous verrons que la mise place d'un processus de mutualisation passe par un positionnement fort du directeur et par le suivi de préceptes méthodologie proche de la conduite de projet et de la conduite du changement.

3.1 Les éléments constitutifs d'une mutualisation de qualité.

La mutualisation ne se décrète pas. Elle se construit. Cette construction se décline en plusieurs phases qui conditionnent la réussite d'une telle opération et qui correspondent aux étapes de la conduite de projet. Tout d'abord, il s'agit de déterminer une finalité à ce projet de regroupement. En effet, selon Jean pierre BOUTINET⁵⁸ : « *Les conduites à projet sont des conduites finalisées cherchant à donner du sens à l'action qu'elles anticipent* ». Autrement dit, la question du sens du projet se trouve dans sa finalité. Le directeur doit faire émerger une finalité commune à la mutualisation, un sens profond repéré par tous et accepté de tous. L'hôpital d'Uzès, dans son projet d'établissement 2010-2015, précise bien la finalité qu'il recherche de part son action sur son territoire par ces mots: « *il s'agit d'offrir une prise en charge en soins et en hébergement, humanisée et accessible, à l'ensemble des personnes âgées sur le territoire de l'Uzège et Pont du Gard* ».

Cette finalité du projet d'établissement, sorte de quête philosophique à atteindre, encadre et définit le sens de toutes les actions et projets menés par l'hôpital y compris les actions de mutualisations. La poursuite d'une finalité partagée garantit la recherche d'un même objectif qui est en définitive l'amélioration de la qualité. Dès lors, les pré-supposés d'une méthodologie de la mutualisation peuvent se décliner.

⁵⁸ BOUTINET Jean Pierre, 1990, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF, 399 p.

3.1.1 Un environnement opportun et favorable comme préalable essentiel à la mutualisation

La mutualisation inter établissements est une démarche qui s'organise dans un environnement territoriale qu'il convient de connaître.

- Comprendre et recenser les besoins de la population sur son territoire en matière d'offre de soins et d'hébergement par l'analyse des réponses existantes pour être en capacité de faire des propositions argumentées.
- Faire le constat des éléments et contraintes extérieurs à l'établissement en analysant les logiques de planification des autorités de tarification et en participant si possible aux instances qui préparent et organisent l'activité de demain dans le domaine sanitaire et médico-social.
- Faire le constat des éléments et contraintes internes à l'établissement en s'assurant de l'adhésion des personnels et instances représentatives, en inventoriant les forces vives de l'établissement, en recensant les freins à la coopération.

Dès lors, il est possible d'élaborer une stratégie propre à son établissement. Pour l'hôpital d'Uzès, cette stratégie, comme nous l'avons vu, s'est inscrite dans l'idée de s'unir pour survivre qui s'entend comme le passage d'une logique de concurrence à une logique de coopération. En fait, soit l'hôpital d'Uzès restait en concurrence avec les EHPAD de son environnement, auquel cas il aurait perdu sa qualité d'EPS, soit il développait une stratégie de la complémentarité autour de sa partie sanitaire. Ce choix stratégique a pu être opéré grâce à la volonté d'un directeur et à la connaissance des enjeux et des besoins sur un territoire donné.

Pour autant, une démarche de mutualisation est en partie une réponse à une opportunité qui se présente. Chacune des parties qui participent à ce processus est en quête d'une solidification de son propre établissement. En fait chaque partie du tout à sa propre stratégie. La réussite d'un tel agrégat est donc de s'assurer que ces stratégies soient compatibles. A ce titre, l'exemple de la mutualisation de l'hôpital d'Uzès est intéressant. En effet, les rapprochements qui ont été opérés se sont faits lorsque les établissements initiaux étaient en difficultés, dépourvus de directeur et de réelle politique d'établissement. L'opportunité pour ces EHPAD autonome était de se rapprocher d'une structure forte et en capacité de pérenniser une activité menacée. Celle de l'hôpital était de se développer et de se positionner comme un acteur incontournable de la prise en charge de la personne âgée. La correspondance entre ces deux logiques explique en partie la réussite de cette mutualisation inter établissements.

Néanmoins, elle a été fortement favorisée par l'absence d'un directeur et la mise en place de convention de gestion en direction commune. Le directeur de l'hôpital est devenue le directeur de ces EHPAD autonomes. Titulaire de cette responsabilité, il a su convaincre les conseils d'administration et les agents de la nécessité de coopérer pour maintenir et développer une activité de qualité. Ainsi, la direction commune est un moyen qui favorise la construction d'une

coopération. En ce sens, elle peut être utilisée comme un préalable efficace qui conduirait à une mutualisation inter établissements progressive et partagée par l'ensemble des parties.

Les enjeux sont différents lorsqu'il s'agit de faire coopérer des établissements ayant la même puissance stratégique. L'étude des motivations et de l'adhésion de chacune des parties est déterminante de la mise en construction d'un tel regroupement. Les questions concernant le poids des stratégies des acteurs, leurs jeux ainsi que les problématiques liées à la domination et à la perte d'identité devront être étudiées au préalable. CROZIER et FRIEDBERG indiquent qu'il faut mettre en évidence ces « *effets contre-intuitifs* » qui caractérisent les affaires humaines. Et de rajouter que « *dans leur acception la plus générale, ceux-ci désignent les effets inattendus, non voulus et à la limite aberrants sur le plan collectif d'une multitude de choix individuels autonomes. Ils marquent le décalage, voire l'opposition souvent fatale entre les orientations et les intuitions des acteurs et l'effet d'ensemble de ce comportement dans le temps, ce mécanisme fondamental qui fait qu'en voulant du bien nous réalisons le mal* »⁵⁹.

Il est essentiel de s'assurer que chacun des acteurs a une réelle volonté de partager et qu'elle se traduit par une capacité à faire passer l'intérêt collectif du groupement devant l'intérêt de son propre établissement. Cette analyse devrait permettre de mettre en place une organisation de ce processus de mutualisation adéquat permettant de juguler les effets de ces jeux d'acteurs et de ces enjeux de pouvoirs. Le choix de cette méthode, pour mener cette démarche de mutualisation en réponse aux problématiques identifiées, devient constitutif d'une organisation de la coopération garantissant un fonctionnement possible et de qualité.

3.1.2 Les préceptes d'une méthode de mutualisation

Déterminer une méthode pour mener la démarche de mutualisation permet de clarifier le processus pour les acteurs centraux qui vont conduire le travail et pour l'ensemble des parties prenantes. Sachant que chaque démarche de mutualisation est unique et singulière car chaque coopération inter établissements consiste en une réponse inédite apporter à une situation elle-même singulière. De ce particularisme surgira une réponse porteuse d'inédit amenant une création originale, une réalisation aux prises avec une situation donnée. Difficile donc de faire état d'une méthodologie applicable en toute situation. Reste à définir un certain nombre de préceptes que j'ai pu observer lors de mon stage et qui m'apparaissent déterminant pour mener à bien une démarche de mutualisation.

La méthode de conduite du projet de la mutualisation inter établissements peut s'inscrire dans une double démarche selon les situations initiales des structures souhaitant collaborer :

- La démarche descendante qui réside en ce que l'établissement de référence est l'unique acteur décisionnel du projet de coopération. Les autres établissements compte tenu de

⁵⁹ CROZIER M. et FRIEDBERG, L'acteur et le système, p 16.

leur situation précaire sont objets de cette mutualisation. Peu associés à la chaîne de décision, ils se contentent d'être membre de ce mouvement qui leur garantit une existence propre et pérenne. L'hôpital d'Uzès a procédé de cette façon pour organiser le rapprochement avec les EHPAD de son environnement proche.

- La démarche horizontale ou participative. Elle s'inaugure le plus souvent lorsque les établissements initiaux ont le même rayonnement. Cette égalité oblige chacun à organiser cette démarche de projet autour d'instances représentatives et démocratiques. Il est souvent question de collège de directeur qui pilote le projet. Des délégations de pouvoir doivent aussi être précisées. Pour autant, il est important de désigner une personne qui aura un pouvoir décisionnel afin d'éviter les situations de blocage. L'inspecteur de la délégation territoriale du Gard faisait état d'un exemple de projet de GCSMS qui a intégré cette dimension. Le collège de directeur de celui-ci a nommé un directeur en charge, à 0,50 % de son temps de travail, du développement de ce groupement avec un pouvoir décisionnel délégué par ces collègues.

