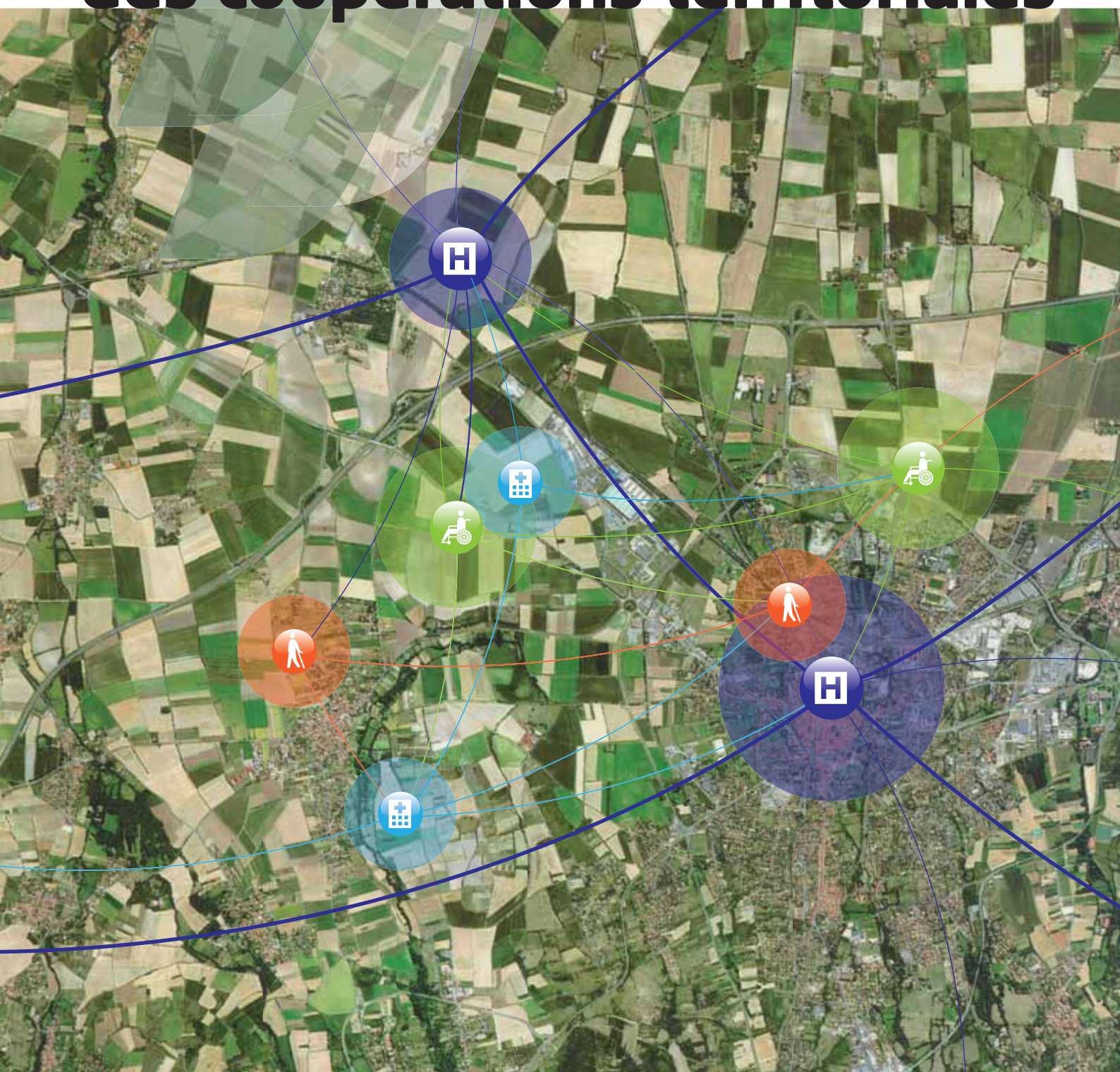


Guide méthodologique des coopérations territoriales





Auteurs :

ALAIN ARNAUD
alain.arnaud@anap.fr

HÉLÈNE LEHERICEY
helene.lehericey@anap.fr

MAGALI TASSERY

Résumé

Parce que «le talent de chacun fait la force de tous», le guide méthodologique des coopérations territoriales a pour objectif d'aider les Agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé et médico-sociaux dans le choix et la mise en œuvre des structures de coopération. Après avoir détaillé les raisons pour lesquelles les établissements coopèrent (l'amélioration de l'accès aux soins pour la population d'un territoire, la rarefaction des moyens humains, la recherche d'économies d'échelle, par exemple), il se penche sur les préalables à la mise en place d'une coopération, notamment en termes d'identification et de gestion des risques associés aux coopérations. Dans une troisième partie, une méthode de conduite de projet adaptée à une action de coopération est proposée.

La lecture de ce guide pourra être complétée par celle de la présentation des différentes formes juridiques de coopération utilisables et des thématiques qui sont régulièrement sollicitées lors de la mise en œuvre d'une coopération (statut des personnels, régime des autorisations, place du patient...). L'ANAP met aussi à la disposition de tous des outils opérationnels et concrets (protocoles d'accord, modèles de convention...) pour mettre en œuvre une coopération. Tous ces documents complémentaires sont disponibles en téléchargement sur le site Internet de l'ANAP.

Summary

Because when we unite the talents of everyone it improves the system as a whole, the goal of the methodology guide for territorial cooperation is to assist Regional Health Agencies (ARS), healthcare and medico-social facilities in choosing and implementing the structures of cooperation. After detailing why facilities cooperate (e.g. improved healthcare access for a territory's population, scarcity of human resources, economies of scale, etc.), the focus is put on the prerequisites for setting up such cooperative efforts, in particular with respect to identifying and managing the related risks. In part three, a method for conducting projects suited to cooperative action is proposed.

The reading of this guide may be supplemented by reviewing the presentation of different workable legal forms of cooperation and the set of themes which are regularly requested as references when implementing cooperation (staff status, authorization system, the role of patient, etc.). The ANAP also provides to everyone the operational and practical tools (protocol agreements, agreement templates, etc.) to implement cooperation. All these supplementary documents can be downloaded from the ANAP's website.

Mots-clés

Coopération / Partage / Territoire / Filière de soins / Loi HPST / Ressources humaines / Équipements lourds / Plateaux techniques / Systèmes d'information / Immobilier / ARS / Établissements de santé / Établissements médico-sociaux / Patients

Keywords

Cooperation / Sharing / Territory / Healthcare sector / HPST (Hôpital, patients, santé, territoires or Hospital, patients, health, territories) Law / Human resources / Heavy equipment / Technical support centers / Information systems / Facilities / ARS (Agences Régionales de Santé or Regional Health Agencies) / Healthcare facilities / Medico-social facilities / Patients

Préface

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), par sa volonté de modernisation et d'amélioration des soins, place le patient au cœur de la réforme. Elle poursuit l'objectif ambitieux, sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS), de décroisser l'action des acteurs des champs sanitaire et médico-social, au service des personnes soignées et accueillies.

Il nous appartient aujourd'hui de donner corps à cette réforme, en mettant notamment en exergue les modalités des coopérations territoriales. La qualité et l'efficacité des structures et des acteurs de la santé doivent être coordonnées dans un cadre parfaitement sécurisé.

Chaque coopération doit en effet permettre, par la mutualisation ou le transfert d'équipements, d'activités ou de ressources, d'améliorer la prise en charge et le parcours des personnes.

En partageant les actions menées, en mutualisant les expériences développées par d'autres, chaque acteur saura trouver les outils

qui lui paraissent pertinents afin de répondre à ses besoins. Le droit intervient dans un second temps, pour assurer aux ambitions, aux décisions et au travail des acteurs des leviers d'action solides.

Le guide que nous avons le plaisir de vous remettre s'inscrit dans cet objectif de rigueur et de pragmatisme, de partage et d'échange.

Nous remercions très sincèrement toutes celles et ceux qui ont bien voulu mettre leur expérience au profit de tous.

ANNIE PODEUR, Directrice générale de l'offre de soins.

CHRISTIAN ANASTASY, Directeur général de l'ANAP.

Introduction

Selon la définition retenue par le dictionnaire Larousse, la coopération est un processus selon lequel les individus participent à une œuvre commune, y concourent.

La coopération s'entend à la fois sur le volet des échanges d'idées et sur celui des échanges matériels, notamment dans le cadre d'entente économique, technique ou financière. Elle a aussi une conception entrepreneuriale dès lors qu'elle est considérée comme une méthode d'action par laquelle des individus ou des groupes d'individus ayant des intérêts communs constituent une entreprise où les droits de tous sont égaux et où le profit réalisé est réparti entre les seuls associés au prorata de leur participation à l'activité sociétaire.

Dans les secteurs sanitaire et médico-social, les coopérations sont polymorphes. Elles mettent en œuvre des formes différentes mais complémentaires :

- ...: la coopération pourrait se définir comme l'action de « agir conjointement » ;
- ...: l'association comme l'action de « mettre ensemble, réunir » ;
- ...: la mutualisation comme l'action de « mettre en commun » ;
- ...: l'externalisation comme l'action de « confier une partie de ses activités à des partenaires extérieurs » ;
- ...: la centralisation comme l'action de « réunir en un même lieu ».

Ces termes englobent des notions de confiance mutuelle, d'objectifs communs, de moyens partagés et de bénéfices répartis entre les acteurs. La recherche concertée des objectifs du projet et le suivi des moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs imposent, pour la réussite de la coopération, de s'appuyer nécessairement sur une gouvernance commune et dédiée.

Ce guide méthodologique a pour vocation d'explicitier les mécanismes de coopération utilisés à l'échelle du territoire de santé pour recomposer l'offre de soins, au service d'une meilleure réponse aux besoins de la population exprimés dans le Schéma régional de l'offre de soins (SROS) et pour accompagner la recherche d'efficacité en atteignant des masses critiques à l'échelle d'un territoire. Il vise également à permettre de mettre en œuvre des solutions contre l'isolement géographique, notamment par le partage des ressources humaines rares.

