



EHESP

**Directeur des Etablissements Sanitaires,
Sociaux et Médico-sociaux**

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Les coopérations dans le secteur médico-social
pour optimiser l'accompagnement des résidents,
contraintes ou opportunités ?**

Sabine BAHERRE

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire.

Tout particulièrement :

- Mr Christian Verron, Directeur de l'EHPAD de Gannat qui m'a accueillie et accompagnée durant mon stage long ;
- Mme Christelle Routelous, Enseignant-Chercheur à l'EHESP, pour sa patience, sa compréhension, sa disponibilité dans mes moments d'incertitude et son aide pour structurer mes idées ;
- Tous les professionnels qui m'ont accordé de leur temps au travers des entretiens ;
- Mon conjoint et mes enfants pour leur patience et leur soutien ;
- Séverine, pour toutes les heures passées à me relire.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| Méthodologie..... | 5 |
| I. Les coopérations dans le secteur médico-social : une évolution rapide mais structurée ces trente dernières années | 7 |
| A. Le développement des coopérations | 7 |
| 1. Les déterminants de la coopération..... | 7 |
| 2. Des changements induits par la volonté des pouvoirs publics : l'évolution législative | 8 |
| 3. Une démarche projet à construire | 11 |
| B. Les différentes formes juridiques de coopération | 12 |
| 1. Les formes les plus anciennes | 12 |
| 2. Le groupement de Coopération en Santé, une forme organique de coopération | 13 |
| 3. Les autres formes de coopération organique | 17 |
| 4. Une autre forme de coopération : le GHT | 19 |
| II. Les points de vigilance des grandes catégories de coopération | 21 |
| A. Les « coopérations-parcours »..... | 21 |
| 1. Un maillage de territoire en cours d'organisation..... | 21 |
| 2. Une continuité de la prise en charge de personnes porteuses de pathologies particulières à garantir..... | 22 |
| 3. Un parcours des usagers entre le sanitaire et le médico-social à simplifier | 24 |
| 4. Le droit des usagers au cœur des dispositifs..... | 25 |
| 5. Les facteurs de réussite et les limites identifiées | 27 |
| B. Les « coopérations-efficience » | 28 |
| 1. Une baisse des dépenses avec une économie d'échelle, toujours une réalité ? | 28 |
| 2. Une coopération au bénéfice des usagers | 30 |
| 3. Les impacts de la mutualisation sur les professionnels | 31 |
| 4. De nouvelles gouvernances à instaurer..... | 33 |
| 5. Les facteurs de réussite et les limites identifiées | 34 |

| | | |
|------|--|----|
| C. | Les « coopérations-isolement » | 35 |
| 1. | Une coopération au bénéfice des usagers..... | 35 |
| 2. | Une stratégie d'établissement..... | 36 |
| 3. | Les impacts de la coopération sur les professionnels dont les compétences sont mutualisées | 37 |
| 4. | Les points de vigilance pour l'encadrement | 38 |
| 5. | Les facteurs de réussite et les limites identifiées | 39 |
| III. | Les préconisations dans le cadre des coopérations | 40 |
| A. | Une démarche projet co-construite..... | 40 |
| 1. | Les directeurs doivent être volontaires dans la démarche..... | 40 |
| 2. | Les acteurs doivent avoir une connaissance de leurs partenaires et de leur territoire | 40 |
| 3. | Les contours de la coopération sont clairement définis..... | 41 |
| 4. | La communication sur l'objet et les modalités de la coopération | 42 |
| 5. | Un pilotage de projet organisé et continu..... | 42 |
| B. | Des modes de coopérations adaptés | 43 |
| 1. | Un outil juridique à choisir en fonction de chaque situation | 43 |
| 2. | « La coopération la plus efficiente n'est pas forcément formelle » | 44 |
| 3. | Un engagement du directeur et de l'établissement | 45 |
| 4. | Les coopérations doivent évoluer en continue | 45 |
| 5. | Une coopération qui marche bien peut en annoncer d'autres..... | 46 |
| C. | Le métier de directeur dans un contexte de coopération..... | 46 |
| 1. | De nouvelles compétences à démontrer..... | 46 |
| 2. | Une vigilance accrue dans l'accompagnement des professionnels..... | 47 |
| 3. | Une stratégie en dehors des murs à mettre en place..... | 48 |
| 4. | La coopération, un des outils stratégiques pour répondre aujourd'hui au mieux à des objectifs attendus | 49 |
| | Conclusion..... | 50 |
| | Bibliographie..... | 53 |
| | Liste des annexes..... | I |

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------------|---|
| ANAP | Agence nationale d'appui à la performance |
| ARA | Auvergne Rhône-Alpes |
| ARS | Agence régionale de santé |
| CD | Conseil départemental |
| CASF | Code de l'action sociale et des familles |
| CH | Centre hospitalier |
| CHT | Communautés hospitalière de territoire |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CPOM | Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens |
| CSP | Code de la santé publique |
| CVS | Conseil de la vie sociale |
| DG | Directeur général |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DGCS | Direction générale de la cohésion sociale |
| DLU | Dossier de liaison d'urgence |
| EHESP | Ecole des hautes études en santé publique |
| EHPAD | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| ETP | Equivalent temps plein |
| ESMS | Etablissements sociaux et médico-sociaux |
| EMS | Etablissement médico-social |
| FAM | Foyer d'accueil médicalisé |
| FHF | Fédération hospitalière de France |
| GCS | Groupement de coopération sanitaire |
| GCS-ES | Groupement de coopération sanitaire- établissement de santé |
| GCSMS | Groupement de coopération sociale et médico-sociale |
| GCSMS SAGESS | Groupement de coopération sociale et médico-sociale Sud-Allier pour la gestion des établissements et services spécialisés |
| GCS SIMPA | Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Information Médicale Partagée en Auvergne |
| GHT | Groupement hospitalier de territoire |
| GIE | Groupement d'intérêt économique |

| | |
|-------|---|
| GIP | Groupement d'intérêt public |
| GRAAL | Groupement Rhône-Alpes alimentation |
| HPST | Hôpital, patients, santé, territoire |
| IEM | Institut d'éducation motrice |
| IME | Institut médical éducatif |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques |
| JORF | Journal officiel de la République française |
| MAIA | Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) |
| MCO | Médecine chirurgie obstétrique |
| PRS | Projet régional de santé |
| PUI | Pharmacie à usage intérieur |
| RH | Ressources Humaines |
| RGPD | Règlement général de protection des données à caractère personnel |
| SI | Système d'information |
| SROMS | Schéma régional d'organisation médico-sociale |
| SROS | Schéma régional d'organisation des soins |
| UHR | Unité d'hébergement renforcée |

Introduction

**« Diriger une structure sociale ou médico-sociale
nécessite plus que jamais de s'interroger
sur les modes de coopération possibles
avec d'autres structures ».**

Sophie Courault ¹

Depuis les années 70, dans le secteur sanitaire, social et médico-social, des lois successives inscrivent les établissements dans une démarche de mutualisation des moyens avec une évolution des outils de coopération mis à leur disposition. Des réformes successives conduisent les structures à atteindre des objectifs de performance dans un contexte économique contraint tout en optimisant la qualité des accompagnements des usagers, les parcours de soins, l'équité sur le territoire et en adaptant l'offre aux besoins.

Dans le cadre de mon stage long, deux expériences ont suscité mon questionnement sur les coopérations au sein des structures du secteur médico-social.

En premier lieu, j'ai assisté le 8 mars 2018 à une rencontre organisée par M. Didier HOELTGEN, vice-président de la Fédération Hospitalière de France (FHF) Auvergne Rhône-Alpes (ARA) et Directeur Général (DG) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand et du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Allier-Puy de Dôme. Cette réunion était intitulée « séminaire médico-social en Auvergne » et devait permettre des échanges avec des représentants du secteur médico-social de l'ancienne région Auvergne. Elle a été animée par M. HOELTGEN et M. Jean Paul BACQUET, premier vice-président de la FHF Auvergne/Rhône-Alpes en présence notamment de directeurs d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) publics autonomes ou dépendants d'un centre hospitalier (CH). Un des trois thèmes proposés était « le GHT au service du secteur médico-social dans le cadre de la territorialisation de l'offre de soins et de la prise en charge des personnes âgées et dépendantes ». Cette rencontre avait pour objectif « de permettre à chacun de débattre et d'obtenir des informations utiles sur les grandes thématiques de l'heure » et de « permettre également des échanges directs et informels entre professionnels du

¹ COCQUEBERT L., novembre 2010, « La coopération enjeux et outils », Hors série « Directions », numéro 18, 1 /119 pages

secteur »². L'allocution de M. HOELTGEN a suscité étonnement et questionnement. En effet, lors d'une rencontre en juin 2017 avec les mêmes participants et le même organisateur, le DG du CHU avait annoncé alors qu'il ne souhaitait pas associer le secteur médico-social aux réflexions du GHT. Or, à ce jour, il demande aux responsables d'EHPAD de s'inscrire dans une démarche de collaboration avec le GHT. Sans obligatoirement intégrer le GHT même si cela est préconisé, il propose des partenariats dans certains secteurs identifiés. M. D.HOELTGEN part de l'actualité et fait valoir l'incapacité des établissements sanitaires à gérer l'affluence aux urgences. Il veut, d'une part, organiser l'hospitalisation des résidents institutionnalisés sans un passage par les urgences ; il demande aux établissements de ne plus envoyer des résidents d'EHPAD vers les urgences ; d'autre part, les centres hospitaliers manquent de lits d'aval pour les sorties d'hospitalisation ; c'est pour cela que M. D.HOELTGEN réclame plus de réactivité des établissements médico-sociaux dans le cadre d'une filière gériatrique ou de l'intégration au GHT. Il propose aussi « l'expertise gériatrique ». Il demande que des accords soient réalisés en ce sens. En parallèle, il met en avant les besoins actuels du secteur médico-social auxquels peut répondre le CHU. Ce dernier peut s'organiser pour mettre à disposition des personnels aux compétences rares sur le territoire ou une équipe opérationnelle d'hygiène, faciliter la mise en place de la télémédecine, et faire bénéficier le secteur médico-social de l'efficacité de la politique d'achat du GHT. **Certains directeurs présents répondent que depuis un an le secteur médico-social s'est organisé en interne sous forme de coopération afin d'optimiser le parcours des usagers notamment au niveau gériatrique.** Cette situation nous renseigne sur le fléchissement des acteurs publics hospitaliers dans la volonté d'intégrer à partir de maintenant le secteur médico-social comme partenaire.

En second lieu, j'ai été missionnée par les directeurs de deux EHPAD publics autonomes accueillant ensemble 608 résidents pour suivre le projet de mutualisation de 2 Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), en réflexion depuis 2016. Ce projet doit améliorer la prise en charge médicamenteuse des résidents au sein des deux structures. L'action porte sur le circuit du médicament ; elle permettra de développer la pharmacie clinique, l'amélioration des conditions de travail des pharmaciens, des préparatrices et des infirmiers tout en rationalisant les coûts dans le respect de la réglementation en vigueur. En collaboration avec les deux pharmaciennes, les directeurs et des techniciens, j'ai réalisé une analyse sur 4 domaines : le système d'information, les ressources humaines, l'architecture et le matériel, les transports. Cependant, malgré une volonté des tutelles de nous accompagner sur ce projet innovant, à ce jour, un frein persiste sur le projet qui

² Référence à la lettre d'invitation du 7 février 2018 adressée à « Mesdames, Messieurs, les représentants du secteur médico-social de l'ancienne région », par Mr Didier Hoeltgen, vice-président de la FHF Auvergne-Rhône -Alpes

concerne le vide juridique du statut de la nouvelle entité. Une piste d'expérimentation a été suivie mais n'a pu aboutir. Les structures sont en attente d'un décret qui pourrait peut-être permettre la création de ce groupement sous la forme d'un Groupement de Coopération Sociale et médico-sociale (GCSMS). La communication auprès des équipes des 2 PUI, des conseils d'administrations, des partenaires sociaux, des professionnels des deux établissements demeure un des axes importants dans cette démarche projet, rendue difficile en raison de sa durée pour des motifs juridiques et du départ récent d'un des deux directeurs. Cette démarche m'a permis de m'interroger sur les types de coopération, sur les freins et les leviers existants et sur la nécessité d'inscrire l'établissement au sein d'un territoire dans une démarche d'efficience. Il est indispensable d'ouvrir sa structure et de connaître les besoins et les compétences de ses partenaires afin de mener une politique de coopération qui est en adéquation avec le Projet Régional de santé (PRS) et le schéma départemental. Cette mission m'a emmenée à poursuivre ma réflexion sur des éléments de vigilance dans le cadre d'un groupement de coopération.

Aujourd'hui, il est certain qu'un directeur d'établissement médico-social doit gérer son établissement en l'incluant dans une démarche de coopération. Il doit mettre en œuvre des organisations centrées sur son établissement mais surtout aussi ouvertes sur son territoire pour améliorer la qualité de l'accompagnement des usagers mais aussi la satisfaction au travail de ses professionnels. Cependant, il ne s'agit pas ici d'être idéologue mais de rester pragmatique. Le mode et le type des coopérations doivent être adaptés à chaque situation, à un lieu et un temps donné, à une histoire et à un environnement particulier. Il faut s'interroger d'une part, sur les obligations réglementaires, les attentes tutélaires, les enjeux managériaux, les modalités juridiques et d'autre part, sur les impacts sur les usagers, sur les professionnels, sur la cohérence avec le projet d'établissement.

Il s'agit donc de posséder les clés qui permettent de mener à bien un projet de coopération. L'objet de cette recherche est de pouvoir demain, en tant que directeur, s'engager dans un projet de coopération en ayant à disposition les informations permettant de choisir et de décider afin d'optimiser les perspectives de succès.

Afin de mener à bien cette réflexion, il s'agit de réfléchir à la problématique suivante : **Dans quelles mesures la coopération entre établissements publics autonomes peut elle participer à améliorer le service rendu aux résidents ?**

Comme il existe des formes juridiques diverses de coopération, cette réflexion sur le sujet fait émerger plusieurs questionnements :

- Comment choisir la forme juridique adaptée ?
- Quelles sont les avantages et les inconvénients de chacune des formes juridiques ?
- Quels sont les formes juridiques que j'ai déjà rencontrées et leurs modalités ?
- Est-ce que tous les directeurs sont prêts à coopérer et sous quelles formes ?
- Le directeur peut-il ou doit-il toujours coopérer ?
- Quels sont les éléments de vigilance à identifier ?

Afin de répondre à ces questionnements, il s'agit, tout d'abord, de présenter les types de coopération dans le secteur médico-social et leurs évolutions rapides, ces trente dernières années, impulsées par les pouvoirs publics.

Ensuite, il convient d'analyser les points de vigilance des grandes catégories de coopération. Je peux pour cela m'appuyer sur mon expérience sur le terrain et sur des entretiens auprès de professionnels et de nos tutelles.

Enfin, cette analyse se terminera par des préconisations afin d'optimiser le positionnement d'un directeur lors d'une démarche de recherche de coopération.

Méthodologie

L'examen d'articles, d'ouvrages, de textes réglementaires, de cours dispensés à l'EHESP, des échanges informels sur les coopérations auprès de professionnels et d'étudiants, et la conduite d'entretiens auprès de différents acteurs de la coopération constituent ma méthodologie suivie.

Concernant les entretiens en lien avec la problématique, j'ai élaboré des grilles d'entretien afin d'obtenir le point de vue de professionnels de terrain. J'ai choisi des entretiens semi-directifs afin de recueillir des éléments ciblés. J'ai identifié des acteurs différents à interroger :

- un représentant de l'Agence Régionale de Santé (ARS),
- un représentant du Conseil Départemental (CD),
- 3 directeurs d'EHPAD autonomes publics,
- 1 directeur d'EHPAD autonome public adhérent à un GCSMS,
- une cadre de santé supérieure dont le poste a été mutualisée sur deux EHPAD publics,
- une psychomotricienne exerçant depuis peu sur deux EHPAD publics.

J'ai réalisé 9 entretiens. Ceux avec les tutelles se sont déroulés avec deux interlocuteurs. Tous les entretiens ont été enregistrés, retranscrits sous forme de verbatim et transmis aux personnes interviewées pour validation. J'ai ensuite effectué un croisement des données³ des diverses *verbatim* avant de les confronter avec la littérature.

³ Annexe III : croisement des données

I. Les coopérations dans le secteur médico-social : une évolution rapide mais structurée ces trente dernières années

En France, notre système de santé est très varié. Il s'organise autour de structures diverses spécialisées pour des publics différents. Définie comme « l'action de participer à une œuvre commune ⁴», ou comme « un projet de territoire qui se construit autour de la volonté d'acteurs de coopérer ensemble »⁵, la coopération est devenue un des objectifs importants des pouvoirs publics dans le domaine des réformes du système de santé dans le secteur sanitaire, social et médico-social.

Le guide méthodologique de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) « les coopérations dans le secteur médico-social », propose trois grandes catégories de coopération :

- « des « coopérations-parcours » qui tendent à structurer l'offre de services pour s'adapter à l'évolution des besoins des usagers ;
- des « coopérations-efficience » qui cherchent à améliorer l'efficience de leurs organisations à partir d'une mutualisation de moyens ;
- des « coopérations-isolement » qui visent à faire face à une pénurie des personnels qualifiés.»⁶

A. Le développement des coopérations

1. Les déterminants de la coopération

Dans son ouvrage « les coopérations en santé⁷, Bruno Gallet évoque les déterminants de la coopération.

Il débute par les raisons économiques. En effet, les établissements doivent répondre à une réglementation de plus en plus ardue mais avec des crédits de plus en plus contraints ce qui impose « une recomposition de l'offre de soins et des processus de prise en charge ». Il s'agit de moins dépenser en mettant en place « des organisations moins consommatrices de charge d'exploitation ou de besoins d'investissements ». Cela se traduit par la mutualisation de fonction ou la massification de processus ou d'achats, dont les intérêts ont été démontrés à travers des études de type « base d'Angers » où l'atteinte d'une masse critique permet d'améliorer le ratio de référence (coût du

⁴ HOUDART L., LAROSE D., BARRE S., 2000, *Traité de la coopération hospitalière*, Paris, Editions Houdart, volume 1, page 14

⁵ ATTANE C., BAHERRE S., BOURGEOIS M., GRIS A., HERVE L., MASSE R., MOUISSET C., 2017, *le GCSMS : un outil de coopération pour le secteur médico-social*, Rennes, EHESP, 25 p, page 1.

⁶ *Guide méthodologique, les coopérations dans le secteur médico-social* : ANAP, 104 p, page 15.

⁷ Gallet. B, 2017, *les coopérations en santé*, Rennes, presse de l'EHESP, 203 p, page 10-13

kilogramme de linge, coût à l'unité du produit). Quelles que soient leurs formes structurelles (restructurations, fusions ou partenariats...), les coopérations apparaissent donc comme un levier économique ou un moyen de gagner en productivité.

L'auteur poursuit sur les motivations de la coopération afin de pallier à la raréfaction des moyens humains, notamment médical, sur certains territoires imposant un accès aux soins inégal.

Enfin, il termine avec un troisième objectif qui est l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit de développer une réflexion de parcours de l'utilisateur dépassant les cloisonnements existants entre les secteurs sanitaire et médico-social, avec une prise en charge personnalisée, globale et transversale.

2. Des changements induits par la volonté des pouvoirs publics : l'évolution législative

Dans la préface de l'ouvrage *les coopérations en santé* de Bruno Gallet⁸, le professeur Jean François Mattei⁹ indique que «le monde de la santé a la réputation d'être cloisonné avec des acteurs ayant leurs propres intérêts » mais une évolution est en marche avec «la nécessité de coopérer, c'est à dire de travailler ensemble pour le bien commun»¹⁰.

a) L'évolution législative

Les réformes hospitalières ont intégré précocement le thème de la coopération. La loi Boulin du 31 décembre 1970¹¹ propose des formes de coopération au secteur public.

Concernant le secteur médico-social, celui-ci a évolué au cours du temps afin de faire face aux contraintes économiques grandissantes, à l'évolution des besoins des usagers et aux réponses apportées. La notion de coopération s'est imposée dans le secteur. Ces dernières années, des textes législatifs sont venus modifier la place des coopérations dans le secteur médico-social. Cette notion de coopération est introduite dans la loi du 30 juin 1975¹² relative aux institutions sociales et médico-sociales. Mais ce sont des textes ultérieurs qui viennent apporter une nouvelle dimension pour les structures en la rendant nécessaire.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002¹³ rénovant l'action sociale et médico-sociale apporte cette conception de nécessité. Cela se traduit à travers l'article 12 qui dispose que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est

⁸ Gallet. B, 2017, *les coopérations en santé*, Rennes, presse de l'EHESP, 203 p, page 3

⁹ Ancien ministre de la santé, Membre de l'Institut et de l'Académie nationale de médecine

¹⁰ Gallet. B, 2017, *les coopérations en santé*, Rennes, presse de l'EHESP, 203 p, page 3

¹¹ Loi n° 70-1318 du 30 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JORF du 3 janvier 1971

¹² Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JORF 1 juillet 1975

¹³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002

élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités» ; ainsi que par l'article 18 qui stipule que « les schémas d'organisation sociale et médico-sociale (...) précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés». Ces deux articles sont transposés dans le code de l'action sociale et des familles.

L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003¹⁴ portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, permet notamment aux établissements médico-sociaux d'adhérer à des Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Ce dernier avait été créé par l'ordonnance du 24 avril 1996¹⁵ par la volonté des pouvoirs public de développer une nouvelle forme juridique de coopération. Bien qu'au départ les groupements de coopération concernaient essentiellement les établissements sanitaires, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale l'a étendu au secteur médico-social en promouvant la notion de coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux avec la création des GCSMS (article 21 de la loi).

Le GCSMS est le premier outil de coopération spécifique au secteur médico-social. Promu par la loi de janvier 2002, c'est uniquement en 2005 avec la loi du 11 février pour l'égalité des droits et des chances¹⁶, que ses missions sont précisées.

La nécessité de la coopération est affirmée par la loi du 21 juillet 2009¹⁷ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Il devient incontournable pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux de coopérer ; ils sont aussi sollicités pour un décloisonnement avec les structures sanitaires. Cette loi crée de nouveaux modes de coopération à l'échelle du territoire avec d'une part, les Communautés Hospitalière de Territoire (CHT) auxquelles les Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ESMS) ne peuvent qu'être associés aux actions, d'autre part, les GCS élevés au rang d'établissement de santé.

La loi Fourcade du 10 août 2011¹⁸ a précisé le statut des GCSMS en ne leur donnant pas le statut d'établissement social et médico-social.

¹⁴ Ordonnance du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. JORF n°206 du 6 septembre 2003

¹⁵ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 , portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

¹⁶ Loi n°205-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005, texte n°1.

¹⁷ Loi n°2009- 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite Loi HPST. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

¹⁸ Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009

Enfin, la loi du 26 janvier 2016¹⁹ a créé un nouvel outil de coopération à l'échelle du territoire qui est le groupement hospitalier de territoire. Ce dernier « vise à offrir à tous les patients un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical »²⁰. L'intégration du médico-social dans les GHT a été renforcée par une directive de novembre 2017 incitant fortement les DG du GHT à intégrer le secteur-médico-social dans la sphère de leur groupement.

b) Les coopérations, un objectif incontournable pour les autorités

Nous pouvons constater que par cette évolution législative voulue par les autorités, les établissements du secteur médico-social sont amenés à mieux comprendre le sens de la mutualisation et à en maîtriser les outils de coopération sous ses différentes formes. Il existe plusieurs outils fournis par les autorités pour mutualiser, c'est à dire « regrouper des moyens financiers, humains, organisationnels pour optimiser l'efficacité d'une procédure ou diminuer les coûts de projet »²¹. Ils sont accompagnés pour cela au niveau national mais aussi particulièrement au niveau régional.

Les agences régionales de santé ont un rôle important dans le développement de ces outils sur le territoire. Dans l'objectif de réguler l'offre de santé sur les territoires dans un contexte budgétaire contraint, elles impulsent la dynamique de coopération à travers une ligne directrice définie dans le projet et le schéma régional de santé. Les ARS redessinent aussi l'offre sur le territoire à travers le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) et le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). La gestion des autorisations et de la répartition des lits en fonction des appels à projet pour une vision globale régionale, demeure pour les autorités un levier important et une main-prise sur l'évolution du secteur de la santé.

Les modifications appliquées dans le domaine de financement des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapés, viennent appuyer en ce sens leurs actions. Ainsi, le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) étendu au secteur médico-social par la loi du 2 janvier 2002²² a été rendu obligatoire par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016²³ et celle relative à l'adaptation de la société au vieillissement²⁴. Pour les EHPAD, il remplace les conventions tripartites. Ce

¹⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016

²⁰ *Boîte à outils des coopérations, à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux* : FHF, 69 p. page 3

²¹ <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/mutualiser>

²² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002.

²³ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, de financement de la sécurité sociale pour 2016. JORF n°0296 du 22 décembre 2015.

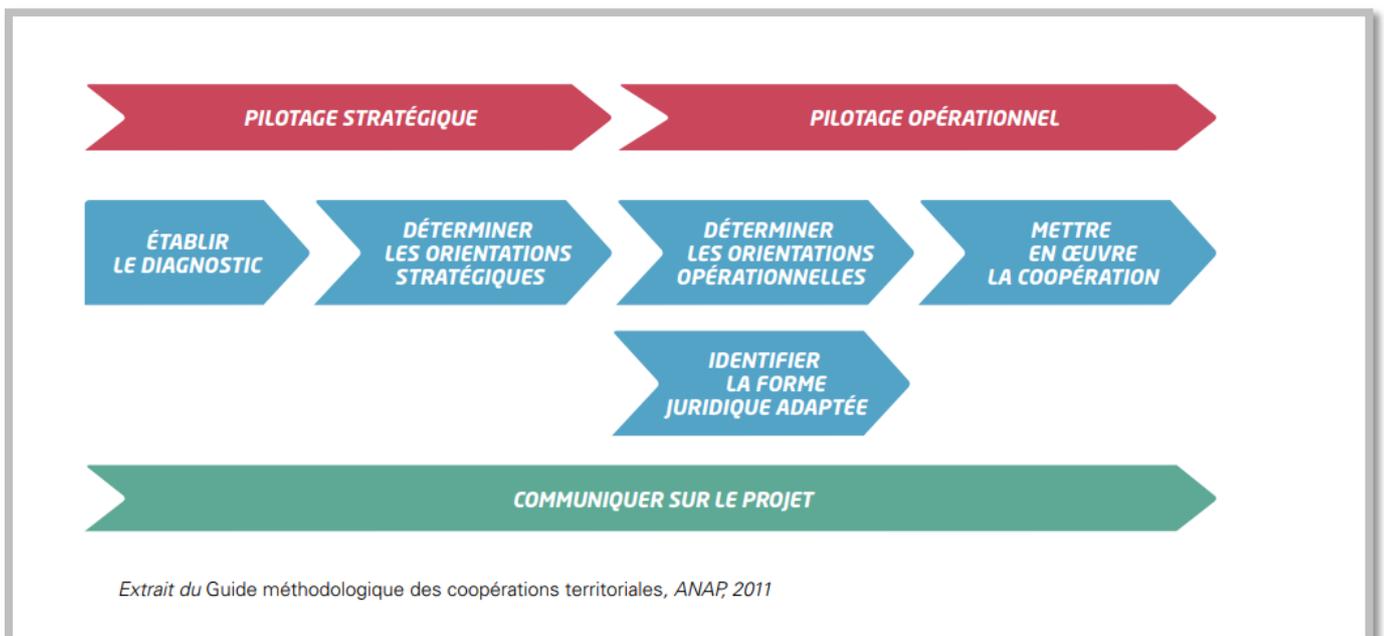
²⁴ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, JO du 29 de financement de la sécurité sociale pour 2016. JORF n°0296 du 22 décembre 2015.

contrat est obligatoire. En cas de refus de se soumettre à cette obligation, une sanction financière peut être appliquée par les ARS qui correspond à une minoration du tarif « soins » susceptible d'atteindre 10 %. Hors, parmi les objectifs affirmés de ce CPOM figurent « la mutualisation et la globalisation des moyens » et « la participation à des formules de coopération entre établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ». Les établissements sont donc contraints d'adapter leur politique d'établissement pour favoriser le partage des ressources et optimiser les dépenses dans une démarche d'amélioration de l'accompagnement et du parcours des usagers sur leur territoire.

Il est intéressant de souligner que plusieurs guides sont à disposition des dirigeants des établissements du secteur médico-social afin d'accompagner cette démarche de coopération ce qui souligne son importance. Nous pouvons citer le guide sur « les coopérations dans le secteur médico-social » de l'ANAP²⁵ et « la boîte à outils des coopérations à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux » réalisé en 2017 par la Fédération Hospitalière de France.

3. Une démarche projet à construire

Quel que soit l'objet de coopération, mener la démarche sous la forme d'une démarche projet reste un facteur de réussite. Cette dernière peut être résumée comme suit, telle que présentée et développée dans le guide de l'ANAP.