En second lieu, **une organisation de la mutualisation** est nécessaire. Lorsque la phase projet aboutit à la création d'une mutualisation inter établissements et notamment par la mise en service d'un groupement, il convient de mettre en place une organisation préalablement établie. Ce point semble couler de source. Mais combien de coopérations ont débuté sans réel plan d'organisation de cette mutualisation. Cette nouvelle organisation des établissements et services mutualisés doit être élaborée concrètement. Les équipes de direction et d'encadrement doivent se positionner sur un certain nombre d'orientations stratégiques qui seront déclinées dans l'ensemble des structures mutualisées pour une prise en charge harmonisée. L'hôpital d'Uzès a ainsi fait le choix stratégique de mettre au centre de son dispositif d'EHPAD mutualisés le cadre de santé. Chacun des neuf EHPAD de l'hôpital est géré sur site par un cadre de santé. Il est l'unique représentant de l'administration et de la direction présent sur chaque établissement. Il est responsable de la bonne prise en charge du résident tant sur le plan des soins, de l'hébergement et de la dépendance. Il est soutenu par l'ensemble des services centralisés sur l'hôpital que sont : la direction et l'encadrement, les services administratifs et les services logistiques. L'ensemble de cette organisation a été travaillée par les agents au fur et à mesure des rapprochements d'établissements. Aussi pour l'EHPAD d'Aramon, j'ai mis en place une cellule de préparation à l'ouverture de ce nouveau bâtiment. L'ensemble des professions et des statuts y était représenté. Il s'est agi de déterminer les protocoles, les procédures et le fonctionnement liés à cet établissement en fonction de son lieu d'implantation et de sa capacité d'accueil. Ce choix organisationnel porté et défendu par l'hôpital est, me semble-t-il, l'élément fort de sa réussite dans la démarche de mutualisation inter établissements.

La mobilisation des moyens escomptés est aussi une exigence qui permet la réalisation du projet de groupement. Un inventaire est d'abord à faire concernant les moyens humains, techniques, financiers nécessaires pour la mise en œuvre de la coopération. Ces moyens seront compatibles avec ce qui aura été déterminé dans l'approche stratégique déterminée lors du travail

de conception. Un tel inventaire gagnera à inclure les moyens complémentaires nécessaires pour contourner en cours de réalisation tel ou tel obstacle ou surmonter telle ou telle contrainte.

D'autant plus que **des obstacles à dépasser** se feront jour. Les environnements actuels au sein desquels doivent s'inscrire les mutualisations sont d'abord des environnements complexes. Il est important d'intégrer dans le processus de mutualisation l'idée que celle-ci ne va pas se faire sans difficultés et obstacles. Il faut donc induire à tous les participants l'acceptation des ajustements nécessaires et tenir compte du temps nécessaire au compromis et à la négociation. Chaque projet de mutualisation évolue au fil de sa conception. Il suffit d'en être conscient dès le début afin d'ajuster sa pratique. Pour exemple, l'hôpital d'Uzès a accepté de gérer en direction commune l'EHPAD de Montfrin en 2007 dans l'optique voulue des autorités de tarification et de la municipalité de fusionner les deux établissements. Pour des raisons obscures, cette fusion n'est plus aujourd'hui à l'ordre du jour. Le processus de mutualisation n'a pour autant pas souffert de cette tergiversation car, dès l'origine, cette éventualité avait été évoquée par le directeur de l'hôpital.

Enfin, la coopération inter établissements se doit de **penser son devenir**. La mutualisation est une nouvelle organisation qui se doit d'être accompagnée et évaluée pour conduire son évolution. Les écarts et les dysfonctionnements doivent être mesurés et réajustés si nécessaire. Ce positionnement dynamique permettra de projeter et d'envisager de nouvelles coopérations et mutualisations. A l'hôpital d'Uzès, il est question de l'intégration d'un nouvel EHPAD en direction intégrée. De toute manière, la délivrance de l'autorisation de la PUI du GCS de l'hôpital dans un contexte futur de réintroduction du médicament dans le forfait soins des EHPAD va s'en nul doute favoriser un rapprochement entre les établissements concernés et le GCS de l'hôpital.

En définitive, la conduite d'un processus de mutualisation doit :

- déterminer le mode décisionnel et participatif de ces membres,
- concevoir sa nouvelle organisation,
- déterminer et obtenir les moyens nécessaires,
- anticiper les difficultés pour les dépasser,
- préparer son avenir et évaluer ses pratiques.

Ce déroulé de préconisations s'apparente au concept de conduite de projet qui me semble-t-il est une méthodologie qui permet de mener à bien une démarche de mutualisation. A ce titre, chaque processus de mutualisation peut se manager par la conduite de projet en suivant les étapes essentielles déclinées par Jean Pierre BOUTINET⁶⁰ que sont la phase préparatoire, la phase de réalisation et la phase d'évaluation/pérennisation. Les processus de mutualisation et de coopération pour être menés à bien doivent donc se manager comme des projets qu'il s'agit de conduire. Cette responsabilité appartient au directeur qui devient ce manager de la mutualisation.

⁶⁰ Op. cit

3.2 Le directeur manager de la mutualisation

La mutualisation inter établissements est un enjeu fort pour le devenir des institutions. Ce mouvement dynamique se doit d'être saisi par le directeur qui devient ce manager de la mutualisation au sens où il conduit ce processus. Dans son ouvrage, *Histoire et sociologie du management*, C. THUDEROZ⁶¹ explique que le mot « Manager » signifie à la fois administrer et dresser. Ces deux acceptions croisent ainsi les deux dimensions du management que sont le fait de gérer les hommes et les matériels ; et l'art de bien les gérer avec patience, discipline et rigueur. A l'interface de ces deux dimensions se situe l'action du directeur d'établissement qui se doit d'être à la fois auteur de la mutualisation inter établissements et acteur de celle-ci.

3.2.1 Le directeur initiateur et pilote de la mutualisation

Les préceptes du directeur manager de la mutualisation renvoient à la nécessité d'être porteur d'un projet politique pour développer la qualité de la prise en charge de la personne âgée et à la capacité de mobiliser un certain nombre de compétences inhérentes aux métiers de directeur.

A) Le directeur impulse une dynamique de la mutualisation

La stratégie c'est « l'ensemble constitué par les réflexions, les décisions, les actions ayant pour objet de déterminer les buts généraux, puis les objectifs, de fixer le choix des moyens pour réaliser ces buts, de mettre en œuvre les actions et les activités en conséquences, de contrôler les performances attachées à cette exécution et à la réalisation des buts »⁶². Rapportée au secteur sanitaire et médico-social, la stratégie se doit d'être conduite par le directeur d'établissement pour assurer les missions qui lui sont dévolues et contribuer à la pérennité de son activité. Ce management de la stratégie de l'établissement est constitutif du métier de directeur et oblige celui-ci à inscrire son institution dans une dynamique régénératrice. L'ouvrage de Jean-Marie MIRAMON⁶³ sur le management du changement ne se lasse pas de le répéter : « Il faut se défier du stable et de l'immobile, de la satisfaction et de sa douceur ronronnante. Il redit sans cesse, la nécessité de s'inscrire dans le temps historique de la faille et de la rupture ». Autrement dit, le directeur doit être l'initiateur de cette instabilité salvatrice qui inscrit l'établissement dans une perspective d'adaptation permanente. Les processus de mutualisation et de coopération inter établissements participent de cette manière de manager de certain directeur qui n'hésite pas à s'engager sur de telles stratégies de changement. Le directeur de l'hôpital d'Uzès explique que sans cet engagement stratégique à vouloir coopérer avec le secteur médico-social l'établissement aurait été dépossédé de son activité sanitaire.

⁶¹ THUDEROZ C⁶¹., 2006, *Histoire et sociologie du management*,

⁶² MARCHESNAY M., *Management stratégique*, Les Editions de l'ADREG, Mai 2004.

⁶³ MIRAMON J.P, PATURET J.P, 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^{ème} édition, Rennes.

Sans volonté et **engagement** il n'y a pas de coopération. Le métier de directeur est toujours un engagement vis-à-vis de soi et de l'autre que se soit l'utilisateur, le résident ou l'établissement. Le directeur est donc un homme qui s'engage sur des choix qui ne sont jamais des absolus et qui sont liés toujours à la fois aux circonstances, à l'environnement, aux connaissances techniques et à sa personnalité. Le directeur est une sorte d'équilibriste que cette position intermédiaire ne laisse jamais en repos et qui l'oblige à toujours aller de l'avant dans un déséquilibre dynamique.