Les expériences et dispositifs observés ont une vocation illustrative et ne peuvent donc être considérés comme des solutions miracles qui permettraient de faire face à l'ensemble des dispositions à mettre en œuvre dans le cadre d'une coopération. Il s'agit plus modestement d'éclairer le lecteur par des exemples réussis issus directement des établissements dans un contexte et une temporalité donnée.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS), sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins et plus particulièrement le bureau PF3 « Coopérations et contractualisations » a, au travers de nos échanges, permis l'enrichissement du document, notamment pour ce qui concerne les apports de la loi HPST aux coopérations.

Guide de lecture

Afin de vous faciliter la lecture de ce guide, l'ANAP a choisi de le présenter en plusieurs volumes dont la consultation peut être autonome ou au contraire simultanée. Le présent guide de lecture a pour objet de vous permettre d'identifier de manière synthétique le contenu de chacun de ces volumes afin de vous orienter rapidement vers la partie qui vous intéresse plus particulièrement. Cette présentation vous conduira ainsi à appréhender la manière dont l'ANAP a conçu cet outil pédagogique.

Le guide méthodologique des coopérations territoriales, à proprement parler, est ainsi constitué de quatre volumes :

... avant d'aborder les aspects purement techniques de mise en œuvre d'une action de coopération, l'ANAP a souhaité revenir sur le **projet de coopération** en tant que tel.

Le volume 1 du guide s'adresse donc spécifiquement aux acteurs du terrain qui envisagent un projet de coopération ou qui le débutent.

Ainsi, le guide rappelle les raisons qui peuvent conduire des établissements ou acteurs de santé à vouloir ou devoir coopérer. Il présente ce que sont, selon l'ANAP, les préalables à une action de coopération et, enfin, il décrit une méthode de conduite de projets adaptée aux projets de coopération.

... **le volume 2** présente dans le détail les **dix-sept formes juridiques de coopération** pour vous permettre de choisir le bon outil juridique en fonction de la thématique et/ou des acteurs de la coopération que vous envisagez.

L'ANAP a choisi de consacrer une fiche, construite sur la base d'une architecture identique, pour chacun des modes de coopération, qu'ils soient de type conventionnel, qu'ils reposent au contraire sur la constitution d'une nouvelle personne morale (mode organique) ou laissent un choix entre ces deux formules. Au-delà des aspects techniques abordés par chacune de ces fiches (identification des membres possibles, modalités de création, de fonctionnement, conséquences sur les personnels, etc.), chaque fiche donne un éclairage sur les domaines d'activité dans lesquels elle est susceptible d'être mise en œuvre.

... **le volume 3** regroupe diverses notes relatives aux **thématiques sollicitées lors de la mise en œuvre des coopérations**. Cette partie du guide peut être perçue comme un complément à la partie consacrée aux formes juridiques de coopération.

En effet, elle offre une étude transversale de certaines thématiques que l'on retrouve systématiquement dans un projet de coopération, quelle que soit la forme juridique support de cette coopération.

L'objectif est ici d'apporter au lecteur une porte d'entrée transversale aux différents modes de coopération. Ce volume se décline donc sous la forme de notes thématiques parmi lesquelles peuvent être citées, à titre d'exemple, celles relatives au statut des personnels, au régime des autorisations ou encore à la place du patient dans les coopérations.

... **le volume 4** s'inscrit dans la continuité des parties précédentes qui ont eu pour objectif de fournir au responsable d'un projet de coopération des outils opérationnels et des réponses à des questions techniques. Cette quatrième partie regroupe ainsi différents **supports ayant été utilisés par des acteurs de santé lors de la mise en place d'une coopération** : protocoles d'accord, modèles de convention, statuts d'association, etc.

Enfin, le guide des coopérations est complété par deux annexes. La première est dédiée à la présentation de **vingt monographies** pilotées par l'ANAP sur des thématiques différentes. Ces monographies ont été menées dans le cadre du retour d'expériences que l'ANAP a conduit sur les coopérations menées par les établissements de santé et dont l'objet était d'identifier les facteurs clés de succès et, pour chaque thématique de coopération, de distinguer la démarche mise en œuvre et d'évaluer les outils utilisés. Le bilan ainsi dressé de coopérations déjà engagées a permis d'orienter la rédaction du présent guide. Les thématiques abordées par ces monographies abordent les projets de territoire, les filières de santé, les ressources humaines, les plateaux techniques lourds, la biologie, la pharmacie, la logistique, les systèmes d'information et la construction immobilière. Elles reflètent différentes formes juridiques de coopération et ont mobilisé des acteurs publics ou privés, à la fois sur les champs sanitaire et médico-social.

Afin d'accompagner le processus de mise en œuvre des nouveaux instruments de coopération que sont les Communautés hospitalières de territoire (CHT) et les Groupements de coopération sanitaire (GCS) – version HPST –, la Direction générale de l'offre de soins a lancé un appel à projets préfigurateurs, les projets sélectionnés bénéficiant d'une contribution financière pour se faire assister dans la définition de la méthodologie et la préparation de leur projet de coopération.

Cet appel à projets a été mené via les Agences régionales de santé. Il a conduit à la remise de notes de cadrage stratégiques décrivant chaque projet, la façon dont il participe à l'offre de soins sur le territoire considéré, les gains d'efficacité qu'il peut générer, ainsi que les modalités selon lesquelles il a été mis en œuvre.

L'annexe 2 vous présente ainsi quelques-unes de ces **notes de cadrage stratégique** dont il nous est apparu qu'elles pouvaient, sur la base d'exemples très concrets de coopération, vous aider à identifier des enseignements généralisables en termes de moyens à mettre en œuvre, de méthodologie à retenir, d'ingénierie à développer.

Nous espérons ainsi que ce guide, dans ses différentes dimensions, vous apportera les éclaircissements qui vous paraissent utiles à la conduite ou la poursuite de votre projet de coopération.

Bonne lecture !

Sommaire

| | |
|---|----|
| 1. L'APPORT DE LA LOI HPST DANS LES COOPÉRATIONS | 11 |
| Historique des coopérations | 11 |
| Évolution des coopérations depuis la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 jusqu'à la loi HPST du 21 juillet 2009 | 11 |
| Refonte, réforme et rénovation des outils de coopération | 12 |
| HPST : coopérations entre professionnels de santé | 17 |
| Du Projet régional de santé au Projet de territoire | 18 |
| | |
| 2. POURQUOI COOPÉRER ? | 21 |
| Des raisons multiples de coopérer | 27 |
| La couverture du territoire de santé | 28 |
| L'organisation des soins | 30 |
| L'amélioration de la qualité des soins | 31 |
| La raréfaction des moyens humains | 32 |
| Des raisons de coopérer liées à la permanence des soins hospitalière | 36 |
| La mise en œuvre des textes réglementaires | 37 |
| La recherche d'économies d'échelle | 39 |
| Les finalités de la coopération : recombinaison et décloisonnement de l'offre de soins | 45 |
| Un environnement en pleine évolution dans un contexte de maîtrise des coûts | 45 |
| La dispensation de soins de qualité, de proximité au juste coût | 45 |
| Le décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux | 45 |
| De la coopération à l'intégration | 47 |
| | |
| 3. LES PRÉALABLES À UNE COOPÉRATION TERRITORIALE | 49 |
| Délimitation du territoire | 49 |
| La notion de territoire | 49 |
| L'élaboration d'une grille objective du territoire | 50 |
| Définition des objectifs avant le choix du support juridique | 53 |
| Formulation des objectifs | 53 |
| La définition d'objectifs d'un projet de gains partagés | 53 |
| Assurer la viabilité économique de la coopération créée | 56 |
| Le risque de déséquilibre des établissements du fait des activités transférées | 57 |
| | |
| Les acteurs | 58 |
| Le rôle des ARS dans les coopérations territoriales | 58 |
| Le rôle des élus locaux | 60 |
| La fin du patient coordonnateur de sa prise en charge | 61 |
| D'un directeur d'établissement à un directeur de territoire ? | 62 |
| | |
| 4. DÉFINITION D'UNE MÉTHODE DE CONDUITE DES PROJETS DE COOPÉRATION | 65 |
| Une proposition de démarche de conduite du projet | 66 |
| De l'établissement du diagnostic à sa mise en œuvre | 67 |
| Le diagnostic | 67 |
| La détermination des orientations stratégiques | 68 |
| La définition des orientations opérationnelles | 70 |
| L'identification de la forme juridique adaptée | 72 |
| La communication sur le projet | 77 |
| Le processus de pilotage du projet | 78 |
| Boîte à outils | 81 |
| Suivre le projet | 81 |
| Évaluer les résultats | 82 |
| Gestion des risques | 83 |
| L'analyse et la maîtrise des risques du pilotage du projet | 83 |
| Les écueils de la gouvernance sur les volets opérationnel et communicationnel | 84 |
| L'épuisement des acteurs porteurs du projet | 84 |
| La non prise en compte du contexte social | 84 |
| La substitution d'un projet individuel à un projet collectif | 85 |
| Une mauvaise analyse financière | 85 |
| Le non respect des délais | 86 |
| Les dangers d'un prestataire unique | 87 |
| | |
| 5. GLOSSAIRE | 88 |
| | |
| 6. REMERCIEMENTS | 90 |





1

**L'APPORT DE
LA LOI HPST DANS
LES COOPÉRATIONS****HISTORIQUE DES COOPÉRATIONS****ÉVOLUTION DES COOPÉRATIONS
DEPUIS LA LOI PORTANT RÉFORME
HOSPITALIÈRE DU
31 DÉCEMBRE 1970 JUSQU'À
LA LOI HPST DU 21 JUILLET 2009**

Les premières formes de coopération hospitalière sont instaurées par la loi Boulin du 31 décembre 1970. Elles reposent sur la participation au service public, sur le contrat de concession et sur l'accord d'association. Ces organisations étaient notamment portées par les syndicats interhospitaliers ou par les groupements interhospitaliers.

La loi hospitalière de 1991 dite «loi Évin» a mis fin aux groupements interhospitaliers. Elle a également consacré les

conventions de coopération, les Groupements d'intérêt économique (GIE) et les Groupements d'intérêt public (GIP) qui s'étaient développés en dehors de tout texte législatif. Par ailleurs, elle a instauré les conférences sanitaires de secteur afin de faciliter les rapprochements entre le secteur public et le secteur privé.