²⁵ Guide méthodologique, les coopérations dans le secteur médico-social : ANAP, 104.p pages 44 à 47

B. Les différentes formes juridiques de coopération²⁶

Ces coopérations peuvent prendre différentes formes juridiques comme la forme fonctionnelle ou organique. La forme fonctionnelle se concrétise par la signature d'un contrat entre deux partis sans qu'il soit possible de mutualiser le personnel, le budget ou la gouvernance. A contrario, la forme organique implique la création d'une nouvelle entité juridique dotée d'une personnalité morale avec une gouvernance propre, une mise en commun de patrimoine et de personnel, un budget et la capacité à solliciter et à obtenir des autorisations.

Historiquement, **la convention** est le mode de coopération privilégié dans les secteurs sanitaire et médico-social publics. Les structures peuvent aussi coopérer sous forme **d'association**.

Les possibilités de coopération ont évolué au cours des dernières réformes. Après une période de création et de multiplication des outils de coopération a succédé une période de réflexion sur ceux existants. Le groupement de coopération sanitaire (**GCS**) est la traduction dans le secteur sanitaire de ce nouveau type de coopération qui se décline dans le secteur social et médico-social par le Groupement de Coopération Sociale et médico-sociale (**GCSMS**). Il compte aussi les Groupements d'Intérêt Economique (**GIP**) et les Groupements d'Intérêt Economique (**GIE**) et plus proche de nous les Groupements Hospitaliers de Territoire (**GHT**).

1. Les formes les plus anciennes

a) La convention de coopération

« La coopération conventionnelle consiste à développer un partenariat par la conclusion d'une convention qui définit les termes de l'accord trouvé entre les acteurs sanitaires ou médico-sociaux concernés et parties au contrat ²⁷ ». L'objet de la convention doit être clairement explicité dans le document constitutif et s'inscrire dans le prolongement des missions des contractants. C'est un outil simple mais limité car il ne constitue pas une personnalité juridique. Le support de la convention ne permet pas de détenir une autorisation de soins ou d'équipements, d'avoir des personnels propres affectés à l'activité, d'avoir une autonomie de financement et limite l'objet par le respect du principe de spécialité.

Des conventions peuvent être signées dans le cadre d'adhésion à une filière.

²⁶ ANNEXE I Tableau récapitulatif de toutes les formes de coopérations. Sources : *Boîte à outils des coopérations, à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux* : FHF, 69 p, pages 64-65

²⁷ GALLET B., 2017, *Les coopérations en santé*, Rennes : Presse de l'EHESP, 201 p. page 14

b) L'association

« L'association peut être un mode de coopération entre les acteurs qui peuvent choisir l'association pour exploiter certaines missions, mettre en commun des moyens... »²⁸. Le régime juridique est défini par la loi du 1^{er} juillet 1901.

Les membres sont des personnes morales de droit public ou de droit privé ou des personnes physiques, qui sont libres de choisir l'objet de la coopération. Si ce dernier consiste en la création d'un établissement, celui-ci sera obligatoirement de droit privé.

« L'association détermine librement dans ses statuts les organes de gestion ». « Les autorisations sont détenues par l'association si elle a pour objet l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins, ou d'un équipement matériel lourd ou d'une activité de biologie médicale »²⁸. Sa durée est déterminée ou indéterminée et les conditions de retrait sont définies dans la convention constitutive.

2. Le groupement de Coopération en Santé, une forme organique de coopération

a) Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)

Le GCS est un outil de coopération revu par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), avec la clarification des GCS de moyens et l'émergence du GCS-Etablissement de santé (GCS-ES). Au moins un de ses membres est un établissement de santé. Il est l'outil privilégié dans les coopérations entre le secteur public et privé, mais aussi entre la ville et l'hôpital. Il associe des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Le statut juridique du GCS a subi plusieurs réformes en lien avec l'évolution législative dans l'objectif de faire évoluer cet outil aux besoins des acteurs de terrain du secteur sanitaire mais aussi médico-social. Le GCS est une personne morale à but non lucratif de droit public ou de droit privé. Au 30 juin 2012, 491 GCS étaient recensés en France²⁹.

L'objet³⁰ du groupement de coopération sanitaire de moyens est précisé par l'article L6133-1 du code de la santé publique (CSP), modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Cet instrument de coopération doit « faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres ». « Il peut être constitué pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche, réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut le cas échéant

²⁸ Boîte à outils des coopérations, à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux : FHF, 69 p, page 59

²⁹ Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF), le groupement de coopération sanitaire – GCS, mise à jour le 15/09/2017

³⁰ Article L6133-1 du code de la santé publique, modifié par loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 23 (V)

être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L.6122 ».

Le GCS³¹ a été créée par l'ordonnance du 24 avril 1996³² par la volonté des pouvoirs public de développer une nouvelle forme juridique de coopération. Le décret du 17 mars 1997³³ détermine les modalités pour sa constitution, son organisation et son fonctionnement. Son régime juridique a ensuite été précisé par les lois du 27 juillet 1999³⁴ et du 4 mars 2002³⁵ ; cette dernière a étendu la possibilité de création d'un GCS aux établissements publics, jusqu'alors réservée au domaine privé. L'ordonnance du 4 septembre 2003³⁶ étend cette option à tous les acteurs de la santé dont les professionnels du secteur médico-social ou de soins libéraux.

La loi du 9 août 2004³⁷ précise les modalités de financement des GCS ; le décret du 26 décembre 2005³⁸ son fonctionnement. D'autres lois sont venues ces dix dernières années accompagner l'adaptation de cet outil³⁹. Est à noter la loi du 21 juillet 2009⁴⁰ qui attribue au GCS le statut d'établissement de santé.

Le GCS peut être employeur ou avoir du personnel mis à disposition du groupement par ses membres.

b) Le GCSMS, un outil de coopération spécifique au secteur médico-social

Promu par la loi de janvier 2002, c'est uniquement en 2005 avec la loi du 11 février pour l'égalité des droits et des chances⁴¹, que seront précisées les missions du GCSMS. Elles sont énoncées dans l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles. Un GCSMS peut donc plus particulièrement⁴² : « permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médicaux-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ; être autorisé, à la demande des membres, à exercer directement les missions et les

³¹ Référence : affaires juridiques. aphp , groupement de coopération sanitaire (fiche pratique), 29/11/2007

³² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 , portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

³³ Décret n° 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire JORF n°65 du 18 mars 1997.

³⁴ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle JORF n°0172 du 28 juillet 1999

³⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³⁶ Ordonnance du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

³⁷ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n° 185 du 11 aout 2004

³⁸ Décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le CSP, JORF n°302 du 29 décembre 2005.

³⁹ Référence : GALLET B., 2017, *Les coopérations en santé*, Rennes : Presse de l'EHESP, 201 p

, Page 31-36

⁴⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴¹ Loi n°205-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005, texte n°1.

⁴² GALLET B., 2017, *Les coopérations en santé*, Rennes : Presse de l'EHESP, 201 p, page 41

prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux et assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée ; être chargé de procéder aux fusions et regroupements ; créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique ; être chargé pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage interne ».

La nécessité de la coopération est affirmée par la loi HPST du 21 juillet 2009. Il devient impérieux pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux de coopérer mais ils sont aussi sollicités pour un décloisonnement avec les structures sanitaires.

La loi Fourcade du 10 août 2011⁴³ a précisé le statut des GCSMS en ne leur donnant pas le statut d'établissement social et médico-social.

Leur durée de coopération est libre et définie par les statuts. Sa nature juridique dépend de la composition des membres. C'est la convention constitutive qui détermine les droits de chaque membre. Chaque membre est responsable des dettes du groupement au prorata de ses droits. Il a la possibilité de réaliser directement des activités ou de gérer un établissement.

L'article R.312-194-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise les membres pouvant adhérer à un GCSMS ; il s'agit des services et établissements sociaux ou médicaux sociaux, qui sont dotés de la personnalité morale ou de personnes physiques ou morales gestionnaires de droit public ou de droit privé, ainsi que des services d'aide et de soins à domicile. Les professionnels médicaux et paramédicaux peuvent adhérer par convention au GCSMS depuis la loi de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le groupement peut employer son propre personnel ou bénéficier de celui mis à disposition par les membres du groupement.

Cette forme de coopération présente de nombreuses prérogatives tant par le fait même de coopérer que par ses spécificités juridiques⁴⁴.

Cet outil de coopération permet au directeur d'un établissement du secteur médico-social d'accompagner son établissement dans une démarche d'évolution constante en lien avec les réformes de politique publique et les attentes et besoins des usagers sur le territoire. En effet, « il s'agit d'adapter l'offre de soins individuels et

⁴³ Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009

⁴⁴ ATTANE C., BAHERRER S., BOURGEGAI S., GRIS A., HERVE L., MASSE R., MOUISSET C., 2017, *le GCSMS : un outil de coopération pour le secteur médico-social*, Rennes, EHESP, 25 pages.

collectifs aux besoins des territoires pour tendre à une égalité géographique, dans une logique de parcours⁴⁵». La structuration de parcours d'utilisateur est donc organisée en adéquation avec les besoins du territoire. Elle permet aussi de mutualiser des moyens dans un contexte budgétaire contraint tel que le matériel, les compétences, les services logistiques ou la formation. Des structures peuvent répondre ensemble à des appels à projet de l'ARS. Elle augmente enfin l'attractivité de certains postes qui mutualisés sont plus attractifs (exemple : qualicien, psychologue, diététicienne).

Au-delà de ces intérêts plus généraux, le GCMS présente d'autres particularités liées à son statut juridique. Il a sa propre entité juridique qui le différencie des structures membres qui le composent ; il a la personnalité morale ce qui lui autorise d'avoir un patrimoine propre et une certaine autonomie décisionnelle. S'il s'agit d'une coopération mixte, la nature juridique du groupement entre privé ou public peu être choisie. Il favorise le décloisonnement entre les structures publiques et privées ce qui permet de renforcer les filières sur le territoire. Le GSCMS implique des instances de gestion obligatoires et les responsabilités de chacun sont définies dès la création du groupement à travers la convention constitutive.

Mais le GCMS présente des limites dans plusieurs domaines.

Au niveau des ressources humaines, les agents sont salariés ou mis à disposition du groupement. Des disparités existent en fonction des structures d'origine ce qui nécessite une vigilance importante dans le management de cette nouvelle équipe. Ceci peut être source de conflit. La mise à disposition d'agents au groupement sera différente si ceux-ci sont issus du secteur privé ou de la fonction publique hospitalière. L'accord préalable de l'agent est nécessaire ainsi qu'une convention administrative.

Il existe aussi un risque financier ; il faut prendre en considération les surcoûts engagés par le fonctionnement de cette nouvelle structure de coopération. Une analyse financière préalable insuffisante peut engendrer des dépenses imprévues. Ensuite, il faut instaurer dans la convention des clés de répartition pour les investissements ou les dépenses.

Il existe également des implications juridiques et le GCSMS a un domaine d'action plus limité que le GCS.

⁴⁵ ATTANE C., BAHERRÉ S., BOURGÉAIS M., GRIS A., HERVE L., MASSE R., MOUISSET C., 2017, *le GCSMS : un outil de coopération pour le secteur médico-social*, Rennes, EHESP, 25 pages, page 3

3. Les autres formes de coopération organique

a) Le Groupement d'Intérêt Public (GIP)

L'objet du GIP est pour ses membres « d'exercer ensemble... des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale et notamment des actions de formation ainsi que de créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités »⁴⁶. Ces membres exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif avec une mise en commun des moyens nécessaires à cet exercice. Ceci les distingue des groupements d'intérêt économique (GIE) qui eux cherchent à faciliter ou à développer l'activité économique de leurs membres⁴⁷.

Le GIP ne peut pas exercer d'activité de soins comme l'affirme le Conseil d'état dans un avis du 1^{er} aout 1995⁴⁸ ; il ne peut également pas détenir d'autorisation de soins, sauf dans certains cas bien précisés par la législation.

Apparu en 1982 dans le secteur de la recherche, le groupement s'est étendu au secteur sanitaire et social dès 1987⁴⁹. La loi n°2011-525 du 17 mai 2011⁵⁰, dite « loi Warsmann » a redéfini le GIP et lui a apporté un statut législatif commun.

Depuis le 20 avril 2016, tout groupement crée doit appliquer la réglementation issue de la loi relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires⁵¹.

Comme le stipule l'article 98 de la loi de 2011, « les GIP sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière ».

C'est « une structure à but non lucratif sans partage de bénéfice de ses membres (article 107 de la loi du 17 mai 2011).

Le statut du personnel est régi par les dispositions de l'article 109 de la loi du 17 mai 2011⁵² complétée par le décret du 5 avril 2013⁵³. Les personnels qui exercent dans le groupement peuvent être « mis à disposition » par les membres, en détachement mais aussi recrutés directement par le GIP.

Dans un article de droit public des affaires du 24 aout 2012, l'auteur apporte un éclairage sur le GIP. Selon lui, « la loi du 17 mai 2011 et ses textes d'application démontrent la volonté des pouvoirs publics de démocratiser » ce mode de coopération.

⁴⁶ Décret n°88- 1034 du 7 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public, constitués dans les domaines de l'action sanitaire et sociale, JORF du 11 novembre 1988, p .14171, Article 1^{er}.

⁴⁷ Article L. 251-1 du code de commerce.

⁴⁸ « Un GIP ne saurait en aucun cas être lui-même en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins, qui sont, en vertu de l'article L.61111 du code de la santé publique, celles de l'établissement de santé ».

⁴⁹ Article 22 - la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, JORF du 24 juillet 1987

⁵⁰ Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, JORF n°0115 du 18 mai 2011, p.8537

⁵¹ Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, JORF n°0094 du 21 avril 2016, texte n°2

⁵² Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, JORF n°0115 du 18 mai 2011

⁵³ Décret n° 2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public, JORF n°0082 du 7 avril 2013, texte n°16

« Le nouveau corpus juridique applicable à la création et au fonctionnement des GIP est marqué par la souplesse, dans la mesure où il laisse une large part d'autonomie à ses membres » ; il « est relativement complet, sans être trop contraignant, » et il permet de « mener à bien... « des projets d'intérêt général à but non lucratif, dans un souci de mutualisation et de coopération entre différentes structures publiques et/ou privées ».

Il faut souligner les limites de cet outil de coopération liée à l'impossibilité pour son objet d'être une activité de soins et de réaliser de profit.

b) Le GIE⁵⁴

Comme le GIP, le GIE n'est pas un outil de coopération spécifique au secteur médico-social. « Il s'agit de faciliter ou développer l'activité économique de ses membres par l'acquisition ou la gestion d'équipements d'intérêt économique »⁵⁵.

Le GIE est issu de l'ordonnance du 23 septembre 1967⁵⁶ ; les règles sont régies par les articles L251-17 et suivants du Code du Commerce.

Le GIE est constitué de personnes physiques ou morales pour une durée déterminée. « Il peut avoir parmi ses membres des personnes publiques » mais doit au moins avoir un acteur privé. C'est une personne morale de droit privé ; les missions des établissements de santé ne peuvent lui être confiées. Constitué à partir d'un contrat, Il existe une solidarité de ses membres par rapport à ses dettes.

Le GIE peut recruter des personnels ou être « mis à disposition » par les membres ou en détachement.

Il existe des différences entre ces outils. Pour le type de personnes juridiques associées, le GIE ne concerne que les personnes physiques et morales privées tandis que le GIP que des personnes morales dont au moins une publique. Pour le GCSMS, celui-ci offre plus de possibilité et donc d'ouverture aux partenaires de la coopération ; il englobe les personnes physiques ou morales, de droit public ou de droit privé du secteur médico-social. Leurs singularités sont nombreuses au niveau de leur durée de coopération, leur nature juridique, leur responsabilité, leur capacité à employer et leur autonomie.⁵⁷

⁵⁴ GALLET B., 2017, *Les coopérations en santé*, Rennes : Presse de l'EHESP, 201 p, page 75-76

⁵⁵ Article L.251-1 du code du commerce

⁵⁶ Ordonnance n° 67- 821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique (création, but, composition, dissolution, JORF du 28 septembre 1967,

⁵⁷ ANNEXE I : tableau comparatif des types de coopérations organiques

4. Une autre forme de coopération : le GHT

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016⁵⁸ a créé la notion juridique de Groupement hospitalier de territoire (GHT). C'est une transformation de la communauté hospitalière de territoire, un outil instauré par la loi HPST. D'après les chiffres de FHP⁵⁹, il existait 135 GHT, en 2017, liste arrêtée par les ARS.

L'objet des GHT est précisé dans l'article L.6132-1 du CSP. Le GHT « a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ».⁵⁹

Le GHT s'appuie sur une convention constitutive ainsi que sur un projet médical et un projet de soins partagés. Le GHT n'a pas la personnalité morale, et donc pas la personnalité juridique. Un établissement support, stipulé dans la convention constitutive, assure pour les autres établissements partis du groupement, les fonctions et des activités qui lui sont délégués. « Cette délégation concerne notamment : le système d'information hospitalier, l'information médicale de territoire, la fonction achats, la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale ainsi que des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels⁶⁰ ».

Les établissements de santé ont été contraints d'intégrer un GHT. Pour les ESMS publics, cela reste une possibilité. Ils peuvent être parties ou associés :

- «Les établissements ou service médico-sociaux publics peuvent être partie à une convention du GHT ». Il existe alors une délégation de compétences des directeurs des établissements ou service médico-sociaux publics (pouvoir d'ordonnateur, de nomination) vers le directeur prévu par le décret du 27 avril 2016⁶¹. La convention constitutive stipule les modalités de cette délégation. Un ESMS ne peut être parti qu'à un seul GHT mais il peut aussi choisir d'être associé ou partenaire à un second GHT.

- L'ESMS peut être uniquement associé ou partenaires comme dans le domaine du projet médical partagé.

⁵⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO officiel du 27 janvier 2016 et rectificatif au JO du 9 avril 2016

⁵⁹ *Boite à outils des coopérations, à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux* : FHF, 69 p, page

51

⁶⁰ CALVEZ C., 20 mai 2016, *Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, Dossier Documentaire, Rennes EHESP, 7 p. page 5

⁶¹ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Journal officiel du 29 avril 2016

D'après un article de la revue hospitalière de France, de mars-avril 2016⁶², « Le secteur médico-social n'était à première vue ni la cible ni une priorité de la stratégie de groupe portée par les groupements hospitaliers de territoire créés par la loi de modernisation de notre système de santé. » Hors, comme cité en introduction, nous pensons constater une évolution de ce principe qui peut peut-être s'expliquer par la volonté des pouvoirs publics exprimée à travers l'instruction du 29 décembre 2017⁶³ qui vise en particulier à améliorer l'articulation entre le secteur médico-social et sanitaires et le partage de l'expertise gériatrique sur les territoires.

D'après les chiffres de la FHF⁶⁴ issu du comité de suivi des GHT, en 2017, 1672 structures médico-sociales sont présentes dans les GHT ». Certains établissements étaient déjà intégrés à un Centre Hospitalier (CH).

Une des questions qui demeure pour les établissements médicaux sociaux, qui n'est pas l'objet de cette réflexion, est l'adhésion ou non d'un établissement médico-social (EMS) à un GHT. Mais, il est aussi intéressant de s'interroger du devenir de certaines coopérations dans le cadre de l'adhésion à un groupement puisque la législation ne permet pas tous ; les cumuls ne sont pas autorisés et un ESMS ne peut pas être membres de deux GHT ; de plus, certains groupements sont dissous dans le cadre de la réorganisation des achats dans l'organisation des GHT.

⁶² Etablissement médico-social Quelle organisation médico-sociale au regard des GHT ? Dossier [Article] / Tassery, Magali; De Bonnay, Patricia; Rouault, Bernard; et al. in Revue hospitalière de France, n° 569, mars-avril 2016, pp.36-43 ; référencé CALVEZ C., 20 mai 2016, *Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, Dossier Documentaire, Rennes EHESP, 7 p. page 5

⁶³ Instruction n°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

⁶⁴ *Boîte à outils des coopérations, à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux* : FHF, 69 p, page 58

II. Les points de vigilance des grandes catégories de coopération

A. Les « coopérations-parcours »

La coopération doit permettre le développement des parcours en santé. Les besoins et les attentes des usagers ne cessent d'évoluer. Le vieillissement de la population et l'accroissement constant du nombre de personnes de plus de 60 ans (selon les projections de l'INSEE en 2060, 23,6 millions de Français seront âgés de plus de 60 ans soit 1 personne sur 3) sont constatés. Ils s'accompagnent d'une part de l'augmentation des maladies chroniques et des poly-pathologies ; d'autre part, de la volonté des usagers de garder le maximum d'autonomie et de retarder leur entrée en institution. L'accompagnement de la personne âgée notamment dépendante demeure donc un enjeu de notre société. Un parallèle peut être fait dans le secteur du handicap où l'inclusion est attendue. A ceci, se confrontent l'évolution de notre système de santé dans un contexte économique contraint et la volonté de nos autorités de donner un accès équitable aux soins sur tout le territoire dans le respect des droits des usagers.

Aujourd'hui, il s'agit d'optimiser les ressources à travers des parcours efficaces, enjeux importants des usagers, des acteurs médico-sociaux et sanitaires, des autorités.

1. Un maillage de territoire en cours d'organisation

Ces dernières années, les autorités incitent à développer des coopérations à dimension du territoire dans une dynamique de réorganisation du système de santé.

a) Des contours de territoires difficiles à circonscrire

La notion de territoire n'est pas aisée à définir et est pourtant un facteur important dans un contexte de coopération. Ce territoire ne correspond pas forcément à des zones administratives car il intègre d'autres facteurs.

En effet, Mr V, me disait « Les flux, ils sont étudiés. Quelqu'un de G va faire ses courses(...) naturellement sur le bassin de V ». Et il rajoute « tu ne peux pas non plus, conventionner avec n'importe qui. Quel intérêt aurait l'établissement de conventionner avec le CHU de C sur une pathologie qui peut être traitée au CH de V »⁶⁵. Le bassin de vie et les flux habituels de circulation des usagers apparaissent comme une manière d'aborder le territoire. Dans le cadre d'une coopération avec le sanitaire, le directeur doit veiller à respecter cette dimension. Il faut que les distances entre les deux établissements soient réduites afin de faciliter l'accès aux soins. La durée de transport est à considérer

⁶⁵ Propos de Mr V, directeur d'EHPAD autonome, annexe III

dans l'offre de soins apportés aux usagers. Un patient s'oriente vers la structure la plus proche mais surtout vers celle qui est la plus attractive par sa qualité des soins apportés, par ses délais de prise en charge, par l'orientation proposée par le médecin traitant ou les orientations du quotidien. Ces habitudes induites par le bassin de vie sont à considérer.

b) Une offre de soins qui se réorganise difficilement

La répartition de l'offre de soins et du médico-social sur les territoires induit les parcours ; hors, un redéploiement est en cours, impulsé d'une part par la mise en place de l'offre médicale du GHT, d'autre part par la recomposition des affectations des lits en adéquation avec les besoins des usagers.

Dans la région ex-Auvergne, lors de mon entretien avec le délégué départemental de l'ARS, celui évoque des difficultés à coordonner les parcours⁶⁶. Selon lui, le GHT peut agir sur cette réorganisation de l'offre ; mais comme dans le cas présent, il s'étend sur deux départements, « il est gigantesque », il n'a pu jusqu'à aujourd'hui interagir davantage avec le médico-social. De plus, il confirme que « la logique de territoire est vraiment l'objectif premier du PRS et du schéma ». Hors, pour le département, il n'y a « suffisamment de place d'EHPAD » ; « il va falloir recomposer ». Il s'agit de transformer des lits d'hébergement permanent en temporaire pour les personnes âgées. Il est donc différent de penser à une échelle régionale ou départementale. Aussi, le travail entre l'ARS et le conseil départemental est important. Le déploiement des « coopérations-parcours » est favorisé par des objectifs communs entre les deux autorités de tarification.

Un des outils de coordination cité également par le délégué départemental de l'ARS est le GCSMS ; mais, celui n'est pas développé sur le département alors qu'il permet de coordonner des actions sur le territoire des structures adhérentes.

Enfin, il existe de nombreuses structures avec des différences de statuts comme la fonction publique hospitalières, territoriale ou associative. Le lien n'est pas aisé à créer et comme « aucune structure n'est capable de coordonner »⁶⁷, le développement de coopération sur ces parcours est plus lent.

Aujourd'hui, un directeur doit s'inscrire sur une vision de territoire. Les autorités attendent des directeurs cette vision de territoire et de coordination notamment dans le cadre des réponses d'appel à projet.

2. Une continuité de la prise en charge de personnes porteuses de pathologies particulières à garantir

La coopération entre établissements peut permettre de revoir de manière partagée l'accompagnement de certains patients sur un territoire.

⁶⁶ Annexe III page XII

⁶⁷ Propos de Mr S, délégué départemental ARS Annexe III

Ainsi, dans le secteur du handicap, le GCSMS SAGESS s'inscrit dans cette démarche. En septembre 2017, il s'est restructuré sous forme de plateformes basées sur les types de publics accompagnés. L'organisation est revue autour du parcours de l'utilisateur. Il facilite l'adaptation du secteur aux besoins des usagers et permet la fluidité des parcours notamment entre les différentes structures, puisqu'il accompagne des personnes en situation de handicap de tout âge. Mais, les places restant encore insuffisantes au sein du groupement, des partenariats informels ont été initiés avec un Foyer d'accueil médicalisé (FAM) voisin de statut hospitalier. Le GCSMS s'ouvre aux structures du territoire dans cette logique de parcours.

L'amélioration du parcours des usagers impose d'adapter l'offre à la demande. Les établissements peuvent innover et demander aux tutelles d'adapter leurs autorisations. Par exemple, concernant l'autisme, l'accompagnement est insuffisant au niveau national. Le GCSMS SAGESS a proposé aux autorités de tarification l'expérimentation d'une équipe mobile, projet à ce jour validé par l'ARS et étendu au département. Dans le secteur gériatrique, les structures adaptent leur offre en proposant tout type d'hébergement : permanent ou temporaire, de jour ou de nuit, en unité classique ou sécurisée. Nous pouvons même pousser la réflexion sur l'opportunité pour un EHPAD d'accompagner des aidants et des personnes âgées à domicile.

Concernant les résidents accueillis en EHPAD et porteurs de pathologies psychiatriques, le manque de médecin psychiatre et la restructuration de l'organisation du secteur psychiatrique, ont revu la prise en charge des patients vieillissants. Des directeurs rencontrés évoquent l'obligation de conventionner avec des CH de proximité pour permettre l'accompagnement spécifique de ces résidents ce qui parfois est une condition préalable à leur admission en établissement. En effet, cette convention peut être donnant-donnant. D'une part, le CH peut obtenir pour ses patients sortant un lit en EHPAD ; d'autre part les structures d'hébergement s'assurent de la continuité de la prise en charge psychiatrique de leurs résidents et notamment de leur hospitalisation en cas de crise. Par ailleurs, face au développement des troubles du comportement sévères dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées, des unités spécialisées se développent telles que les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) qui nécessitent une prise en charge par un géronto-psychiatre. Cette convention est alors indispensable. Mais le bémol apporté reste sur la possibilité des établissements sanitaires à répondre à ces besoins. Selon Mme L, directrice d'un EHPAD : « Est-ce que déjà, la «géronto-psy» peut

répondre à nos besoins ; est-ce qu'ils sont capables de répondre à nos attentes quand on connaît, par exemple le déficit de psychiatre sur le CH ? ». ⁶⁸

3. Un parcours des usagers entre le sanitaire et le médico-social à simplifier

Nous pouvons aborder la continuité de l'accompagnement des usagers plus spécifiquement à travers son parcours entre le sanitaire et le médico-social. Deux modes de coopération formalisés sont privilégiés en dehors de ce que peut proposer le GHT, la filière et les conventions.

Les filières gériatriques sont des organisations sur un territoire défini qui intègre les parcours de santé des patients avec leurs particularités individuelles et évolutives. Le parcours est sans rupture et coordonné. Les conventions d'adhésion à la filière ont pour objectif de fluidifier les parcours des personnes âgées. Pour l'EHPAD, le médecin traitant va œuvrer avec les hôpitaux pour permettre aux résidents en cas d'hospitalisation de ne pas passer par les urgences ou que des rendez vous auprès de spécialistes hospitaliers soit d'un délai plus court. Pour les hôpitaux, l'enjeu est de désengorger les urgences et d'organiser la prise en charge des personnes âgées. Ceci implique une optimisation du partage d'informations. Les EHPAD transmettent en systématique le DLU et les médecins hospitaliers édite le courrier médical accompagnant le résident lors de son retour programmé en institution. Le résident bénéficie d'une prise en charge sans rupture et surtout plus efficiente auprès de spécialiste de la gériatrie. C'est aussi dans le cadre de la filière que les CH cherchent une solution à leurs besoins en lits d'aval. Cette coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social permet le développement et la reconnaissance d'une véritable expertise gériatrique. Les filières gériatriques existent mais elles sont plus ou moins développées. Ainsi, dans l'ex-région Auvergne, fort est de constater qu'il ne semble exister que peu de conventions entre des EHPAD et les CH. La coopération principale concerne aujourd'hui les EHPAD intégrés au GHT et la filière gériatrique amorcée par le CHU est en attente d'un développement de coopération avec le secteur médico-social. L'objet principal doit être l'efficience du parcours des usagers.