En effet, l'art de diriger consiste à vivre ce paradoxe :

- rendre pérenne une institution, permettre une stabilité dans la durée pour produire un accompagnement de qualité et récolter les effets et les résultats.
- prévoir les évolutions, saisir les opportunités, mesurer les enjeux, anticiper les actions, ce qui suppose déstabilisation, déploiement, mutations à la fois structurelles, techniques et comportementales.

Les regroupements et coopérations participent de ce paradoxe car c'est par la mise en commun de moyens et d'activités qu'ils assurent leur devenir et leur activité. En définitive le directeur est l'acteur principal de ces regroupements, qu'il refuse toute évolution ou qu'il en soit au contraire l'initiateur. S'agissant de l'accompagnement de ce mouvement, le directeur manager se doit de mobiliser un certain nombre de compétences et de savoir-faire.

- B) Le directeur en charge de la bonne conduite de la mutualisation : entre compétences et savoir-faire

Les effets de la mutualisation complexifient la gestion d'un établissement. Il s'agit en cela d'anticiper ces conséquences pour ne pas être submergé par la tâche ou le périmètre des responsabilités. Les leviers d'action se trouvent dans le management des ressources humaines, une communication adaptée et une gestion financière efficace.

Le management des ressources humaines devient essentiel à l'organisation de cette mutualisation. Les apports de la mutualisation sur la gestion des ressources humaines (GRH) sont réels et concrets de part l'optimisation de l'utilisation du personnel. La diversité des profils donne un atout supplémentaire à une gestion des ressources humaines performante. Les complémentarités peuvent s'opérer et la dynamique collective s'en trouve confortée. Le partenariat est perçu comme un apport de compétences dont une structure seule ne disposerait pas. Il représente une ressource en cas de difficulté. Il permet de pallier le manque de personnel par la mise en commun d'agents entre deux structures. En matière de gestion des ressources humaines, les possibilités de mutations internes sont nombreuses et peuvent prévenir la routine et l'ennui. Elles permettent aussi dans le respect du droit individuel de formation, de développer une politique de promotion professionnelle ambitieuse. D'ailleurs, le regroupement de tous ces établissements

ouvrent aux plus petits d'entre eux des possibilités de formation auxquelles seuls, ils n'auraient pas eu accès.

Ceci étant dit, les aspects positifs de cette mutualisation doivent être accompagnés d'une mise en œuvre des outils du management. En premier lieu la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GEPC) permet au directeur d'anticiper la mutualisation et, surtout, les besoins complémentaires qu'elle pourrait engendrer. Elle permet également d'anticiper des recrutements liés à des départs à la retraite ou à des désirs de mobilité. Et enfin, elle favorise le développement d'un plan de formation plus conséquent. Pour autant, il convient de renforcer le service des ressources humaines qui du fait de cette mutualisation se voit attribuer la gestion de nouveaux agents et le développement d'une politique de ressource humaine plus exigeante. L'hôpital d'Uzès a fait le choix de professionnaliser son service des ressources humaines en le dotant d'une directrice adjointe chargée de la GPEC et de la formation. A ce titre, elle exerce la mission de contrôle de gestion sociale, de répartition des moyens, de relation avec les partenaires sociaux, de recrutement, et d'amélioration des conditions de travail.

En outre, le nouveau projet d'établissement dans son projet social réaffirme le choix stratégique d'un management de proximité mettant en valeur l'ensemble des personnels. Et de dire « *La GRH doit être partagée, et ce, sur des thèmes très concrets et de façon très opérationnelle. Il est possible sur des sujets aussi importants que le recrutement, la gestion des effectifs, l'évaluation des performances, la formation, de définir des niveaux complémentaires de responsabilités. A ce titre le management de proximité, c'est-à-dire celui d'une équipe mobilisée autour d'un projet décliné en objectifs de service et individuels, constitue pour tous les cadres de l'hôpital une responsabilité inéluctable* ⁶⁴ » Ce management par le partage des responsabilités est une des marques de fabrique de cette hôpital qui a permis de mobiliser la plus grande partie des personnels sur les projets de coopérations. Le rattachement de nouveaux établissements et l'accueil de nouveaux agents n'ont pas détériorés le climat social de l'hôpital. Au contraire, il est à noter que le bilan social est positif. Preuve en est, le taux d'absentéisme qui était en 2006 de 17,83 jours par agent est en 2009 de 17,19 alors que la moyenne nationale est de 19,3. D'autant plus que, le turn-over est faible et l'attractivité réelle ce qui illustre l'attrait exercé par ces établissements encouragés par une politique de communication adaptée.

La politique de communication est un réel enjeu constitutif de la réussite de ces évolutions. En effet, coopérer comme nous le rappelle Philippe ZARIFIAN⁶⁵, c'est communiquer. La communication est le socle sur lequel se construit la coopération. Et, il ne peut y avoir de communication sans que se manifeste la volonté partagée de s'engager dans un réel processus coopératif. L'hôpital d'Uzès s'est saisi de cette problématique dès 2007 en élaborant une stratégie de communication par la mise en place d'un plan de communication pluriannuel 2007-2010. Il s'illustre par la mise en place :

⁶⁴ Projet d'établissement de l'hôpital local d'Uzès, p 54.

⁶⁵ ZARIFIAN P. *Compétences et stratégies d'entreprise. Les démarches compétences à l'épreuve de la stratégie de grandes entreprises*, Paris, Editions Liaisons, 2005.

- d'une équipe chargée de la communication composée d'un directeur adjoint et d'un chargé de communication,
- d'un journal interne trimestriel depuis 2007,
- d'un livret d'accueil sanitaire en 2008,
- d'un site internet pour un rayonnement rapide auprès des usagers et des professionnels.
- d'un livret d'accueil mutualisé pour les 9 EHPAD.

Enfin, **la gestion financière**, complexifiée par l'apparition de nouveaux budgets, devient un levier essentiel du management de la mutualisation. Elle a pour but de dégager des marges de manœuvres supplémentaires qui serviront à améliorer la situation de ces membres. A l'hôpital local d'Uzès, la gestion financière partagée a notamment permis de solidifier la situation économique de l'EHPAD de Cabrières et Redessan qui était mal engagée. A l'origine, l'autorisation de création de ce nouvel EHPAD public de 104 places a été délivrée à une communauté de commune. Cette création d'établissement public autonome se faisait sans aucun établissement de référence. Ce projet d'investissement était dénué de capacité d'autofinancement et de trésorerie, il s'est donc financé par l'emprunt à auteur de 80%, le reste étant des subventions du département. Et c'est en cours de construction que le département du Gard a fait appel à l'hôpital pour soutenir ce projet. En effet, sans trésorerie, l'EHPAD était incapable de payer les frais d'intérêts dus pendant la construction. Qui plus est, il n'aurait pas pu financer l'anticipation d'un certain nombre de dépenses d'ouverture sachant que les recettes d'hébergement n'arrivent que bien plus tard. D'après le directeur de l'hôpital, le coût d'ouverture d'un EHPAD de cette taille est de 700 000 euros. Dans le cadre de ce regroupement par convention, c'est l'hôpital d'Uzès qui a fait face à cette dépense. Avec l'appui des autorités de tarification, il a joué le rôle de banquier de l'EHPAD jusqu'à ce que celui-ci puisse le rembourser. Sans cela, ce nouvel EHPAD aurait du créer une ligne de trésorerie comparable à un emprunt. Le tarif hébergement en aurait été affecté et l'utilisateur obligé de payer. La conduite d'une gestion financière pragmatique et ayant pour objet la maîtrise des dépenses allouées est un challenge de la coopération que le directeur se doit de gagner au profit du résident et du patient.

3.2.2 La fonction de directeur et la mutualisation : un avenir et une combinaison à inventer.

La mutualisation augure de la construction, du changement et de l'évolution de la fonction de directeur d'établissement public autonome dans le domaine sanitaire, médico-social et social. Comme nous l'avons vu, le périmètre de responsabilité du directeur passe d'une logique d'établissement à une logique d'organisation qu'il s'agit de pérenniser et de développer. Ceci oblige le directeur à appréhender de nouvelles fonctions qui tendent à faire évoluer les représentations identitaires liées à ce métier.

A) Des nouvelles fonctions managériales à appréhender.