L'ordonnance Juppé de 1996 y ajoute la communauté d'établissements et le groupement de coopération sanitaire.

S'ensuit en 1999 l'actualisation du syndicat interhospitalier, la création de la fédération médicale interhospitalière par la loi portant sur la création d'une Couverture maladie universelle (CMU).

Les lois de 2002, tant celle relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, que celle sur la modernisation sociale et celle rénovant l'action sociale et médico-sociale, renforcent le groupement de coopération sanitaire et le réseau de santé, et introduisent le droit coopératif dans le monde de la santé.

La loi HPST, afin de «favoriser les coopérations entre établissements de santé» (selon l'intitulé du chapitre III du titre 1^{er} de la loi) a procédé à un «toiletage» des outils de coopération auxquels peuvent recourir les établissements de santé.

REFONTE, RÉFORME ET RÉNOVATION DES OUTILS DE COOPÉRATION

De nouveaux outils de coopération ont été créés, à l'instar de la Communauté hospitalière de territoire (CHT) ou du Groupement de coopération sanitaire, ce dernier étant autorisé à exercer une activité de soins et érigé en établissement de santé. Des fiches spécifiques leur sont consacrées. Certains outils de coopération sont maintenus tout en étant réformés, comme le «GCS de moyens». Il fait également l'objet de développements spécifiques. Enfin, d'autres vecteurs de coopération ont à l'inverse été supprimés. Il s'agit des anciennes «cliniques ouvertes», des communautés d'établissements de santé et des syndicats interhospitaliers.

Des modes de coopération demeurent

Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et afin de participer à la recomposition de l'offre de soins et à l'efficacité du système de prise en charge des usagers des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les établissements peuvent participer à des actions de coopération. Sous réserve du respect des conditions définies par voie réglementaire, ces logiques de complémentarité sont conclues avec des personnes de droit public et de droit privé, qu'elles soient issues du secteur privé à but lucratif ou d'intérêt collectif et quel que soit leur secteur d'activité. Nonobstant les réformes successives, la dichotomie juridique des coopérations est maintenue; tant la coopération fonctionnelle que la coopération organique perdurent.

Le mode de coopération le plus souple est dit «fonctionnel».

Il n'entraîne pas la création d'une nouvelle entité juridique. Sa portée en est de ce fait limitée. Ainsi, il ne permet pas aux partenaires de recruter du personnel, d'avoir un budget autonome ou de détenir un patrimoine propre. La coopération fonctionnelle consiste en la signature d'un contrat *intuitu personae* s'imposant aux parties qui l'ont adopté. Conclue de gré à gré, elle offre aux parties une certaine liberté dans la rédaction des clauses conventionnelles (sous réserve de respecter les règles découlant des textes législatifs, réglementaires ou de la jurisprudence). Les outils de coopération fonctionnelle les plus courants sont, entre autres : la convention, le réseau, la communauté hospitalière de territoire, etc.

La coopération organique conduit à la création d'une structure juridique dotée d'une personnalité morale.

Au-delà des contraintes administratives inhérentes à sa gestion, l'avantage de cet instrument est d'offrir aux parties concernées un panel plus varié de compétences. La coopération organique s'adosse à différents supports juridiques dont le Groupement d'intérêt public (GIP), le Groupement d'intérêt économique (GIE), le GCS dit «de moyens» ou «établissement de santé», le Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), l'association de type loi 1901, la fondation ou encore la Société d'économie mixte locale (SEML).

La mise en place d'une coopération organique présente de multiples avantages. En particulier, elle favorise la mutualisation des moyens et le renforcement des liens entre les partenaires grâce à la mise en place d'une structure commune.



À NOTER

À la différence d'une simple convention, une structure organique de coopération dispose (selon la forme juridique retenue) d'un budget propre, d'un patrimoine, de la possibilité de recruter son personnel, le cas échéant d'être titulaire en propre d'une autorisation de soins, d'équipements matériels lourds ou de disposer d'une Pharmacie à usage intérieur propre (PUI).

Des modes de coopération disparaissent

Les cliniques ouvertes

Sur la base de l'ancien article L.6146-10 du Code de la santé publique (CSP), abrogé par l'article 13 de la loi HPST, les Centres hospitaliers autres que les Centres hospitaliers régionaux pouvaient être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant pouvaient faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix, autres que ceux qui exerçaient leur activité à titre exclusif dans l'établissement.

Par dérogation au principe du paiement direct des honoraires, les professionnels de santé concernés percevaient leurs honoraires minorés d'une redevance par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Les « cliniques ouvertes » disparaissent au profit de nouvelles modalités de recrutement des médecins libéraux par l'hôpital.

En pratique, en vertu de l'article L.6112-4 du Code de la santé publique, des professionnels de santé libéraux peuvent utiliser, sur la base d'un contrat, le plateau technique de l'hôpital afin d'en optimiser l'utilisation. Toutefois, lorsque le plateau technique appartient à un Centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès s'effectue dans les conditions énoncées par l'article L.6146-2 du Code de la santé publique, c'est-à-dire par le biais des nouveaux contrats d'exercice avec les professionnels libéraux.

Il faut rappeler que ces nouveaux contrats d'exercice susceptibles d'être proposés aux professionnels médicaux libéraux (médecins, sages-femmes, odontologistes) et aux auxiliaires médicaux sur la base de l'article L.6146-2 du Code de la santé publique constituent un nouveau mode d'intervention de ces professionnels au titre des missions de service public, auprès de patients pris en charge par un établissement public de santé.

L'établissement verse aux professionnels libéraux les honoraires aux tarifs de secteur 1, minorés le cas échéant, d'une redevance.

Par conséquent, dès qu'une hospitalisation leur sera nécessaire, les patients de ces médecins libéraux ne pourront plus être pris en charge en libéral; ils deviendront des patients de l'hôpital, c'est-à-dire des usagers du service public.

Les communautés d'établissements de santé

Première formule de coopération permettant une recomposition de l'offre de soins publique, ces communautés étaient constituées, au sein du secteur sanitaire, entre établissements assurant les missions de service public hospitalier. À titre exceptionnel et sous conditions particulières, elles pouvaient être constituées à travers des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires.

Depuis l'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, aucune communauté d'établissements de santé ne pouvait plus être créée. L'article 120 de la loi HPST abroge ce dispositif.

L'objet de la communauté hospitalière de territoire se rapproche beaucoup de celui des anciennes communautés d'établissements de santé. Le nouvel article L.6132-1 du Code de la santé publique prévoit la conclusion de convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités. Pour mettre en œuvre son objet, la CHT dispose de moyens renforcés : les délégations ou transferts de compétences entre établissements, les cessions d'autorisations, les transferts de personnels, de biens mobiliers et immobiliers ainsi que la télémédecine. Elles sont donc dotées d'outils supplémentaires pour favoriser les recombinaisons hospitalières.

Les Syndicats interhospitaliers (SIH)

Le Syndicat interhospitalier (SIH) avait la forme d'un établissement public créé à la demande de deux ou plusieurs établissements de santé assurant le service public hospitalier, dont un au moins devait être un établissement public de santé.

La création d'un Syndicat interhospitalier était autorisée par arrêté du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de la région dans laquelle il avait son siège. D'autres organismes concourant aux soins ainsi que certaines institutions sociales pouvaient faire partie d'un Syndicat interhospitalier sous réserve d'y être autorisés par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

L'objet du Syndicat interhospitalier était d'exercer, à la demande de tous ou de certains établissements qui le composaient, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier notamment :

- la gestion de services communs ;
- la formation du personnel ;
- l'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;
- la centralisation des ressources d'amortissement en vue de leur affectation au financement de travaux d'équipement ou au service des emprunts contractés pour le compte des établissements ;
- la gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions ;
- la création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

Le Syndicat interhospitalier pouvait être autorisé, par décision du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, à exercer les missions d'un établissement de santé, c'est-à-dire les missions de soins.

L'article 23 III de la loi HPST prescrit la transformation, dans un délai de trois ans, des Syndicats interhospitaliers existants en Communauté hospitalière de territoire, en Groupement de coopération sanitaire ou en Groupement d'intérêt public.

En se substituant au syndicat interhospitalier, le Groupement de coopération sanitaire est aujourd'hui l'outil de coopération privilégié dans le secteur sanitaire. Il existe désormais deux catégories de GCS : le « GCS de moyens » et le « GCS établissement de santé ». Le SIH était très proche du « GCS établissement de santé » car il pouvait, au-delà de la mutualisation des moyens, être autorisé par le directeur général de l'Agence régionale de l'hospitalisation à exercer les missions de soins (sans pour autant avoir le statut d'« établissement de santé »). Avec le « GCS établissement de santé » titulaire d'une ou de plusieurs autorisations de soins, le législateur est allé plus loin.

Les règles exposées ci-avant vont continuer à s'appliquer jusqu'au 21 juillet 2012. Un décret à paraître précisera les conditions de cette transformation.



À NOTER

L'abrogation des dispositions sur le SIH s'inscrit dans une évolution logique de cet outil de coopération. En effet, depuis l'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, de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, aucun SIH ne peut plus être créé.

La transformation des SIH en GCS ou même en Groupement d'intérêt public pose une question relative aux agents de la fonction publique employés par les SIH. Il faut procéder à la réintégration de ces agents dans l'un des établissements membres du SIH par la voie de la mutation. Sur cette base, les agents peuvent ensuite :

- soit être « mis à la disposition » du GCS ou du GIP ;
- soit être en position de détachement conformément aux dispositions de l'article 13 4°bis du décret n°88-976 du 13 octobre 1988, relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition. Cette solution est ici valable pour le GCS et le GIP.
- faute de dispositions spécifiques prévues suite à sa dissolution, ce sont les règles statutaires de la loi du 9 janvier 1986 qui s'appliquent :
 - le fonctionnaire à qui aucun autre poste ne peut être proposé, bénéficie d'une priorité de recrutement sur tout emploi correspondant à son grade et vacant dans un des établissements visés par la loi,
 - l'autorité administrative compétente de l'État propose au fonctionnaire trois emplois vacants,
 - soit l'intéressé accepte une des offres et est recruté par l'établissement concerné, soit après avoir refusé les trois postes, il est licencié,
 - pendant cette période et dans la limite de six mois après la suppression de son poste, il reçoit de l'établissement d'origine sa rémunération.