Les directeurs signent des conventions dans une logique de parcours pour des suivis précis tels que les urgences, les soins palliatifs, les accompagnements en psychiatrie. Cependant, il existe des secteurs où malgré la volonté des pouvoirs publics, la coopération a du mal à s'instaurer. La télémédecine en est l'exemple ; depuis le début d'année, les outils ont été installés dans des EHPAD du territoire accompagnés par l'ARS. Des budgets ont été alloués avec un contrat d'objectifs. La transmission des données est

⁶⁸ Propos de Mme L, directrice d'un EHPAD autonome, Annexe III

sécurisée et les professionnels des EHPAD sont formés. Pourtant, cet été, il était encore impossible pour un résident de bénéficier d'une consultation par télé-médecine : aucune convention était signée avec les structures sanitaires. Dans un tel projet, tous les partenaires doivent échanger et avoir les moyens suffisants pour sa mise en œuvre. La volonté des partenaires ne suffit pas ; il faut en avoir les moyens matériels et humains. Dans le cas présent, le manque de médecin et la tarification tardive de ces actes retardent le projet qui reste une valeur ajoutée dans l'accompagnement des résidents. L'absence de moyen est un biais qui peut être à reporter pour toute convention ou filière avec les établissements sanitaires. Il est aussi à souligner que des relations privilégiées existent déjà entre des médecins libéraux exerçant en EHPAD et des médecins exerçant dans le secteur sanitaire. Selon des directeurs interviewés, c'est sur cette relation humaine que peut s'appuyer la coopération plus que sur des conventions formalisées⁶⁹.

Enfin, le parcours de l'utilisateur doit aussi se développer avec la ville ; c'est ce que prône le nouveau PRS de la Région ARA et c'est une attente exprimée par les représentants de l'ARS qui se traduira par un des objectifs du futur CPOM des établissements⁷⁰ ; il s'agit de repenser les offres du secteur médico-social en étant sources de propositions pour permettre la création de nouveaux types d'hébergements et d'accompagnements adaptés aux attentes des usagers avec le désir de vieillir à domicile et d'être préparé à l'entrée en institution.

4. Le droit des usagers au cœur des dispositifs

L'objectif de cette coopération entre ESMS, acteurs dans un même parcours, est de proposer une trajectoire choisie et sécurisée. Le directeur doit considérer le respect du libre choix de l'utilisateur et la confidentialité des données transmises durant le parcours. Le droit pour les résidents de choisir les modalités de leur prise en charge sont issus de la loi du 2 janvier 2002 qui spécifie que les résidents ont le libre choix des prestations et que leur accompagnement doit être individualisé dans le respect de leur consentement.

a) Le libre choix de l'utilisateur face à une prise en charge organisée

Par ces coopérations, il s'agit de répondre à un besoin de soins d'un résident dans un parcours le plus adapté possible, rapide, efficace, sécurisé et directe. Hors, un directeur interviewé cite une expression d'un ancien collègue « les malades y votent avec les pieds ». Ceci rappelle la notion de bassin de vie et d'habitudes de vie des personnes qui peuvent être accueillies dans une institution.

⁶⁹ Propos de directeurs, annexe III

⁷⁰ Propos du délégué départemental de l'ARS, annexe III

Cette question peut être notamment interrogée à travers l'exemple des filières ou de conventions avec des officines. Le directeur engage son établissement dans une filière et oriente ses résidents vers l'une ou l'autre des structures sanitaires de proximité. Le résident suit une logique de filière sans qu'il ait pu donner son avis. De même, pour que la dispensation des médicaments soit sécurisée, la structure signe une convention avec une officine. Le résident n'a donc pas le libre choix de son pharmacien.

Le libre choix rend le résident acteur de son parcours de soins. Le point de vigilance va donc concerner l'information aux usagers sur la filière. D'après le conseil d'état⁷¹, «le principe du libre choix de patients est compatible avec le recours aux filières de soins» ; il s'agit d'informer le patient sur les modalités de son suivi et de recueillir son consentement tout au long de son parcours. Dans le cas d'un refus malgré les informations reçues, d'autres possibilités devront lui être proposées. Cela peut avoir des impacts sur le parcours de l'utilisateur mais aussi sur les organisations, la charge de travail des professionnels, autres points surveillés dans la stratégie d'établissement.

b) Le partage d'information de données personnelles ou de santé

L'accompagnement d'un usager dans son parcours de soins impose de mobiliser plusieurs acteurs qui vont partager des données tout en garantissant leur confidentialité. La Loi Touraine⁷² a simplifié le partage et la transmission des données dans un contexte de coopération entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. » D'après Bruno Gallet,⁷³ «les pouvoirs publics ont entendu augmenter les possibilités de partage d'information afin de favoriser et de sécuriser juridiquement la mise en place de parcours de santé». Le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal sont requis.

La protection des données à caractère personnel et du droit au respect de la vie privée est initiée par la loi du 6 janvier 1978⁷⁴. Le 25 mai 2018, elle a été renforcée par le règlement relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ses données (RGPD)⁷⁵. Il définit les données de santé qui sont «les données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne».⁷⁶

⁷¹ Conseil d'état, 27 avril 1998, n° 183574

⁷² Loi Touraine du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁷³ GALLET B., 2017, *Les coopérations en santé*, Rennes : Presse de l'EHESP, 201 p, page 165

⁷⁴ Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite « loi Informatique et Libertés »

⁷⁵ Règlement 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données dit « RGPD » publié le 27 avril 2016 au Journal officiel de l'Union européenne

⁷⁶ Agence Française de la Santé Numérique, RGPD Fiche 1 : Présentation générale - Novembre 2017

Dans le territoire de l'ex-région Auvergne, la protection des données partagées est recherchée dans le cadre des coopérations entre le secteur sanitaire, social, médico-social et de ville. Sur l'Allier et le Puy de Dôme, un logiciel partagé «Attentum» est généralisé. Il permet, via internet, la gestion sécurisée et centralisée des données personnelles liées à l'inscription d'un usager sur liste d'attente pour entrée en institution ; cela facilite le parcours entre le sanitaire et le médico-social. Par ailleurs, l'ARS ex-Auvergne porte le GCS SIMPA. Structure privée, il est le « relais opérationnel pour la mise en œuvre des projets de e-santé en Auvergne », et a « pour objectif de favoriser le développement des systèmes d'information dans le domaine de la santé et du secteur médico-social régional. Il participe au déploiement d'un système d'information partagé de santé au service des professionnels de santé et de ses membres »⁷⁷. Ce système de transfert de données sécurisées est utilisé en particulier pour la télémédecine ou pour des échanges entre les professionnels médicaux.

Au-delà de l'aspect sécuritaire, la communication efficiente entre les acteurs du parcours de l'usager est un des piliers de toute démarche de coopération. Il existe un besoin important de transmission d'informations. Mais, cette communication doit prendre en compte les niveaux d'équipements différents entre les établissements et la multiplicité des acteurs dans un parcours individualisé d'usagers.

5. Les facteurs de réussite et les limites identifiées

a) Les facteurs de réussite de la « coopération- parcours »

Les points favorisant une issue positive à ce mode de coopération sont les suivants :

- La connaissance partagée des besoins des usagers sur le territoire.
- La connaissance des atouts et des contraintes des partenaires du territoire.
- La prise de temps lors de l'organisation du parcours
- La formalisation du parcours à travers la signature de convention ce qui permet sa pérennité au-delà d'une histoire d'Hommes.
- L'identification et la formalisation des actions et des responsabilités de chaque acteur en amont de la coopération.
- L'adaptation des parcours aux besoins des usagers, aux attentes de qualité.
- La prise en compte du libre choix des usagers.
- Le développement de moyens de communication entre les partenaires dans le respect de la réglementation du partage des données de santé.

b) Les limites de la coopération de parcours

Des difficultés sont identifiées dans la mise en place de cette coopération :

⁷⁷ <https://www.esante-auvergne.fr/gcs/presentation-gcs>

- Un changement de culture : faire travailler ensemble des partenaires aux cultures différentes remet en question une sectorisation historique.
- Le manque de moyens techniques nuit à l'instauration des parcours,
- Le manque de coordination avec des ruptures de parcours et des incohérences
- Le manque de communication et d'échange entre les partenaires.

B. Les « coopérations-efficiences »

«L'efficience est l'optimisation des outils mis en œuvre pour parvenir à un résultat. Elle se mesure sous la forme d'un rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées». ⁷⁸L'objectif des «coopérations-efficiences» est «d'améliorer l'efficience des organisations à partir de la mutualisation des besoins»⁷⁹. L'efficience est souvent citée par les protagonistes comme l'objectif de la coopération qu'elle concerne l'optimisation des dépenses, l'accompagnement des usagers, la gestion des équipes ou des compétences ; mais l'adhésion à ces coopérations-efficiences impose des précautions.

1. Une baisse des dépenses avec une économie d'échelle, toujours une réalité ?

Les établissements médico-sociaux autonomes ont la nécessité de se créer des marges de manœuvre pour assurer une pérennité à la structure. Dans ce contexte budgétaire contraint, il est nécessaire d'optimiser les dépenses tout en améliorant la qualité des accompagnements ; cela peut se traduire de différentes manières.

La rationalisation des dépenses peut passer par une nouvelle politique d'achat ; il s'agit de se regrouper pour obtenir des produits équivalents à moindre coût en raison de l'économie d'échelle. Les EMS s'affilient à des groupements d'achat. Ainsi, l'EHPAD de Gannat adhère au groupement d'achat alimentaires «GRAAL» pour les produits diététiques et à «Pharm'Auvergne» dont les gestions sont assurées par des CH. La complexité des marchés publics rend obligatoire la professionnalisation de la fonction achat. Cette compétence particulière n'est pas forcément présente dans les structures qui n'ont pas toujours les moyens de la développer. L'adhésion à un groupement peut être une réponse à cette exigence. Mais, cette solution n'est pas idéale et nécessite une réflexion en amont de toute adhésion. En fait, il s'avère que tous les groupements ne sont pas source d'économie. Ainsi, « Mme M m'expliquait que dans le cadre d'un marché au 1^{er} janvier 2018, un des fournisseurs s'était trompé dans les prix et lui avait appliqué les prix d'un autre groupement auquel l'EHPAD avait hésité à adhérer. Elle a alors réalisé

⁷⁸ Source <https://educalingo.com/fr/dic-fr/efficience>. Il faut la distinguer de l'efficacité, qui est « le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés ».

⁷⁹ Routelous C, 2017, *Les enjeux de la coopération pour le secteur médicosocial*, EHESP IdM

que les tarifs étaient plus élevés pour les membres du groupement que ceux pratiqués dans le cadre du marché en cours, dans l'établissement. »⁸⁰ De même, «Mme L m'expliquait qu'il y a quelques années, l'établissement était adhérent à un groupement d'achat pour l'incontinence. Suite à une erreur du fournisseur, l'EHPAD de C reçoit une proposition de tarifs. Or, la nouvelle offre tarifaire individuelle était plus intéressante que celle du groupement. Cela correspondait à une somme conséquente qui a amené Mme L à sortir du groupement et à contractualiser directement avec le fournisseur. «Qualité égale pour un coût moindre».⁸¹ Ces deux exemples permettent d'imager les biais à l'adhésion à un groupement. Certes, une sécurité dans la démarche est garantie. Cependant, il faut considérer que les prix ne sont pas obligatoirement avantageux et tenir compte du prix d'adhésion. Les contrats sont limités dans le temps ce qui peut permettre de la souplesse. Il faut rester vigilant sur la qualité du produit et sur son adéquation avec les besoins de la structure.

Au-delà de la fonction achat, optimiser les dépenses peut signifier la réorganisation de services logistiques avec une possible externalisation. C'est le choix de directeurs d'EHPAD avec la fonction « préparation des repas » externalisée ou l'adhésion à un « GIP blanchisserie inter hospitalier » pour l'activité «linge plat». Trois directeurs interrogés (Mme D, Mme L et Mr V) expliquent les motifs de ce choix⁸¹. Tout d'abord, cela concerne la possibilité de conserver cette activité en interne et «l'intérêt stratégique». Ainsi, le coût de remise aux normes des installations, le coût de fonctionnement, la qualité du service rendu aux usagers et les conditions de travail des professionnels sont des arguments qui étayeront le choix de l'externalisation. Le coût du repas et du kilo de linge lavé avec la qualité du service rendu restent essentiels. Par contre adhérer à un GIP, impose d'être vigilant dans le contrat afin de bien considérer le partage des engagements financiers par les membres du groupement et les pénalités financières en cas de volonté de sortir de l'entité. Mme D explique avoir reporté son adhésion au GIP car pour elle, après une étude de faisabilité réalisée en 2014, « pour ma blanchisserie, je n'avais pas cette efficacité financière... je n'avais pas plus de qualité... je n'y ai pas vu d'intérêt ». Finalement, dans le cadre de l'adhésion à un GIP, il s'agit d'être vigilant sur les aspects financiers, et contractuels mais les critères d'évaluation restent variables d'un directeur à l'autre. Dans le cadre de mutualisation de moyens, les structures peuvent soit déléguer une activité, soit choisir le partage de fonction logistique. De ce choix de fonctionnement dépendra la responsabilité de la structure et l'engagement financier.

⁸⁰ Propos recueillis lors d'un échange, annexe III

⁸¹ Propos recueillis lors des entretiens, annexe III

Dans le cadre de l'adhésion à un GCSMS, Mr L explique qu'il ne faut pas uniquement penser en termes d'économie ; en effet, celui-ci «entraîne des cotisations pour bénéficier de services rendus qui peuvent être fluctuant d'une année sur l'autre».⁸² De plus, «s'ouvrir sur l'extérieur peut permettre de prendre connaissance de nouveaux projets efficaces pour l'établissement et ceci va créer d'autres besoins qui entraîneront des coûts supplémentaires mais dans un objectif de qualité accrue»⁸². Aussi, il faut intégrer cette notion de surcoût dans l'étude de faisabilité pour toute démarche de mutualisation. Ils sont engendrés par une nouvelle organisation. Ce sont par exemple des frais de transport induits par la délocalisation sur un site unique de fonction support (ex : PUI commune ou blanchisserie) ou en lien avec les ressources humaines.

2. Une coopération aux bénéfices des usagers

Les établissements médico-sociaux n'ont pas toujours les moyens financiers ou humains pour répondre à l'évolution des besoins des usagers. Pour Mme D, la démarche de coopération a pour premier objectif «d'améliorer la prise en charge du résident». Elle explique : «je pars toujours du résident. Pour satisfaire un besoin du résident auquel je ne pourrais pas atteindre, c'est clair que je chercherais les moyens qui me permettent d'y répondre».⁸² Il peut s'agir de la mutualisation de compétences pour améliorer la prise en charge des résidents. Ceci rentre aussi dans le cadre de la coopération isolément développée à la suite⁸³.

Certaines fonctions mutualisées comme le responsable achat ont un effet indirect sur le résident. Selon Mr FXL⁸², la mutualisation de cette fonction a permis des marchés, «qui ont permis de faire des économies» et «chaque économie à long terme, permet de réinvestir de l'argent ailleurs... Là, on est sur un projet de télémedecine ». Ces propos sont appuyés par ceux de deux de ses confrères⁸² qui confirment que de « mutualiser certains moyens et en particulier les fonctions supports», permet «d'en tirer des marges (...) à destination des usagers». Elles contribuent à améliorer la prise en charge mais aussi si possible à limiter l'augmentation du prix de journée à la charge des résidents.

La coopération peut aussi concerner une mutualisation de moyens. Par exemple, l'EHPAD d'Aigueperse rencontrait une difficulté suite à une malfaçon lors de la restructuration d'un bâtiment nécessitant de gros travaux de remise en conformité. Cette unité était occupée par 60 résidents souffrant de troubles cognitifs. La solution était de fermer 15 lits le temps des travaux prévus pour une durée de 3 mois ce qui n'était pas sans conséquence sur le parcours des usagers du territoire et le quotidien des résidents de cette unité. A proximité, se trouvait un autre EHPAD possédant un service non habité.

⁸²Propos recueillis lors des entretiens, reportés en Annexe III

⁸³ C /les coopérations isolément page 35

Le responsable des services techniques mutualisé sur les structures a eu l'idée de transférer 15 résidents d'Aigueperse sur le site de Gannat le temps des travaux ; il avait connaissance des besoins et des atouts de chaque structure. La relation de confiance qui unissait déjà les deux directeurs et des expériences communes de coopération réussies, ont permis de mener à bien le projet et d'obtenir l'accord des tutelles, des professionnels des instances et des usagers et de leurs proches. Cette expérience a permis de garantir la qualité de vie des résidents durant cette période de travaux et la communication tout au long de la démarche a été un outil indispensable à l'adhésion des différents acteurs.

Dans le cadre de GCSMS, deux directeurs interrogés insistent sur la nécessité de communiquer auprès des usagers et de leurs familles lors des «instances traditionnelles, réglementaires que sont les conseils de la vie sociale (CVS)». Les familles doivent être informées via ces instances des mouvements, des évolutions. Les usagers doivent trouver un bénéfice de ces coopérations et être informés de leurs réels effets sur leur prise en charge. Ceci est valable pour tout type de coopération.

Un des autres aspects de la coopération et qui concerne à la fois les usagers et les équipes est le développement des connaissances des professionnels qui doit induire une amélioration de l'accompagnement des résidents.

3. Les impacts de la mutualisation sur les professionnels

Dans le contexte de «coopération-efficience», les professionnels des structures peuvent être en interaction tout au long de la démarche.

Tout d'abord, l'objet de la mutualisation peut être la compétence d'agents. Les points de vigilance sont les mêmes que dans une «coopération-isolement ». Concernant le GCSMS, sa taille peut être une opportunité pour l'évolution de carrière des agents et faciliter la mobilité sur le territoire entre les établissements de la structure.

Il peut s'agir aussi de la formation des professionnels. Certaines peuvent être organisées en commun sur plusieurs établissements ; cela peut se traduire par le recours à un organisme extérieur où le groupe d'apprenants provient des différents établissements ou par la réalisation de formations par des professionnels compétents, à leurs pairs des structures partenaires. Ceci permet de diminuer les coûts de formation (frais partagés sur plusieurs établissements, proximité des lieux de formation diminuant les frais de trajets) et donc d'étoffer le plan de formation. Les acteurs des différentes structures échangent aussi sur leurs pratiques professionnelles. Cela développe les connaissances et redynamise les prises en charge. Ce bénéfice se retrouve aussi parfois à travers des temps d'échange formalisés inter établissements.

Si l'on prend l'exemple de la démarche de mutualisation des 2 PUI de 2 EHPAD autonomes sous forme éventuelle de GCSMS, j'ai été missionnée fin 2017 par les directeurs pour suivre ce projet. Ceci m'a emmené à réfléchir sur des éléments de vigilance dans le cadre d'un groupement de coopération. Tout d'abord, l'effectivité d'un GCSMS demande du temps et le départ d'un des promoteurs peut remettre en question la pérennité et la réactivité du projet. Ensuite, ce projet a demandé beaucoup d'énergie et de temps ; ceci a généré des attentes et des craintes pour un projet qui n'a pas pu aboutir pour des raisons statutaires. La communication demeure très importante et se doit d'être ciblée, tant sur son contenu, ses interlocuteurs et les moments choisis. Il est nécessaire pour l'équipe de direction de communiquer auprès des équipes sur les motifs et les modalités de toute coopération afin de les accompagner dans une nouvelle organisation qui n'est plus uniquement tournée vers l'établissement mais vers une logique inter établissement ce qui peut être source de difficultés de compréhension et ralentir le processus. C'est une véritable démarche projet qui est insaturée dont les objectifs doivent claires et aux valeurs partagées par les acteurs de la coopération.

Enfin, pour les directeurs interrogés, l'impact des coopérations sur leur propre fonction est très variable. Tout d'abord, participer à un réseau ou faire partie d'un GCSMS permet d'échanger avec ses collègues directeurs. Cela est une solution à la solitude vécue par certains. Pour Mr FXL, «le gros plus de la coopération, c'est de ne pas rester seul(...). Comme directeur, on n'a pas de collègue, on n'a que des subordonnés dans l'établissement et c'est vraiment bien d'avoir des espaces de parole, où on parle un peu franchement(...). On peut prendre les conseils des autres». L'organisation du GCSMS peut favoriser ces échanges. Selon Mr B, «les directeurs se rencontraient plus facilement. Il y avait aussi une meilleure connaissance des structures des uns et des autres». Pour Mr V, directeur d'un EHPAD autonome, ceci est une évolution de la fonction. Pour lui, il existe deux types de directeurs : ceux «qui préféreront être intégrés dans une équipe, parce qu'ils ont peur aussi de se retrouver tout seul» et «ceux qui ont décidé(...), de faire ce métier » pour « une autonomie décisionnelle, une autonomie dans les méthodes de travail ». Tous les directeurs interviewés échangent avec leurs pairs sur leur pratique, leur expérience et les documents réglementaires afin d'optimiser leur temps et d'acquérir des connaissances. Pour certains, cela permet un partage de compétences dans des secteurs bien particuliers comme les finances ou les appels d'offre. Des projets communs pour rationaliser les dépenses sont développés en commun par des directeurs. Pour Mr B, ces rencontres autour d'un projet commun sont sources d'échange d'idées et permettent à chacun de gagner en efficience. L'évolution du métier va aussi concerner le développement de la fonction de directeur dirigeant de plusieurs établissements. Que ce soit dans le cadre du GCSMS SAGESS ou impulsé par les

autorités dans le cadre de l'instauration de direction commune, l'efficacité passe par la mutualisation d'un directeur qui a une connaissance des deux structures et peut donc plus facilement mettre en place la mutualisation de moyens ; il doit rester vigilant sur la contractualisation, les structures demeurant des entités distinctes.

4. De nouvelles gouvernances à instaurer

Durant mon stage extérieur, j'étais dans une structure adhérente au GCSMS SAGESS. Ce dernier regroupe 4 associations qui partagent une direction générale. Il est fondé sur une volonté partagée de s'unir pour gagner en efficacité⁸⁴ afin de proposer aux usagers un accompagnement de qualité adapté à l'évolution des besoins sur le territoire, mais aussi pour avoir un rapport privilégié avec les autorités de tutelle tout en conservant une autonomie politique et les valeurs de chaque association. Des mutualisations ont été réalisées telles que la mise en place d'un pool de remplacement, l'emploi d'un qualitatif, un système de restauration, la fonction transport, le développement d'un système d'informations partagé. Riche d'une expérience de 7 ans et déjà sur la signature de son deuxième CPOM, ce GCSMS s'inscrit dans une démarche continue de la qualité. Il reste innovant et propose aux autorités de tarification des projets performants tels qu'en 2016 l'expérimentation d'une équipe mobile auprès des personnes atteintes d'autisme. Répondre au plan national sur l'autisme s'est traduit par une opportunité financière dans le cas de la création de cette équipe mobile qui a été pérennisée avec une autorisation. Selon les propos recueillis auprès d'un directeur du GCSMS, les établissements suivent des objectifs partagés et sont porteurs de projet ; la mutualisation des budgets leur permet d'aborder en commun les mises en conformité successives de leurs structures et de s'orienter vers des services logistiques partagés, source d'économie substantielle.

Au niveau de la gouvernance, les directeurs gardent une autonomie de décision sur les structures qu'ils dirigent ce qui selon eux est une des raisons de l'évolution positive de leur groupement. Ils suivent cependant les orientations données par le comité stratégique et la réorganisation sous forme de plateforme, en 2017, a amené la suppression d'un poste de directeur suite à la redistribution des structures entre les directeurs. Il s'agit de penser parcours d'usagers, territoire et plus seulement structure.

Mais, l'autonomie des directeurs peut être variable d'un GCSMS à l'autre. Et dans le cadre de la coopération, des directeurs insistent sur l'importance de garder le partage des décisions. Il demeure une question d'Hommes mais il peut être rationalisé dans le cadre d'une contractualisation efficace.

Selon les moyens mutualisés et les modalités juridiques, les conséquences pour la structure ne sont pas les mêmes. La communication est essentielle et le directeur doit

⁸⁴ Guide méthodologique ANAP, *les coopérations dans le secteur médico-social*, 104.p. pages 44 à 47

informer les organisations syndicales et les instances. «Il est important pour cela de bien préparer le sujet, communiquer sur la stratégie et pourquoi cette stratégie⁸⁵ ». Dans le cadre de l'adhésion à un groupement, le conseil d'administration et les représentants du personnel sont intégrés à la démarche.

Des coopérations ont pu aboutir à des restructurations entre des établissements voire des fusions. Dans ce contexte économique contraint, certains craignent au-delà de la fusion, un transfert d'autorisation qui pourrait se traduire par la perte d'emplois sur leur territoire.

Cette démarche de coopération efficiente est portée par les autorités comme un levier de restructuration de services et d'établissements en difficultés financières mais aussi comme une réponse aux problèmes majeurs de qualité et de performance. L'utilisateur bénéficie d'un service rendu plus efficient. La stratégie de coopération offre donc aux établissements des bénéfices internes qui vont servir la qualité du service rendu aux usagers tout en permettant la montée en compétences en interne des agents.

5. Les facteurs de réussite et des limites identifiées

a) Les facteurs de réussite de « la coopération-efficience »

Cette modalité de coopérer plus spécifiquement entre établissement du secteur médico-social est favorisé par plusieurs facteurs :

- L'objet de la coopération : ce sont des enjeux importants comme de répondre aux nouvelles réglementations dans un contexte budgétaire contraint telles que les obligations de formation, la démarche qualité, la réglementation sur les achats.
- Le partage de besoins communs.
- La connaissance des atouts et des contraintes des partenaires.
- Un mode juridique adapté à l'objet de la coopération et à ses objectifs à court, moyen ou long terme (flexibilité, durée...).
- La pérennité d'une coopération contractualisée dans le cadre d'un groupement.
- La notion de gain partagé.
- L'encouragement de la démarche par les tutelles.

b) Les limites de « la coopération-efficience »

Celles identifiées sont les suivantes :

- La crainte pour les professionnels d'une nouvelle gouvernance notamment avec la mise en place d'un siège social comme pour le GCSMS.
- La crainte de l'engagement pour les directeurs et les instances.
- Les changements d'interlocuteurs.

⁸⁵ Proposition de directeurs, annexe III

- Trouver un outil juridique adaptée à la mutualisation.
- Les surcoûts liés à la mutualisation des moyens.

C. Les « coopérations-isolement »

Selon l'ANAP, « les coopérations-isolement » permettent de faire face à l'isolement géographique d'un ou plusieurs établissements et /ou services sur leur territoire où la pénurie de personnel qualifié peut engendrer une forme de concurrence⁸⁶. Les structures cherchent à recruter des professionnels dont les compétences sont une nécessité pour le service rendu à l'utilisateur ou leur bon fonctionnement. La mutualisation d'un poste sur des établissements va permettre l'embauche d'un temps plein. Ceci rend le poste plus attractif, surtout pour les métiers où les ETP accordés à chaque structure sont de petite quotité (exemple : psychologue, ergothérapeute, diététicienne) ; il s'agit aussi de recruter ensemble des compétences ciblées (qualiticien, informaticien, conseiller hôtelier, spécialiste des achats publics). Pour Mme L, «ce qui m'amènerait à aller vers une coopération, c'est un besoin que je ne pourrais pas satisfaire en interne, par exemple lors de difficultés de recrutement⁸⁷. Pour les services techniques «comme dans le secteur administratif, les métiers se complexifient et nous avons vraiment besoin de personnes ressources avec des formations solides. Et là, c'est la limite de nos établissements⁸⁷. Pour certaines situations, le recours à l'intérim ou à des experts privés sous forme de mission, sont utilisés mais cette solution demeure coûteuse et pas toujours adaptée.

1. Une coopération aux bénéfices des usagers

Il peut s'agir pour cela de la mutualisation de compétences qui permettront visiblement d'améliorer la prise en charge auprès des résidents. Nous pouvons donner comme exemple la mutualisation d'infirmières de nuit pour réaliser des astreintes sur plusieurs EHPAD situés à distance des centres hospitaliers, dans la région ARA ; c'est une réponse à un appel à projet de l'ARS actuellement en cours dont le but est d'éviter les hospitalisations de nuits des résidents. Plusieurs directeurs travaillent ensemble sur la réponse à l'ARS. Dans un autre domaine, la mutualisation d'un conseiller hôtelier a permis d'améliorer les prestations hôtelières au sein du GCSMS de l'Yonne⁸⁷.

Mais, les compétences mutualisées peuvent aussi avoir des impacts indirects sur la réponse aux besoins des résidents. Cela va concerner par exemple la mutualisation d'un informaticien ou d'un qualiticien par convention sur trois EHPAD ou au sein d'un

⁸⁶ Guide méthodologique ANAP, *les coopérations dans le secteur médico-social*, 104p, page 19

⁸⁷ Propos recueillis lors des entretiens, reportés en Annexe III

GCSMS. Leurs compétences vont permettre de sécuriser les prises en charge et de répondre aux obligations réglementaires et législatives. C'est aussi à ce dernier point que va contribuer la mutualisation d'un responsable achat.