La fonction de lobbying de part la construction d'un réseau de relation publique d'influence sur son territoire devient une réalité de la fonction de direction. Comme la création des ARS renforce la planification et la programmation dans le secteur médico-social et sanitaire, le directeur devra aller chercher des éléments stratégiques pour la prospective de son établissement. L'idée est d'être informé au plus près voire en aval de la publication de l'appel à projet car les délais de réponse seront très courts, de l'ordre de deux à trois mois. Le directeur a tout intérêt à s'investir dans les nouvelles instances consultatives créées par la loi HPST et notamment la CRSA et la conférence de territoire. Ces lieux stratégiques de la prospective et de la décision serviront le directeur dans l'appréciation de l'environnement de son établissement pour lui permettre de se positionner au plus juste.

De plus, le directeur d'établissement sanitaire, médico-social et social exerce le plus souvent des fonctions généralistes. Dirigeant de petits et moyens établissements, il doit réaliser l'ensemble des tâches dédiées à la direction de sa structure. L'une des conséquences de la mutualisation inter établissements est que ce genre de direction va disparaître au profit de directions fonctionnelles. La mutualisation inter établissements induit le regroupement des directeurs dans une équipe avec une spécialisation des fonctions. Dans le Gard, l'ARS est favorable à ce que la mutualisation de la fonction de directeur soit inscrite dans la convention constitutive des GCSMS. La coopération de plusieurs EHPAD permettrait la création d'équipes de direction avec des fonctions différentes et complémentaires. Et de préciser que la fonction de directeur responsable du développement et de la stratégie deviendra une nécessité en réponse au processus d'appel d'offre qui est mis en place.

L'expérience concernant la réponse au cahier des charges des unités d'hébergement renforcée (UHR) et des pôles d'activités et de soins adaptées (PASA) que j'ai menée lors de mon stage m'a donné un aperçu de la tâche qui nous attend. En trois semaines, il m'a fallu concevoir et rédiger deux candidatures à des PASA et une candidature à une UHR. Seul mon appétence pour ce genre de projet et ma disponibilité de stagiaire m'ont permis de relever ce défi. En fait, j'ai pu exercer à ce moment la fonction managériale de développement de projet. Ainsi, la mutualisation des équipes de direction au fil de la création de groupement inter établissements est l'avenir. Elle permettra de lutter contre l'isolement du directeur, de partager des compétences, d'augmenter sa puissance managériale et son analyse stratégique en assurant des fonctions spécifiques comme la GRH, les finances, la stratégie et les travaux. En contre partie, elle risque de bouleverser l'ordre établi dans le secteur médico-social selon lequel le directeur est le chef de son établissement et ce quelque soit sa taille.

B) Du directeur d'établissement au directeur d'organisation mutualisée : un réel métier aux multiples fonctions.

Le métier de directeur d'établissement incarné par la figure tutélaire et paternelle d'un homme ou d'une femme charismatique dans le domaine médico-social et social est en cours de révolution. Les mouvements de coopérations et surtout de restructurations qui se dessinent avec la loi HPST me font penser que les tenants de cette profession vont évoluer. Nombre de directeurs se voient déjà attribuer la gestion de plusieurs établissements sur un périmètre géographique conséquent. Redéploiement, adaptation, expérimentation, évolution : le secteur sanitaire, médico-social et social est en constant mouvement. Aussi, la complexité des fonctions et des tâches se généralise et oblige le directeur à développer ses compétences et son degré de professionnalisation. Cependant, à trop faire valoir que la direction d'un établissement relève de la complexité favorise l'émergence du directeur « expert » qui met en action un ensemble de fonctions à exécuter ou de ratios à utiliser au service de la gestion. Comprendons donc qu'il n'est ni possible, ni souhaitable de tout voir, de tout entendre et de tout maîtriser. Dans la perspective de la complexité, on considère au contraire, comme le dit Jacques ARDOINO⁶⁶, que l'objet contient en lui-même une force de « *négativité* » qui peut toujours déjouer les stratégies imposées. Ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'objets humains ou de systèmes sociaux. On peut comprendre dès lors que diriger est un véritable métier fait de stratégies, d'intuitions, de relations et d'expérience ; autant d'éléments qui sans doute ne se mesurent pas.

A l'avenir, les processus de mutualisation inter établissements auront pour conséquence l'évolution des représentations qui concernent le métier de directeur. Les directions deviendront au fil des coopérations des collectifs ou des collèges de directeurs. Les fonctions opérationnelles seront partagées faisant apparaître des compétences transversales et transmissibles. Gageons que ces rapprochements permettront d'élaborer un véritable corps de métier utile à sa professionnalisation et à son identification.

En définitive, le profil du directeur « old school » installé dans l'exercice solitaire du pouvoir et propriétaire de sa structure va s'estompé au profit du « new manager » composé d'hommes et de femmes qui exerceront un métier de gestionnaire et de développement de projet coopératif. Pour ma part, j'aimerais être à l'interface de ces deux modèles en combinant les qualités du politique et de l'expert. A ce titre, j'envisage l'exercice de cette profession au travers de la définition de Jean-Bernard PATURET dans la préface de l'ouvrage de Jean-Marie MIRAMON⁶⁷ : « *La fonction de direction devient donc cet entre-deux, entre la volonté légitime d'une maîtrise de la prise en charge au niveau du projet, de la gestion et de la prévision, et l'imprévisibilité constitutive du politique dans la rencontre avec la mobilité permanente des évènements* ».

⁶⁶ « *Le métier de directeur. Techniques et fictions* », Presses de l'EHESP, 2009, chapitre VI : « Les habits neufs du directeur », p129-162.

⁶⁷ Op.cit.,

Conclusion

La mutualisation inter établissements est donc un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire, médico-social et social au sens où elle oblige celui-ci à adapter sa pratique à cette évolution majeure qui s'annonce.

Les pouvoirs publics, de part la loi HPST qui impacte le secteur sanitaire et médico-social, sont désireux de moderniser l'offre de soins et d'hébergement médicalisé sur des territoires reconfigurés par les ARS et leur directeur général. Le renforcement de la planification et de la programmation est affiché. Autrement dit, la mutualisation et la coopération vont être pilotées au niveau régional. Cette nouvelle approche territoriale va se mettre en place avec les différents schémas qui seront opposables. Autant dire que le risque de passer d'une coopération volontaire à une coopération incitée voire obligatoire sera important. Ainsi, le schéma médico-social devient maintenant le premier outil d'incitation à la coopération. Son opposabilité indique que les coopérations inscrites dans le schéma sont obligatoires. Cela signifie qu'un renouvellement ou un développement d'activité ne pourront pas se faire sans respecter cette obligation de coopération qui sera plus ou moins définie selon les territoires.

Face à cette évolution, le directeur d'établissement se doit, dès aujourd'hui, d'anticiper ce phénomène de rapprochement et de partenariat s'il ne veut pas en être contraint. L'hôpital local d'Uzès a entrepris ce mouvement depuis quelques années de part une mutualisation dite au fil de l'eau en réponse à des opportunités plutôt qu'à une planification organisée. Cet EPS a ainsi pu se déployer grâce à la coopération avec de nombreux ESMS spécialisés dans la prise en charge de la personne âgée dépendante. Cette complémentarité entre l'activité sanitaire et médico-sociale développée autour d'un hôpital local fait maintenant référence dans le département du Gard. Cette nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale pilotée par le chef d'établissement et son équipe de direction est actuellement en cours de structuration juridique et réglementaire de part la création de son GCS « *Territoire sanitaire de premier recours de l'hôpital d'Uzès* » qui ne se fait pas sans difficultés.

Néanmoins, l'étude de la naissance de cette nouvelle organisation permet de poser un certain nombre de préceptes utiles à toute démarche de coopération. Pour l'hôpital d'Uzès, les quatre piliers de cette mutualisation réussie sont le choix d'un positionnement stratégique, la poursuite d'une finalité, la recherche d'un but et d'un objectif en réponse à un besoin identifié sur le territoire de proximité de l'établissement. Cette démarche, associée à une réelle capacité de l'hôpital à inventer une nouvelle organisation incorporant les EHPAD dans une communauté favorisant la qualité de la prise en charge de la personne âgée, a permis la mise au point d'une filière gériatrique de proximité et de qualité sur le territoire de l'Uzège – Pont du Gard.

Cette conduite de la mutualisation, déterminée par le chef d'établissement de l'hôpital d'Uzès, s'apparente clairement à la méthodologie de gestion de projet. Pour ma part, la démarche de mutualisation et de coopération se définit, se détermine et se conduit par la conduite de projet. La mutualisation est par essence un projet qu'il s'agit de conduire et par là même de manager.