Les modes de coopération issus de la loi HPST

Le législateur a créé le « GCS établissement de santé » et les Communautés hospitalières de territoire (CHT). Si la CHT est un nouvel outil de coopération fonctionnelle, le « GCS établissement de santé » est la forme la plus intégrée de coopération organique.

Les Communautés hospitalières de territoire (CHT)

Une forme unique de CHT a été retenue. Les établissements publics de santé peuvent désormais conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités. Cette coopération s'effectue notamment grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et par le biais de la télé-médecine.

Toutefois, si la CHT répond en tant qu'instance de réflexion et de pilotage à la définition d'un projet médical, il peut être nécessaire de lui adjoindre une structure de coopération plus opérationnelle afin de réaliser ses objectifs. Dans le cadre du redéploiement des activités au sein d'une CHT, même si des dispositifs de transfert ont été prévus par les textes, notamment en ce qui concerne les autorisations, les personnels ou encore le patrimoine, ceux-ci peuvent ne pas répondre à toutes les attentes plus opérationnelles de ses partenaires. La mise en œuvre d'une CHT n'est donc pas exclusive d'une autre modalité de coopération, soit fonctionnelle soit organique. À ce jour, les appels à projets portant sur la création d'une CHT intègrent à la faisabilité de la CHT, l'étude d'une structure organique de coopération de type GCS, venant compléter la CHT, à l'instar du projet préfigurateur du Languedoc-Roussillon.

En outre, les établissements privés à but non lucratif (nouveaux Établissements de santé privés d'intérêt collectif ou ESPIC) ne peuvent être membres d'une CHT. Toutefois, ils ont la faculté de conclure un accord d'association à la réalisation des missions de service public avec ladite Communauté hospitalière de territoire.



À NOTER

Un établissement public de santé ne peut adhérer qu'à une seule CHT.

Adhérer à une CHT est une faculté, sous réserve des incitations dont l'Agence régionale de santé peut user.

Une instance est prévue pour définir les grandes orientations de la CHT : la commission de CHT.



ZOOM

Le projet de CHT-GCS Cévennes-Gard-Camargue ⁽¹⁾

Le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes, les Centres hospitaliers d'Uzès, de Bagnols-sur-Cèze et de Pont-Saint-Esprit souhaitent développer une CHT afin de définir un projet médical commun centré sur la recombinaison de l'offre de soins en filières identifiées, dont la prise en charge des AVC, les urgences cardiologiques, l'oncologie, la gériatrie ou la périnatalité.

Les partenaires réfléchissent à la création en parallèle d'un GCS sur lequel s'adosserait la CHT, qui regrouperait les fonctions supports de type hygiène, qualité, système d'information et approvisionnement via l'Union des hôpitaux pour les achats (UNIHA).

(1) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

Les Groupements de coopération sanitaire (GCS) - établissements de santé

Titulaires de la personnalité morale, les GCS constituent le mode privilégié de la coopération organique entre établissements publics et privés. La loi HPST a opéré une distinction entre le « GCS de moyens » et le « GCS établissement de santé » qui est autorisé à exercer, en son nom, une ou plusieurs activités de soins.

À l'instar du « GCS de moyens »⁽²⁾, les groupements susceptibles d'être titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, dit « GCS établissement de santé », permettent une intervention croisée des professionnels de santé relevant de statuts différents exerçant dans une même institution. C'est donc un outil de coopération ouvert au secteur sanitaire mais aussi au secteur médico-social et à la ville, un instrument de déclouisonnement des acteurs et des secteurs. La création du statut d'établissement de santé s'accompagne d'un transfert des autorisations correspondantes détenues par ses membres. Il est titulaire des autorisations de soins et se substitue donc à ses membres pour les activités de soins dont il détient l'autorisation. Le législateur a clarifié le régime juridique applicable au « GCS de moyens ». L'essentiel est traité dans une fiche prévue à cet effet.



À NOTER

Les dissemblances statutaires entre les GCS et les CHT ne doivent pas cacher l'ensemble de leurs convergences quant au fond : préserver le droit à la protection de la santé.

En effet, la DGOS souligne les deux principaux objectifs de la création des CHT et de la rénovation des GCS : d'une part « conjuguer au mieux proximité, qualité et sécurité, grâce à une gradation des soins et à la recherche de complémentarités entre établissements », en permettant « l'amélioration du parcours de soins du patient entre l'hôpital, la médecine de ville, les soins de suite et les institutions sociales et médico-sociales » et, d'autre part, « renforcer la démarche de performance dans laquelle doivent s'inscrire l'ensemble des établissements ».

Source :
Circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé.



À RETENIR

Les « cliniques ouvertes », les communautés d'établissements de santé et les SIH disparaissent.

Un nouvel outil de coopération fonctionnelle est créé : la Communauté hospitalière de territoire (CHT), réservée au secteur public et plus particulièrement aux Établissements publics de santé (EPS).

Le GCS a évolué. Une distinction est désormais faite entre le « GCS de moyens » et le « GCS établissement de santé » titulaire d'une ou de plusieurs autorisations de soins.

Des outils de coopération plus traditionnels demeurent en l'état, notamment le Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), le Groupement d'intérêt économique (GIE) ou le Groupement d'intérêt public (GIP).

(2) Le décret n° 2005-1681 relatif aux Groupements de coopération sanitaire permet, dans le cadre d'un « GCS de moyens », d'organiser une équipe commune de professionnels médicaux qui pourra, via les prestations médicales croisées, intervenir sur des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements membres du GCS.

HPST : COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les processus de coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales prennent toute leur importance dès lors que sont mises en perspective tant les exigences de préservation de l'ordre public sanitaire et de soutenabilité de la dépense publique qui incombent à l'État, que le déficit chronique du régime de la sécurité sociale et de nombreux établissements de santé. Que ce soit sous la forme d'une coopération organique ou d'une coopération fonctionnelle, les établissements s'attachent à mutualiser leurs ressources afin d'améliorer la prise en charge sanitaire et médico-sociale en palliant les problèmes de démographie des professionnels de santé mis en exergue dans les rapports BERLAND de 2002 et 2003⁽³⁾.

Les premières expérimentations de coopérations entre professionnels de santé ont été instituées par la loi relative à la santé publique du 9 août 2004⁽⁴⁾. Toutes les expériences ont démontré les bénéfices qu'elles apportaient à la prise en charge des patients. De surcroît, les États généraux de la santé de 2003 ont souligné d'autres raisons nécessitant leur généralisation :

- ... les besoins croissants de prise en charge sanitaire liés au développement des maladies chroniques et des polyopathologies induites par le vieillissement démographique ;
- ... l'évolution démographique médicale défavorable et l'inégale répartition territoriale des professionnels de soins ;
- ... les nouveaux partages de compétences entre professionnels corollaires de l'amélioration des technologies médicales ;
- ... les difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;
- ... l'aspiration des professionnels à faire évoluer leur cadre d'exercice ;
- ... la nécessité de favoriser un accès aux soins pour une meilleure qualité et sécurité des soins ;
- ... la définition d'un nouveau modèle de médecine libérale.

La coopération des professionnels de santé a ainsi pour objectifs :

- ... de favoriser une coordination performante des acteurs dans le cadre d'une prise en charge rationalisée et optimale des patients ;
- ... d'encourager l'évolution de l'exercice des acteurs de santé au regard de la mutation des pratiques professionnelles ;
- ... d'accroître le gain médical « pour permettre aux professions médicales de centrer leur activité sur des missions d'exercice ».

La Haute autorité de santé (HAS)⁽⁵⁾ a élaboré un protocole de coopération entre professionnels de santé explicitant les conditions de mise en œuvre de l'article 51 de la loi HPST relatif aux collaborations entre lesdits professionnels de santé. Le législateur, en 2009, consacre le principe des coopérations interprofessionnelles dans le domaine de la santé et du soin. Ils peuvent désormais « déroger aux conditions légales d'exercice par le transfert d'actes ou d'activités de soins d'un corps de métier à un autre ou par la réorganisation de leur mode d'intervention auprès du patient ».

Les acteurs concernés par les protocoles de coopération sont multiples :

- ... les professionnels de santé, qui sont à l'initiative des protocoles de coopération ;
- ... les ARS, qui statuent sur la recevabilité des protocoles de coopération, leurs concordances avec les besoins de santé identifiés dans le Projet régional de santé (PRS), leur autorisation ;
- ... la HAS, qui rend un avis conforme sur les protocoles qui lui sont soumis ;
- ... le patient, qui est informé des nouvelles pratiques de prise en charge de son parcours de soins.

Les trois principales innovations en la matière concernent :

- ... l'évolution des modalités de rémunération des praticiens dans l'ambulatoire ;
- ... la réforme des formations initiales en niveau licence, master, doctorat (LMD) et du développement professionnel continu ;
- ... le déploiement de la télémédecine.

Les deux modalités de coopération (CHT et GCS) ont indéniablement des objectifs en commun, tant en termes de sécurité des soins que de la nécessité de pallier la désertification médicale, de s'adapter aux évolutions techniques et d'assurer la qualité de la prise en charge. Elles supposent une pleine et entière implication de l'ensemble des acteurs du système de soins, des équipes soignantes à la direction des établissements, aux élus locaux et aux organismes de tutelle.

(3) Mission Démographie médicale hospitalière, Rapport BERLAND, La Documentation française, novembre 2002.

(4) Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

(5) HAS, élaboration d'un protocole de coopération, Article 51 de la loi HPST, HAS, DGOS, SDIP, juillet 2010.

DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ AU PROJET DE TERRITOIRE

Il est important de souligner que les logiques coopératives s'inscrivent dans un contexte sanitaire rationalisé. Le législateur s'attache à planifier son action dans le domaine sanitaire, social et médico-social. L'instauration d'une planification hospitalière et la mise en place des schémas régionaux, interrégionaux et nationaux de l'organisation sanitaire (puis des schémas d'organisation sanitaire) s'imposant aux établissements par l'intermédiaire de leur Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), a permis de rationaliser l'offre de soins.

Le législateur, en 2009, a consacré le décloisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de poursuivre la recomposition de l'offre de soins en instaurant le Projet régional de santé (décret n°2010-514 du 18 mai 2010).