Ainsi, coopérer est ici synonyme pour l'usager d'une prise en charge de meilleure qualité par des professionnels aux compétences variées.

2. Une stratégie d'établissement

Les tutelles estiment qu'en raison de la taille insuffisante de la structure, celle-ci n'a pas besoin d'une compétence ou alors sur une petite quotité d'ETP. Ainsi sur le tableau validé des effectifs, des établissements ont des 0.2 ETP en psychologue. Ceci rend difficile le recrutement par le manque d'attractivité du poste. Cette difficulté est majorée dans les territoires ruraux tels que nous en trouvons dans le Puy de Dôme qui est une région montagneuse avec la présence d'établissements isolés. L'évolution de la contractualisation de la convention tripartite vers le CPOM laisse aux équipes de direction un peu plus de laxité dans la gestion des ressources humaines avec une liberté sur les fonctions employées, bien que le budget contraint limite encore les possibilités d'emplois.

La solution juridique est à adapter à la situation. Souvent, il s'agit de conventions ou de mises à disposition. Dans le cadre d'un GCSMS, c'est le fait que les personnes qualifiées soient employées du siège qui va permettre la libre circulation de l'agent entre les structures. Ceci est facilitant si les membres du GCSMS ont des statuts différents pour leur personnel. Dans le secteur privé du handicap et de l'enfance, nous pouvons rencontrer des écarts entre les conventions 51 ou 66 ; de même dans le public, entre la fonction territoriale et hospitalière. Ceci n'est pas sans conséquences sur le droit du travail et les salaires des professionnels. C'est une stratégie commune à développer.

Ainsi, le directeur doit s'ouvrir sur son territoire et se rapprocher de ses paires dont les besoins en compétences qualifiées spécifiques sont identiques et identifiées. Pour Mme D, « cette démarche de mutualisation peut permettre aux structures de rendre le poste attractif et donc d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers »⁸⁸. La mutualisation de compétences peut parfois être réalisée sur un temps plus court pour répondre à une problématique particulière comme un problème ponctuel d'encadrement, de travaux ou de réseau informatique. C'est ce qu'explique Mr V : « l'informaticien il est mutualisé(...). Parce qu'ici à G, on avait un schéma d'information qui n'était pas vraiment très professionnel. Et, que l'on a une taille où maintenant avec les nouvelles réglementations, il fallait que l'on passe à un niveau professionnel. Donc, il fallait

⁸⁸ Propos recueillis lors des entretiens, reportés en Annexe III

quelqu'un qui maîtrise».⁸⁹ C'est la relation étroite entre les deux directeurs, la connaissance de leur établissement et de celui de leur collègue qui leur a permis de mutualiser différentes compétences.

Mais, tous les directeurs interrogés n'ont pas la même vision sur les compétences mutualisables et sur leurs modalités. Ainsi, dans le cadre de GCSMS, nous retrouvons l'existence de pools de remplacement gérés par le siège et qui concerne surtout des professionnels soignants ou du secteur social. A l'inverse, dans les mises à disposition entre EHPAD, cela va plus concerner des agents du secteur administratif ou de l'encadrement. Le choix des fonctions mutualisées reste encore très variable et dépend aussi de la vision de chaque directeur. Dans le cadre d'un groupement, ceci peut être plus formalisé et donc moins directeur dépendant.

3. Les impacts de la coopération sur les professionnels dont les compétences sont mutualisées

La mutualisation de compétences entre établissements est avant tout le partage d'un professionnel sur plusieurs sites ce qui lui impose certaines conditions de travail.

Un des postulats de cette mutualisation demeure l'adhésion de l'agent concerné. Les situations rencontrées peuvent être différentes. Tout d'abord, l'agent peut être titulaire sur une des structures et c'est le directeur qui vient lui proposer une mise à disposition ; son adhésion est donc juridiquement nécessaire pour réaliser la mutualisation. Si le professionnel refuse cette adhésion, cela peut s'expliquer par une surcharge de travail déjà existante ou sur la peur du changement. Ensuite, si l'agent n'est pas encore employé, c'est dans le cadre de son recrutement que cette mutualisation peut être annoncée et cela peut devenir un atout pour certain métier (notion d'attractivité lié au temps plein).

Pour l'agent, cela peut présenter des avantages. Tout d'abord, cela permet d'enrichir ses connaissances et d'ouvrir son esprit. Voici les propos de deux professionnels travaillant sur plusieurs sites : Mme X : « être sur deux établissements, c'est avantageux, c'est riche par ce que ça permet de voir deux fonctionnements différents, de travailler avec deux équipes différentes, d'avoir deux visions du métier ; cela permet de prendre du recul, je fais mon mi temps sur deux jours et cela me permet de ne pas être là toute la semaine » Et, Mme J « l'avantage, c'est l'ouverture d'esprit... C'est vraiment de rencontrer d'autres professionnels, d'autres organisations, c'est

⁸⁹ Propos recueillis lors des entretiens, reportés en Annexe III

enrichissant »⁹⁰. Au-delà de l'acquisition de savoir être et de savoir faire, cela peut aussi s'accompagner d'une compensation financière ou de possibilité d'évolution de carrière.

Une des difficultés rencontrées peut être « de concilier les deux établissements au niveau de la présence ; être à mi-temps demande plus de temps pour s'intégrer aux équipes, pour avoir des informations »⁹⁰. Celles-ci se rapprochent de celles d'un agent à temps partiel sur une structure et demande en plus un effort particulier au niveau des capacités d'adaptation pour jongler entre les deux structures : distance géographique, organisations différentes, intégration des équipes, suivi des dossiers.

C'est pour limiter l'impact de ces contraintes d'organisation que l'équipe de direction doit se montrer vigilante dans le cadre de la mise en place de compétences mutualisées sur plusieurs sites.

4. Les points de vigilance pour l'encadrement

Mme J., cadre de santé supérieur, a vécu deux mutualisations de ses fonctions et en a donné sa vision positive. L'intérêt de ces coopérations était de partir d'une difficulté à laquelle la structure voisine avait une solution à travers ses compétences. Selon elle⁹⁰, la démarche de mutualisation doit suivre un processus avec des outils bien précis. Pour le professionnel dont la fonction est mutualisée, il faut « l'aval des directeurs », « une fiche de poste », « un contrat de mise à disposition avec une clause de désengagement », « une problématique à régler, claire, avec une lettre de mission ». « Il est important de s'entendre avec le directeur sur les missions, les prérogatives » et d'avoir un lien fonctionnel précis dans la structure spécifié sur l'organigramme.

Les directions doivent ensemble installer un contexte aidant à cette mutualisation. Des facteurs favorisant ont été identifiés : Le directeur connaissait bien le deuxième établissement ; le moment était bien choisi ; la fonction du nouvel arrivant était clairement définie ; la distance entre les établissements n'était pas trop éloignée avec une prise en compte des transports ; la personne mise à disposition était volontaire ; elle avait le temps suffisant pour gérer son travail sur plusieurs structures ; enfin, l'arrivée était préparée.

Sur ce dernier point, l'équipe de direction doit d'une part accompagner le professionnel mutualisé sur ces nouvelles fonctions, d'autre part veiller à son intégration dans ses nouvelles équipes. Selon Mr V, la réaction des équipes présentes peut être différente selon la fonction mutualisée et l'ambiance de travail dans la structure. Pour lui,

⁹⁰ Propos recueillis lors des entretiens, reportés en Annexe III

« le personnel, ce n'est pas son problème »⁹¹. « Il pourrait regarder cela de plus près, s'il avait l'impression à un moment donné que les conditions de travail vont se dégrader. Mais, au départ, s'il n'y a pas ça... ce n'est pas sa préoccupation. »⁹¹ C'est le rôle de l'équipe de direction d'accompagner les équipes présentes et de les informer sur les nouvelles fonctions et sur les objectifs attendus. Il faut donner du sens et de l'intérêt à cette mutualisation surtout dans un contexte économique contraint.

La mutualisation de compétences doit être contractualisée et peut passer par une mise à disposition. Initier ce type de contrat dépend beaucoup du facteur humain. En effet, les relations entre directeurs et l'adhésion des professionnels sont essentiels. Mais, un des biais peut être le départ d'un des deux directeurs et la remise en question par le successeur des conditions de la coopération. Dans le cadre d'un GCSMS, l'adhésion au groupement peut parfois obliger les directeurs à un engagement plus pérenne dans le cadre de fonctions mutualisées.

5. Les facteurs de réussite et des limites identifiées

a) Les facteurs de réussite de « la coopération- isolement »

Ce mode de coopération est influencé favorablement par plusieurs facteurs :

- Le partage de besoins communs
- Une démarche étudiée
- La pérennité d'une coopération contractualisée
- La notion de gain partagé
- L'encouragement de la démarche par les tutelles
- Un accompagnement particulier de l'agent
- Une proximité géographique
- Une communication auprès des équipes en place
- Une contractualisation claire des modalités de la fonction partagée

b) Les limites de « la coopération isolement »

Celles identifiées sont les suivantes :

- Les changements d'interlocuteurs notamment au niveau des directions
- Un outil juridique pas toujours adapté à la pérennité de la mutualisation
- Les surcoûts liés à l'arrivée d'une nouvelle fonction partagée
- Les modalités du contrat pas toujours respectés
- Une adoption sur plusieurs sites trop difficile pour les professionnels mutualisés

⁹¹ Propos recueillis lors des entretiens, reportés en Annexe III

III. Les préconisations dans le cadre des coopérations

A. Une démarche projet co-construite

Mettre en place une coopération entre plusieurs établissements passe par le suivi d'une démarche projet dont la difficulté est d'être menée par plusieurs directeurs qui ont la direction de structures avec des histoires, des cultures, des besoins et des outils différents. La réussite de cette démarche dépend d'une co-construction et de l'implication de tous les acteurs concernés.

1. Les directeur doivent être volontaires dans la démarche

Depuis la loi du 21 juillet 2009, coopérer est une attente des pouvoirs publics de la part des dirigeants de structures sociales ou médico-sociales. Le directeur est donc amené à s'ouvrir sur son territoire et à mener des stratégies pensées en dehors des murs de son établissement. Cela part du postulat que le directeur prend l'initiative de travailler en collaboration avec d'autres structures et se rend à la rencontre de ses pairs dans un esprit d'ouverture et de partage. Il peut favoriser les échanges avec ses pairs en adhérant à un réseau ou à des associations.

Pour coopérer, il faut être au moins deux et la réussite passe par le sentiment pour les deux partis d'une certaine équité et d'une atteinte des objectifs fixés. Il est important de répartir équitablement les responsabilités et les décisions. Les acteurs doivent identifier les limites qu'ils ne souhaitent pas dépasser à travers cette démarche.

2. Les acteurs doivent avoir une connaissance de leurs partenaires et de leur territoire

Il est plus facile d'initier une démarche de coopération avec un partenaire dont on connaît les besoins et les moyens. Il faut avoir une idée globale de l'établissement mais aussi du principal interlocuteur qui est dans le secteur médico-social le directeur d'établissement.

Au niveau de la structure, il faut identifier les particularités de ses partenaires qui ne sont pas forcément du même secteur (public/ privé, territorial ou hospitalier) ce qui a des conséquences sur les financeurs, les personnels, les modalités juridiques et financière de la coopération. Il faut savoir de quels moyens ils disposent, quels sont leurs besoins, quel est leur territoire, quelle est leur histoire. Partager des valeurs communes au travers des projets d'établissement est facilitateur pour la démarche parce qu'il est plus

aisé de définir ensemble les modalités du projet et de trouver du sens dans la coopération pour les équipes et les instances.

Au niveau des directeurs, la connaissance de valeurs partagées, du savoir être et du savoir faire de son interlocuteur, vont être des atouts dans le choix de l'instauration de coopération et de leurs modalités. Cela permet d'identifier des secteurs où il sera difficile de trouver un compromis et donc de coopérer. C'est ce qui emmène la majorité des personnes interviewées à dire que les coopérations sont des « histoires d'Hommes ».

Bien entendu, au préalable, un diagnostic du territoire a été réalisé afin de maîtriser les besoins des usagers aujourd'hui et demain, d'avoir une vision des attentes des autorités et des schémas territoriaux. Il est nécessaire de se projeter dans la politique de santé et plus directement dans le schéma régional d'organisation médico-social en lien avec le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

3. Les contours de la coopération sont clairement définis

Avant de débiter une coopération, il est essentiel d'étudier les opportunités qu'elle apporte. La majeure partie du temps, les protagonistes partent d'un besoin identifié partagé sur les structures ou d'une volonté de participer à l'organisation des soins sur le territoire. Cela peut être aussi la connaissance d'une difficulté rencontrée par son confrère dans la structure voisine et d'avoir en interne, sur son propre établissement, une solution à lui proposer.

Quoi qu'il en soit, il faut que le projet soit identifié avec des objectifs clairs et partagés. L'étude d'opportunité doit définir le contexte, les buts à atteindre et les enjeux. Ces derniers doivent être formellement ciblés et en lien direct avec la politique de l'établissement. C'est ce qui va permettre de définir le degré de priorité du projet. C'est également la balance bénéfice-risque qui va montrer l'opportunité ou non de poursuivre le projet. Si les avantages l'emportent, il faut ensuite identifier toutes les contraintes. Un véritable diagnostic est réalisé. Les aspects financiers et humains doivent être bien évalués. L'objet de la coopération n'est pas uniquement financier, d'autant qu'il existe des coûts induits par ce nouveau fonctionnement : il peut être aussi qualitatif.

C'est à partir de cette étape que les deux directions doivent formaliser précisément pour les deux partis les modalités de la démarche : les objectifs attendus, les moyens disponibles, les délégations, les délais, les membres de l'équipe projet et les modalités de la communication. Cela passe par des échanges lors de réunions où sont discutés les

termes de la coopération. Chaque parti doit avoir une vision positive du travail de l'autre et de sa volonté de s'engager. Cette co-construction formalisée facilite l'adhésion des partenaires et est un facteur de réussite et de pérennité de la coopération.

4. La communication sur l'objet et les modalités de la coopération

Communiquer tout au long de la démarche est un facteur important de réussite. Mais il faut que les partenaires définissent ensemble le contenu des informations, leurs destinataires, leur périodicité, les personnes qui la diffusent et leurs formes.

Cette communication est à disposition des acteurs internes aux deux établissements (les membres de la direction, les membres du conseil d'administration, les autres professionnels, les usagers et leurs proches, les partenaires sociaux,) mais aussi externes telles que les tutelles ou les partenaires du territoire. Elle va permettre l'adhésion au projet, l'engagement des acteurs et de rassurer des équipes qui ont parfois une résistance aux changements. Il faut régulièrement rappeler l'objectif suivi et les bénéfices attendus pour l'établissement, les résidents et les professionnels. La multiplicité des acteurs et les histoires de chaque structure rendent cette communication parfois difficile et nécessite une attention suivie des porteurs du projet. La durée de certaines démarches peut aussi complexifier la transparence des données transmises. Il faut préparer les équipes au changement mais aussi parfois animer des réunions de concertation ou de négociation.

Lorsque l'objet de la coopération est la mutualisation de compétence, un des axes de la communication va concerner l'agent mutualisé et plus particulièrement son accompagnement attentif par les différentes directions. La forme juridique de coopération choisie et le degré d'engagement des structures vont impacter les modalités de cette communication. Ainsi, l'entrée dans un groupement va impliquer plus de changement pour les professionnels et la structure. Il est alors nécessaire d'apporter davantage d'informations notamment en amont pour obtenir l'adhésion par une compréhension des bénéfices attendus.

5. Un pilotage de projet organisé et continu

Mener à bien un projet de coopération impose un suivi important de la démarche qui implique un engagement constant des directeurs des structures concernées. Pour sa réussite, il faut qu'ils puissent être informés en continu de l'avancée et des difficultés rencontrées afin de pouvoir communément trouver des solutions.

Dans le cas de petites structures, le chef d'établissement n'est pas que le promoteur mais bien souvent, aussi, le chef de projet. Il faut donc prendre la mesure de l'investissement que va nécessiter cette démarche et qui est à partager sur la longueur. C'est un facteur à bien considérer d'autant plus quand un des partenaires envisage un changement d'établissement. Cela peut parfois mettre fin aux démarches en cours ce qui n'est pas sans conséquence pour les équipes accompagnées ou les professionnels mutualisés. Il faut que chaque acteur trouve du sens en cette démarche.

Enfin, il ne faut pas négliger le suivi des indicateurs qui permettront d'avoir une vision plus réaliste du bénéfice de cette démarche. Ceux-ci ne sont pas toujours évidents à trouver. Ainsi, dans le cadre d'une coopération dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents en mutualisant une infirmière de nuit, il peut s'agir du suivi du nombre d'hospitalisations de nuit. Dans l'optique du partage d'un informaticien, cela peut correspondre au nombre d'événements indésirables en lien avec des dysfonctionnements informatiques.

B. Des modes de coopération adaptés

1. Un outil juridique à choisir en fonction de chaque situation

Il existe différents outils de coopération et c'est aux porteurs du projet de choisir ensemble l'outil qui leur paraît le plus adapté à leur situation. Le législateur a bien conscience de cette diversité et c'est pourquoi il a fait évoluer ces dernières années les formes juridiques en leur offrant une ouverture de plus en plus conséquente afin de pouvoir convenir aux diverses contraintes et attentes.

« C'est le projet qui détermine le mode de coopération, et non l'inverse ⁹² ». Le postulat est donc de connaître la diversité des formes juridiques existantes pour pouvoir estimer, par rapport au projet présent, quelle est la plus adaptée. Les modalités administratives et les engagements sont très variables. De plus, en fonction de l'objet de la coopération et du statut des structures, tout n'est pas réglementairement permis. Des points de vigilance sont à surveiller tels que les droits des usagers et des professionnels, la confidentialité des données lors de leur transmission, les responsabilités des établissements et des directeurs, les aspects fiscaux et comptables, les transferts d'autorisation et les possibilités de statut juridique de la nouvelle entité. C'est l'erreur qui

⁹² *Boîte à outils des coopérations, à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux* : FHF, 69p, page 7

pourrait être relevée dans le cadre de projet de mutualisation des deux PUI des deux EHPAD publics autonomes.

2. « La coopération la plus efficiente n'est pas forcément formelle »⁹³

Il existe sur le territoire du Puy de Dôme et de l'Allier des directeurs qui ont cherché à rapprocher leurs établissements avec une volonté de coopérer mais sans pour autant engager leur établissement sur du long terme. Ce fonctionnement a un retour positif du conseil départemental et de l'ARS puisqu'il impose une réflexion commune entre plusieurs structures dans un objectif d'optimisation des moyens et d'une amélioration de l'accompagnement des résidents.

Le point de départ est l'interrelation entre les équipes de direction ; c'est ce qui va être porteur de la démarche. C'est ici l'importance du réseau mais plus particulièrement du «réseau de proximité» qui ne comprend que quelques paires. Les directeurs vont proposer aux structures voisines de partager des formations ou d'échanger sur les pratiques. C'est une relation de confiance dans le cadre du travail, entre des binômes de directeurs ; ils partagent des valeurs professionnelles et humaines que nous pouvons retrouver à travers leur projet d'établissement respectif ou leur manière de manager leurs équipes. L'envie de coopérer doit être là. La connaissance des besoins et des moyens des autres structures, la relation de confiance établie avec ses paires vont permettre de manière informelle la construction de projets communs tels que cela peut être réalisé à travers le GCSMS. C'est l'analyse des besoins de chacun qui est source d'échange et de mutualisations ponctuelles. Les directeurs travaillent ensemble, partagent leurs expériences et gagnent en efficacité. La mutualisation concerne principalement les directeurs pour ensuite se décliner au niveau des équipes en fonction des objectifs poursuivis.

Le facteur humain est ici très important. Je reprends l'expression citée par plusieurs des directeurs « la coopération reste une histoire d'Hommes »⁹⁴. L'instauration de coopération en dehors des groupements repose sur des relations humaines entre membres de direction. Cependant, la limite concerne la pérennité de cette manière de coopérer ; c'est l'objectif à court, moyen ou long terme qui va nécessiter une formalisation juridique au-delà «d'une histoire d'Homme ». A court terme, cette mutualisation permet de gagner en efficacité dans l'élaboration de documents réglementaires ou à trouver une

⁹³ Extrait de l'entretien avec les représentants du conseil départemental (A), annexe III

⁹⁴ Extrait de l'entretien avec les représentants du conseil départemental (A), annexe III

solution à des difficultés ponctuelles mais elle reste assujettie à la relation entre « Hommes » qui permet rarement la pérennité de ces mutualisations.

Pour Mme L⁹⁵, « la plupart des coopérations demeurent informelles car elles permettent souplesse et flexibilité ». Bien souvent, gagner en efficience implique travailler ensemble et donc mutualiser ses compétences ce qui permet de rompre l'isolement.

3. Un engagement du directeur et de l'établissement

Bien qu'il existe une incitation par les pouvoirs publics, les coopérations dans le secteur médico-social restent encore de la volonté du directeur. Bien entendu, des coopérations sont induites par notre système de santé telle que l'inscription des résidents dans un parcours de soins organisé avec des filières ou des réseaux. Le directeur impulse une stratégie d'établissement qui s'intègre dans un système de soins organisé sur le territoire. Il travaille en collaboration avec les membres du conseil d'administration et les partenaires sociaux.

Sauf pour les structures appartenant déjà à un groupement où cela peut être plus contraint, le directeur d'un EHPAD public autonome a la latitude de s'engager dans une démarche de coopération. C'est une implication du directeur en tant qu'homme puisque la démarche de coopération impose de s'investir dans le projet, mais surtout c'est un engagement de l'établissement dans une politique dont les objectifs doivent être pensés à court, moyen et long terme. Il ne faut pas omettre la notion de responsabilité du directeur qui est engagé à travers les contractualisations.

4. Les coopérations doivent évoluer en continue

La réussite d'une coopération impose une démarche commune partagée et le suivi d'indicateurs afin de s'assurer que celle-ci réponde toujours aux objectifs fixés et que ceux-ci soient encore en adéquation avec les besoins des deux structures. En effet, les personnes accueillies nécessitent des accompagnements qui évoluent dans le temps. Cette évolution est liée aux progrès de la science, à l'affirmation des droits des usagers, aux nouvelles réglementations des structures tant au niveau ressources humaines, gestion budgétaire, normes sécuritaires. Les objectifs des autorités changent aussi et se traduisent à travers les projets régionaux de santé auxquels les établissements doivent adapter leur stratégie. La mise en place des CPOM et la nouvelle réglementation des

⁹⁵ Propos recueillis lors des entretiens, reportés en Annexe III

autorisations notamment avec les appels à projet, changent les systèmes en place et nécessitent une adaptation continue des établissements.

L'exemple de la mise en place de la télémédecine sur les territoires ruraux, notamment, montre bien la nécessité de faire évoluer ses coopérations dans une dimension qui dépasse les murs de l'EHPAD public autonome. Le directeur doit donc rester vigilant et adapter sa politique pour garder des coopérations efficaces en adéquation avec les objectifs actualisés de son établissement.

5. Une coopération qui marche bien peut en annoncer d'autres

Le directeur de l'EHPAD de Gannat où j'ai réalisé mon stage long a initié il y a 4 ans une première coopération avec son collègue d'un EHPAD voisin pour faire face à un manque, soudain, de personnel dans un service administratif. Les deux hommes connaissent bien les structures de leurs collègues et partagent les mêmes valeurs professionnelles. Depuis, plusieurs mutualisations de compétences ont été réalisées. L'exercice professionnel du responsable du service technique sur toutes les structures a permis de mettre en place un projet de coopération innovant : l'hébergement de 15 résidents de l'EHPAD d'Aigueperse sur le site de Gannat dans le cadre de travaux réalisés en raison d'une malfaçon. Des réflexions sont menées en commun afin d'optimiser des formations sur les trois établissements et des projets groupés d'appel d'offre ont été envisagés. C'est dans ce cadre là qu'a été mis en place le projet de coopération de PUI mutualisés.

La volonté des directeurs et l'impulsion auprès des équipes de direction permet d'envisager ensemble l'opportunité de nouvelles coopérations. Elle donne aussi l'élan pour s'ouvrir à d'autres structures dans l'optique de nouvelles coopérations comme celle actuellement en cours, de mutualisation d'une infirmière sur 6 établissements pour réaliser des astreintes de nuit.

C. Le métier de directeur dans un contexte de coopération

1. De nouvelles compétences à démontrer

Le directeur doit aujourd'hui développer de plus en plus une stratégie d'établissement anticipatrice. Il ne s'agit plus de se satisfaire de l'existant mais de se projeter au delà de ses murs et dans une projection de la prise en charge de demain de nos personnes âgées vieillissantes. Cette vision doit s'inscrire sur un territoire donné dont

il faut connaître les besoins et les acteurs afin d'orienter sa stratégie de coopération dans un but d'efficacité. Plus que jamais le directeur doit connaître les grands axes de la politique de santé nationale, régionale et départementale. Il doit positionner son établissement au sein des réseaux territoriaux. Il doit prendre en considération l'intérêt général. Cette démarche de coopération doit être affichée et expliquée aux partenaires et acteurs internes et externes de l'établissement. Le directeur doit donc être dans la concertation avec les autres acteurs et convaincre de l'intérêt de ces démarches de coopération.

Il s'agit de penser co-construction dans les démarches projet et de s'engager avec des pairs dans des partages de responsabilité et de décision. Il est nécessaire aussi d'acquérir de nouvelles connaissances dans les formes juridiques de coopération afin d'avoir les informations suffisantes pour choisir la forme de coopération la plus adaptée à la situation.

Dans des situations de groupement tel qu'un GIP ou un GCSMS, les enjeux sont encore différents. L'établissement a un engagement plus pérenne avec une fonction de directeur au centre d'une gouvernance qui n'est pas celle habituelle de la chefferie. Certains directeurs s'interrogent sur leur possible perte d'autonomie et de la remise en question de certaines de leurs prérogatives tandis que d'autres retirent davantage un aspect sécuritaire et efficacité de cette coopération. Le directeur doit donc faire preuve d'esprit d'ouverture et de capacité d'adaptation.

La co-construction impose des capacités de négociation mais aussi de communication et de décision qui sont de toute façon déjà présentes dans la gestion d'un établissement.

2. Une vigilance accrue dans l'accompagnement des professionnels

La stratégie managériale appliquée doit être partagée par les deux directeurs et adaptée à la mutualisation de compétences qui suppose ici la présence d'un professionnel sur plusieurs sites avec des conditions de travail particulières. La stratégie est le gage de la pérennité de la mutualisation des agents. En effet, des points de vigilances sont identifiés et de bonnes pratiques permettent d'enlever les freins.

Au préalable, après l'identification claire des besoins, il faut trouver l'agent et obtenir son adhésion. Au cours d'entretiens formalisés, les avantages sont présentés (enrichissement des connaissances, ouverture d'esprit, possibilité de compensation

financière ou d'évolution de carrière) mais les difficultés sont aussi envisagées (temps de présence sur chaque site, transport, attribution, charge de travail, adaptation à deux organisations et à deux équipes, moyens alloués). Il faut que les missions sont précises (fiche de poste, lettre de missions) et contractualisées (contrat de mise à disposition ou contrat de travail à temps partiel par site).

En commun, les directions instaurent un contexte aidant à cette mutualisation. L'arrivée de l'agent doit être annoncée et les bénéfices attendus expliqués à tous les acteurs des deux établissements. Le lien fonctionnel est spécifié sur l'organigramme. Sa fonction est identifiée. Le moment de son arrivée est choisi et accompagné. Il faut donner du sens et de l'intérêt à cette mutualisation surtout dans un contexte économique contraint.

Un accompagnement de l'agent doit être programmé avec un suivi des objectifs et des indicateurs. La nomination de personnes référents sur chaque site, en contact régulier, peut permettre de résoudre rapidement toutes les éventuelles difficultés afin de faciliter l'adaptation de l'agent mais aussi d'avoir la qualité du service attendue.

3. Une stratégie en dehors des murs à mettre en place

Dans le cadre de la création d'un groupement ou d'une adhésion, le directeur doit faire face avec le conseil d'administration et les professionnels à la mise en place d'une nouvelle organisation qui expose l'établissement à de possibles conséquences au niveau économique, sociales, gestion et qualité du service rendu. L'existence d'un siège ou d'un établissement support revoit les organisations et permet une coordination des offres de soins et une optimisation des moyens. Des aspects administratifs tels que la paie, la gestion des contrats, les achats ou des services logistiques tels que les transports ou les services techniques se retrouvent centralisés. Les moyens en formation ou en matériel sont repensés dans un objectif de mutualisation et d'optimisation. Les gouvernances évoluent ainsi que l'organisation managériale.

Ces optimisations sont formalisées à travers le groupement mais nous pouvons constater que d'autres directeurs réfléchissent à mettre en place le même fonctionnement mais sous une forme plus souple. La limite de leur action est quelle reste uniquement du à la volonté d'Hommes à un instant T et ne s'accompagne pas de pérennité comme dans le cadre de la formalisation à travers un groupement.