En ce sens, le management de la mutualisation doit permettre de garantir une coopération inter établissements de qualité. Pour ce faire, le directeur doit passer d'une logique d'établissement à une logique d'organisation. Fini la pensée relative à une seule structure, voici l'ère du groupement sanitaire et médico-social qui est en fait une nouvelle organisation composée de plusieurs établissements et services sur un territoire donné. Cet agrégat⁶⁸ d'établissements autonomes et de services spécialisés dans la prise en charge de la personne âgée fragilisée va devenir la norme. Par conséquent, cet assemblage territorial de structures mutualisées induit l'évolution du métier de directeur d'établissement. La mutualisation et le partenariat entre directeurs deviennent constitutifs de la fonction. Il me semble que des collèges et collectifs de directeurs seront à la tête de ces nouvelles organisations. La fonctionnalisation des directeurs va devenir une réalité proposant de nouvelles opportunités à notre profession. En cela, il conviendra de rester vigilant à ne pas trop favoriser la spécialisation des fonctions qui risquerait à terme de gommer le nécessaire engagement politique utile à cette profession au profit de l'unique dimension de l'expert.

En effet, dans une société où la vieillesse n'est plus une valeur positive, le directeur doit être le premier défenseur des valeurs de solidarité intergénérationnelles pour qu'un futur soit possible. Pour E. HIRSCH⁶⁹, la question fondamentale est la place de la personne vulnérable dans la société. Celle-ci a-t-elle le droit de cité ? En cela, il évoque la place de la personne au trop grand âge qui est de fait vulnérable. Autrefois, la place des aînés découlait du lien social instauré par une société basée sur des solidarités familiales et de proximité. Il apparaît aujourd'hui clairement une distanciation de ce lien, qui conduit à une relégation du grand âge. Les discours nationaux qui entourent les multiples réformations mettent toujours en valeur la place de la personne âgée dans le souci d'améliorer la qualité de la prise en charge. Force est de constater que si cette volonté est essentielle, elle est aussi très complexe à concilier avec les réalités de terrain.

De sorte que l'enjeu de notre profession se joue à l'interface entre la responsabilité et l'éthique. En d'autres termes, nous avons la responsabilité d'être les défenseurs d'une place revalorisée de la personne âgée dans notre société. Pour autant, il n'y aura pas de prise en charge idéale qui satisferait l'ensemble de la population et des acteurs. Des choix et des partitions devront être faits par les pouvoirs publics, les directeurs et les équipes.

⁶⁸ Encyclopédie Universalis Edition 2008 : « *Au sens premier, un agrégat est un assemblage de parties qui forment un tout* ».

⁶⁹ Propos recueillis lors d'un entretien avec E. HIRSCH, directeur de l'espace éthique de l'AP-HP, réalisé le 13/05/2009 dans le cadre du module interprofessionnel organisé par l'EHESP.

A ce titre l'éthique peut-être soutenante au sens ou E. HIRSCH la définit : « *l'éthique n'est pas le choix entre le bien et le mal, mais c'est l'appréhension de la complexité* ». En définitive, l'une des qualités premières demandée à un directeur serait cette capacité à appréhender la complexité qui au demeurant ne fait que s'amplifier par la mutualisation inter établissements.

Bibliographie

Ouvrage

BOUTINET Jean Pierre, 1990, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF, 399 p.

CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., 1998, *Coopération Hospitalière : l'épreuve de vérité*, PARIS : MASSON, 170 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, *L'acteur et le système*, Seuil,

MARCHESNAY M., *Management stratégique*, Les Editions de l'ADREG, Mai 2004.

MIRAMON J.M, PATURET J.B, 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 150 p.

MIRAMON J.M, PATURET JB, COUET D., 2005, *Le métier de directeur. Techniques et fictions*, Editions ENSP, 265 p.

THUDEROZ C., 2006, *Histoire et sociologie du management*, Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 393p.

ZARIFIAN P. *Compétences et stratégies d'entreprise. Les démarches compétences à l'épreuve de la stratégie de grandes entreprises*, Paris, Editions Liaisons, 2005.

Textes législatifs et réglementaires

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

MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 13 août 1991

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel de la République Française, 3 janvier 2002

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal Officiel de la République Française, 18 janvier 2002

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel de la République Française, 12 février 2005

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006. Journal Officiel de la République Française, 20 décembre 2005

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret N° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire). Journal Officiel de la République Française, 8 avril 2006.

PREMIER MINISTRE. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ; JO

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du CASF.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, LE SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTE. Circulaire DH/AF3/S15 n°99-225 du 14 avril 1999 relatives aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatiques hospitalière.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n°2003/257 du 28 Mai 2003 relatif aux orientations concernant la place des hôpitaux locaux dans l'organisation générale des soins

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Instruction codificatrice n° 02-060-M95 du 18 juillet 2002, réglementation budgétaire, financière et comptable des EPIC,

Articles

LAGA Lydia, 2010, « Le lancement des agences régionales de santé ». *Actualités Sociales Hebdomadaires*, N° 2654, pp. 39-43.

JOUANNIN S., GEY M., Septembre/Octobre 2008, « Coopération : état des lieux et difficultés ». *La lettre de l'Observatoire Economique, Social et Financier*, N° 8, FEHAP, 8 p.

CORMIER Maxence, 2007, « Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ». *Revue fondamentale des questions hospitalières*, N° 14, pp. 353-390.

Dictionnaires

Le Littré, 2000, « Dictionnaire de la langue française en un volume ». Paris : Hachette, 1839 p.

Rapports

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, 2008. PARIS : La documentation française, 172 p.

Thèses et mémoires

EPISSE C., 2007, « La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient – L'exemple des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge » mémoire DESS : Ecole Nationale de la Santé Publique, 82 p.

ALILI S., 2008, *Le groupement de coopération sociale et médico-sociale, un outil fonctionnel de coopération ? L'exemple du GCSMS « Les EHPAD publics du Val-de-Marne »*, mémoire DESS : EHESP, 83 p.

VERLAQUE N., 2010, *La coopération inter hospitalière : un atout pour la recomposition de l'offre de soins ? Le cas des centres hospitaliers du territoire de santé Alpes Sud*, mémoire IASS : EHESP, 48 p.

Conférences

« Coopérations : Loi HPST et coopérations entre établissements : de nouveaux outils au service de la stratégie de groupe ». Forum FHF, Hôpital Expo 2010.

MARCIQUET V., PETRELLA F., « Le processus de coopération inter-assocative : analyse et application aux organismes de lutte contre l'exclusion », *Mutualisation dans le champ sanitaire et social : quelles transformations, appropriations et résistances pour les territoires, les organisations et les professions*, IRTS de Marseille, 5 et 6 mai 2010.

« Quel avenir pour les EHPAD dans le cadre de la loi HPST ? » Colloque FHF, PARIS, Décembre 2009.

Autres documents

Le projet de l'hôpital local d'Uzès et des EHPAD de son territoire 2010-2015, déposé à l'ARS le 2 avril 2010.

La demande d'autorisation de création d'un Groupement de Coopération Sanitaire du territoire sanitaire de premier recours de l'hôpital d'Uzès, déposée le 7 juin 2010 à l'ARS

La demande d'autorisation de création d'une PUI du GCS du territoire sanitaire de premier recours de l'hôpital d'Uzès, déposée le 7 juin 2010 à l'ARS.

Analyse et étude de la DHOS, « *Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire : bilan au premier janvier 2009* ».

Schéma départemental des personnes âgées du Gard 2004-2009, 83 p, 2005.