Le Projet régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels et les mesures tendant à les atteindre, dans les domaines de compétences de l'ARS. Le PRS se compose notamment de documents spécifiques tels que :

- ... le plan stratégique régional de santé, qui comporte l'évaluation des besoins, l'analyse de l'offre de soins régionale et la définition des orientations et objectifs stratégiques ;

- ... trois outils de déclinaison opérationnelle du PRS :

- le schéma régional de prévention,

- le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui fixe en fonction des besoins de santé de la population, par territoire de santé, les transformations et regroupements d'établissements de santé ainsi que les coopérations entre ces établissements (article L.1434-9),

- le schéma régional d'organisation médico-sociale ;

- ... des programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas dont le programme relatif au développement de la télémédecine.

Ces nouveaux outils de planification en santé sont accompagnés d'une refonte du maillage territorial avec la création des territoires de santé, représentant le niveau territorial de droit commun, dans une logique de compétence globale des ARS (prévention, soins, offre médico-sociale). L'organisation de la prise en charge de proximité peut faire l'objet d'un maillage plus fin, permettant la mise en œuvre des actions ; ce maillage devra toutefois être cohérent avec les territoires de santé tels qu'ils ont été définis. Les espaces de proximité ne doivent pas être une sous-unité administrative des territoires de santé. Ils pourront, par exemple, être des « territoires de projets ».



2

POURQUOI COOPÉRER ?

La loi HPST a renforcé les outils favorisant les coopérations en créant la notion de « Communauté hospitalière de territoire » et en donnant aux Groupements de coopération sanitaire une assise beaucoup plus large. Ces nouvelles formes de coopération viennent consolider le dispositif juridique de coopération existant, utilisé depuis de nombreuses années par les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

La réponse aux besoins de santé implique fréquemment l'intervention de plusieurs acteurs du système de santé, de façon complémentaire et coordonnée. Cette complémentarité et cette coordination de l'offre doivent en premier lieu viser à garantir au patient un accès optimal aux soins et une prise en charge de proximité.

Ainsi, la loi HPST a conforté la notion de « territoire de santé » et affirmé l'indispensable articulation entre le champ sanitaire et le champ médico-social. La structuration de l'offre régionale par les Agences régionales de santé va contribuer, dans un contexte

d'inégale répartition des moyens, à renforcer et amplifier les coopérations entre les différents établissements, tant sanitaires que médico-sociaux.

Les établissements eux-mêmes ou les Agences régionales de santé ont été à l'initiative de nombreux projets de coopération qui peuvent schématiquement être regroupés en trois grandes catégories :

- ... les « coopérations-filières » ;
- ... les « coopérations-efficience » ;
- ... les « coopérations-isolement ».

Ces trois catégories restent toutefois schématiques, les raisons d'agir étant souvent multiples et pouvant relever des trois types de coopérations simultanément.

LES « COOPÉRATIONS-FILIÈRES »

Les « coopérations-filières » ont pour finalité la mise en œuvre d'actions volontaristes visant à développer une politique régionale sur un territoire, dans le cadre de la déclinaison du SROS. Ainsi, la définition des priorités de santé publique, la mise en œuvre et le suivi des actions de santé sur le territoire ont permis de mettre en place une démarche de structuration du territoire autour d'un établissement de recours pour une ou plusieurs filières de soins. Si cette démarche n'est aujourd'hui pas achevée, elle a contribué à initier ou à conforter, dans nombre de territoires, une notion assez poussée, voire une culture dans certains cas, dans la coopération entre équipes de professionnels de santé et dans la collaboration entre institutions. Ces coopérations pourraient être identifiées sous l'appellation « coopération-filières ».

Ce type de coopération est, dans la plupart des cas, initié par l'autorité de tutelle. Les grands principes de la démarche en ont été arrêtés en règle générale lors de l'élaboration des SROS de troisième génération et se sont poursuivis avec la parution des circulaires thématiques déclinant chacun des volets du SROS.

L'étape clé indispensable à sa mise en œuvre est la définition des objectifs retenus pour le territoire :

- ... une filière avec des acteurs uniques quel que soit leur statut ;
- ... une filière avec, d'un côté, des acteurs privés entre eux et, de l'autre, des acteurs publics entre eux, c'est-à-dire une filière privée versus une filière publique.



ZOOM

Note de cadrage GCS Bretagne-Atlantique : le développement d'une filière gériatrique (CHBA) sur l'ensemble du territoire⁽¹⁾

Le Centre hospitalier Bretagne-Atlantique (CHBA) dispose d'une capacité de 1 450 lits (dont 650 lits Médecine, Chirurgie, Obstétrique ou MCO). C'est l'établissement de référence pour le territoire 4 (Secteur sanitaire de Vannes, Ploërmel et Malestroit). Historiquement, des conventions préfiguraient l'instauration de cette filière gériatrique. Des accords permettaient de mettre à disposition d'établissements médico-sociaux (EHPAD: Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) du temps médical de gériatre pour la fonction de médecin coordinateur à raison de plusieurs demi-journées par semaine.

Il existe sept conventions signées auprès de six EHPAD et d'un réseau gérontologique, pour trois praticiens du CHBA impliqués dans le dispositif.

Apports de la coopération :

... Pour l'EHPAD, cette coopération permet :

- de garantir un temps de médecin coordinateur réalisé par un spécialiste en gériatrie ;
- de sécuriser le parcours du patient ;
- de faciliter la prise en charge des personnes âgées grâce à un positionnement neutre du praticien hospitalier (par rapport à la médecine de ville) ;
- de faciliter les échanges avec le médecin traitant des patients ;
- d'assurer la qualité de la prise en charge (construction d'un dossier médical, protocolisation de la dispensation des soins, organisation de la prise en charge en urgences ou en hospitalisation) ;

... Pour le CHBA, cette coopération permet :

- d'assurer une permanence et de développer le lien avec les structures d'aval (facilite la prise en charge pré et postcourt séjour) ;
- de dynamiser l'équipe du service (recrutement de nouveaux praticiens, ouverture vers les structures d'aval).

Difficultés rencontrées :

L'organisation du dispositif avec les EHPAD est efficace. Elle présente cependant un risque en terme de continuité, du fait :

- des contraintes engendrées par le dispositif pour les praticiens (distances entre les EHPAD), qui risquent à terme d'éroder leur engagement. La filière doit être valorisée auprès des praticiens, pour qui le rôle de médecin coordonnateur (praticien non prescripteur, forte collaboration avec la médecine de ville) peut être déroutant de prime abord ;
- des difficultés d'organisation pour le CHBA (organisation interne du service, difficultés supplémentaires pour la période estivale).

**ZOOM****CHT Alsace Santé des établissements de Sélestat, Erstein, Obernai et Sainte-Marie-aux-Mines ⁽²⁾**

La Communauté hospitalière Alsace Santé des établissements de Sélestat, Erstein, Obernai et Sainte-Marie-aux-Mines propose une offre de soins de proximité de qualité dans un territoire situé entre l'hôpital de recours Strasbourg et l'hôpital de référence Colmar. Ce projet associe des établissements qui ont des activités MCO, psychiatriques et médico-sociales dans le but de favoriser la complémentarité de ces activités et d'améliorer l'organisation des fonctions support.

Les coopérations ont conduit :

- au regroupement des activités de maternité et de chirurgie sur Sélestat ;
- à la création d'un centre périnatal de proximité et d'un service de soins de suite et de réadaptation ;
- à la mise en place de fédérations médicales interhospitalières pour la médecine et le pôle « parent - enfant » ;
- à la création d'équipes communes pour l'hygiène et la qualité/gestion des risques ;
- à l'élaboration d'un projet de filière gériatrique articulé autour d'une antenne de l'équipe mobile de gériatrie de Colmar.

Le projet médical commun doit fluidifier le parcours du patient au sein du groupement et en lien avec la médecine de ville, les hôpitaux de référence (HCC et HUS), et les structures médico-sociales.

Les outils identifiés pour la mise en œuvre de la coopération :

- l'identification des thèmes prioritaires de coopération en lien avec la mise en œuvre des projets d'établissement existants ;
- l'utilisation de « projets de percée » : projets concrets rapidement mis en œuvre, avec un objectif visible et facile à atteindre, porté par des acteurs motivés, de façon à donner du sens aux rapprochements ;
- la mutualisation des moyens dans le domaine de la médecine du travail, de l'hygiène, de la qualité ;
- la coopération pour la prise en charge des conduites addictives ;
- la constitution d'un comité de pilotage regroupant les présidents de CME et la direction ;
- l'inscription du projet « Communauté hospitalière Alsace Santé » dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;
- l'accompagnement pour la mise en œuvre d'outils juridiques et d'un système d'information adaptés ;
- l'interface entre les logiciels de gestion et le logiciel comptable du GCS pharmacie ;
- le développement de la téléconférence et de la visioconférence.

Difficultés à surmonter :

- la réserve des partenaires sociaux ;
- la mise en œuvre de coopérations à géométrie variable selon le domaine concerné (pharmacie, équipe opérationnelle d'hygiène, équipe qualité-gestion des risques, médecine du travail). En effet, certaines coopérations associent deux ou trois des établissements engagés dans le projet de communauté en lien avec des hôpitaux locaux ;
- la légitimité à affirmer un chef de projet.

(1) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

(2) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.



ZOOM

Monographie : CH de Fontenay-le-Comte et clinique Sud Vendée⁽³⁾

Le CH de Fontenay-le-Comte et la clinique Sud Vendée coopèrent conventionnellement depuis le milieu des années 1990. Cette coopération a été renforcée par la construction du nouveau Centre hospitalier à proximité de la clinique en 2004.

Ces deux établissements de Vendée desservent une ville de 15 000 habitants et font partie du secteur sanitaire n°11 des Pays de la Loire. Leur zone d'attraction concerne principalement 80 000 à 90 000 habitants. Elle s'étend sur le canton de Fontenay, au centre d'un axe autoroutier dense et fréquenté, ce qui élargit l'origine de la population du bassin d'attraction.