4. La coopération, un des outils stratégiques pour répondre aujourd'hui au mieux à des objectifs attendus

La coopération sous toutes ses modalités (« parcours », « efficience », « isolement ») est donc un outil stratégique pour le directeur et ses équipes. Dans ce contexte de réorganisation de l'offre de soins et de la distribution des moyens alloués, les directeurs doivent étendre leur stratégie hors des murs de leurs structures et en cohésion avec les autres acteurs du territoire.

Des objectifs communs mais en constante évolution sont le socle de ses coopérations : répondre aux besoins des usagers, s'inscrire dans des parcours, améliorer les conditions de travail, développer une démarche d'amélioration continue de la qualité, respecter les réglementations, innover, accueillir des nouveaux métiers, faire évoluer l'offre en répondant aux appels d'offre de l'ARS, optimiser les dépenses.

Ces coopérations ne peuvent faire fi aussi de nouvelles considérations comme la notion d'économie durable. La structure médico-sociale est un acteur de territoire et se doit aussi de favoriser l'économie du secteur. La coopération dans les achats peut se réaliser en dehors des grandes centrales et permettre le développement d'agriculteurs locaux comme cela peut se trouver dans l'Allier et le Puy de Dôme.

Les objectifs attendus restent malgré tout basé sur des valeurs portées par les directeurs qui restent encore possible aujourd'hui d'affirmer à travers sa politique et ces choix de coopération, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Conclusion

Les politiques publiques en matière de santé menées ces dernières années se sont traduites pour les établissements médico-sociaux par la mise en œuvre de nouvelles règles tant au niveau budgétaire, sécuritaire, droit des usagers et droits des professionnels. La représentation de l'accompagnement des personnes âgées, de plus en plus nombreux dans notre société, a évolué avec une exigence de qualité attendue mais dans un contexte économique contraint où « il s'agit de faire toujours mieux avec toujours un peu moins ». Avec de telles conditions, il a fallu faire évoluer les organisations pour répondre au mieux aux nouvelles règles. Les pouvoirs publics ont donc repensé le système de santé. Ils ont recherché pour l'utilisateur une égalité d'accès aux soins et aux services sur tout le territoire et préconisé des coopérations entre établissements afin d'allier l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des usagers dans une démarche de parcours et l'optimisation des dépenses publiques. Ils ont accompagné les établissements en mettant à leur disposition des outils juridiques de coopération qu'ils ont faits évoluer au cours du temps en les adaptant à l'évolution des contraintes.

Dans le secteur sanitaire, la coopération a finalement été imposée notamment sous la forme du GHT. Mais concernant le médico-social, on peut constater qu'il existe une réticence exprimée par beaucoup de directeurs, tant qu'ils ont le libre choix, à faire adhérer leur structure à un groupement. Pour autant, fort est de constater, que la plupart des établissements coopèrent déjà d'une manière formelle ou informelle sur leur territoire. Des outils sont privilégiés et communément utilisés telles que les conventions ou les filières. Par contre, l'adhésion à un groupement tel que le GHT, le GCSMS ou le GIP reste encore limité sur le territoire. La difficulté à désengager son établissement et l'imposition de décision qui ne sont pas dans l'intérêt de la structure, restent les principales raisons évoquées à cette réticence. Cependant, les directeurs ont de plus en plus conscience de la nécessité d'ouvrir leur établissement sur le territoire et de l'opportunité qu'apportent les échanges entre directeurs.

Il semble intéressant de noter que les tutelles, les autorités, les syndicats et des organismes de formation telle que l'EHESP incitent cette coopération. Le métier de directeur a évolué et demande de plus en plus de compétences. Le partage d'informations et d'expériences entre directeurs ainsi que la mutualisation de compétences sont des solutions simples pour accompagner efficacement les nouvelles contraintes des structures du médico-social.

Par contre, il faut souligner que cette démarche de coopération reste encore aujourd'hui en grande partie à l'initiative de chaque directeur. Il est important d'utiliser le bon outil et en amont de chaque coopération, de prendre le temps de réfléchir aux avantages et aux inconvénients. Même si actuellement la recherche d'économie est le quotidien de chaque équipe de direction, il s'avère que les coopérations ne sont pas impulsées uniquement par cela et que la qualité d'accompagnement des résidents doit rester le premier motif attendu. D'ailleurs, il est à noter que les coopérations sont parfois au contraire à l'origine de dépenses supplémentaires qu'il ne faut pas négliger. En outre, le facteur humain est systématiquement évoqué par les directeurs interrogés. Le partage de valeurs, des besoins communs sur les structures, la proximité géographiques, restent des facteurs favorisant pour coopérer dans le cadre d'une démarche volontaire et choisie.

Coopérer est une action qui dure dans le temps et qui nécessite de la part des acteurs un investissement sur du long terme afin qu'elle reste efficiente. D'ailleurs, il est intéressant de dire que la plupart des directeurs qui coopèrent, débutent par une fonction particulière pour ensuite s'étendre à d'autres domaines. Les échanges entre directeurs et entre structures permettent d'apprendre à connaître l'autre, ses besoins et ses atouts afin de pouvoir construire ensemble dans une logique de territoire et non plus de structure uniquement administrative.

Quel que soit le type de coopération, sa réussite reste multifactorielle. L'aval des instances, des partenaires syndicaux, des tutelles et du personnel des établissements reste incontournable. Il faut que chaque structure y trouve aussi son intérêt et que la démarche soit ressentie comme équitable par tous avec un sentiment de gagnant-gagnant pour les divers acteurs. Dans l'exemple de la mutualisation des deux PUI, il paraît important de faire ressortir deux facteurs qui peuvent devenir des freins : il s'agit d'une part le temps ; en effet, si le projet dure trop long temps, il demeure difficile de maintenir l'intérêt et l'investissement des professionnels ; d'autre part, cela concerne la communication sur le projet ; le mode de transmission des informations et leur contenu peut être source d'inquiétude pour les professionnels et donc diminuer leur adhésion au projet.

Par ailleurs, il existe encore des vides juridiques comme dans le cas de la mutualisation des deux PUI du secteur médico-social mais le législateur ne cessant de faire évoluer les textes, nul doute qu'une solution soit trouvée même si celle-ci consiste tout simplement en l'adhésion systématique des établissements du secteur médico-social

dans les GHT. C'est une solution envisageable puisque nous savons qu'actuellement un groupe de travail missionné par les ministères réfléchi sur le sujet.

La coopération territoriale est donc aujourd'hui un des axes incontournables de la politique d'un établissement médico-social. Le directeur ne doit plus uniquement penser la gouvernance en terme de structure administrative mais doit aujourd'hui s'inscrire dans un territoire donné afin d'optimiser les dépenses, les compétences et la qualité de l'accompagnement des usagers.

**« Il convient de préciser qu'il n'existe pas de modèle parfait de coopération
mais qu'il revient aux établissements souhaitant s'associer
de rechercher l'outil le plus adapté à leur projet »**

*Boite à outils des coopérations,
à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux :
FHF, page7 /69*

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Instruction N°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE. Décret n°2016-944 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. JORF n°0169 du 22 juillet 2016
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE. Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. JORF n°0101 du 29 avril 2016.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, JORF n°0094 du 21 avril 2016, texte n°2.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JORF n°0301 du 29 décembre 2015.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. JORF n°0296 du 22 décembre 2015.

- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0185 du 11 août 2011.
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE. Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, JORF n°0115 du 18 mai 2011.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 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 d'action sociale et médico-sociale, JORF n°84 du 8 avril 2006.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le CSP, JORF n°302 du 29 décembre 2005.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Loi n°205-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n° 185 du 11 aout 2004.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. JORF n°206 du 6 septembre 2003.

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle JORF n°0172 du 28 juillet 1999
- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Décret n° 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le code de la santé publique. JORF n°65 du 18 mars 1997.
- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril 1996.
- MINISTERE DE LA CULTURE. Loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, JORF du 24 juillet 1987.
- MINISTERE DE LA JUSTICE. Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite « loi Informatique et Libertés » JORF du 7 janvier 1 juillet 1978.
- MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JORF du 1 juillet 1975.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 70-1318 du 30 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JORF du 3 janvier 1971.

Ouvrages et revues

- COCQUEBERT L., novembre 2010, « La coopération enjeux et outils », Hors série « Directions », numéro 18, 119 pages
- GALLET B., 2017, *Les coopérations en santé*, Rennes : Presse de l'EHESP, 201 pages.
- HOUDART L., LAROSE D., BARRE S., 2000, *Traité de la coopération hospitalière*, Paris, Editions Houdart, volume 1, page 14.
- HOUGRON T, 2003, *La conduite de projets, les 81 règles pour piloter vos projets avec succès*, Paris, Dunod, 399 pages

Autres documents

- *Boîte à outils des coopérations, à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux* : FHF, 69 pages.
- *Guide méthodologique, les coopérations dans le secteur médico-social* : ANAP, 104 pages.
- Agence Française de la Santé Numérique, Novembre 2017, *RGPD Fiche 1 : Présentation générale*.
- ATTANE C., BAHERRER S., BOURGEGAS M., GRIS A., HERVE L., MASSE R., MOUISSET C., 2017, *le GCSMS : un outil de coopération pour le secteur médico-social*, Rennes, EHESP, 25 pages.
- CALVEZ C., 20 mai 2016, *Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, Dossier Documentaire, Rennes EHESP, 7 pages.
- HOELTGEN D, vice-président de la FHF Auvergne- Rhône-Alpes, 7 février 2018, *lettre d'invitation* adressée à « Mesdames, Messieurs, les représentants du secteur médico-social de l'ancienne région »
- ROUTELOUS C., 2017, *Les enjeux de la coopération pour le secteur médicosocial*, Rennes, EHESP Institut du Management, 7 pages.

Sites Internet

- <http://affairesjuridiques.aphp.fr>
- <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/groupement-de-cooperation-sanitaire-fiche-pratique/>
- <https://droitpubliceconomie.wordpress.com/2012/08/24/le-groupement-dinteret-public-gip-quand-pourquoi-comment-commentaire-de-larrete-du-23-mars-2012-pris-en-application-de-larticle-3-du-decret-2012-91>
- <https://educalingo.com/fr/dic-fr/efficience>
- <http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/rqpd-fiche-1.pdf>
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- <https://www.gouvernement.fr>
- <https://www.legifrance.gouv.fr>
- http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_recensement_gcs_au_30-06-10-2.pdf
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dqos-direction-generale-de-l-offre-de-soins>
- <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs>
- <https://www.ars.sante.fr/le-plan-daccompagnement-pour-soutenir-les-ehpad>
- <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/equipe-mobile-dhygiene-destination-des-ehpad>
- <https://www.economie.gouv.fr/daj/gip>
- <https://www.esante-auvergne.fr/gcs/presentation-gcs>
- <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/mutualiser/>

LEGIFRANCE, Code du Commerce, Code de la santé Publique(CSP), Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Liste des annexes

| | | |
|--------------------|---|-----|
| ANNEXE I : | Tableau récapitulatif des toutes les formes de coopérations | I |
| ANNEXE II : | Liste des entretiens..... | II |
| ANNEXE III: | Croisement des entretiens | III |

ANNEXE I : Tableau récapitulatif de toutes les formes de coopérations

(Boîte à outils des coopérations, à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux : FHF, p 64-65 /69)

| Association | Nouvelle personne morale | Droit public/privé | Durée | Instances de gestion | capital | particularités |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|--|---------------------------------|---|
| Convention de coopération | Non | Volonté des parties | Volonté des parties (déterminée/ indéterminée) | Volonté des parties | Pas de capital | Grande place de la liberté contractuelle |
| GCSMS | Oui | Selon la nature des membres | Volonté des parties (déterminée/ indéterminée) | Assemblée Générale, Administrateur | Volonté des parties (avec/sans) | - |
| GCS | Oui | Selon la nature des membres | Volonté des parties (déterminée/ indéterminée) | GCS de moyens et GCS ES de droit privé : AG et administrateur GCS ES de droit public : Directeur, directoire et conseil de surveillance | Volonté des parties (avec/sans) | Doit contenir au moins un établissement de santé |
| GIP | Oui | Droit public | Volonté des parties (déterminée/ indéterminée) | Assemblée Générale, Conseil d'administration, Président, Directeur | Volonté des parties (avec/sans) | Un organisme public doit faire partie de la formation |
| GIE | Oui | Droit privé | Déterminée | Assemblée Générale, Administrateur | Volonté des parties (avec/sans) | Un organisme privé doit faire partie de la formation |
| GHT | Non | - | 10 ans | 1 établissement support, les membres du GHT, les structures associées à l'élaboration du PMP | - | Les ESMS peuvent être partie au GHT ou associés/ partenaire au projet médical partagé |
| Association | Oui | Droit privé | Volonté des parties (déterminée/ indéterminée) | Assemblée Générale, dirigeant | Sans capital social | Soumission aux règles comptables et fiscales |

ANNEXE II : Liste des entretiens

1. Entretien de Mr B, Directeur EMS privé autonome, adhérent à un GCSMS
10/2017
2. Entretien de Mme D, Directeur EHPAD public autonome
30/05/2018
3. Entretien de Mme L, Directeur EHPAD public autonome
30/05/2018
4. Echange avec Mme M, responsable achat, EHPAD public autonome
05/2018
5. Echange avec Mme X, psychomotricienne
06/06/2018
6. Entretien de Mr V, Directeur EHPAD public autonome
20/06/2018
7. Entretien de Mr S, Directeur départemental ARS, et de Mme W(P)
25/06/2018
8. Entretien de Mme J, Cadre supérieur de santé, EHPAD public autonome
27/06/2018
9. Entretien de Mr FXL, Directeur EHPAD public autonome adhérent à un GCSMS
18/07/2018
10. Entretien de Mr T et Mr M, Conseil Départemental (A)
19/07/2018

Tous les entretiens ont été enregistrés, retranscrits sous forme de verbatim et transmis aux personnes interviewées pour validation.

ANNEXE III : Croisement des entretiens

Liste des personnes interviewées

Mme D : Directeur d'un établissement public autonome
Sur cet EHPAD depuis 2014.

Ancienneté sur la fonction, diplômée 12 ans

Mme L : Directeur d'un établissement public autonome

Sur cet EHPAD depuis 3 ans

Ancienneté sur la fonction 3 ans

Mr FX L : Directeur d'un établissement public autonome de 93 places qui adhère depuis 2009 à un GCSMS qui compte également un SSIAD, une équipe spécialisée « Alzheimer », un accueil de jour et de portage de repas.

Sur cet EHPAD depuis 2015.

Ancienneté sur la fonction, diplômée 2.5 ans

Mr V : Directeur d'un établissement public autonome

Intérim sur 3 autres établissements

Sur cet EHPAD depuis 4 ans

Mr B : Directeur de deux établissements, l'IME à l'IEM, secteur associatif à but non lucratif, GCSMS

Sur cet établissement depuis 2011.

Ancienneté sur la fonction 7 ans

Mme J : Cadre supérieur de santé sur l'EHPAD de G

Une journée par semaine. Sa fonction a été mutualisée sur plusieurs EHPAD.

Mme X : Psychomotricienne

Sur deux établissements à mi-temps sur chaque établissement

Ancienneté sur la fonction 5 ans

Mr S et Mme X

Délégation départementale de l'ARS du P

Mr T et Mr M

Conseil départemental de l'A

Ancienneté sur la fonction 18 et 25 ans

II. LA COOPERATION AU SEIN DE LA STRUCTURE

A. LES FORMATS DE COOPERATION EXISTANTS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Mme D

La convention avec la HAD, avec les pharmacies libérales, avec la filière gériatrique établissement de santé, avec le RASP 03, avec le GCS Sympa (sur la protection des systèmes d'information...), de restauration, en blanchisserie

La filière gérontologique

Mme L :

Le GIP de la blanchisserie de l'hôpital de V.

Avec hôpital « **une convention** qui a été signée il y a plusieurs années. Dans ce cadre-là, nous pouvons mutualiser des formations sur des thématiques, comme « escarres, fin de vie, etc. » On peut également solliciter le CH pour faire intervenir l'équipe mobile de gériatrie ».

L'HAD intervient, en dehors de cette convention.

Une convention de partenariat avec le CH M, sur le volet de la « géronto psy ».

RASP, le réseau d'accompagnement de soins palliatifs. Lorsque les soignants accompagnent des résidents en fin de vie, ils peuvent faire appel au RASP.

Le réseau mémoire aussi peut être sollicité pour des actions de formation.

Mr F X L :

Il existe des **conventions classiques avec les structures hospitalières** mais qui sont assez souples ; ce sont de simples conventions pour faire intervenir, par exemple, une équipe mobile psychiatrique, le réseau de soins palliatifs etc....

Avec le médico-social, on a simplement **une coopération** un peu plus étroite avec un EHPAD voisin autonome également, à 15 km, et avec lequel on a, par exemple, mutualisé une blanchisserie ; donc là, ça fonctionne uniquement **par convention**.

La coopération la plus aboutie, c'est le **GCSMS**.

Mr B :

Le GCSMS

Mr V :

Il y a **des conventions de bon fonctionnement**, avec le centre hospitalier de V, pour la prise en charge des urgences

Le GIP avec le centre hospitalier de V, **le GIP blanchisserie**.

Il y a **des mutualisations sur des compétences** : compétences informatiques, ingénierie chef de travaux ; un moment donné sur du temps de cadre supérieur.

Mise à disposition des compétences : ex ressources humaines. **C'était une coopération temporaire.**

Coopération de bon fonctionnement avec d'autres EHPAD : on a proposé à l'EHPAD d'A de venir faire temporairement héberger leurs résidents pendant le temps de la durée de leurs travaux, ici, à G. C'est de la vraie coopération. Temporaire.

La mutualisation d'un comité éthique, d'une cellule éthique.

B. LES CONVENTIONS EXISTANTES ETAIENT DEJA EN PLACE LORS DE L'ARRIVEE DU DIRECTEUR

Mme D : Toutes « hormis les conventions d'officines pharmaceutiques libérales. Moi, j'ai procédé plutôt au renouvellement de ces conventions et j'ai instruit des conventions de fonctionnement avec certains professionnels libéraux, avec les kinés, par exemple.

Mme L : Celle que j'ai instaurée, c'est avec le GIP de l'hôpital de V depuis deux ans et demi.

Mr F X L : L'établissement a adhéré au GCSMS depuis 2009 et je suis arrivé en 2015.

Mr B : : Quand je suis arrivé, le projet de groupement était déjà là... La signature de la convention constitutive, doit dater de 2010 ou 2011. Les choses étaient déjà engagées.

Mr V : Il y a des conventions de bon fonctionnement. Ce ne sont pas forcément des coopérations. Ce sont des conventions ... écrites pour un lien privilégié avec, par exemple, le centre hospitalier de V, pour la prise en charge des urgences. On est vraiment sur des relations de meilleure organisation privilégiée avec des centres hospitaliers.

PUIS

Mr V : Le GIP qu'il y a avec le centre hospitalier de V, le GIP blanchisserie.

Mr V : Il y a des mutualisations... des mises à disposition, des coopérations de bon fonctionnement avec d'autres EHPAD comme le fait « temporairement » d'héberger leurs résidents pendant le temps de la durée de leurs travaux.

Mr V : La mutualisation d'un comité éthique, d'une cellule éthique.

C. REPRESENTATION DE LA COOPERATION

Mme D : Je n'attribue pas les mêmes valeurs au terme coopération et convention.

« Moi, je pars du besoin, en fait. La convention et la collaboration existent parce que j'ai un besoin que je ne peux pas compenser, je ne peux pas parvenir à résoudre. Donc, c'est du partage de compétences, c'est du partage éventuellement de moyens... »

Mme D « Je dirais que nous travaillons plus avec des collaborations, des conventions et des inscriptions à la filière. Coopération au sens juridique du terme, pas vraiment. On n'est pas dans un SIH, on n'est pas dans un GCSMS, on n'est pas dans un GHT... et je ne veux pas forcément y adhérer. On est plutôt dans un système de collaboration et de conventionnement. Hormis la filière gérontologique qui dispose d'un statut juridique avec le CH de V, ... c'est une convention »

Mr V : Je fais toujours un peu la différence entre la coopération temporaire, la mutualisation, qui est une autre démarche et la convention qui lie des établissements. Parce que mutualisation, convention, c'est un petit peu pareil sauf que quand on dit qu'on mutualise, on utilise la même chose aux deux endroits. Quand on signe une convention, c'est plutôt sur du fonctionnement. Voilà, on décide d'une manière de fonctionner ensemble. Et, on améliore le service. Mais on ne met pas de choses en commun. Alors que la mutualisation, on met des choses en commun. Par exemple, la compétence informatique. C'est le même bonhomme qui fait à la fois A, E, G. La convention, c'est : « je signe avec les urgences du centre hospitalier de V pour que les résidents de G n'attendent pas au centre hospitalier ». Là, il n'y a pas de compétence mise en jeu. Après, la coopération, c'est des choses qui sont temporaires, qui sont juste là pour donner un coup de main. Comme on l'a fait avec A, comme A l'a fait avec nous quand on a eu besoin de quelqu'un aux ressources humaines. Comme deux établissements peuvent le faire de manière, je dirais, presque naturelle. On s'entend bien, on va coopérer sur certaines choses, temporairement. Ce n'est jamais long. Une coopération, pour moi, elle ne doit pas être longue.

Mr F X L : Cela me fait penser à autre chose. L'ARS et le CD qui nous invitent à coopérer et cela peut être un frein justement pour les directeurs parce qu'on pense parfois qu'ils n'ont pas les mêmes objectifs que nous. Si jamais l'ARS te dit par exemple : « c'est pour faire de la qualité, c'est une très bonne chose ». Si le CD te dit qu'il faut coopérer pour des raisons budgétaires, cela fait un peu tiquer parce que tu te demandes s'ils ont finalement les mêmes objectifs que les directeurs.

Mr F X L : Il vaut mieux que les directeurs prennent l'initiative. Il vaut mieux que ce soit les directeurs qui fassent leurs coopérations plutôt que d'attendre que les autorités nous imposent quelque chose parce qu'effectivement je ne suis pas certain que de leur côté, cela ne soit pas sur une vision uniquement de qualité et je pense aussi que les autorités ont une vision fautive de la coopération ; ils confondent coopération, mutualisation, recherche d'économie.

III. LES IMPACTS

A. IMPACT SUR LES USAGERS

- Améliorer la prise en charge
- Répondre aux besoins

Mme D « La convention doit avoir l'objectif d'améliorer la prise en charge du résident...je pars toujours du résident. Pour satisfaire un besoin du résident auquel je ne pourrais pas atteindre, c'est clair que je chercherai les moyens qui me permettent d'y répondre ».

Mr F X L : On revient justement au service rendu aux usagers ; on peut voir vraiment ce qui a progressé. Pour nous, on a, par exemple, mutualisé en informatique, en conseil hôtelier et en marché public. Cela va être surtout de façon très visible les prestations hôtelières. Cela va être de façon un peu moins visible, la sécurité informatique, plusieurs marchés qui ont été passés et qui ont permis de faire des économies.

Mr B. : Il faut savoir respecter l'histoire, voir de quelle façon on peut faire évoluer les choses pour que les usagers, les résidents soient accompagnés de la meilleure façon possible.

Mme D : Nous avons un besoin de professionnels sur le terrain pour satisfaire les besoins. Je cherche à créer du lien et une convention avec des partenaires qui vont pouvoir répondre à ce besoin.

- Optimiser les dépenses au profit des prises en charge

Mr F X L : Chaque économie à long terme, permet de réinvestir de l'argent ailleurs... Là, on est sur un projet de télémédecine...

Mr V : Pour les résidents... les enjeux, il faut surtout qu'ils soient d'ordre financier... Il faut que ça aille sur la non-augmentation du prix de journée. Pour une meilleure qualité. Donc, par exemple sur la blanchisserie, c'est le fait d'avoir toujours des draps très propres, bien pliés, et que le prix du lavage de ces draps n'augmente pas le prix de journée.

Mr F X L : A la base, on a sous-développé le GCSMS sur des questions de moyens parce que c'était des petits établissements ruraux, isolés. Etc. et donc, c'était surtout avoir des compétences de base hôtellerie, informaticien etc. Mais là, on va plus aller sur une logique de parcours, une réflexion que l'on n'a pas vraiment aujourd'hui.

Mr B. : L'idée... était de mutualiser certains moyens et en particulier les fonctions supports et d'en tirer des marges pour les rebasculer sur les établissements à destination des usagers. C'est l'idée qui a présidé à la constitution du groupement de coopération

- Le parcours

Mme D : La filière: « améliorer cette fluidité et dans tous les cas, à éviter tous les passages aux « U » mais éventuellement prévoir et anticiper une hospitalisation.

« On est toujours dans la même dérive. Lorsqu'on a des difficultés de prise en charge sur le plan médical en EHPAD, le médecin traitant ou coordonnateur essaie d'appeler le confrère dans le cadre de la filière gériatrique. Il faut arriver à le trouver ; il faut pouvoir discuter avec lui et très souvent, il a un problème de places... Du coup, on attend... la conduite à tenir et à un moment, il y a une rupture : le résident s'aggrave et il passe par les « U » car médicalement parlant, cette personne ne peut pas rester sans soins à l'EHPAD ! C'est dommage... ça manque de fluidité. »

Mr V : La convention, c'est : « je signe avec les urgences du centre hospitalier de V pour que les résidents de G n'attendent pas au centre hospitalier.

Mr B : Et autour du parcours des usagers, et bien, des réflexions sur : « Qu'est ce qu'on peut proposer aux enfants au-delà des frontières de nos établissements et aussi de ce que l'on connaît de notre territoire ».

➤ Attention au libre choix

Mme D : Convention avec la pharmacie : « il ne faut pas oublier que nous, en EHPAD, il existe le libre choix » ; un résident peut toujours me dire un jour ou l'autre : ce pharmacien, moi je ne le veux pas, mais je veux la pharmacie de V ou de G ; ...l'EHPAD devra formaliser une convention avec un autre pharmacien.

Mr V : Tu ne peux pas non plus, conventionner avec n'importe qui. (...) Quel intérêt aurait l'établissement de conventionner avec le centre hospitalier universitaire de C sur une pathologie qui peut être traitée au centre hospitalier de V...Je ne vois pas parce que les résidents ne voudront pas aller au centre hospitalier de C-F ; ils préféreront aller à celui de V. Il y avait un directeur qui m'avait appris une expression qu'il avait trouvée, lui : « les malades y votent avec les pieds ». C'est vrai. Les flux, ils sont étudiés. Quelqu'un de G va pour faire ses courses, tout ce qu'il a envie de faire, il va naturellement sur bassin de V.

➤ La communication sur les coopérations comme le GSMS

Mr B : Pour les familles, donc, on a les instances traditionnelles, réglementaires que sont les CVS. On diffuse régulièrement des informations sur l'association et le groupement de coopération pour que les familles soient informées via ces instances des mouvements, des évolutions.

B. IMPACT SUR LES PERSONNELS

➤ Coopérer pour le recrutement de personnel

➤ Possibilité de recruter des professionnels à temps partiel

Car manque de moyen pour un temps plein ou pas de besoin

Car difficultés de recrutement

Pour régler une problématique particulière

Mme D : « La convention : si c'est un manque de compétence, je vais chercher les compétences ailleurs plutôt que de les créer... parce que... nous n'aurons pas les moyens... de recruter du personnel sur du temps plein ... et puis, de toute façon, le besoin à temps plein n'existe pas toujours. Je pense aux psychologues mais on peut penser au qualicien, on peut penser à des sophrologues, à des professeurs de gymnastique... enfin, toutes ces personnes-là, tu ne peux pas les avoir à demeure... Nous avons... un besoin de professionnels sur le terrain pour satisfaire les besoins... Je cherche à créer du lien et une convention avec des partenaires qui vont pouvoir répondre à ce besoin.

Mme L, Ce qui m'amènerait à aller vers une coopération, c'est un besoin que je ne pourrais pas satisfaire en interne, par exemple lors de difficultés de recrutement ...

« Au niveau des services techniques » « comme dans le secteur administratif, les métiers se complexifient et nous avons vraiment besoin de personnes ressources avec des formations solides. Et là, c'est la limite de nos établissements, des capacités des établissements ».

MME J: « Donc en 2000 (en tant que cadre de santé) c'était une problématique d'organisation des unités à A ... Et puis, en tant que cadre supérieur, il y avait deux cadres de santé qui arrivaient, avec un historique de management extrêmement négatif ... En tant que cadre de santé sur E, donc, on m'a demandé de faire 50 pour 100 sur A... Et donc là, maintenant, en tant que cadre sup, on m'a demandé d'être détachée à l'EHPAD de G une journée par semaine. La similitude des deux mutualisations, c'est qu'à la base il y avait une problématique à régler.

Mr V : L'informaticien, il est mutualisé... Parce qu'ici à G, on avait un schéma d'information qui n'était pas vraiment très professionnel. Et, que l'on a une taille où maintenant avec les nouvelles réglementations, il fallait que l'on passe à un niveau professionnel. Donc, il fallait quelqu'un qui maîtrise.

- Conditions de la mutualisation de compétences
- L'adhésion des professionnels concernés

Mme L : Si on coopère sur la mutualisation d'infirmières de nuit par exemple, je pense qu'il faut obtenir l'adhésion des IDE concernées.