Site internet

www.legifrance.gouv.fr

Liste des annexes

ANNEXES I : Cartographie de la zone d'attraction de l'hôpital d'Uzès du pays de l'Uzège – Pont du Gard

ANNEXES II : Cartographie de la communauté d'EHPAD de l'hôpital d'Uzès

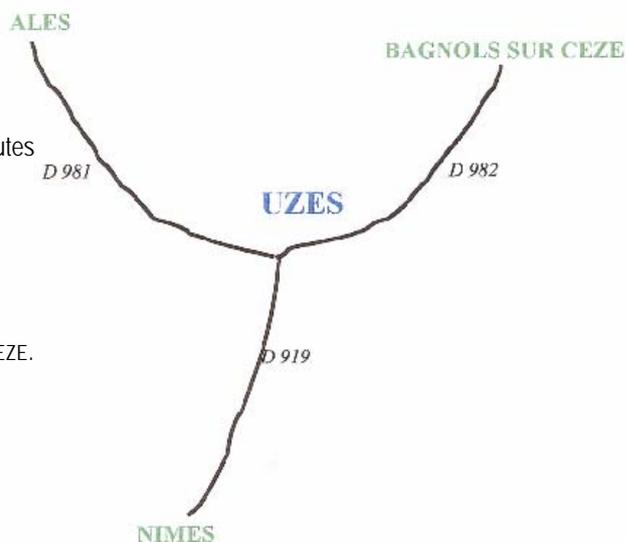
ANNEXES III : Lettre de l'ARS en réponse à la demande d'autorisation du GCS piloté par l'hôpital d'Uzès

ANNEXES IV : Projet de budget du « GCS du territoire sanitaire de premier recours de l'hôpital d'Uzès »

ANNEXES V : Grille d'entretien

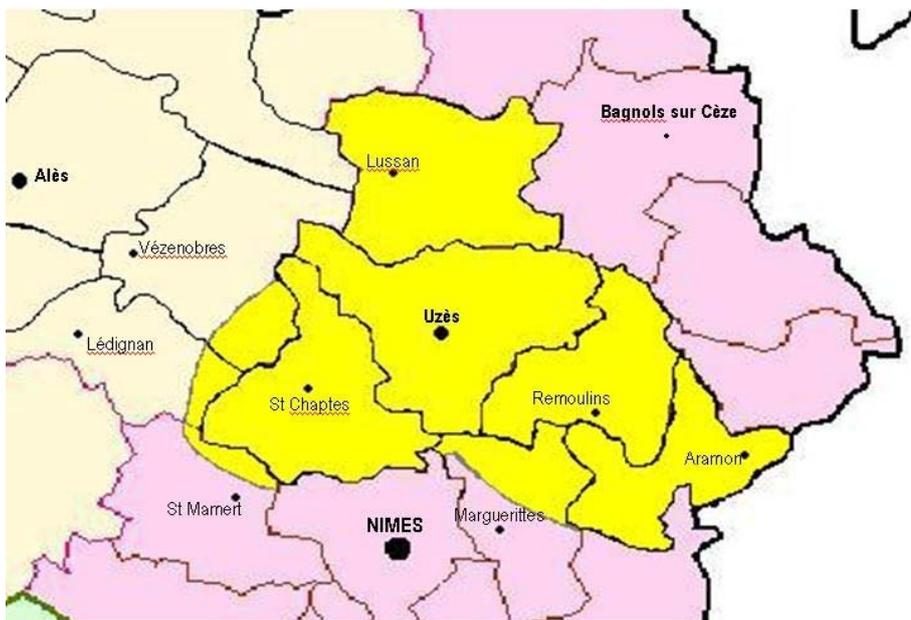
La situation géographique de l'hôpital local d'Uzès

Au centre d'un triangle Nîmes - Bagnols sur Cèze - Alès.
 A environ 30 minutes de chacune de ces villes par des routes départementales.



Uzès dépend du territoire de recours NIMES -BAGNOLS SUR CEZE.

Le pays de l'Uzège – Pont du Gard : Territoire d'attraction de l'hôpital d'Uzès



La population de la zone d'attraction de l'HLU est en constante évolution. Elle est passée en 10 ans, du fait de l'évolution démographique et de l'élargissement du territoire de prise en charge, de 41 500 personnes à 90 224 personnes. La population des plus de 75 ans représente 6 831 personnes, soit 7,7% du bassin de population.

La zone d'attraction d'Uzès regroupe les cantons et communes suivants :

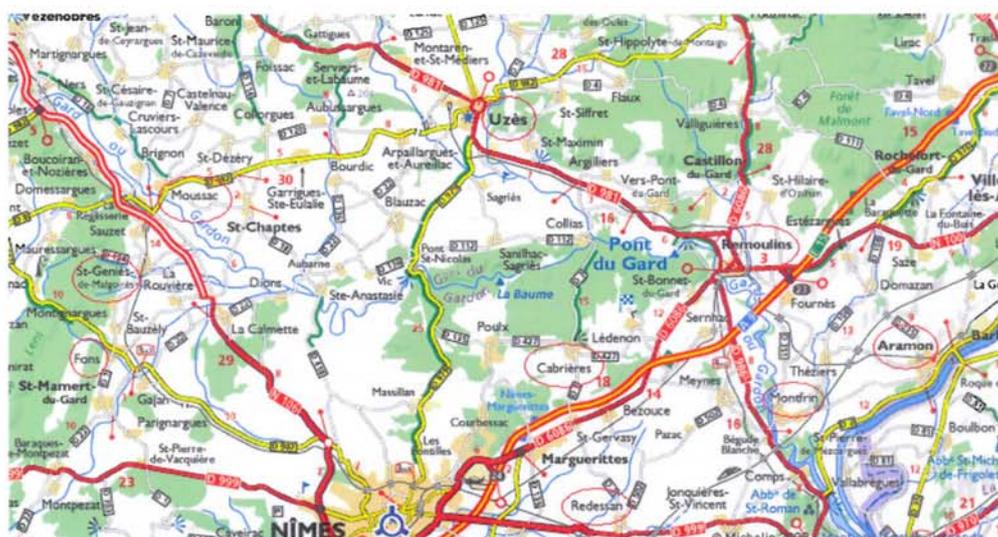
Cantons et Communes	Population 2008	Estimation + de 75 ans		Cantons et Communes	Population 2008	Estimation + de 75 ans
Canton d'Aramon	15 004	1 002		Canton de Vézenobres	2 204	192
Canton de Lussan	4 194	306		Castelnau - Valence	291	25

Canton de Remoulins	8 522	622		<i>Brignon</i>	786	69
Canton de Saint Chaptès	13 499	926		<i>Cruviers - Lascours</i>	537	47
Canton d'Uzès	18 736	1 841		<i>St Maurice de Cazevieille</i>	588	51
Canton de Saint Mamert	13 805	697		Canton de Lédignan	1 431	125
Canton de Marguerittes	12 829	1 120		<i>Boucoiran - Nozières</i>	679	59
<i>Cabrières</i>	<i>1 309</i>	<i>114</i>		<i>Domessargues</i>	630	55
<i>Manduel</i>	<i>6 288</i>	<i>549</i>		<i>Mauressargues</i>	122	11
<i>Redessan</i>	<i>3 162</i>	<i>276</i>		<u>TOTAL</u>	<u>90 224</u>	<u>6 831</u>
<i>Bezouze</i>	<i>2 070</i>	<i>181</i>				

Extrait du plan directeur du projet d'établissement de l'hôpital d'Uzès et de ses EHPAD 2010-2015.

En rouge, les communes où l'Hôpital Local d'Uzès possède ou construit un établissement :

- Uzès
- Saint-Géniès-de-Malgoirès
- Fons
- Moussac
- Cabrières
- Redessan
- Montrin
- Aramon
- Remouliès



ANNEXES III : Lettre ARS en réponse à la demande d'autorisation du GCS piloté par l'hôpital d'Uzès



Direction : Offre de Soins et de l'Autonomie

Pôle : Soins Hospitaliers

Affaire suivie par : Hélène DOUZAL
Courriel : helene.douzal@ars.sante.fr

Téléphone : 04.67.07.21.49
Télécopie : 04.67.07.20.08

VIRéf. : votre transmission reçue le 21/06/10

N°Réf. : SH HD 2010 07 23 334
PJ : 1

Date : 23 JUIL 2010

Objet : Demande d'autorisation de création d'un Groupement de Coopération Sanitaire

Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier d'Uzès
1 et 2 avenue maréchal Foch
B.P 81050
30701 Uzès Cedex

Monsieur le Directeur,

Par transmission visée en référence vous nous avez communiqué un dossier relatif à la création d'un groupement de coopération sanitaire, le « GCS du territoire sanitaire de recours de l'hôpital d'Uzès ».

Ce dossier comporte les projets de convention constitutive et de règlement intérieur du groupement, ainsi qu'un dossier de demande d'autorisation de création d'une pharmacie à usage intérieur.

L'examen de ces documents nous conduit à formuler les observations suivantes :

Pour ce qui concerne l'objet du groupement :

L'objet du groupement, défini à l'article 3 de la convention constitutive, répond au principe de déclassement entre médicosocial et sanitaire et s'inscrit dans une stratégie de coopération et d'efficience conforme aux orientations de la loi HPST.