La clinique Sud Vendée est un établissement privé à caractère commercial, avec une concession de service public signée en 1999. Son activité principale est la chirurgie pour les spécialités suivantes : digestif, orthopédie-traumatologie, urologie, ophtalmologie. Elle dispose de 76 lits dont 15 dédiés à l'ambulatoire. Comme activité spécifique, la clinique réalise des soins en ambulatoire et des consultations externes.

Le CH de Fontenay-le-Comte est un établissement public. Ses activités principales sont les suivantes : médecine polyvalente (104 lits), pédiatrie, gynécologie-obstétrique, soins intensifs, psychiatrie (25 lits), Soins de suite et de réadaptation SSR (20 lits), EHPAD.

La coopération entre le CH de Fontenay-le-Comte et la clinique Sud Vendée répond à un besoin de réorganisation de l'offre de soins dans les villes moyennes initié par l'ARH dans le cadre de la planification des moyens sur le territoire (SROS). Il s'agissait, au départ du projet :

- de maintenir un plateau technique dans le bassin de santé dans le cadre de la planification des moyens (vision de l'ARH) ;
- d'optimiser l'utilisation des ressources médicales subissant l'écueil d'une faible attractivité du territoire.

Afin de résorber les résistances actives à ce projet, diverses mesures ont été mises en œuvre :

- la clinique a pris un engagement de service public en 1999 ;
- les établissements ont organisé des stages de comparaison pour le personnel du CH (AS et infirmières) qui était invité à passer du temps à la clinique.

→ les deux établissements ont établi un plan commun de communication avec :

- la mise en place d'un journal interne expliquant le projet de coopération pour les salariés des deux établissements ;
- l'organisation de réunions d'information avec le personnel pour faire partager le projet. Les réunions ont été initiées par les deux directions du CH et de la clinique Sud Vendée à destination du personnel soignant et administratif ;
- des réunions avec les syndicats pour traiter des questions liées à l'accessibilité du patient, au maintien de l'emploi, au statut public du CH, à la fiabilité du partenaire privé (engagement du P-D.G.).

Les principales mesures de la coopération sont les suivantes :

Mise en commun des équipes IBODE :

- préparation du personnel IBODE (Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État) à la mise en commun (2000-2004) :
 - des IBODE du CH sont venues 1 semaine sur 4 travailler au bloc de la clinique sur la base du volontariat ;
 - des réunions d'échanges ont été organisées avec le directeur de la clinique, la cadre du bloc de la clinique, les IBODE du CH pour que celles-ci expriment leur volonté et pour travailler à la réalisation de leur fiche de poste ;
- arbitrages liés à la mise en commun de l'équipe d'IBODE :
 - les IBODE du CH ont choisi le mode de rémunération de leurs astreintes ;
 - les IBODE du CH ont gardé tous les avantages de leur statut public ;
 - les IBODE du CH seront remplacées par du personnel privé embauché par la clinique au fur et à mesure de leurs départs ;
- gestion de l'équipe d'IBODE :
 - management opérationnel de l'équipe commune d'IBODE réalisé par le cadre du bloc de la clinique ;
 - les IBODE du CH gardent un lien hiérarchique avec la cadre supérieure sage-femme du CH ;
 - le cadre du bloc de la clinique et la cadre supérieure sage-femme de gynécologie du CH se rencontrent uniquement pour pointer le nombre d'heures à réaliser par les IBODE au cours d'une réunion annuelle.

(3) Monographie ANAP, 2010.

Mise à disposition d'IADE par le CH de Fontenay-le-Comte :

- la clinique ne dispose pas d'IADE (Infirmier anesthésiste diplômé d'État). Celles-ci sont donc mises à disposition de la clinique selon les besoins ;
- chaque mois, la clinique exprime ses besoins en tenant compte du niveau « plancher » fixé par le CH ;
- le cadre supérieur sage-femme du CH gère le planning des IADE et demande chaque mois le besoin prévisionnel des IADE pour la clinique. Lorsque les IADE sont mises à disposition de la clinique, elles rendent compte à la cadre du bloc qui fait ensuite remonter à la cadre supérieure sage-femme du CH ;
- il arrive que la clinique ait besoin d'une IADE pour une partie de la journée alors que la mise à disposition doit être à la journée. Dans ce cas, la mise à disposition se fait au prorata des besoins de la clinique. La clinique a quelquefois recours à des intérimaires en cas de besoin non satisfait par la clinique.

Programme opératoire :

- la convention de coopération prévoit une mise à disposition de plages opératoires pour les chirurgiens gynécologues et deux pneumologues du CH ;
- deux vacations leur ont été attribuées pour des actes de petite chirurgie.

Prise en charge des urgences :

- les urgences hors maternité sont intégrées dans le programme opératoire, sinon elles sont prises en charge par les chirurgiens de la clinique ;
- la clinique a signé un contrat de service public depuis 1999.

Matériel utilisé en commun :

- le CH stérilise ses instruments à la stérilisation de la clinique. Cette activité fait l'objet d'une convention avec la clinique Sud Vendée, qui a un service de stérilisation ;
- pour l'activité de petite chirurgie, les chirurgiens utilisent leur propre matériel qui est stocké à la stérilisation de la clinique. Cependant, lorsque le matériel du CH vient à être défectueux, les chirurgiens du CH utilisent le matériel de la clinique.

LES « COOPÉRATIONS-EFFICIENCE »

Il s'agit de la mise en œuvre de coopérations fondées sur une recherche d'efficacité, s'appuyant sur une mutualisation de moyens. En fonction du niveau de maturité atteint, ces coopérations peuvent être réduites à la co-utilisation d'un plateau logistique jusqu'à comporter des prises en charge déléguées de tout ou partie de l'activité. Ces coopérations pourraient être identifiées sous l'appellation « **coopération-efficience** ».



ZOOM

Note de cadrage CHT & GCS entre le CHIC Quimper-Concarneau, le CHIC de Douarnenez, EPSM Étienne- GOURMELEN, CH de Pont-l'Abbé et centre SSR Tanguy ⁽⁴⁾

Le projet pour les activités de support :

Les activités de support sont déjà organisées sur le territoire en Groupement d'intérêt public pour la blanchisserie et la restauration. Pour autant, cette mutualisation sera élargie à de nouveaux domaines via un GCS de moyens.

Ainsi, est envisagée l'extension aux missions d'expertise et de veille, juridique, financière, du risque, des métiers et des compétences, etc. Par ailleurs, les activités logistiques mises en commun pourront être ouvertes au champ du développement durable avec la stérilisation des déchets, la filière de recyclage, etc.

À noter l'intérêt de l'outil pour la promotion d'un système d'information territorial au service des patients dont les établissements se partagent la prise en charge globale. De ce point de vue, seul le groupement de coopération permet une réponse à l'enjeu du système d'information, tant en ce qui concerne la constitution des réseaux que l'inter-opérabilité. Autant d'éléments qui nécessitent une véritable mutualisation des activités assurées autour de la maîtrise d'ouvrage du territoire (directeurs, présidents de CME et direction des soins). Dans la même logique, il s'avère indispensable de structurer à la dimension du territoire la conduite d'opérations au titre de la maîtrise d'œuvre, la chefferie de projets et l'animation de groupes utilisateurs. Enfin, une expertise et une veille au titre du SIH est également à organiser en matière de sécurité, de confidentialité des données entrant dans le champ de l'informatique et des libertés.

Les groupements et conventions actuels seront inclus dans ce GCS.

(4) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.



ZOOM

Note de cadrage CHT de l'Estuaire (Groupe hospitalier du Havre ou GHH, CHI de Fécamp, CH de Lillebonne, CH de Pont-Audemer, hôpital local de Saint-Romain, hôpital local de Bolbec et EHPAD du Havre)⁽⁵⁾

... Le projet de renouvellement du système d'information du GHH et ses interactions avec les projets de la CHT

Communauté hospitalière de territoire : une nécessité de mutualisation

Dans le cadre de la mise en place des communautés hospitalières de territoire, l'une des priorités (hors activités médicales) de mutualisation des fonctions supports demeure le système d'information.

Les hôpitaux publics de la communauté hospitalière de territoire sont, pour la plupart d'entre eux, fortement demandeurs à la fois d'applications communes, en particulier pour le dossier patient mais aussi de mutualisation d'infrastructures, et de ressources humaines.

Cette démarche volontariste devrait apporter une réelle harmonisation de l'information détenue dans les dossiers patients.

Parallèlement, cette démarche doit aussi conduire à :

- des possibilités d'échanges et de nouveaux services, aujourd'hui quasi impossibles avec plusieurs systèmes d'information hétérogènes ;
- une amélioration de la qualité de service offerte dans les établissements de taille plus modeste ;
- une optimisation financière des ressources technologiques et humaines.

Par ailleurs, le projet de création d'un établissement spécialisé dans la prise en charge de personnes âgées pourrait également être impacté. D'une part, cet établissement serait membre de la CHT et participerait au dit système informatique qui n'existe pas encore ; d'autre part, la création par dissociation du Groupement hospitalier du Havre (GHH) d'une partie de ses activités suppose une clarté, une fiabilité et une transparence des données que seul un nouveau système intégré pourra garantir.

... Formation

Le sujet commun autour duquel les établissements doivent se retrouver concerne les formations aux gestes d'urgence (AFGSU niveau 1 et niveau 2) pour lesquelles des obligations réglementaires s'imposent à tous : le CESU du GHH est en capacité de développer une politique territoriale en ce domaine.

... La fonction transport

L'objectif est ici de réaliser une synthèse des besoins et d'étudier les possibilités de coopération ou de mutualisation de moyens.

Le groupe de travail réuni sur ce sujet s'est intéressé aux transports externes et interétablissements. Pour ces types de déplacements, sont examinés différents domaines :

- la logistique, s'agissant notamment de prestations linge et repas ;
- le sanitaire, s'agissant en particulier du transport d'examen divers (sang, examens biologiques) ;
- le transport de personnes dans le cadre de consultations ou d'examen.

Le groupe de travail est actuellement au stade du recensement et de la synthèse des besoins. Les propositions opérationnelles restent à élaborer au sein de ce groupe.

... Médecine du travail

Certains établissements sont demandeurs dès à présent (CH de Fécamp, Centre gériatrique Desaint Jean) ou pour l'avenir (CH de Lillebonne) d'une mutualisation et d'un partage de moyens avec le CH de référence qu'est le GHH.