Mr F X L On a des professionnels qui nous disent : « cela ne m'intéresse absolument pas je suis attaché à mon établissement et je n'ai aucune envie de travailler ailleurs ».

- Accompagner les professionnels à cette adhésion

Mr V : Aujourd'hui, ceux qu'on mutualise sont contents. Mais, on pourrait tomber sur quelqu'un qui n'est absolument pas satisfait de ça. Je pense que l'on a maintenant une mission dans nos recrutements à préparer les gens. C'est à ce niveau là que nous

pouvons avoir des influences, sur une attitude comme ça, en disant quand on recrute : « Attention, peut-être, vous serez amené à... ».

➤ on ne peut contraindre la mutualisation

Mr F X L : C'est facultatif. De toute façon, ... tant qu'il n'y a pas de fusion,...on ne peut pas obliger un agent à travailler sur deux sites.

➤ Sous forme de convention ou de mise à disposition

Mr F X L : dans le cadre du GCSMS, on a une convention très large puisque, on a ponctuellement des personnes mutualisées...Comme cela dépend des « aller et venu » du personnel, on n'a pas mis ça dans la convention ; on a juste mis qu'on pouvait faire des mutualisations ; on regarde au cas par cas ce que l'on peut faire...

Mr F X L : On avait un informaticien pour 15 adhérents et maintenant que l'on passe à 23, c'est un des nouveaux adhérents qui nous propose son informaticien qui était à mi-temps, sur le mi-temps restant. C'est la mise à disposition par un établissement au service du groupement.

➤ Des avantages pour le professionnel dont les compétences sont mutualisés

Mme X. Etre sur deux établissements, c'est avantageux, c'est riche parce que ça permet de voir deux fonctionnements différents, de travailler avec deux équipes différentes, d'avoir deux visions du métier ; cela permet de prendre du recul, je fais mon mi-temps sur deux jours et cela me permet de ne pas être là toute la semaine.

MME J : L'avantage, c'est l'ouverture d'esprit. ...C'est vraiment de rencontrer d'autres professionnels, d'autres organisations, c'est enrichissant.

Mr F X : Ceux qui ont envie, ça va être des professionnels, qui ont envie d'évoluer dans leur carrière, qui veulent travailler sur un volume plus grand ou alors s'il y a une petite compensation financière.

➤ Les facteurs de réussite

Objectifs claires, mission cadrées, arrivée préparée

A l'initiative des deux directeurs

MME J : C'était avec l'aval des directeurs, et avec une fiche de poste et avec un contrat de mise à disposition avec une clause de désengagement ».

MME J : Il y a vraiment une problématique à régler, claire, avec une lettre de mission. Et puis, la première chose que j'ai faite, c'est ma fiche de poste. On s'est entendu avec M. V, sur quelles sont mes missions, mes prérogatives. Je suis sur l'organigramme.

Il n'y avait pas d'ambiguïté sur mon rôle. Il n'y avait pas de questionnement.

Il faut après que l'arrivée soit bien préparée... dans l'établissement où tu arrives... il faut que cela soit cadré et que l'équipe connaisse les attributions de chacun. Que tu ne sois pas perçu comme un intrus ... je prends le poste de personne.

Sinon

Mme X : Les difficultés, c'est le fait de devoir concilier les deux établissements au niveau de présence ; être à mi-temps demande plus de temps pour s'intégrer aux équipes. Pour avoir des informations, il faut travailler sur la communication, sur la continuité du suivi ; trouver le bon circuit d'information et c'est d'autant plus difficile par la taille de l'établissement, la taille des équipes... J'ai eu une grande difficulté par le fait que le jour de mon arrivée, personne n'avait été prévenu au sein de l'équipe soignante ...mon arrivée n'a pas été préparée et je me suis sentie un petit peu comme un... Il faudrait prendre le temps auparavant d'expliquer aux équipes ce qu'est ce nouveau métier mais cela n'a pas été la seule raison.

Les points de vigilance : prévenir les équipes soignantes mais aussi toute l'équipe de direction, communiquer sur l'arrivée, créer un emploi du temps au moins pendant un mois, la guider ; faire le point régulièrement avec le nouveau professionnel, faire le point sur les attentes, limiter sur un certains nombres de services. Il faudrait avoir une personne référente pour pouvoir échanger de manière formalisée.

Un moment propice

MME J : Le directeur de G a été conseillé par le directeur d'A en disant : « voilà, Mme J a ses compétences là. Je te la mets à disposition pour repartir sur un bon pied.

Cela a mis longtemps à se mettre en place. Cela fait longtemps que M. G qui avait fait l'intérim à G me dit : « il faut que vous y alliez une journée. Voilà, vous allez pouvoir aider à relancer la dynamique ». Mais finalement, à toute chose malheur est bon, je pense que ce n'était pas le bon moment parce que cela aurait été avec les cadres en place.

Une fonction particulière

MME J : L'informaticien prend le poste de personne. ...Ça ne peut pas être une mutualisation entre aides-soignantes ou infirmières ou ASH ; ce sont des métiers qui existent déjà : ce n'est pas pour prendre la place de quelqu'un.

Une continuité du projet par la nouvelle direction

MME J : A la faveur d'un changement de direction, la direction nouvelle a « remis en question les clauses du contrat et je me suis désengagée ».

Adhésion des professionnels aux compétences mutualisées

Oui

MME J : Il faut que la personne qui est mise à disposition soit volontaire. Il ne faut pas que cela soit d'office.

Non, pourquoi

MME J : Cela doit rester sur la base du volontariat. Par exemple, avec M. L, nous avons proposé à l'ergothérapeute d'A d'intervenir une journée par semaine à E mais celle-ci n'a pas accepté... Elle expliquait qu'elle avait trop de travail. Et c'est vrai que(...) soit tu te dis que cela va être très intéressant, de voir autre chose, de travailler avec d'autres équipes ou soit tu restes dans ton établissement... la peur du changement.

La peur du changement

Mr V : Points de vigilance « alors, c'est le changement. Pour eux, c'est ça. Et la principale angoisse, c'est ça.

Du temps dédié

MME J : Les inconvénients, c'est que cela te laisse moins de temps sur ton établissement premier pour... Il ne faut pas faire de la mutualisation si déjà tu as beaucoup trop de travail sur ton premier établissement.

Une proximité géographique

MME J : Il ne faut pas que cela soit trop loin,

Des horaires aménageables

Mme X : A mon arrivée, j'avais des obligations par rapport à mes jours de présence parce que cela fait 4 ans que je travaillais au sein de l'autre établissement et il y a des projets qui se sont mis en place...avec des jours de présence obligatoire.

➤ [Le regard des autres professionnels sur les fonctions mutualisées](#)

Mr V : Après le personnel...Ce n'est pas leur problème. Cela pourrait le devenir et il pourrait regarder cela de plus près, s'il avait l'impression, à un moment donné, que les conditions de travail vont se dégrader. Mais, au départ, s'il n'y a pas ça... ce n'est pas leur préoccupation.

Mr V : L'informaticien il est mutualisé... Parce qu'on avait un schéma d'information qui n'était pas vraiment très professionnel. Mais ça, le personnel (...), ce n'est pas leur problème. Leur problème, c'est quand ils allument « Titan », il y a des jours ça ne marche pas... Mais que ce soit un informaticien mutualisé, que ce soit un prestataire externe...Il s'en foute : ce qu'ils veulent, c'est que ça marche. Et je les comprends. Et c'est ce confort là de travail qu'il faut leur apporter.

Mr V : Tu dirais, on mutualise des compétences d'ergothérapeute, ils seraient super contents parce qu'eux, ils auraient une compétence qu'ils n'ont pas aujourd'hui et qu'ils seraient contents d'avoir. Mais, si demain, tu leur dis : « Mme X, elle revient de formation, elle a son diplôme d'ergothérapeute et on va la mutualiser avec d'autres établissements ». Alors là, ils vont dire : « non, non, non. Elle reste là. » Par contre, ils voudront bien, s'il y a une psychomotricienne dans l'autre établissement et que tu la mutualises, qu'elle vienne chez nous. Le directeur...est là pour... expliquer à son personnel l'intérêt de mutualiser, par exemple, d'aller aider les copains à côté par solidarité... parce que si tu fais ça, ils te renverront l'ascenseur,

➤ [Les professionnels dans le cadre d'un groupement GCSMS](#)

➤ [La communication](#)

Mr F X L : Un argument auprès des équipes pour la coopération « surtout, voyez pas ça comme un projet de rapprochement-absorption, mais un projet, justement, de maintien dans les territoires de structures autonomes ».

Mr B : Nous, on était là pour communiquer, faire redescendre les informations aux équipes sur l'évolution du groupement et on a tout de suite mesuré les effets de cette nouvelle organisation, ne serait-ce que par l'arrivée du siège de groupement de coopération sur le site de S-P; les choses étaient plutôt visibles et donc un directeur général qui était présent, voilà, sur site... Donc identifié par l'ensemble des professionnels.

Mr B : Nous, on était vraiment dans la diffusion d'informations autour du bienfondé de cette nouvelle organisation... Des retombées positives que pouvaient en retirer les professionnels, avec la création en particulier du pool de remplacement et les différentes choses mises en place, via le groupement de coopération.

Mr B : Alors, les évolutions, elles sont effectivement nombreuses. Les équipes sont régulièrement informées à travers les différentes réunions qu'on a sur les établissements. Et quand il y a des changements importants, comme cela a été le cas cette année autour de la mise en place des plateformes, il y a des réunions, on va dire plénières, avec l'ensemble des professionnels... qui sont conviés, donc, des grandes messes. On expose un petit peu les évolutions du groupement de coopération. L'idée, aussi, c'est de créer un journal en interne qui permettrait comme ça de diffuser la vie de l'établissement auprès des professionnels pour qu'ils aient une idée de la cartographie du groupement de coopération, des projets en cours, des projets à venir, des différents métiers.

➤ La formation

Mr B : On a aussi... mis en place... pour les cadres de proximité, une formation commune qui a débuté l'an dernier. L'idée, c'est effectivement, que ces cadres se rencontrent, puissent échanger et puis, qu'ils se retrouvent aussi sur des bases communes, un socle commun pour exercer leur métier.

Mr B : Cela peut être à destination des professionnels avec notre « S Formation », en créant une instance de formation animée par des professionnels dont les compétences sont mises en valeur dans cet espace là et sur les formations qu'on choisit et qui nous semblent importantes pour l'accompagnement des enfants ou des adultes du groupement de coopération.

➤ La participation des équipes

F X L : Voilà, alors pour nous, en tout cas, tel que on l'a mis en place dans l'Y, ...on voudrait en faire un GCSMS d'établissements et que toutes les équipes soient investies. Mais, ce n'est pas si facile à mettre en place.

Mr F X L : On fait des rencontres entre les chefs de service, mais ça accroche un peu moins parce que c'est moins régulier. Par exemple, les cadres de santé se voient une fois par an ; c'est sympathique mais il n'y a pas un gros travail derrière en collaboration.

➤ Les contrats des professionnels

Mr F X L: le GCSMS n'a pas voulu être employeur pour des raisons toute simple d'économie. Sinon, il fallait qu'on fasse les paies en interne et du coup, cela obligeait un chef de paie. C'est la plus grande maison de retraite du groupement, qui a récupéré les professionnels... les traitements de la paie... sont assurés par l'équipe du plus gros EHPAD.

C'est simplement pour des raisons de simplicité. Mais c'est vrai, qu'en lisibilité, ce serait plus simple, par contre, si c'était le groupement qui était employeur.

➤ La création d'un pool de remplacement

Mr B: Retombés positives que pouvaient en retirer les professionnels, avec la création en particulier du pool de remplacement

C. IMPACT SUR LA QUALITE

Mme D « Je trouve, que...peut-être pas sur la lingerie et la blanchisserie(...) mais sur la restauration, sur certains achats ... que d'adhérer à un grand groupe ou à une grande plate-forme, on ne retrouve pas forcément « la qualité » et on oublie les notions de développement durable, les trois piliers de ce développement durable. On ne fait plus travailler le local ; on n'est plus forcément avec des produits qui sont locaux ; on a des coûts de logistique, certes divisés mais n'empêche qu'ils existent. « Si je regarde les aspects du développement durable, je ne suis pas forcément favorable à aller vers une grosse plate-forme pour partager des coûts qui au final ne sont pas si efficaces que cela.

Mme D « Pour ma blanchisserie, je n'avais pas cette efficacité financière... je n'avais pas plus de qualité... voilà, je n'y ai pas vu d'intérêt »

Mme D « Aujourd'hui, c'est peut-être différent. Parce que le GIP ayant aussi progressé en termes de volume. Il est certainement plus attractif au niveau coût ; et au niveau qualité, cela me semble plutôt intéressant. Un jour, il est probable que je relance l'étude de faisabilité ».

Mme D « J'ai conventionné avec les pharmacies libérales de la ville de B pour qu'il y ait, et pour que ce soit très clair, des informations sur les missions, leurs missions et les nôtres, qu'il n'y ait pas de difficulté sur la prise en charge du circuit du médicament et éviter que ce soit l'utilisateur qui supporte les conséquences. »

En restant avec mon environnement local, je fais vivre aussi mon tissu environnemental et j'assure la qualité en respectant le besoin des résidents.

Mme L: le GIP : nous avons constaté que ce qui avait été promis au départ, l'accompagnement le suivi, les conseils... a été assuré et nous avons vraiment une prestation de qualité aujourd'hui.

Mr F X L : Le GSCSMS : c'est un objectif de qualité et on sent qu'on monte en qualité grâce au groupement.

Mr V : Il faut que ça aille sur la non-augmentation du prix de journée. Pour une meilleure qualité. Par exemple, sur la blanchisserie, c'est le fait d'avoir toujours des draps très propres, bien pliés, et que le prix du lavage de ces draps n'augmente pas le prix de journée .

Mr V : Pour l'informaticien : Toi, tu vas mutualiser justement pour que cela marche bien, que tu répondes à la réglementation, que le personnel soit satisfait de l'utilisation.

➤ Qualité du service rendu « pas forcément au rendez vous »

Mme D : Un exemple actuel concerne l'hygiène hospitalière, dans le cadre de cette filière, on est censé avoir une aide, des conseils... C'est vrai, on est censé. On a un numéro de téléphone, on a un mail. Mais, quand on appelle, on nous répond : « ah bien oui ! Mais on n'a pas le temps. » «Oui, mais on n'a pas les moyens». «Essayez de joindre celui-ci !» je ne trouve pas cela productif et cela ne nous rend pas service.

Contre exemple : « Il existe des expériences où cela fonctionne. Dans le passé et dans une autre région, j'ai participé à une filière gérontologique qui fonctionnait parfaitement bien (histoire d'Hommes) avec des compétences en hygiène hospitalière (une IDE formée se déplaçait dans les EHPAD, une journée par mois et un médecin hygiéniste était dédié à un certain nombre d'EHPAD). De même, des compétences en assistante sociale, en diététicien et même un comité éthique existaient.

D. IMPACT SUR L'ETABLISSEMENT

➤ Externalisation de services logistiques

➤ Restauration

Mme D La convention avec un prestataire de restauration.

Nous ne disposons pas de cuisine collective et pas de possibilité de confectionner les repas.... Pas de possibilité architecturale et pas forcément l'envie d'investir dans une cuisine collective...» Il existe des possibilités de collaboration y compris dans le sanitaire, si ce sanitaire respecte les besoins spécifiques de la personne âgée. »

➤ Blanchisserie

Mme D La convention de la blanchisserie,

Sur la blanchisserie, « j'avais réalisé l'étude en 2014 et la prestation offerte par le GIP de l'époque était supérieure, en terme de coût, à la prestation offerte par mon prestataire ».

« Lorsqu'on se dirige vers un groupement, on a parfois des bonnes surprises au niveau financier... avec des coûts moindres... mais parfois, ce n'est pas si vrai que cela.

« Pour ma blanchisserie, je n'avais pas cette efficacité financière... Je n'avais pas plus de qualité... Voilà, je n'y ai pas vu d'intérêt».

Mr V : Cela me permet d'avoir une prestation pour le lavage du linge ; c'est une prestation que je ne souhaite pas forcément traiter en interne, je ne vois pas d'intérêt stratégique. Cette prestation là, le fait de la traiter avec un autre établissement, me permet d'avoir un coût du linge bien moins élevé... c'est du conventionnement. C'est aussi pour GIP de V, la possibilité de rentabiliser sa lingerie. Alors, que s'il n'y avait pas plusieurs établissements qui rentraient dans ce type de conventionnement, il ne rentabiliserait pas. Nous, ça nous coûterait cher. Je pense que ça va dans le bon sens de la dépense. Mais, à mon sens, ce n'est pas bon pour tout. C'est juste bon pour ce que tu ne veux pas traiter en interne, que tu ne souhaites pas maîtriser parce que ça n'a aucun intérêt pour toi.

Mr V : Les avantages du GIP, c'est une activité sur laquelle on n'a pas à se faire de souci. Parce qu'elle est traitée ailleurs. Les mises aux normes, toutes ces choses là... Aucun souci. Un autre avantage, très clairement, financier. Parce que ça revient moins cher et parce qu'en plus, plus on conventionne, plus le kilo de linge diminue. Le prix du kilo de linge à l'année diminue. On a un retour direct sur nos budgets.

L'inconvénient du GIP : s'il y a un dysfonctionnement sur une machine et bien on subit le dysfonctionnement. Alors, il faut avoir des stocks plus importants... il y a aussi ... des erreurs et que les erreurs sont plus lourdes à gérer que quand c'est chez toi et que tu n'as qu'à descendre à la lingerie pour régler ton problème.. L'inconvénient, c'est aussi lié au fait, un jour, si jamais il y a de la neige ou que les routes sont inondées... Globalement c'est un service qui donne complètement satisfaction.

➤ Aspect financier

Mme D « Lorsqu'on se dirige vers un groupement, on a parfois des bonnes surprises au niveau financier... avec des coûts moindres... mais parfois, ce n'est pas si vrai que cela.

Mr V : Les enjeux, ils sont essentiellement d'ordre financier au départ. Il faut qu'ils aient un avantage financier sinon il ne faut pas le faire.

Deux situations intéressantes sur les achats : point de vigilance sur les groupements d'achat

➤ **Echange avec Mme M, responsable des achats sur l'EHPAD de G en mai 2018**

Mme M m'expliquait que dans le cadre d'un marché au 1^{er} janvier 2018, un des fournisseurs s'était trompé dans les prix et lui avait appliqué les prix d'un autre groupement auquel l'EHPAD de G avait hésité à adhérer. En fait, elle s'est rendue compte que les tarifs étaient plus élevés pour les membres du groupement que ceux pratiqués dans le cadre du marché en cours, actuellement, dans l'établissement.

➤ Mme L : m'explique qu'il y a quelques années, l'établissement était adhérent à un groupement d'achats pour l'incontinence. Suite à une erreur du fournisseur du groupement, l'EHPAD de C reçoit une proposition de tarifs du fournisseur. Or, l'offre tarifaire proposée individuelle était plus intéressante que les tarifs du groupement. Cela correspondait à une somme conséquente qui a amené Mme Le à prendre la décision de sortir du groupement et de contractualiser individuellement avec le fournisseur. « Qualité égale pour un coût moindre ».

➤ Engagement de l'établissement

Mme D : « Ce qui est essentiel, en tant que directeur..., je voudrais avoir la possibilité de m'engager mais de me désengager dès lors que le besoin n'est plus là ou dès lors que la prestation qui m'est offerte par cet engagement ne correspond plus soit à des valeurs financières, soit à des valeurs de qualité ».

« Pour moi, l'outil convention est beaucoup plus souple et plus pratique à utiliser que d'être dans le cadre d'un groupement ou d'une coopération figée. » ... « On peut résilier dans la mesure où on respecte les articles de la convention ; on peut résilier assez facilement, sans contrepartie financière ; c'est ... plus simple dès lors que la prestation n'est pas optimale, si on ne la considère pas optimale en fonction du besoin que l'on a ».

« La filière gérontologique(...). Cette filière, si elle fonctionne tout va très bien, si elle ne fonctionne pas, on est dans la filière, on a signé. Et alors ? Qu'est-ce qu'on fait, on reste un peu impuissant. »

Mr V : Il faut être juste conscient, que ce qu'on fait, ça engage l'établissement ou ça ne l'engage pas. Il faut que nous, les directeurs, on soit garant que ce que l'on fait soit quelque chose de compréhensible pour l'établissement et que ce soit quelque chose qui lui apporte un réel intérêt. Si je prends l'exemple, ..., des travaux, le fait d'avoir mutualisé la compétence des travaux entre les trois établissements a permis d'abord à nos collègues d'A et E d'avoir une compétence qu'ils n'avaient pas, donc de pouvoir utiliser les projets de travaux qu'ils avaient là-bas par l'intermédiaire d'une personne qui les aide ; et dans cette optimisation là, c'est la personne de G qui est sur A et E, qui a, elle, elle-même, vu l'intérêt d'héberger des résidents d'A à G pendant les travaux. Donc, cette mutualisation, ça permet à une personne d'avoir une vision globale d'un intérêt pour les trois établissements.

Mme D « Dans tous les cas, en tant que directeur, j'existe pour le résident et la pérennité de l'EHPAD ».

➤ Obligation d'adhésion

Mme D : L'EHPAD doit intégrer une filière gérontologique ou gériatrique et je trouve ça plutôt bien. Néanmoins, c'est une obligation réglementaire mais qui est peut-être plus ou

moins fonctionnelle. Donc, quel est l'intérêt ? Bon, là, il n'y a pas forcément d'enjeu financier... Puisqu'il n'y a pas d'adhésion financière à cette filière.

➤ GCSMS

➤ Evolution des organisations

Mr B. Il y a une politique globale au niveau du groupement de coopération qui a impacté forcément le fonctionnement des structures qui avaient à l'origine un fonctionnement très autonome; on ne se demandait pas ce que faisaient les autres dans leur établissement ;

➤ Aspect financier

➤ **Frais de siège**

Mr B. : Oui, dans les budgets apparaît une ligne frais de siège... Qui représente un pourcentage de nos budgets, qui actuellement est très bas, comparativement à ce qui peut exister dans d'autres organisations avec des sièges plus forts...Puisque l'idée c'est effectivement d'allouer des moyens au siège dans notre construction, dans notre organisation mais aussi de conserver un maximum de moyens dans les structures. (...) : on a un pourcentage qui est aux alentours de 1,45 % de nos budgets dédiés au siège.

➤ **Nouvelles recettes**

Mr F X L : Je te disais que ce n'était pas vraiment un outil d'économie mais malgré tout, le fait de discuter régulièrement avec les collègues, cela permet d'avoir de bonnes excuses pour avoir de nouvelles recettes, de faire un peu de nouvelles économies et on s'y retrouve qu'en même derrière. Les échanges d'informations, c'est vraiment très important ; on passe notre temps à s'échanger des informations parce que tel collègue a vu telle chose, en veille juridique, en veille financière ou autres.

➤ **Impact dans le dialogue avec les autorités**

Mr F X L : Un petit peu quand même d'entraide dans la recherche d'économie, dans le dialogue avec les autorités de tarification, cela permet de peser un petit peu pour dialoguer chez nous avec le conseil départemental ... Un peu d'innovation, oui, sur le plan de formation également car à un plan de formation mutualisé, cela permet quand même de développer nos formations ;

➤ Dynamique projet

Mr F X L : Toutes les choses informelles entre directeurs, cela permet d'avoir beaucoup d'idées, de monter des projets ensemble. Donc, voilà, malgré tout, on voit de plus en plus des petits projets qui se montent et qui se traduisent vraiment sur le terrain.

E. LES IMPACTS D'UNE COOPERATION POUR LE DIRECTEUR

➤ Rompre la solitude

Mr F X L : Le gros plus de la coopération , c'est de ne pas rester seul parce que vraiment comme directeur on a pas de collègues, on a que des subordonnées dans l'établissement et c'est vraiment bien d'avoir des espaces de parole, où on parle un peu franchement, où on peut vider son sac ,on peut prendre les conseils des autres. C'est vraiment important.

Mr F X L : Dans l'Y, ça reste un GCSMS de directeurs ;

Mr F X L : Le plus du GCSMS, c'est de se voir en permanence. C'est tout le côté informel. C'est de passer du temps ensemble entre directeurs. C'est rassurant quand on a un coup dur d'appeler le collègue.

Mr V : On a des métiers où normalement on doit être autonome, normalement... Il y en a qui ne peuvent pas fonctionner en autonomie ; il y a des directeurs qui préféreraient être intégrés dans une équipe, parce qu'ils ont peur aussi de se retrouver tout seul mais bon, quand on le reconnaît, c'est bon... Mais il y a ceux qui ont décidé, et moi j'en fais partie, de faire ce métier, parce que je voulais une autonomie décisionnelle, une autonomie dans mes méthodes de travail. Grand directeur de CHU ou petit directeur de maison de retraite, pour moi, c'est la même chose. On est tous là pour faire tourner nos boutiques.

➤ S'ouvrir sur le territoire

Mr V : L'enjeu, c'est de créer des réseaux, cela peut être intéressant.

Mr B. : Les directeurs se rencontraient plus facilement. Il y avait aussi une meilleure connaissance des structures des uns et des autres...

➤ Gains de temps et d'efficacité

Mr F X L : On échange des documents, c'est un gain de temps énorme.

Mr V : L'enjeu, c'est qu'il faut que cela te dégage du temps, toi en tant que directeur, pour faire d'autres choses, au lieu de te consacrer sur la chose que tu as bien voulu externaliser, pour laquelle tu as bien voulu conventionner avec un autre établissement.

Mr B. : Il y a une circulation des outils, des boîtes à outils qu'on a fabriquées, des expériences, des retours d'expérience et puis c'est des choses qu'on met à profit aussi quand on développe des projets en commun.

➤ Partage de projet

Mr B. Quand on est chef de projet du système d'information ou qu'on a ce projet d'équisanté. Voilà on se retrouve à deux directeurs ou à trois directeurs pour essayer de

mettre en place un projet. On a forcément des approches différentes mais on s'enrichit un petit peu de ces rencontres et on devient plus efficient.

➤ Evolution du métier

Mr B. : Il y a forcément une évolution du statut du directeur puisqu'on était à l'origine sur des directeurs, en règle générale, mono établissement ... et que la constitution du groupement a redistribué les cartes avec des directeurs plutôt positionnés sur plusieurs structures et dans un environnement... donc avec des partenariats qui se sont, qui existaient mais qui se sont trouvés aussi facilités par cette nouvelle organisation.

Mr B. : Ça a vraiment été une évolution intéressante au niveau de la fonction de directeur de structure qui parfois, chez les anciens directeurs, en poste depuis plusieurs années a créé un petit peu d'inconfort... Parce que le directeur historique, à l'ancienne, en fait, avait un pouvoir décisionnaire important. Il faisait évoluer son établissement dans un contexte global... Il a fallu, pour eux, faire le deuil de certaines décisions même si les établissements concernés gardent une grande autonomie. Mais ses décisions étaient plus concertées avec l'ensemble des directions, des administrateurs du groupement de coopération. Là, on est plus, je dirais, dans une coconstruction solidaire de nos interventions.

➤ Accompagnement des équipes

Mr V. : Pour moi, la mutualisation, c'est une préoccupation managériale. C'est une préoccupation stratégique, ce n'est pas préoccupation soignante.

Mr V. Le directeur, il est là pour réguler ça ; et là, il est vraiment sur de la stratégie. C'est-à-dire, expliquer à son personnel l'intérêt de mutualiser, par exemple, d'aller aider les copains à côté par solidarité parce qu'ils n'ont pas d'ergothérapeute ; parce que si tu fais ça, ils te renverront l'ascenseur, en t'envoyant un petit moment une « psychomot ». Donc, c'est... la mutualisation, c'est vraiment une affaire d'homme et c'est vraiment une vision stratégique qu'a un directeur sur la gestion de son établissement.

IV. LA COOPERATION DANS UNE DEMARCHE PROJET

A. LE DIAGNOSTIC

➤ Analyse des besoins

Mme D. Les critères d'adhésion à une coopération, c'est toujours le besoin du résident, les compétences qui sont proposées et l'organisation qui est mis en place.... Et l'aspect financier.

➤ Quel sens je donne et quelle priorité je souhaite dans les prises en charge

Mme D Si aujourd'hui on a des problèmes économiques et financiers, qui font qu'on est obligé de diminuer nos effectifs... il s'agit de bien déterminer sur quelles dépenses on doit diminuer... A mon avis, on ne doit pas diminuer l'encadrement soignant auprès de l'utilisateur car je pense que nous sommes parvenus à des limites à ne pas franchir. En revanche, il y a des domaines sur lesquels les services sont plutôt de type prestataire et on pourrait très bien imaginer, des plateformes de services, de compétences, comme on disait tout à l'heure, où l'on puisse « piocher » en fonction de nos besoins. Je pense aux services administratifs. Je pense aux services logistiques. On le voit pour la blanchisserie mais les services techniques, ce serait un petit peu pareil. Et là, on pourrait peut-être mutualiser des choses entre EHPAD ou entre d'autres structures y compris sanitaires (je pense aux études de faisabilité de travaux, à des plans architecturaux simples...).