La mise en œuvre de complémentarités, les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux, la gestion d'activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques, la mise en commun des politiques d'achat, la définition d'un système d'information hospitalier et sa mise en œuvre, participent de cette stratégie.

La création d'une pharmacie à usage intérieur dédiée à l'ensemble des établissements membres du groupement, y concourt de manière spécifique : elle doit permettre l'élaboration d'une politique du médicament harmonisée entre les établissements, la sécurité et la qualité de la dispensation, la maîtrise et la régulation des dépenses pharmaceutiques.

Sur le fond, au vu des éléments communiqués, l'ARS se montre réservée sur ce projet en l'absence de précisions sur l'articulation avec le GCS de moyens créé dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Cévennes-Gard-Camargue à laquelle vous vous êtes joint, selon le projet en notre possession.

ARS du Languedoc-Roussillon
26-28 Parc club du Millénaire - 1025, rue Henri Becquerel - CS30001 - 34067 Montpellier Cedex 2
Tél. : 04.67.07.20.07 - Fax : 04.67.07.20.08 - www.ars.languedocroussillon.sante.fr

De fait, je vous demanderai de bien vouloir envisager un rapprochement avec le GCS de la CHT, des gains potentiels sur les achats passant par des adhésions nombreuses étant susceptibles de renforcer les potentialités de négociation de cette structure.

Pour ce qui concerne les aspects technico-juridiques :

➤ Sur la convention constitutive :

De façon liminaire, il conviendrait d'attendre la parution des décrets d'application de la loi HPST, qui sont en cours de publication. Néanmoins, on peut d'ores et déjà noter :

Page 2 : la référence à la DASS apparaît inappropriée.

Article 1/ article 7 : « le groupement est une personne morale de droit public ».

Rappel loi HPST : La détermination de la nature privé ou publique d'un GCS de moyen est commandée par la provenance de la majorité des participations aux charges de fonctionnement (dans le cas où le GCS n'est pas constitué exclusivement de personnes de droit public ou de droit privé et qu'il est constitué sans capital).

En l'espèce, si la nature publique du groupement est arrêtée, cela signifie que la majorité des participations aux charges de fonctionnement proviennent de personnes de droit public. Est-ce le cas ? Quelle est la nature juridique des EHPAD membres ?

Article 13.2 : les modalités de participation aux charges de fonctionnement doivent être inscrites au sein de la convention constitutive.

Article 20 : « le GCS est titulaire d'une autorisation ». Il apparaît qu'au jour de l'approbation de la convention, le GCS ne sera pas titulaire d'une autorisation mais aura la faculté de prétendre à la détention d'une autorisation de PUI. Par conséquent préférer la formulation : « le GCS a vocation à être titulaire... ».

Article 24 : le groupement ne peut être dissout par l'arrivée du terme dans la mesure où il est à durée indéterminée !

Article 25 : « les autorisations d'activités de soins (PUI) ainsi que toute autorisation administrative dont est titulaire le groupement... »

Il apparaît qu'une autorisation de PUI ne constitue pas une autorisation d'activité de soins. De plus, de quelles autres autorisations administratives il s'agit ????

➤ Sur la création de la pharmacie à usage intérieur :

Le dossier de demande de création de la PUI du GCS ne peut être valablement instruit sans approbation préalable de la convention constitutive du GCS.

La demande d'autorisation de création de la PUI est une demande spécifique, formulée par le représentant légal de la personne morale intéressée. Elle doit être adressée, par lettre recommandée avec accusé de réception, à l'autorité administrative compétente. Celle-ci adresse un exemplaire du dossier, pour avis, à la section H de l'ordre des pharmaciens.

Le dossier accompagnant la demande doit comporter les renseignements définis à l'article R 5126-15 du Code de la Santé Publique.

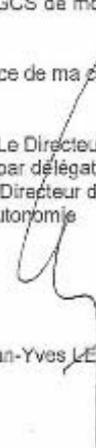
Il convient d'observer que le dossier de demande d'autorisation communiqué en juin n'est pas complet : les plans détaillés et cotés des locaux n'ont pas été joints. Seront à communiquer également, le descriptif du système d'information de la PUI ainsi que le descriptif des équipements.

Nonobstant les aspects juridiques et administratifs, il est possible de prévoir d'ores et déjà une entrevue avec le pharmacien chargé de la gérance de la PUI de l'hôpital d'Uzès et de procéder, sur site, à une analyse technique du projet de création de la PUI du GCS.

Les intrications de ce projet pharmaceutique avec le GCS de moyens du CHT Cévennes-Gard-Camargue devront être examinées.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

P/ Le Directeur Général de l'ARS
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins et de
l'Autonomie



Jean-Yves LE QUELLEC

Copie pour information : - Monsieur le Délégué Territorial – DT 30

GCS

03/06/2010

PROPOSITION BUDGETAIRE - investissement

DEPENSES

N° cpte	Libellé	MONTANT
205	Concession et droits similaires , brevets, licences, logiciels	
2053	Logiciels	
20531	Logiciels acquis ou sous-traités	25 000.00
2183	Matériel de bureau et informatique	
21831	Matériel de bureau	0.00
21832	Matériel informatique	2 000.00
	Total 2183	27 000.00
3211	Pdts pharmaceutiques et fourn consommables	
32111	Spécialités pharma avec AMM hors liste	80 000.00
32112	Spécialités pharma avec AMM sur liste	100.00
32113	Spécialités pharma avec AMM ATU	0.00
32115	Produits sanguins	0.00
32116	Fluides et gaz médicaux	8 200.00
32117	Produits parentéraux	7 600.00
32118	Autres pdts pharma	6 300.00
	Total 3211	102 200.00
3212	Fourn petit mat médical et médico-chir	
32121	Ligatures, sondes	7 000.00
32122	Petit mat médico-chir non stérile	4 800.00
32123	Mat médico-chir UU stérile	22 000.00
32127	Pansements	16 800.00
32128	Autres fourn médicales	100.00
	Total 3212	50 700.00
	TOTAL DEPENSES	204 900.00

RECETTES

N° cpte	Libellé	MONTANT
1023	Compléments de dotation - organismes autres que l'Etat	
10232	Biens remis en dotation dont le renouvellement incombe à l'établissement	
102321	H.L.U.	87 400.00
102322	EHPAD Les Olivers Montfrin	20 600.00
102323	EHPAD Villa Rédiciano Redessan	20 600.00
102324	EHPAD Les Caprésianes Cabrières	15 100.00
102325	EHPAD Paul Gache Villeneuve les Avignons	33 700.00
102326	EHPAD Henry Granet Aramon	27 500.00
	Total 10232	204 900.00
	TOTAL RECETTES	204 900.00

Page 1

GCS

03/06/2010

PROPOSITION BUDGETAIRE - exploitation

DEPENSES

N° cpte	Libellé	MONTANT
6021	Achats de matières premières et Fourm de consommables	
60211	<u>Pdts pharmaceutiques et fourm consommables</u>	
602111	Spécialités pharma avec AMM hors liste	640 000.00
602112	Spécialités pharma avec AMM sur liste	20 000.00
602113	Spécialités pharma avec AMM ATU	15 000.00
602115	Produits sanguins	0.00
602116	Fluides et gaz médicaux	63 000.00
602117	Produits parentéraux	135 000.00
602118	Autres pdts pharma	70 000.00
	Total 60211	943 000.00
60212	<u>Fourm petit mat médical et médico-chir</u>	
602121	Ligatures, sondes	24 800.00
602122	Petit mat médico-chir non stérile	46 000.00
602123	Mat médico-chir UU stérile	75 000.00
602127	Pansements	125 000.00
602128	Autres fourm médicales	100.00
	Total 60212	270 900.00

RECETTES

N° cpte	Libellé	MONTANT
706	<u>Prestations de services</u>	
7061	H.L.U.	0.00
7062	EHPAD Les Olivers Montfrin	600 160.00
7063	EHPAD Villa Rédiciano Redessan	498 788.00
7064	EHPAD Les Caprésianes Cabrières	406 970.00
7065	EHPAD Paul Gache Villeneuve les Avignons	75 600.00
7066	EHPAD Henry Granet Aramon	719 350.00
	Total 706	2 300 868.00
707	<u>Ventes de marchandises (sorties de stocks pharmacie)</u>	
70710	H.L.U. CRP	225 000.00
70711	H.L.U. CRA USLD	140 000.00
70712	H.L.U. CRA EHPAD	234 800.00
70713	H.L.U. CRA SSID	800.00
70714	EHPAD Les Olivers Montfrin	106 100.00
70715	EHPAD Villa Rédiciano Redessan	118 700.00
70716	EHPAD Les Caprésianes Cabrières	85 500.00
70717	EHPAD Paul Gache Villeneuve les Avignons	145 000.00
70718	EHPAD Henry Granet Aramon	158 000.00
	Total 707	1 213 900.00