(5) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

LES « COOPÉRATIONS-ISOLEMENT »

Il s'agit de la mise en œuvre de coopérations permettant de faire face à l'isolement géographique d'un ou plusieurs établissements sur leur territoire. Les coopérations établies visent à rechercher une masse critique permettant la construction d'un projet médical de territoire cohérent, d'attirer et stabiliser des professionnels de santé, et enfin d'associer les partenaires médico-sociaux à la démarche. Ces coopérations pourraient être identifiées sous l'appellation « **coopération-isolement** ».



ZOOM

GCS entre le Centre hospitalier de Montreuil-sur-Mer et la Fondation Hopale ⁽⁶⁾

Le Centre hospitalier de Montreuil-sur-Mer et la Fondation Hopale (Participant au service public hospitalier PSPH) sont complémentaires dans près de 95 % de leurs activités. En collaborant, ils constituent un pôle puissant et attractif dans la zone sud du bassin du Littoral, capable de faire face à deux difficultés majeures :

- l'évolution défavorable de la démographie médicale ;
- le coût élevé des équipements et matériels hospitaliers, adossé à l'exigence du renouvellement de ces équipements, dans le cadre d'évolutions technologiques permanentes.

Points d'accord de la coopération :

- maintenir les identités des deux établissements ;
- mettre en place un projet médical commun, dont un secteur opératoire partagé ;
- mettre en commun des activités communes à travers un GCS Maître d'ouvrage ;
- pallier aux difficultés de financement d'équipements et matériels lourds ;
- pallier aux difficultés de démographie médicale ;
- donner l'accès de l'ESPIC à la gouvernance.

DES RAISONS MULTIPLES DE COOPÉRER

Si chaque coopération reste un cas unique parce que fondé sur une histoire, une situation géographique, des acteurs locaux, la présence d'une offre de soins et d'une offre médico-sociale, et plus généralement un contexte particulier, les raisons pour lesquelles les établissements s'engagent dans une coopération – parfois plus ou moins spontanément – sont bien souvent multiples, même si la première action coopérative ne concerne qu'une seule thématique. Parmi les raisons de coopérer, seront développées ci-après celles liées à :

- la desserte du territoire de santé ;
- l'organisation des soins ;
- l'amélioration de la qualité des soins ;
- la raréfaction des moyens humains ;
- la permanence des soins ;
- la mise en œuvre de textes réglementaires, notamment pour l'application des seuils d'activité ;
- la recherche d'économies d'échelle ou la construction d'une offre d'activité permettant d'assurer un volume significatif.

Les initiateurs de ces coopérations peuvent être les établissements spontanément afin de surmonter les difficultés qu'ils rencontrent. Ces coopérations peuvent également être issues d'une demande de l'autorité de tutelle (ARH puis ARS).

Dans les différents projets de coopération étudiés, il a été observé que la volonté de coopération se déclenche plus particulièrement lorsque la situation devient critique pour l'un des acteurs. Ainsi, c'est la difficulté à recruter qui va conduire un établissement à s'interroger sur l'hypothèse d'un rapprochement avec un autre acteur. C'est l'identification d'une situation économiquement déficitaire dans un processus de production qui va pousser un établissement à chercher à élargir son périmètre d'action afin de disposer d'un volume d'activité lui permettant d'assurer l'équilibre entre les charges et les recettes.

Le point d'entrée des acteurs dans une démarche de coopération est donc, en règle générale, lié à l'identification de difficultés semblant impossible à résoudre seul. Les acteurs entrent donc dans la construction de la coopération avec plus d'attentes et de problèmes à résoudre que de propositions désintéressées. Or, il est avéré qu'il est plus difficile de construire un dispositif lorsque l'on est soi-même fragile que lorsque l'on est situation de force. Les coopérations comportent toutes intrinsèquement cette « faiblesse » originelle, parfois source de désaccord dans les discussions entre futurs partenaires.

(6) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigurateurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

LA COUVERTURE DU TERRITOIRE DE SANTÉ

Les trois piliers du système de santé sont l'égalité dans l'accès aux soins (égalité d'accès et de traitement), la liberté (choix du praticien) et la sécurité⁽⁷⁾, ce dernier pilier ne pouvant être dissocié de la qualité. Nonobstant le principe fondateur de l'égalité dans l'accès aux soins, nombreux sont les territoires de soins qui connaissent des difficultés à recruter et à maintenir leurs praticiens mais aussi à garantir le niveau d'exigence requis par l'exercice de leur mission. L'une des causes les plus importantes du déficit démographique est liée à l'attractivité de la structure.

Si la France détient, rapporté à la population, le nombre d'établissements de santé publics et privés le plus élevé, il n'en demeure pas moins que de nombreux établissements connaissent un phénomène de fuite des patients et des praticiens très important. En effet, on estime qu'il y aurait un établissement pour 20 000 habitants contre un pour 40 000 en Europe soit « une distance moyenne pour rallier un plateau technique (...) de trente-cinq kilomètres » et « un temps de transport de trente minutes environ ; elle est d'une centaine de kilomètres en Suède, y compris pour les maternités » selon le rapport MILON⁽⁸⁾. Cette proximité favorise la fuite des patients et des médecins vers une zone plus attractive. Les médecins recherchent notamment, dans le choix de leur implantation, la qualité des outils de prévention, de diagnostic et de thérapeutique de l'hôpital et la présence d'une population potentielle de patients suffisante. En effet, dès lors que le taux d'intervention du praticien n'est pas suffisant, la qualité de ses actes est menacée. Les enquêtes empiriques sur les résultats opératoires démontrent que le taux de décès ou d'accidents médicaux s'accroît proportionnellement à la baisse d'actes médicaux. Ainsi, le rapport MILON rappelle que « dans le cas d'une ablation de la prostate pour un cancer, le risque de décès périopératoire est multiplié par 3,5 lorsque le chirurgien réalise moins de cinquante ablations par an, par rapport au chirurgien qui en effectue plus de cent ».

En outre, l'attractivité de la structure est elle aussi substantiellement liée à l'attractivité du territoire. Le faible dynamisme économique et social d'un territoire n'incite pas les praticiens à s'y implanter, faute pour leur conjoint de trouver un emploi en adéquation avec leurs aptitudes ou leur appétence. Ainsi, on peut remarquer une certaine concordance globale entre les zones à fort taux de chômage et les zones concernées par une densité médicale déficitaire⁽⁸⁾. Nous pouvons ainsi observer la situation des régions Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais ou Franche-Comté.

Cette situation justifie que l'ensemble des acteurs territoriaux, des instances de tutelle aux élus locaux et aux professionnels du secteur se concertent pour la mise en œuvre d'une coopération.

L'exemple de la CHT préfiguratrice de Nîmes-Alès-Bagnols-sur-Cèze est à cet égard très éclairant. Le rapprochement est porté par les Collectivités territoriales (CT) qui ont mis en commun leur Schéma de cohérence et d'organisation territoriale (SCOT).



ZOOM

Le projet de la CHT Cévennes-Gard-Camargue⁽⁹⁾

Le projet de la CHT repose sur un maillage territorial tant ancien qu'intégré entre le Centre hospitalier universitaire de Nîmes et les Centres hospitaliers d'Uzès, Bagnols-sur-Cèze, Pont-Saint-Esprit et Uzès.

Les synergies coopératives des établissements qui ont développé des conventions de partenariat actives « sont confortées par la volonté politique des agglomérations nîmoise et alésienne de s'associer dans un projet de développement commun ».

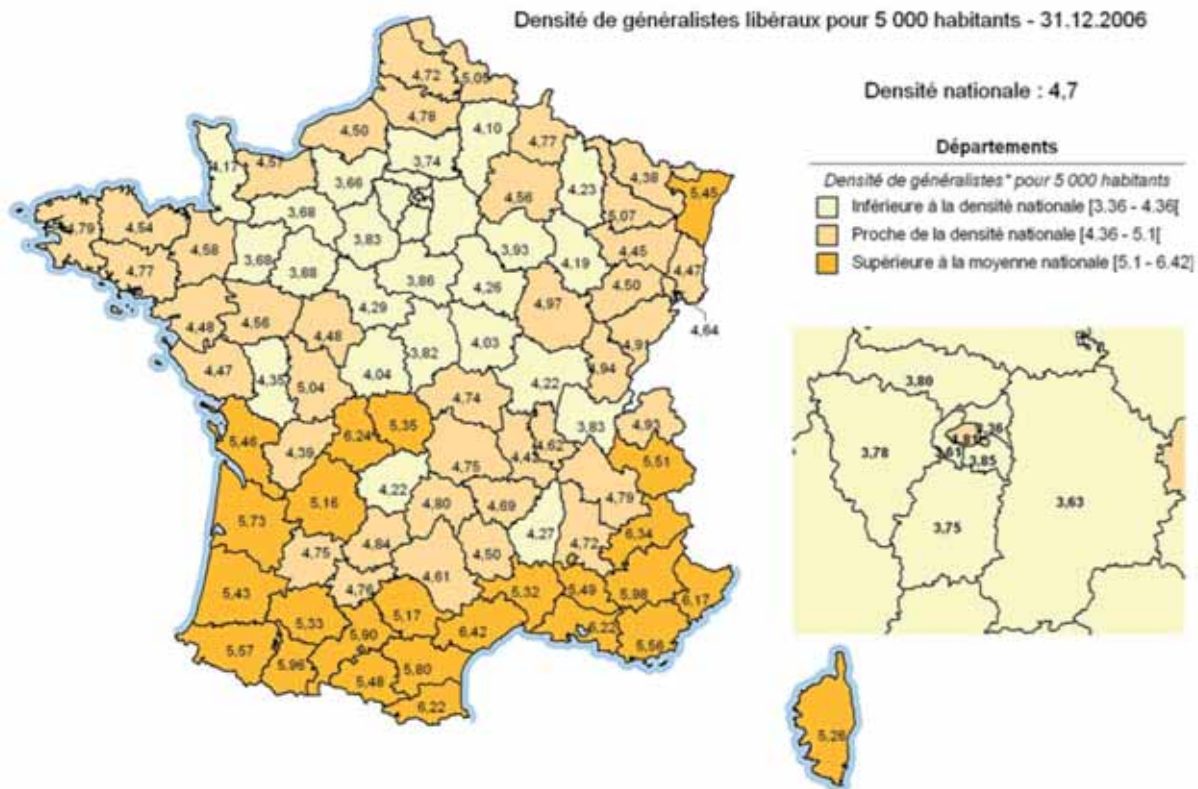
Les problèmes d'inégale répartition de la densité médicale touchent le secteur hospitalier comme le secteur libéral. Cette carte – si elle ne traite que la médecine de ville – n'en est pas moins révélatrice de l'inégale implantation des praticiens de santé.