➤ Analyse des forces et faiblesses des ressources

➤ Connaitre l'autre

la direction commune

Mme L : Ça peut faciliter le fonctionnement ;

Des emplois déjà partagés

Mr V : C'est important de connaître les trois établissements, qu'il sache quelles étaient les possibilités des trois établissements et comment il pouvait juguler ces possibilités là pour optimiser lui, ses objectifs, qu'il s'était fixé ; et dans ses objectifs, c'était la réalisation des travaux à A. Voilà, pour moi, la mutualisation, elle est possible lorsqu'il y a un intérêt pour chacun. S'il y en a un qui n'a pas d'intérêt, il ne faut pas mutualiser. Voilà. Ou alors, il faut mutualiser dans le sens de la solidarité. Parce que, c'est une valeur qu'il faut, à mon avis, que l'on ait entre établissements ; il faut que l'on soit solidaire les uns avec les autres et on peut mutualiser par solidarité, ce n'est pas impossible, et là, on est vraiment dans le rapport aux humains. Et moi, ça ne me gêne pas de mutualiser par solidarité...

➤ Une affaire d'Homme

Mme D :, « Il peut y avoir des expériences de filières efficaces. C'est quand même une affaire d'Hommes et je ne sais pas. Comment est-ce que je peux inhiber ce facteur « Homme » pour qu'une filière, une convention, une coopération fonctionne remarquablement bien pour le bien de l'utilisateur ? Ça s'est compliqué. J'avoue que je ne sais pas. Je ne sais pas comment il faut le construire. Est-ce que c'est justement par des documents très explicites mais, ça fait tellement appel à d'autres facteurs, aux compétences de la personne, à ses ambitions relationnelles, personnelles.

Mme L « Encore une fois, ça dépend des personnes. Quand on connaît, quand on a un réseau, ça marche bien. » (Le réseau qui existe est informel, pas contractualisé, mais c'est ce qui marche bien.)

Mme L : « Dans le cas d'une coopération ou d'une collaboration c'est important que les deux directions s'entendent bien. S'il n'y a pas d'entente, s'il n'y a pas d'affinité, en tous les cas, de cause commune, des idées bien partagées, ça ne marche pas. «Il faut avoir les mêmes besoins et effectivement des valeurs... »

Mr V : C'est un peu pareil. Pour moi, le bon fonctionnement, je le classifierais dans la catégorie du bon sens ; c'est-à-dire... quand je parle de bon fonctionnement, c'est tant sur le plan administratif que sur le plan médical, soignant. Pour moi, un médecin qui s'entend bien avec un confrère, lui adressera de manière privilégiée ses patients et de manière privilégiée, le confrère accueillera les patients dans de meilleures conditions parce que justement c'est son confrère qui les lui a adressés. Et ça, pour moi, un directeur n'a pas à y mettre son nez(...). Le directeur a juste à être sûr qu'il y ait du bon sens et qu'il y ait du bon fonctionnement. Donc, qu'il y ait des coopérations qui se fassent et qu'elles se fassent de manière naturelle... Alors après, oui, peut-être, il faut qu'il aît sa patte pour rendre les choses officielles et leur donner une tournure administrative officielle. On ne peut pas faire n'importe quoi non plus. Dans les coopérations, on est vraiment là, dans la relation humaine.

Mr V : C'est une histoire d'hommes ...On ne coopère pas avec quelqu'un qu'on n'apprécie pas.

Mr V : Alors, la coopération, je dirais, elle est une histoire d'hommes: « j'ai envie de t'aider, je n'ai pas envie de t'aider ». On est des hommes et on gère comme des hommes.

Mr V : Que tout le monde rentre, que tout le monde s'assoit autour de la table et qu'on en discute. Mais, il ne faut qu'à aucun moment il y en ait un qui veuille prendre l'ascendant sur l'autre. C'est-à-dire que c'est là une histoire d'hommes, que s'il y en a un qui a un « ego démesuré » et qui veut prendre l'ascendant pour dire « c'est moi le meilleur » ; ça ne marchera jamais...

Mr F X L : Donc, c'était quelques directeurs qui se connaissaient déjà parce qu'ils avaient travaillé dans le même établissement, une grosse structure départementale à A. Donc plusieurs directeurs qui ensuite ont pris des postes dans différents établissements et qui ont décidé de continuer à travailler ensemble. Donc ça a démarré, je pense à 5 ou 6 directeurs qui avaient chacun plusieurs établissements. Et voilà, ensuite, ça c'est renouvelé à chaque arrivée de directeur puisqu'aucun des nouveaux directeurs n'a retiré son établissement du GCSMS. Tout le monde a résigné la convention.

Mr F X L : Alors, pour nous qui sommes dans l'Y, un département assez rural, c'était surtout l'opportunité de se voir entre directeurs donc on a mis en place des choses, que tu as en tête puisqu'on les évoquait l'autre jour⁹⁶ mais c'était d'abord, avant tout, un lieu de rencontres des directeurs ; il faut prendre l'habitude de ne pas travailler isolé parce qu'on

⁹⁶ Référence au cours de l'EHESP du jeudi 12 juillet 2017 sur la présentation du GCSMS

a qu'en même des équipes qui travaillent de façon très isolées notamment les équipes administratives, les responsables de services et on a vraiment besoin de les faire travailler ensemble.

➤ Notion de territoire :

Mme D Il y a effectivement des enjeux au niveau des pharmacies de village. Si on créé des PUI, des pharmacies libérales risquent de fermer.... Moi, je dirais, en tant que directeur, qu'aujourd'hui, je regarde plutôt l'intérêt de l'utilisateur.

Une fois que l'on a regardé « la qualité et le coût », si on peut améliorer et faire en sorte de faire vivre l'environnement autour de nous. Bien oui, bien sûr, c'est le développement durable aussi. Ça, c'est clair. Et effectivement, c'est comme pour l'alimentation, c'est pareil. Pourquoi adhérer à une plate-forme qui se trouverait au CHU .Si le CHU me livre le pain, alors la baguette va me coûter bien moins cher que si je l'achète chez mon voisin, probablement puisque le volume aura un impact sur le prix baguette. Mais, si on prend le coût global du transport, du risque que le transporteur n'arrive pas, que le résident n'ait pas de pain etc, etc. Je pense que l'impact est beaucoup plus important. Et au final, la baguette nous revient plus chère, sans compter que nous aurons, peut-être, entraîné la suppression de l'emploi du boulanger local...

B. La détermination des orientations stratégiques et La définition des orientations opérationnelles

(Non renseigné)

C. Le choix de la forme juridique

➤ LES CONVENTIONS : avantages et contraintes

➤ Les conventions, les points de vigilance

Mme D : Quels sont les objectifs de la convention ? Il faut quand même qu'ils soient clairement énoncés et définis pour que les deux partenaires ou plusieurs remplissent l'objet de la convention.

➤ Les conventions, l'objet

Mme L : «Elles concernent donc d'une part les résidents par rapport au parcours, d'autre part les professionnels par les formations.

➤ Les conventions, avantages

Mme L : Elles ont aussi des avantages au niveau économique et qualité quand on prend l'exemple du linge.

➤ Les conventions, critères de vigilance

Mme L : « En faisant attention aux services rendus, qu'est-ce que ça m'apporte, quels sont les avantages et les inconvénients. Je regarderais l'aspect financier et juridique et quelles seraient les conditions pour se sortir d'un tel engagement »

➤ LES MUTUALISATIONS

Mr V : On a regardé ça, puis on regardera autre chose après. Donc, on est parti avec les travaux ; on est parti avec l'informatique ; on a fait un peu de BRH ; on fait de la PUI. Mais jamais, à aucun moment, il y a un établissement qui peut porter le chapeau de l'autre. Même dans le cadre des PUI, si on dit, par exemple, que la pharmacie va se faire à A, c'est une mutualisation, ce n'est pas une fusion. Parce que, demain, si G dit : « moi, je ne peux plus travailler avec A, je reprends ma pharmacie ». G pourra reprendre sa pharmacie. La mutualisation, ce n'est pas ça. Il n'y a pas quelqu'un qui décide, il y a quelqu'un qui propose. Et après, tout le monde décide.

➤ LES FILIERES

Mme D : Les établissements ont été obligés d'adhérer à une filière mais, ce qui ne me semble pas... idiot ; je trouve même cela très pertinent, au contraire, pour la prise en charge des résidents, c'est bien d'être encadré, c'est bien d'être dans cette filière pour avoir des aides, des conseils... Mais, voilà ! Encore faut-il qu'il y ait quelqu'un qui la fasse vivre, cette filière. Et qu'il y ait du temps dédié pour la construction des actions qui sont mises en œuvre.

Mme D : Je crois qu'aussi il y a peut-être une certaine forme de désorganisation. Mais je crois aussi que dans le cadre de la filière gérontologique du CH de V, sur l'hygiène hospitalière, si l'on reprend cet exemple-là, ont-ils un temps dédié pour cette disponibilité auprès de leurs partenaires ? Peut-être pas. Ont-ils les moyens ? Je ne connais pas les raisons, mais c'est certainement ce qui se passe. Là, pour le coup, ce n'est pas la non-volonté des professionnels du CH de V. Il y a bien d'autres problématiques qui font que cela ne fonctionne pas. Mais, c'est tout ça qu'il faut étudier. Il ne s'agit pas de créer des filières, des conventions pour répondre à la réglementation et dire on verra bien après. Non, je crois qu'en amont il faut quand même construire les choses un petit peu plus, de manière plus drastique, pour faire en sorte que ça fonctionne...

➤ LE GIP : avantages et contraintes

Mme L : Au départ, nous avons fait une consultation avec une entreprise privée et avec le GIP. Le GIP avait un peu plus de méthode, il nous a fourni pas mal de protocoles, de supports et des conseils d'organisation. Il nous a aussi proposé une mise en service, un accompagnement dans le temps, ce qui s'est réellement passé. La société privée se limitait à l'aspect commercial. Et ce qui a fait surtout pencher la balance, c'est le tarif. Donc, voilà, pourquoi nous avons choisi le GIP de V.

Mr V Il faut se barder de sécurité pour pas que du jour au lendemain ce conventionnement t'oblige à faire des choses que tu n'as pas envie de faire.

- [LE GCSMS : avantages et contraintes](#)
- [Modalité de la coopération du GCSMS](#)

[Mr F X L](#) : Alors, au début, c'était conclu pour une durée de 5 ans et maintenant on a conclu pour une durée indéterminée. Il y a des conditions de sortie du GCSMS mais à priori, par contre, la durée est illimitée.

[Mr F X L](#) : L'avantage qu'a un groupement, c'est que ça engage. Cela fragilise dès que l'on fonctionne par convention parce qu'au bout d'un moment on revient sur ce que l'on a décidé le groupement, ça engage.

[Mr F X L](#) : La taille de l'établissement, ne rentre pas en compte : c'est un établissement, deux voix. « C'est ce qui avait été décidé et cela valorise, c'est vrai, même les petits établissements. »

[Mr F X L](#) : L'engagement de base est simplement de payer le salaire de l'adjointe administrative qui fait les marchés publics et qui est à mi-temps en plus ce qui n'est pas énorme. De mémoire la cotisation de base doit être de 1500 € ce qui engage très peu. Après, toutes les autres prestations sont à la carte.

[Mr B.](#) : Toutes les données budgétaires sont liées au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ce qui est lié à la fois à la création du groupement de coopération. Mais, aussi, il y a le CPOM. C'est dans le cadre particulier du CPOM que sont déterminés avec les financeurs en l'occurrence pour les établissements de S P, l'ARS, mais pour d'autres le conseil départemental, les montants alloués aux structures ; voilà... après, nous on a cette enveloppe structure qui est actualisée au niveau du groupement de coopération et qui est redistribuée en fonction de nos besoins mensuellement.

[Mr B.](#) : En fait, notre organisation en groupement de coopération, elle nous permet ça aussi; il a des CPOM. C'est à la fois un engagement budgétaire mais c'est des engagements aussi dans le développement de certains projets. On a des fiches projets dans nos CPOM et ces fiches projet, elles nous donnent une certaine latitude dans l'innovation sans passer par les appels à projet. Quand on a créé notre dispositif d'accompagnement du sujet avec autisme, on s'est inscrit, je dirais, dans une mouvance globale, dans quelque chose qui transpirait sur le terrain. Il y avait déjà eu des expériences dans d'autres départements ; on a créé ça pour notre propre compte avec des moyens constants, avec l'idée d'expérimenter et de montrer qu'on est en capacité de mener cette action. En sachant que... Comme on avait eu sur notre territoire ces équipes mobiles existantes et financées ; avec l'expérience, on pourrait bénéficier d'un financement par la suite. Ça, je dirais, c'est une forme d'innovation stratégique ; et puis après, il y a d'autres innovations qui sont liées à des besoins que l'on perçoit sur le territoire. Et qui... on se dit : «on finance à titre expérimentale et on verra ce que ça donne et c'est des choses qui après interviennent et qui montrent notre dynamisme, notre capacité à innover et qui sont un bon témoin pour nos autorités de tarification, nos

capacités à proposer des choses innovantes. C'est à la fois à destination des usagers mais cela peut être aussi à destination des professionnels avec notre SAGESS Formation, en créant une instance de formation animée par des professionnels dont les compétences sont mises en valeur dans cet espace là et sur les formations qu'on choisit et qui nous semblent importantes pour l'accompagnement des enfants ou des adultes du groupement de coopération.

Mr B. : Alors, forcément, quand on se confronte à des approches un petit peu différentes du métier, on peut en tirer, je dirais, une plus value, dans l'exercice de nos missions ; c'est aussi ce qui a présidé à cette idée de plateformes spécialisées. C'est-à-dire comment on utilise des compétences avérées dans certaines structures pour venir consolider ce qui se passe sur d'autres établissements et inversement tirer des enseignements de ce qui se passe sur d'autres structures pour venir les transférer ou les transformer dans les structures d'origine. On est forcément sur des cultures différentes; on est aussi sur des cultures d'établissements différentes; et donc l'idée c'est vraiment de pouvoir tirer profit de ses approches un peu différentes par une acculturation vers le haut.

- Critères facilitateurs d'adhésion entraînant le passage du GCSMS de 10 0 23 établissements du département

Mr F X L : Il y a trois éléments. Le premier, c'est que de notre part, on a été moins rigide ; jusqu'à présent, on était sur un forfait globale où il fallait prendre l'informaticien, la conseillère hôtelière ; et donc, c'était une cotisation à 9000 €. On a décidé de faire les choses à la carte. Les établissements qui avaient plus d'intérêt à adhérer partiellement l'ont fait. L'autre argument, c'est qu'on a eu un gros soutien de l'ARS pour avoir un directeur délégué à mi-temps, vraiment sur le GCSMS. C'était bien pour aller démarcher les collègues d'autant plus qu'on a recruté un collègue retraité qui venait du nord de l'Y ; et c'est dans le nord qu'on avait du mal à avoir des adhérents. Troisième argument, c'est que l'on a une nouvelle génération de directeur, plusieurs sortant de l'école qui sont arrivés et qui nous ont dit dès le début : oui, je pense qu'il faut coopérer, parce que c'est ce qu'on nous apprend à l'école et je suis dans cette logique là dès ma prise de postes

- Les contraintes.

Mr F X L : C'est que c'est quand même un engagement et on sait qu'une fois qu'on rentre dedans, il ne faut pas rentrer dans une logique uniquement financière. On sait, par exemple, que l'on va payer des emplois mutualisés que l'on ne va pas forcément consommer deux années de suite ; on sait que l'on va faire un peu plus de dépenses parfois que l'EHPAD voisin, que la cotisation va être un peu trop élevée une année... Enfin, voilà, il ne faut pas chercher à faire le calcul coût/bénéfice parce qu'une année, on va être gagnant, une année, on va être perdant... Il faut que l'esprit de la mutualisation l'emporte. Et, il faut dire aussi que la coopération va créer de nouveaux besoins et donc

de nouveaux coûts. Donc a priori, ce n'est pas tellement une source d'économie, c'est une source de qualité surtout.

Mr F X L : C'est pratique d'avoir cet outil parce que cela nous permet d'avoir financièrement une petite marge parfois etc. Pour moi, cela doit rester un outil au service de la qualité. Et, si par ailleurs on fait des économies, formidable ! Et si on fait des recettes parce qu'on organise des formations, tant mieux ! Mais pour moi, c'est que du plus. La coopération c'est plus coûteux qu'économique. On crée de nouveaux besoins ; on aurait pu se passer de la conseillère hôtelière ; c'est juste qu'on serait moins bon en hôtellerie ; on aurait continué à pas être très bon,

Mr F X L : dès que l'on coopère, en fait, on a de nouvelles idées et cela crée des dépenses. Par exemple, j'ai dit que l'on a candidaté pour la télémédecine. A priori, on va être retenu. Et, donc on aura une petite aide de l'ARS. Pour autant, cette aide ne couvrira pas tout et il y aura un petit coût pour les établissements, en investissement et en fonctionnement. Et donc, paradoxalement, la télémédecine va nous créer de nouveaux besoins et de nouveaux coûts ; mais en même temps, il y aura un service de qualité derrière. En qualité auprès de l'utilisateur, on va s'y retrouver en service à l'utilisateur, mais par contre, financièrement ça va coûter plus à l'établissement puisque jusqu'à présent on ne payait pas le transport ; et là, on va payer du temps infirmier pour faire la consultation et du matériel aussi qu'on n'aurait pas payé sinon. Donc financièrement, on ne s'y retrouve pas un mais ce n'est pas grave, on n'est pas là pour faire des marges budgétaires.

➤ LE GHT : contraintes

Mme D La notion d'autonomie, de liberté, de faciliter d'entrer et de ressortir. La facilité aussi de répondre plus rapidement à un besoin nouveau... C'est plus facile avec un conventionnement ou un partenariat que rentrer dans une filière ou dans un GHT. Une fois qu'on est dans un GHT, j'adhère, donc j'achète ou je me sers en termes de services dans ce GHT et j'en oublie tout le reste. Donc, pour moi, ce n'est pas efficient. Il y a une notion d'efficience qui n'y est pas. Ça c'est sur (...).

Mr V : Il y a des dangers... Alors, il faut veiller, à mon sens, au grain de ces dangers là, et encore plus aujourd'hui avec les GHT, ce qui veut dire, qu'on veut bien, que moi je veux bien conventionner, mais, je veux avoir le choix de sortir de ce conventionnement quand je veux, pour une raison ou pour une autre... il faut se barder de sécurité pour pas que du jour au lendemain ce conventionnement t'oblige à faire des choses que tu n'as pas envie de faire : payer plus cher, être obligé de changer de produits

Mr V : La fusion, c'est les GHT. C'est une vraie fusion : « je décide que.. » Même si de manière politiquement correcte on dit les choses de manière différente, n'empêche que la finalité, c'est ça. Il y a quelqu'un qui décide pour les autres

D. La mise en œuvre opérationnelle de la coopération.

Mr F X L : Peut-être qu'au sein du système, il y aura un petit groupe de travail PHV par exemple, personnes handicapées vieillissantes, avec les collègues du handicap ; peut-être une structure, un groupe de travail qui fera domicile- établissement mais avec tout le monde qui ne sera pas concerné... Voilà, je pense qu'on fonctionnera de plus en plus par groupe de travail.

E. Une phase de communication tout au long du projet

- Informers les usagers, (partie 2A)
- Informers les personnels des institutions, (partie 2B)
- Informers les instances et les acteurs locaux

Mr F X L : Les représentants des professionnels voient passer le plan de formation qui est labellisée quasiment au GCSMS. Eux savent ce qu'est le GCSMS et ils y sont attachés. Le CA voit également passé le rapport d'activité du groupement. Si on se retirait du GCSMS, on aurait le CA et les représentants du personnel qui nous interrogeraient. Par contre, si demain on résiliait une convention, on informerait le CA mais honnêtement, on pourrait le faire du jour au lendemain sans aucun souci.

les membres du CA sont « majoritairement des élus », ils sont assez habitués à la logique de rapprochement. Ça peut faire peur à des élus mais il faut leur expliquer que c'est non pas pour faire une structure unique, une fusion mais au contraire pour préserver l'autonomie. Nous on l'a présenté comme ça et ça a été bien perçu par les élus. On leur a dit que si on voulait rester décisionnaire et autonome, il fallait justement que l'on fasse de la coopération.

Les présidents des CA apprécient le fait que dans le groupement chaque établissement à une voix ; en fait deux voix exactement, une du directeur et une du PCA ... le PCA d'un petit établissement a autant de voix que le président du SSIAD, de l'EHPAD d'A qui est un vice-président du conseil départemental. Et donc c'est valorisant aussi pour l'élu de se dire : « j'ai autant de voix que le collègue ».

Mme L : Attention aux organisations syndicales et aux instances dont il faut avoir l'aval. Il est important pour cela de bien préparer le sujet, communiquer sur la stratégie et pourquoi cette stratégie.

F. Une phase de pilotage du projet, s'assurer de l'atteinte des objectifs :

Evaluation continue

V. LES SECTEURS DE COOPERATION

Mr V : je pense, qu'il faut absolument fermer aucune porte. Public, privé, sanitaire, médico-social, peu importe. Que tout le monde rentre, que tout le monde s'assoit autour de la table et qu'on en discute. Mais, il ne faut qu'à aucun moment il y en ait un qui veuille prendre l'ascendant sur l'autre

A. Coopération avec le médico-social

Mme D : Après, je crois qu'on aurait beaucoup de choses aussi à développer. J'essaie, par exemple, de mettre en commun avec l'EHPAD de C, certaines habitudes. C'est une histoire d'Hommes. Puisque je m'entends plutôt bien avec le directeur, que nous partageons à peu près les mêmes valeurs. Nous avons essayé, par exemple, de choisir nos logiciels administratifs identiques. Nous avons essayé de se former aux pratiques de manières identiques et dans le but, demain éventuellement, si jamais nos agents administratifs et notamment ceux qui sont sur les éléments de paye, étaient absents pour une raison ou une autre, ou si on avait à diminuer les postes, parce je pense que l'avenir, ce sera peut-être des diminutions ou suppression de postes. Ce sera peut être aussi de partager des postes administratifs. Autant je suis contre sur le partage de compétences « soignant », IDE de nuit qui se partage entre plusieurs établissements, cela me semble plutôt utopique aujourd'hui. Autant, partager des temps administratifs, ça ne me gêne pas. Et du coup, avec ma collègue, on a envisagé... En tous les cas, on a construit notre projet de changement de logiciel, nos formations en ce sens, dans l'éventualité, demain, de partager des temps de compétence administrative. Puisque ça, c'est facile à partager : Une paye reste une paye, que l'on soit dans un établissement A, un établissement B. Un résident avec toute la complexité de sa prise en charge actuelle, c'est un petit peu différent... Il y a donc des fonctions plus faciles à partager que d'autres ;

Mme L : Alors médico-social/médico-social... Je dirais que là, ça peut fonctionner. Effectivement, nous avons les mêmes besoins. Nous pouvons avoir des ressources à un endroit et des ressources différentes sur l'autre site. Du coup, on peut faire bénéficier l'autre établissement de ses ressources là, donc, ça peut être bénéfique. Encore une fois, dès l'instant où les deux directions s'entendent bien ou alors il faut avoir la même direction.

Mme L Ça demande du travail. Ça demande aussi d'installer, par exemple, un même système d'information, aux deux endroits, ça c'est important ! Ensuite, il faut avoir un projet d'établissement qui se rapproche, quand même, de l'autre. Si on est complètement à l'opposé, à mon avis, à un moment donné, ça n'ira pas. Mais, je pense que c'est possible.

Mr V : Les travaux là, c'était vraiment l'envie, on était vraiment sur du rapport humain. C'est-à-dire qu'on était entre deux directeurs, avec la même vision de la gestion d'un établissement, avec les mêmes valeurs, et on va au même endroit... Et, que l'on avait le même intérêt. Et que l'on avait, et dans le cadre des mutualisations, à mon avis, c'est quelque chose qui est absolument essentiel, on avait, confiance l'un en l'autre.

Autant une convention, tu n'es pas obligé d'avoir confiance. Tu conventionnes, après, ça se passe bien ; ça ne se passe pas bien... Au début tu conventionnes parce que ça te semble plus simple... mais, la mutualisation, il faut vraiment avoir confiance en l'autre. Je mutualise. Lui, il vient chez moi ; moi, je vais chez lui. On va regarder un petit peu ce qui se passe les uns chez les autres et on va discuter. Mais cela veut dire que derrière : « tu ne portes pas de jugement de valeur sur ce qui se passe chez ton collègue etc. etc. Et tu cherches à aller encore plus loin. Tu mutualises une chose mais la vraie mutualisation, c'est de mutualiser une chose, puis une deuxième, une troisième, puis même une quatrième. Et la vraie mutualisation, c'est complètement différent de la fusion ! Attention, ce n'est pas la fusion. Mutualiser, pour moi, c'est éviter qu'on fusionne.

Mr F X L : Cela va être juste la convention avec l'EHPAD qui est à 15 kilomètres pour la blanchisserie... Mutualisation de personnel de temps en temps.

Mr F X L : Le GCSMS : tous les EHPAD publics du département.

B. Coopération avec le sanitaire

➤ Deux mondes

Mme D : Pour moi, il faudrait que les EHPAD restent le monde de la personne âgée ; le sanitaire se consacre au monde du malade et du patient et on n'a pas du tout les mêmes activités, les mêmes missions, les mêmes compétences à avoir. Et de mon point de vue, à un moment, on ne va pas pouvoir faire l'impasse d'un choix. D'ailleurs, il y a beaucoup d'établissements hospitaliers qui ne veulent plus ou qui perdent leurs lits de gériatrie... On a deux mondes différents : un patient et un résident. Un patient qui ne paye pas, même s'il y contribue, parce qu'il est affilié à un régime d'assurance maladie et qu'il paie des impôts. Mais du coup, il n'a pas à choisir : il vient se faire soigner. On est bien dans le soin. Et, on a un résident qui paye pour être hébergé. Certes, il y en a de plus en plus fatigués et malades... Mais quand même. Donc, on est dans deux entités qui ont vraiment des missions différentes et je pense qu'il ne faut pas se tromper. On ne peut pas faire des coopérations systématiques avec des établissements de santé, comme ça. Ce n'est pas si simple.

Mme D : Et, encore moins sur l'aspect financier. Parce que les objectifs ne sont pas les mêmes. Je suis dans le sanitaire. Je cherche à trouver des places... Pour placer mon

patient âgé ... qui va être de plus en plus âgé et de plus en plus nombreux au regard de l'évolution de nos durées de vie. Et donc, je veux trouver des EHPAD, au sein du GHT si le médico-social adhère, pour qu'ils me prennent ce patient qui devient «encombrant » dans les services actifs de soins curatifs, qui est âgé et qui est bien diminué. Or, de l'autre côté, les EHPAD, y compris au sein du GHT, n'ont pas de place vacante sinon ça se saurait. Donc, si l'adhésion du médico-social (secteur personnes âgées), c'est uniquement ça, c'est-à-dire estimer que le parcours patient-résident sera plus fluide, je n'en vois pas la nécessité...

« Un médico-social qui veut collaborer avec un sanitaire, on a déjà pas la même comptabilité qui s'applique ».

➤ GHT et médico-social

Mme D : Et dans le cas des GHT, si effectivement un jour, il y a cette adhésion obligatoire pour le médico-social, puisque un jour, je pense que la réglementation va nous l'imposer comme dans le milieu sanitaire, je ne suis absolument pas du tout convaincu, au jour d'aujourd'hui, du bénéfice pour le résident.

Mr V : Et, l'intérêt, il doit être dans tous les sens. L'intérêt, il ne doit pas être, comme c'est le cas aujourd'hui pour les GHT... C'est l'exemple d'un directeur de CHU qui nous réunit autour d'une table en disant : il faut que l'on coopère, les gars. Quel est mon intérêt à coopérer ? Pour lui c'est d'avoir des lits d'aval (...). Non, ce n'est pas ça, la coopération. C'est : « qu'est-ce que tu as à y gagner et moi qu'est-ce que j'ai à y gagner ».

Mr V : Quand on commence à me dire qu'il faut coopérer avec les GHT et tout cela, je me dis, mais attends ! Ce qu'il ne me plaît pas, c'est de voir les gouvernances qui sont appliquées sur les CHU. Dans les gouvernances qui sont en place sur les établissements médico-sociaux, nous, on a encore notre rôle de proximité. C'est-à-dire, que le maire d'une commune, il est capable de te dire : « dites donc, pourquoi vous allez chercher des résidents à C-F alors qu'il y en a ici à G qui déambulent dans la nuit dehors ? » Ils ont raison ! C'est leur population, c'est eux qui portent sur la commune la maison de retraite

Mr V, Quand je parle des GHT et que je dis que je suis contre les GHT, je suis sur du moyen et du long terme, pas sur du court terme. Et je pense, qu'il faut toujours mettre dans les cases, les bonnes choses. Conventionner avec le service des urgences, demain, je dénonce la convention, après tout, ce n'est pas un problème si je veux. En revanche, me mettre dans un GHT, je signe... Pour longtemps. Alors, ce n'est pas moi qui signerais mais en tout cas, moi, je pense, que mon métier, c'est aussi d'alerter là où il y a des dangers. Pour moi, ils sont là.