GCS

03/06/2010

PROPOSITION BUDGETAIRE - exploitation

DEPENSES

N° cpte	Libellé	MONTANT
60321	Variation stocks - Achats de matières premières et Fourn de consommables	
<u>603211</u>	<u>VDS - Pdts pharmaceutiques et fourn consommables</u>	
6032111	Spécialités pharma avec AMM hors liste	
6032112	Spécialités pharma avec AMM sur liste	
6032113	Spécialités pharma avec AMM ATU	
6032115		
6032116	Fluides et gaz médicaux	
6032117	Produits parentéraux	
6032118	Autres pdts pharma	
	Total 603211	0.00

RECETTES

N° cpte	Libellé	MONTANT
<u>748</u>	<u>Autres subventions d'exploitation</u>	
7481	H.L.U.	16 000.00
7482	EHPAD Les Olivers Montfrin	3 800.00
7483	EHPAD Villa Rêdiciano Redessan	3 800.00
7484	EHPAD Les Caprésianes Cabrières	2 800.00
7485	EHPAD Paul Gache Villeneuve les Avignons	6 100.00
7486	EHPAD Henry Granet Aramon	5 000.00
	Total 748	37 500.00

GCS

03/06/2010

PROPOSITION BUDGETAIRE - exploitation

DEPENSES

N° cpte	Libellé	MONTANT
603212	<u>VDS - Fourn petit mat médical et médico-chir</u>	
6032121	Ligatures, sondes	
6032122	Petit mat médico-chir non stérile	
6032123	Mat médico-chir UU stérile	
6032127	Pansements	
6032128	Autres fourn médicales	
	Total 603212	0.00
611	<u>Sous traitance générale</u>	
6111	Sous traitance HLU	2 300 868.00
6112	Sous traitance EHPAD Montrin	
6113	Sous traitance EHPAD Redessan	
6114	Sous traitance EHPAD Cabrières	
6115	Sous traitance EHPAD Villeneuve les Avignons	
6116	Sous traitance EHPAD Aramon	
	Total 611	2 300 868.00
613	<u>Location</u>	
6132	Location immobilière	18 000.00
6135	Location mobilière	12 000.00
	Total 613	30 000.00
622	<u>Rémunération d'intermédiaires et honoraires</u>	
6226	Honoraires	2 500.00
	Total 622	2 500.00
681	<i>Dot amorti et provisions - Chges d'exploitation</i>	
6811	<u>Dot amorti immo corporelles et incorporelles</u>	
68112	Immobilisations corporelles	5 000.00
	Total 68112	5 000.00
	TOTAL DEPENSES	3 552 268.00

RECETTES

N° cpte	Libellé	MONTANT
60321	<i>Variation stocks - Achats de matières premières et Fourn de consommables</i>	
603211	<u>VDS - Pdts pharmaceutiques et fourn consommables</u>	
6032111	Spécialités pharma avec AMM hors liste	
6032112	Spécialités pharma avec AMM sur liste	
6032113	Spécialités pharma avec AMM ATU	
6032115		
6032116	Fluides et gaz médicaux	
6032117	Produits parentéraux	
6032118	Autres pdts pharma	
	Total 603211	0.00
603212	<u>VDS - Fourn petit mat médical et médico-chir</u>	
6032121	Ligatures, sondes	
6032122	Petit mat médico-chir non stérile	
6032123	Mat médico-chir UU stérile	
6032127	Pansements	
6032128	Autres fourn médicales	
	Total 603212	0.00
	TOTAL RECETTES	3 552 268.00

La mutualisation dans le champ sanitaire et médico-social

Un mouvement inéluctable : Entre opportunité et contrainte.

Les politiques publiques incitent à développer de nouvelles formes de pratiques institutionnelles axées sur la coopération collective d'acteurs dont les missions et les compétences sont différenciées. Plusieurs dispositifs sont créés (CHT, GCS, GSMS, réseaux, partenariat, regroupement, direction commune) dans le but d'assurer une continuité de la prise en charge de problématiques complexes tout en recourant à une utilisation optimale des ressources.

Ces mouvements de mutualisations bouleversent depuis quelques années le secteur médico-social et sanitaire. Ils visent à mieux prendre en charge les bénéficiaires de ses services, de manière plus personnalisée, au-delà des cloisonnements forts qui existent dans ces secteurs.

Pour autant, le terme mutualisation est aussi utilisé pour ne pas oser dénommer des processus plus radicaux, de fusion, d'absorption et de suppression d'emplois, provoquant des remises en cause d'identité professionnelle, de pratiques et de mode d'organisation, au nom de logiques rationalisatrices, souvent suscitées (voire imposées) par les politiques publiques.

Dans ce contexte, il m'est apparu judicieux de questionner le terme même de « mutualisation » et les différentes modalités de conception et d'organisation de cette mutualisation.

C'est dans cette démarche que j'ai préparé cette grille d'entretien pour appréhender votre vision et expérience de la mutualisation. Il s'agit d'échanger autour du thème de la mutualisation avec comme items :

Comprendre la mutualisation : Quels en sont les enjeux ?

- Les origines de la mutualisation
- Les logiques de la mutualisation
- L'état des lieux de la mutualisation

Réussir la mutualisation : Quel management de la mutualisation ?

- Les outils de la mutualisation
- Les moyens de la mutualisation
- Les effets de la mutualisation
- L'évaluation de la mutualisation
- L'avenir de la mutualisation

Ci-après, je vous adresse la trame des questions qui me semble important d'aborder au cours de cet entretien. Elles me serviront de guide sans pour autant empêcher un échange plus improvisé sur cette thématique en réaction à vos propos.

La mutualisation

Comment définiriez-vous le terme mutualisation ?

Que pensez-vous de ce processus de mutualisation qui s'opère dans le secteur sanitaire et médico-social ?

Mutualisation et territoire : quelles transformations ? La mutualisation bouleverse-t-elle les découpages territoriaux ?

Pour vous quelles sont les logiques de ce mouvement de mutualisation ?

Quels exemples de mutualisation symbolisent pour vous ce mouvement ?

Mutualisation et organisation

Quelles incidences peut avoir la mutualisation sur les organisations, les établissements et les structures ?

Quelles sont les stratégies de mutualisation observées sur les territoires et les valeurs portées par ces stratégies ?

Quels sont les processus et les outils d'accompagnant la mutualisation ?

Quels sont les nouveaux modes de gouvernance qui portent ces mouvements de mutualisation territorialisée ?

Mutualisation et acteur :

Quel impact produit la mutualisation sur les identités et les cultures professionnelles ?

Quelles sont les conséquences sur les modes d'organisation du travail ?

Quels sont les nouveaux métiers et nouvelles compétences nécessaires à la promotion des pratiques de mutualisation ?

Quelles sont les résistances face à ce bouleversement des rôles et des fonctions et comment les accompagner ?

Vous et la mutualisation

Quels sont les différents types de mutualisation que vous pratiquez ?

Avez-vous une expérience de la mutualisation de moyens, d'activités, de compétences, de structures, de projets ?

Si oui, pouvez-vous en relater une ou deux ?

Quelles conclusions en tirez-vous ?

L'efficacité est souvent au centre de la mutualisation. Avez-vous pu la mesurer ? Si oui comment, avec quels indicateurs ?

- Mutualisation et qualité de la prise en charge des usagers
- Mutualisation et maîtrise des dépenses
- Mutualisation et gestion des ressources humaines.

Quels sont les avantages de la mutualisation ?

Existe-t-il une plus-value à cette mutualisation ?

Quels sont les inconvénients et limites de la mutualisation ?

La mutualisation et la notion de « complexification » du système : qu'en pensez-vous ? Existe-t-il une taille critique à atteindre ou à ne pas dépasser ?

Mutualisation et concurrence : injonction paradoxale ?

Selon vous, il y a-t-il une manière, une méthode pour conduire une mutualisation réussie ? Pouvez-vous la définir ?

Conclusion

Quel est votre sentiment profond sur ce mouvement de mutualisation dans votre activité ?

Je vous remercie d'avance pour votre disponibilité et votre cordialité.

Philippe Calvez, élève D3S, 2009/2010.