Mr V : Aujourd'hui dans les GHT, il y a un homme qui décide pour les autres. Si tu mutualises pour qu'il y en ait plus qu'un qui décide pour toutes les mutualisations, ce n'est

pas bon non plus. C'est pour ça, qu'il faut que chaque établissement garde sa gouvernance avec son conseil d'administration, son fonctionnement de CVS, de CTE, de CHSCT et que les directeurs aient une vision globale sur quel est l'intérêt qui va pouvoir alimenter tous les établissements qui réfléchissent autour de cet intérêt là. Mais, chaque établissement doit garder son autonomie.

Mr F X L : On est partenaire avec le GHT mais on les laisse un peu s'organiser avant de revenir vers eux. Pour l'instant, il y en a un au nord et un, au sud de l'. On va attendre qu'ils fusionnent. Pour travailler plus étroitement avec eux.

➤ Différentes conventions

Mr F X L : Tout ce qui est convention avec le sanitaire, le CHS, le CH, c'est essentiellement pour les urgences et pour le suivi psychiatrique... Un réseau de soins palliatifs...Un réseau d'hospitalisation à domicile.

Mr V : Ce sont des conventions... écrites pour un lien privilégié avec, par exemple, le centre hospitalier de V, pour la prise en charge des urgences.

➤ Convention en fonction des flux et des compétences

Mr V : Il y avait des coopérations qui s'étaient faites avec le centre hospitalier de V. Parce que tu ne peux pas non plus, conventionner avec n'importe qui. (...)Les flux, ils sont étudiés.

Mr V : Celle que l'on a développé, c'est par exemple, la télémédecine. Où là, on va conventionner avec le centre hospitalier de R mais, parce que le C H de V ne nous le propose pas. J'essaie de conventionner avec le CHU de C-F pour la médecine du travail parce que je ne trouve pas ça à V et parce que là, il n'y a que le CHU qui le fait.

Mr V : Conventionner avec l'hôpital de V pour que les résidents attendent moins aux urgences, c'est évident. Moi, je trouve ça complètement normal. Sans réfléchir, le résident, il ne peut y gagner qu'en confort.

➤ Evaluation de convention avec l'hôpital de V.

Mme L : Les relations sont facilitées parce que je suis une ancienne de l'hôpital. Mais, nous faisons moins appel à V que ce qui pourrait être possible.

Cela étant, le peu de fois où je les ai sollicités, ils nous ont apporté de l'aide.

C'est une convention formalisée, écrite. Il n'y a pas d'aspect financier. « C'est vraiment un partenariat avec l'hôpital ».

Nous ne sommes pas clients mais partenaires. Nous savons que ce n'est pas parce que nous les sollicitons pour un besoin, qu'ils vont nous répondre, en raison de leur organisation et de leurs contraintes.

➤ la convention avec le CH de M.

Mme L : Les critères de réussite, c'est les réponses apportées. Est-ce que déjà, la « géronto psy » peut répondre à nos besoins ? Est-ce qu'ils sont capables de répondre à

nos attentes quand on connaît, par exemple le déficit de psychiatre sur le CH ? Autre critère la facilité, par exemple dans les transferts d'un résident en termes de délai... Au niveau des hospitalisations, des rendez-vous, est-ce qu'ils acceptent assez rapidement des transferts pour faire des diagnostics, plutôt que de passer par la porte des urgences et ainsi éviter une hospitalisation.

Mme L : Oui, je pense que c'est surtout ça qui va nous conforter dans l'idée de continuer à travailler avec eux. Mais, encore une fois, derrière, on sait très bien, qu'ils ont des contraintes, des problèmes de recrutement de médecins, tout comme à V.

Mme L : « Médico-social/sanitaire. Ça peut être bien, justement, pour les ressources, pour l'expertise que l'on peut trouver à l'hôpital par exemple, dans certains métiers, que ce soit l'informatique, la sécurité incendie ». « Les achats il faut faire attention parce que nous n'avons pas forcément les mêmes priorités, les mêmes budgets. Notamment, au niveau de l'alimentation, les changes. Mais en revanche, je pense, qu'au niveau expertise, un EHPAD peut être gagnant. Après, le point d'attention, c'est le risque que l'hôpital profite un peu des capacités financières ou des capacités en lits de l'EHPAD pour l'aider, à mieux se porter, financièrement ou au niveau de son activité. Tout dépend de là où se situent les intérêts de chacun. C'est vrai, que pour que la coopération fonctionne bien, il faut que ce soit donnant-donnant. Donc l'hôpital ne va pas aider l'EHPAD sans rien attendre en retour.

➤ [La filière](#)

Mme D Un exemple actuel concerne l'hygiène hospitalière, dans le cadre de cette filière, on est censé avoir une aide, des conseils... C'est vrai, on est censé. On a un numéro de téléphone, on a un mail. Mais, quand on appelle, on nous répond : « Ah bien oui ! Mais on n'a pas le temps. » « Oui, mais on n'a pas les moyens. » « Essayez de joindre celui-ci ! » Je ne trouve pas cela... productif et cela ne nous rend pas service. Les événements indésirables, c'est un petit peu la même chose, c'est toujours dans le même sens. Je ne vois pas de plus-value finalement à cette filière gérontologique, à ce jour. Si ce n'est à servir (rires) le CH où on me dit : « On a besoin de places. Est-ce que vous vous en avez ? Il me la faut rapidement ». De même, lors d'un retour d'hospitalisation, l'EHPAD est à peine prévenu ou s'il y a un décès de résident à l'hôpital, on vous demande de prendre sa place immédiatement... Mais en EHPAD cela ne marche pas comme ça.

Mme D Contre exemple : « Il existe des expériences où cela fonctionne. Dans le passé et dans une autre région, j'ai participé à une filière gérontologique qui fonctionnait parfaitement bien (histoire d'Hommes) avec des compétences en hygiène hospitalière (une IDE formée se déplaçait dans les EHPAD, une journée par mois et un médecin hygiéniste était dédié à un certain nombre d'EHPAD). De même, des compétences en assistante sociale, en diététicien et même un comité éthique existaient.

➤ [Le GIP](#)

Mr V : S'il fallait aujourd'hui qu'on ressorte du groupement GIP de V, cela risquerait d'être compliqué. Relaver le linge, c'est faisable mais, ça va être compliqué. Il y en a qui le font. Alors que si tu mutualises, l'intérêt, c'est de dire : « Demain, on ne s'entend plus, on divorce. Et donc, c'est pour ça, qu'il faut que chaque établissement garde son autonomie dans la gouvernance. C'est toujours dangereux quand les choses reposent sur un seul homme.

C. Coopération avec le secteur privé :

Mme D : Attention, avec les statuts ! Parce que c'est quand même compliqué. On n'a pas du tout la même réglementation qui s'applique. C'est là où juridiquement cela devient un peu plus difficile. Comment partager, comment mutualiser quand on sait qu'on a des réglementations qui s'appliquent et qui sont différentes avec des outils différents. Et quand on veut collaborer, c'est pareil. Les logiciels métiers sont aussi différents. Donc, ce n'est pas si simple si on veut rester dans la qualité, dans l'efficacité et dans la performance. Attention à tout ça avant de s'engager.

Mme L : Ça peut fonctionner mais sur des créneaux, à mon avis, bien précis. Par exemple, la restauration. Si on prend le groupe S, leurs repas sont préparés par l'EHPAD C. depuis plusieurs années. A l'inverse, pour l'entretien des extérieurs, j'ai sollicité l'ESAT, l'année dernière. Ils ont des capacités et des ressources, eux aussi. Donc, oui, je pense que des coopérations dans des secteurs bien précis, c'est possible.

Mr F X L : On a quatre structures sur les 23 qui ont une partie handicap. On a aussi plusieurs structures dont S qui ont une partie domicile. Donc, la question va se poser : Est ce que l'on élargit au handicap sachant que comme le handicap est majoritairement associatif, il y a une propre logique de coopération à part qui fonctionne bien. Et, puis, moi, j'aimerais bien développer vers le domicile parce que le domicile, c'est tout porté par l'UNA, les services à domicile comme ça, mais on a aussi nos SSIAD qui sont publiques et ce serait très intéressant d'avoir des vraies filières domicile- établissement.

Mr F X L : On a « des coopérations plus local ». Par exemple entre l'EHPAD public et l'EHPAD associative qui est à 10 kilomètres... Il ne faut pas s'interdire de faire ça. Sinon, , on se coupe un peu trop du local...C'est bien de travailler aussi avec des gens plus proches qui ne nous ressemblent pas. Donc là je prends l'exemple de l'EHPAD privé. On a beaucoup à partager également même si on n'a pas le même statut ; mais ils sont tout prêt aussi donc cela a... même en termes de développement durable etc.... Il y a une logique à dire qu'on fait des formations communes avec eux... Parce que cela fait moins de transport pour les agents, par exemple.

Mr F X L : C'est assez intéressant parce que maintenant qu'on est bien constitué au sein du public, le privé commercial a tiré la sonnette d'alarme et dit à l'ARS... : « Il ne faut pas

que l'on nous oublie, nous non plus, parce que nous aussi on veut travailler avec le public.

Mr B. : Notre groupement de coopération ne concerne que des associations à but non lucratif. Mais, je dirais qu'il y a des ouvertures ; il peut y avoir des montages ponctuels en fonction d'un besoin de territoire identifié. C'est pour cela, qu'on a signé une convention cadres avec l'hôpital C du B avec l'idée de travailler ensemble, de construire des partenariats, à la fois sur la mise à disposition de moyens, la mise à disposition de professionnels, l'élaboration de projets conjoints. On imagine même peut-être une cogestion de structures à moyen terme sur l'hôpital C du B qui est spécialisé plutôt EHPAD. Ils ont dans leurs établissements un foyer d'accueil spécialisé avec lequel ils ne sont pas toujours très à l'aise ; la question du handicap est quelque chose de peu investi dans cet hôpital local. Donc, comment nous, avec notre regard un peu plus spécialisé du handicap, on peut les soutenir autour de cet établissement et comment eux, avec les moyens qui sont les leurs en particulier leur culture sanitaire peuvent nous apporter un plus dans l'accompagnement et la prise en charge que l'on propose aux usagers.

VI. LE POINT DE VUE DES TUTELLES

A. LA DELEGATION TERRITORIALE DE L'ARS (P)

Mr S : Les coopérations, je pense, on peut les voir à trois niveaux.

- Entre les EHPAD,
 - Avec le sanitaire.
 - Et puis, avec la médecine de ville
- [Entre les EHPAD.](#)

Mr S : On a la typologie très particulière d'être un département où on a beaucoup d'établissements qui sont des pivots solides... Et, un maillage très important de petits établissements, en grande difficultés... On attend vraiment de faire un maillage d'établissements autour des plus solides sur une donnée de base plus territoriale...

Mr S : Ici...ce que l'on attend, c'est déjà des coopérations basiques des directions entre elles des établissements. Des directions communes, le cas échéant, c'est sûr. Déjà, des bonnes habitudes de coopération entre eux, des échanges de bons services, en termes de compétences par exemple. (...); cela permet de structurer, de déboucher sur des directions communes et puis, dans certains cas à terme, déboucher sur des fusions. Et, donc, ça, on l'attend beaucoup des directions. Pour moi, c'est au directeur, quand on en a, de proposer cette architecture.

Mr S : Avec les élus, ce n'est pas simple... Il y a les réactions locales... La situation de chaque établissement peut être variée ; là, on est vraiment dans l'expertise des directeurs entre eux qui peuvent dire à quelle échéance on peut faire quoi.

Mr S : On s'appuie un peu sur les intérim, pour anticiper ce genre de situation.

Mr S : Ce qu'on attend des établissements entre eux, c'est d'accompagner les coopérations pouvant déboucher sur de la réorganisation de l'offre... Cela peut aller de la direction commune qui marche bien. Cela fait déjà faire des économies. Cela permet de partager des compétences. Enfin, sur des établissements...cela produit très vite des effets... Cela conduit aussi à des réflexions plus poussées sur des fusions d'établissements. C'est vraiment lier les coopérations d'établissements au projet de réorganisation de l'offre sur le territoire.

Mr S : Dans le département, on n'a pas des établissements côte à côte, du même statut. On a très souvent deux fonctions publiques : des territoriales de petite taille, une hospitalière et pourquoi pas un privé et associatif... on a des mélanges de statuts qui ne favorisent pas ces rapprochements.

Mr S : L'idée, c'est vraiment qu'on arrive à développer une vision territoriale ...il faut qu'on aide à faire ce changement... On travaille avec le conseil départemental... : il y a une vraie réflexion partagée. On sent que les objectifs sont partagés.

Mr S : Aucune structure n'est capable de coordonner, d'arbitrer, de pré-arbitrer. C'est indispensable de pré-arbitrer les demandes (ni « la communauté de commune qui n'a pas les deux autres établissements » ni de « directions communes ») ; une direction commune, cela sert aussi à ça, à harmoniser entre deux ou trois établissements...Ça, c'est les outils qu'il faut qu'on développe, ça c'est le degré «0».

➤ [Avec le sanitaire.](#)

Mr S : Les coopérations sanitaires, sur les territoires... on en a besoin... On a des établissements, des EHPAD hospitaliers dans les hôpitaux, souvent en difficulté.

Mr S : Ce que l'on attend, c'est plus des raisonnements en termes de filières qu'en termes de structures. C'est développer sur le territoire donné de l'établissement de santé ... des coopérations avec les EHPAD environnants pour avoir de l'aval organisé.

Par exemple, il y a l'association «S M» (gestionnaire d'un GCS sur CF), sur la psychiatrie qui est en train d'avoir ce type de raisonnement parce qu'elle a récupéré des EHPAD(...) : Elaborer une filière où les EHPAD seraient intégrés.

On ne va pas transférer des EHPAD aux établissements de santé... Ce n'est pas la tendance. Donc, il faut par la concertation entre les établissements et notamment le GHT qui a cette mission... s'ouvrir sur les établissements du territoire. Alors, le GHT, il est gigantesque et il faudra le faire à une échelle plus petite. Cela devra se faire par territoire.

Mr S : Nous, la vision que l'on a, c'est de renforcer la gouvernance EHPAD pour qu'elle puisse travailler avec la gouvernance hospitalière. Des directions communes où des

concertations seraient bien venues puisque là aussi, on est très morcelé et les hôpitaux sont encore un peu fermés sur eux-mêmes.

Mr S : On est ...sur le constat qu'il faut aller vers trois...types d'ouvertures attendues : Celui de la psychiatrie (...le cadre spécifique des établissements psychiatrique notamment SM, qui n'est pas dans le GHT), la cancéro avec le CJP ; et puis tout le champ médico-social.

Mme W : On a assez peu... de GCSMS entre établissements. Je pense...qu'ils ne se sont pas emparés de cette possibilité. Dans les CPOM, au fur et à mesure qu'on va en signer (...), cette notion de coopération peut être inscrite. C'est une piste à creuser dans le cadre des CPOM que l'on va signer avec les gestionnaires, quand c'est pluri établissements.

Mme W : La logique de territoire est vraiment l'objectif premier du PRS et du schéma. Pour le département, cela se pose en priorité parce qu'on a suffisamment de place d'EHPAD : on ne créera pas en hébergement permanent... Si on veut créer du service, si on veut créer de l'HT, il va falloir recomposer... Je pense que les collaborations, que les coopérations seront nécessaires et vont s'imposer d'elles mêmes. Mais, ça prendra peut être les 5 ans du PRS.

Mme W : En fonction aussi de la signature des CPOM, je pense que ça... passera aussi par là. On a aussi l'expérimentation de l'IDE de nuit qui va être généralisée par la ministre, cette année, sous forme d'astreinte. Déjà, c'est une première coopération libérale. Mais, on est déjà un peu là-dedans.

Mme W : Je pense qu'il faut du temps parce qu'on a du retard dans ce département et que l'on n'a pas une habitude de collaboration très forte.

➤ [Avec la médecine de ville](#)

Mme W : Il y a aussi les offres de service, les SSIAD qui sont importantes ; il y a une MAIA qui peut aider dans le cas de cas complexes ; c'est un dispositif de parcours, qu'il faut avoir à l'esprit si des familles vous interrogent.

Mme W : Si l'on revient sur le territoire de C, c'est vraiment un territoire sur lequel il y a de l'offre. Le syndicat mixte a une plateforme d'aide et de répit. Le SSIAD est bien pourvu.... Il y a des personnes à rencontrer comme Mme B qui s'occupe du SMAD et qui était coordinatrice du contrat local de santé et qui a fait un énorme travail sur l'animation et la mobilisation du territoire. Elle est à l'origine aussi des projets de télémédecine.

➤ [L'ARS peut elle imposer des coopérations ?](#)

Mme W : Le seul outil à notre disposition, c'est le CPOM... Si l'établissement ou le gestionnaire refuse de signer le CPOM, on a un moment donné une sanction financière qui peut tomber. On peut négocier, essayer d'imposer un petit peu des coopérations et on peut éventuellement envisager de mettre aussi au bout, des crédits pour reconnaître

cet engagement de coopération(...). Sinon, on ne peut pas d'autorité demander quoi que ce soit.

Mme W : Il est difficile pour une autorité d'imposer des coopérations ; on peut imposer la nécessité de rechercher des coopérations à 5 ans ; je pense qu'on peut mettre des objectifs infra annuels mais à part ça, on n'a pas d'autres armes.

Mme W : La coopération marchera que si elle est inscrite dans le projet d'établissement ; il faut que ce soit quelque chose de transversale qui soit bien officialisée et bien diffusée aussi, pour que tous les personnels soient d'accord ; le point de vigilance, c'est plutôt ça, la non appropriation de cette coopération qui pourrait être conventionnée et qui dans les faits ne marche pas...

B. LES REPRESENTANTS DU CONSEIL DEPARTEMENTAL (A)

- Les types de coopération qui existent sur le territoire pour les établissements médicaux sociaux

Mr T : Il y a des groupements d'achats : plusieurs établissements se sont regroupés pour avoir des meilleurs prix (...). Ce sont des coopérations que je dirais ciblées...ces dernières années, ..., la grille de lecture, elle est souvent financière. « Je peux moins mettre sur la table donc vous allez vous regrouper ; ça coûte moins cher ». Tout en haut, ils ont eu cette pensée mais quand on est sur le terrain, c'est plus compliqué que ça.

Mr T : Ce qui apparemment est moins cher, peut au final coûter plus cher. On a eu des essais de directions communes pour deux établissements et au final, ça n'a pas été forcément une réussite.

- Cela vient de la personnalité des gens ; il faut des gens qui tiennent la route, qui soit en capacité de bien partager leur temps, de bien organiser les choses.
- chaque établissement a son histoire ; il faut aussi respecter l'histoire de chacun. Ça peut être compliqué.

Ici, au Conseil Départemental de l'A, les choses sont claires. Il y a des élus qui se sont prononcés par voie de délibération sur le fait de conserver un poste de directeur par établissement. Ils considèrent que le poste de directeur est un poste essentiel et que ces compétences là sont nécessaires à un établissement et que de les partager peut être compliqué.

Mr M : Ce qui n'empêche pas la coopération... Mais pour que la coopération marche, il faut que ce soit un désir mutuel... Si un établissement est volontariste... Mais si en face il n'y a pas forcément une démarche d'échanger, de coopérer ; ça risque de ne pas marcher ; ou alors, ça va marcher mais à court terme.

Mr T : On évoquait tout à l'heure deux établissements, c'est plutôt informel ce genre de coopération mais c'est une véritable coopération. A partir des deux directions, il y a d'autres choses qui se font : du personnel qui travaille ensemble, qui échange... il y a des

réunions régulières ; c'est vrai qu'il faut faire vivre ces coopérations ; et quand on s'entend bien, qu'on partage les mêmes valeurs, c'est plus facile.

Mr M Il y a des coopérations qu'on va dire non officielles... C'est peut être le plus important; ça ne se dit pas mais ça se fait quand il y a un réflexe d'échange qui se fait naturellement c'est-à-dire sans que ce soit écrit avec un mode opératoire... C'est l'humain qui parle ; c'est-à-dire qu'il n'y a pas de besoin, c'est spontané et c'est peut être bien sous cet angle qu'il faut l'envisager. Sans être forcément formalisé... Il peut y avoir des échanges : participer à une même activité, ou à un même séjour entre établissements. La coopération est plus aisée comme ça. Ça enlève de la contrainte et ça rajoute on dirait plus de facilité... En absence de contrainte, ça conduit à coopérer sans le dire.

Mr T : Après le poste de directeur a changé, a évolué ; il est plus risqué qu'avant ; et donc, les directeurs et directrices ont besoin de se réunir entre eux...pour échanger, ça aussi c'est une forme de coopération, pour l'achat, le financier parce qu'à plusieurs, on peut avoir des prix plus intéressants mais aussi le partage d'expérience, la diffusion d'informations.

Mr T : Par contre, il y a encore quelques cloisons... Le public et l'associatif se voient moins entre eux : ça reste public et associatif. C'est dommage. Chacun pourrait récupérer des choses intéressantes ; et c'est ce que l'on a noté souvent du point de vue de l'hôtellerie... et sur l'uniforme. Il existe une différence de culture entre l'associatif et le public ; ce n'est pas un problème de coût. En cloisonnant les établissements par statut, quelque fois, on perd des choses.

Mr T : L'aspect financier prend de plus en plus le pas. Il y a quelques années, on est arrivé à l'idée que la taille critique de l'établissement, c'était 80 lits. Pour qu'il puisse à la fois garantir du collectif et de l'individuel, financièrement qu'il y ait une stabilité. Aujourd'hui, du fait qu'il y ait une raréfaction budgétaire, on encourage les établissements à se regrouper. Donc, on peut avoir une vision industrielle... On sait bien que ce que cherchent les gens, c'est de retrouver un environnement familial le plus possible ; donc, il faudrait plutôt tendre vers des petites unités... L'architecture, c'est très important.

Mr T La convention : on la retrouve plus facilement dans le domaine hospitalier. Le but est de signer des conventions avec les hôpitaux ; c'est censé vous garantir des choses ; les rapports entre les EHPAD et les hôpitaux sont compliqués ; donc c'est souvent assez formalisé.

Mr M : Il peut y avoir par exemple un établissement qui organise un spectacle(...); lorsqu'il reçoit des troupes de théâtre, il peut très bien inviter des résidents d'autres établissements et ça c'est une coopération. Et il peut y avoir de la réciprocité(...). Je pense que la coopération, c'est vraiment sous l'angle de l'humain. Si elle n'est que sous l'angle financier, cela ne marchera pas longtemps... avec les contraintes des uns et des autres.

Mr M : des achats ou des prestations ciblées comme le GIP de la blanchisserie de V. Cela peut le faire car tout le monde est gagnant. Mais, au-delà de ça, ça ne peut pas aller bien loin

Mr T : Il y a un effet d'économie d'échelle.

Mr T : Il y a un domaine, où à mon avis il va falloir que les établissements travaillent ensemble, c'est le domaine du recrutement des effectifs. On observe qu'il y a des métiers qui sont (...) sous tension.

Mr M : Il est compliqué de recruter des infirmiers, des AS aussi,

Mr T : C'est ça aussi l'avenir des EHPAD et à plusieurs vous allez peut être pouvoir offrir et recruter différemment.

Mr M : Pour en revenir aux achats, il peut y avoir par exemple pour l'alimentation, la recherche de denrées qui proviennent du local, du bio. Et là, on évoque tout de suite, le coût ! Je ne suis pas sûr que le coût soit si supérieur que ça mais en se groupant, on peut avoir un producteur local qui fournit pour tant de personnes(...).

Mr T : L'EHPAD a aussi un rôle citoyen. Bien sûr, il faut que cela soit équilibré financièrement dans le domaine du développement durable, dans le domaine de l'alimentation.

- [La position du conseil départemental au niveau des coopérations dans le secteur médico-social.](#)

Mr T : C'est pour l'instant un directeur par établissement

Mr T : Sinon, il y a aussi des coopérations avec l'hôpital, il y a beaucoup de chose que l'on observe. Mais, on sent que tous les établissements ne sont pas assez ouverts et je pense que les problèmes financiers vont les obliger à s'ouvrir(...).

- [Les impacts des coopérations sur les professionnels](#)

Mr T : Dans le cas de fusions, de directions communes, il y a la peur d'être mangé par l'autre, de perdre son identité.

- [Motifs des groupements](#)

Mr T : Souvent, il y a un regroupement parce qu'il y un problème : un problème de recrutement de directeur..., un problème financier, un problème de personne. Mais, ce n'est pas généralement l'enthousiasme de se dire que l'on va se regrouper. C'est une solution parce qu'il y a moins d'argent qu'avant ou parce qu'il n'y a personne.

- [Le groupement de coopération entre plusieurs établissements.](#)

Mr T : C'est à développer en ce qui concerne les effectifs ; Il n'y a plus de possibilité de développement de carrière et cela permet de rester dans la même entité. On va avoir de plus en plus de mal à trouver des gens qui souhaitent travailler en EHPAD et en plus il va falloir prévoir des absences de plus en plus fréquentes.

Mr T : Cette expérience de l'Y est intéressante. Mais il faut que ce soit bien calé. Vous allez avoir des établissements qui vont bien jouer le jeu (...) mais pas tous. Le risque est

que cela soit reparti inégalement ; il faut bien fixer les règles du jeu(...). Ce genre de coopération est inéducable : vous devez faire toujours mieux mais pas forcément avec plus de moyens.

Mr M : La difficulté elle est aussi pour les EHPAD qui se situent vraiment en pleine campagne et donc là aussi pour les recrutements, c'est très difficile. Les jeunes ne veulent pas s'y installer ; c'est une difficulté majeure.

➤ Le conseil départemental est favorable aux coopérations, leurs enjeux

Mr T : En ce qui concerne le médico-social, c'est impulser des filières. Si on veut que dans un département rural, il y ait une filière bio qui se développe, il est évident qu'en incitant les établissements publics, les collèges à se fournir dans cette filière là, on va la développer.

On a aussi un intérêt financier ; il y a des choses qui coûteront moins chers et qui vont permettre de maintenir ce rapport qualité prix qui est capital. C'est un moteur fort.

Mr M : Il y en plus le volet culturel, animation et financier ; les trois sont fondamentaux..il ne faut pas que l'établissement se coupe du monde... Ces trois volets là sont essentiels (...). La volonté d'échange doit être permanente.

Mr M : Coopérer, c'est peut-être le meilleur moyen de montrer qu'il y a de la vie dans son établissement et donc de le rendre vivant et donc attractif et donc de dédramatiser l'arrivée en établissement aussi.

Mr T : Il y a aussi le goût de l'innovation. Il y a des choses, il ne faut pas hésiter.

➤ des points de vigilance

Mr T : on a le cas d'un établissement. Il est passé d'un directeur dans chaque établissement à un directeur commun avec un adjoint dans chaque établissement. Ça coûte plus cher.

Mr M : Il faut aussi éviter de se reposer sur les forces de l'autre ; ça peut être aussi une façon de s'abriter : Il y a donc une déresponsabilisation sous jacente qui peut se glisser ; ça peut être un écueil.

Mr T : ça peut être un boulet pour l'établissement qui va bien. Sur le papier, c'est facile : il y en a un qui va bien et un qui ne va pas ; ils sont à 10 kilomètres l'un de l'autre. On va dire : « grouper ». Sauf que cela ne va pas être facile pour celui qui va bien.

➤ Objectifs des coopérations

Mr M : Coopérer, c'est pour grandir, pour avoir de meilleures prestations possibles ; parce qu'au bout du bout c'est le résident ... c'est le service public

Mr T : Il est essentiel de se centrer sur le résident mais il ne faut pas oublier les agents qui travaillent. Il faut que le rapport soit équilibré mais, il ne faut pas se cacher que l'on met l'accent sur le résident. Quand il y a un projet, on se demande est ce que le résident va en tirer profit. C'est comme ça que l'on prend des décisions.

Mr M : La qualité d'accompagnement du résident, la satisfaction perçu par le résident.

BAHERRE

SABINE

Décembre 2018

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2017-2018

**Les coopérations dans le secteur médico-social
pour optimiser l'accompagnement des résidents,
contraintes ou opportunités ?**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Les pouvoirs publics font évoluer notre système de santé pour améliorer l'accompagnement des usagers. Ils tendent à un accès équitable aux soins sur le territoire avec une offre adaptée à la demande, dans une logique de parcours.

Dans un contexte budgétaire contraint, les structures doivent atteindre des objectifs de performance en optimisant les dépenses tout en répondant aux exigences réglementaire de qualité, sécurité, droit des usagers et des professionnels.

La mutualisation des moyens est plébiscitée avec l'adaptation des outils de coopération aux besoins des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En cohésion avec l'ARS, les directeurs instaurent des partenariats avec les acteurs du territoire.

Les directeurs choisissent ensemble, l'outil juridique efficient. Chaque situation est une véritable démarche projet où des précautions sont à considérer.

L'objet de cette recherche est de pouvoir demain, comme directeur, s'engager dans un projet de coopération avec à disposition des informations pour optimiser les perspectives de succès.

Mots clés :

Coopération, directeur, droit, efficience, isolement, médico-social, mutualisation, parcours, projet, qualité, résident, sanitaire

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.