(7) L'ordre public sanitaire, Stéphanie RENARD, Thèse doctorale, Université Rennes 1, 2008.

(8) Rapport d'information n°287 (2007-2008) de M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales et déposé le 15 avril 2008.

(9) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigurateurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

Répartition de la densité médicale des praticiens libéraux,
Rapport annuel de l'observatoire national de la démographie des professions
de santé 2006-2007, dans le rapport Milon.



Deux des trois dimensions de la définition de l'accessibilité de Gérard de POUVOURVILLE, Professeur titulaire de la Chaire ESSEC Santé, sont la distance et le temps d'accès d'une part et la coordination entre les acteurs sur un territoire donné d'autre part. Bien sûr, ces deux facettes sont à dimensions variables. Elles dépendent du niveau de soins et du territoire concernés. Le niveau de soins concerne les soins dits « primaires », « secondaires » et « tertiaires ». Pour ce qui est du territoire, il y a cinq échelles différentes que l'on retrouve page 48 dans un tableau d'Emmanuel VIGNERON : le territoire « local », « intermédiaire »,

« de recours », « régional » et « interrégional ». Afin de maintenir un accès aux soins pour tous et d'éviter la désertification des territoires, de nombreux établissements ont déjà anticipé ces difficultés en développant une structure de coopération, à l'instar de la communauté hospitalière portée par le Centre hospitalier du Mans et le Pôle Santé Sarthe et Loir. Leur projet vise à « *donner une plus grande accessibilité aux soins et une meilleure coordination des parcours de soins dans le cadre d'un territoire de santé* »⁽⁹⁾.

L'ORGANISATION DES SOINS

Les structures de coopération fonctionnelle ou organique permettent aux établissements partenaires de mieux se coordonner. Les filières de soins apparaissent parallèlement en développant des complémentarités entre des acteurs du système de soins, qu'il s'agisse des établissements de santé publics ou privés, des acteurs ambulatoires, des établissements médico-sociaux ou des praticiens libéraux.

Le projet de la CHT préfiguratrice de Nîmes-Alès-Bagnols-sur-Cèze prévoit ainsi de « favoriser le développement de complémentarités territorialement cohérentes entre établissements publics, à travers une stratégie commune, visant à conforter le service public hospitalier face aux enjeux compétitifs et, ce faisant, à permettre le maintien d'une offre de soins publique équilibrée, limitant les fuites hors du territoire ». La constitution de la CHT doit « préserver les projets de coopération engagés entre chacun de ses membres et les établissements privés du territoire, qu'ils prennent la forme de simples conventions ou de groupements de coopération ». La constitution de cette CHT a permis d'apporter une plus grande visibilité de l'offre de soins. L'offre de soins est désormais « régulée » et organisée en « filières de soins ».



ZOOM

Le projet de CHT Cévennes-Gard-Camargue : la constitution des filières de soins⁽¹⁰⁾

La définition des « filières de soins » sur ce territoire place désormais le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes « en position de recours et d'expertise ». Les soins de proximité sont assurés au sein du bassin de vie, selon la logique de gradation des soins et de subsidiarité (« le juste soin au regard des niveaux de prise en charge définis »).



Cartographie du dispositif conventionnel en vigueur avant la CHT

(10) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

La troisième dimension de l'accessibilité est « *la qualité intrinsèque des prises en charge par chaque acteur du système de soins* ». Cette définition suppose qu'au-delà de la recomposition territoriale, les organisations s'attachent à développer des objectifs de qualité, de manière homogène sur la totalité du territoire concerné. Or, pour qu'un acte prodigué soit de bonne qualité, d'une part il faut que le médecin ait acquis et régulièrement pratiqué l'intervention concernée mais aussi, d'autre part, que l'établissement ait développé une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins efficiente.

Dès lors, il n'est pas imprudent de préciser que les inégalités en matière de desserte du territoire se répercutent sur la qualité des soins. En effet, lorsque les praticiens choisissent leur installation, nombreux sont ceux qui prennent en compte les capacités techniques des établissements concernés à mettre à leur disposition des plateaux techniques, ou encore des matériels lourds innovants. Pour autant, si certaines structures hospitalières ont pris le parti d'investir dans des équipements sophistiqués et onéreux pour améliorer leur attractivité, le rapport VALLANCIEN⁽¹¹⁾ sur la restructuration des hôpitaux de petite taille démontre que ces établissements connaissent en général un déficit démographique ne permettant pas de rentabiliser efficacement le matériel à disposition.

La constitution d'une équipe soignante, médicale et paramédicale complète est très attrayante pour les praticiens. En effet, elle diminue la probabilité de survenance d'un risque, notamment parce que, faute de temps ou de moyens, les agents ne peuvent respecter l'ensemble des formalités et les protocoles de sécurité⁽¹²⁾. Or, plus un établissement connaît un manque de personnel, plus il a de difficultés à en recruter, et ce phénomène s'accroît lorsqu'il est confronté à des professions n'étant pas suffisamment représentées comme les infirmiers diplômés d'État.

Entretenir une politique de coopération, qu'elle soit fonctionnelle ou organique, est donc un atout indéniable de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les engagements qualité concernent le parcours de soins dans son ensemble, de la prévention à la prise en charge médicale, hospitalière et médico-sociale. En collaborant, les acteurs coordonnent leurs actions et s'imprègnent du retour d'expérience de leurs homologues. Ainsi, à moyen terme, les coopérations permettent de développer des protocoles communs de prise en charge, d'améliorer les pratiques professionnelles, ou encore d'améliorer la gestion quotidienne des services. En garantissant les conditions satisfaisantes d'exercice aux professionnels médicaux et non médicaux, les structures de coopération sont susceptibles d'élever le niveau de compétences des équipes et de lutter contre les phénomènes de *burn out* ou de démotivation, qui se répercutent sur la prise en charge des patients.

(11) Rapport VALLANCIEN, « Évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics de France », avril 2006.

(12) Rapport d'information n° 287 (2007-2008) de M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales et déposé le 15 avril 2008.

LA RARÉFACTION DES MOYENS HUMAINS

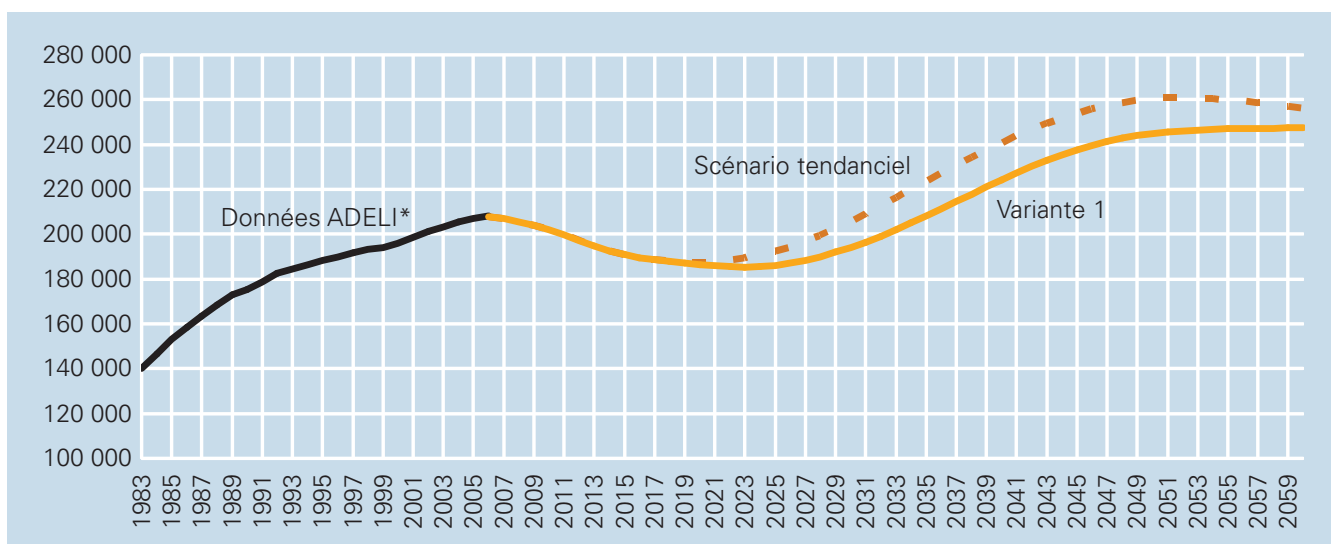
Tout le monde s'accorde à dire que la raréfaction des moyens humains, médicaux notamment, est source de difficulté dans le maintien de la prise en charge des patients, telle qu'elle était assurée jusque-là.

Les effectifs médicaux disponibles pour l'avenir en général, et pour certaines spécialités dès à présent, ne permettent plus d'assurer le maintien de l'ensemble des postes. Les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur la démographie médicale à l'horizon 2030 sont pessimistes pour l'ensemble du territoire, à l'exception des pôles urbains avec CHU : « le nombre de médecins exerçant en zone rurale diminuerait de 25,1 %, le nombre de médecins

exerçant en couronne périurbaine ou dans une commune multipolarisée de 10,5 %, et le nombre de médecins exerçant dans un pôle urbain sans CHU de 6,2 %. En revanche, le nombre de médecins exerçant dans les pôles urbains avec CHU augmenterait de 5,5 % ». ⁽¹³⁾

Par ailleurs, la baisse serait globale et durable, rendant nécessaire une réflexion collective sur l'organisation de la santé qu'il est nécessaire de mettre en perspective avec « la prise en compte du vieillissement de la population, des variations de la prévalence des pathologies, de l'évolution des techniques médicales, de la coopération entre professionnels de santé et des objectifs visés en matière de politique de santé (prévention, dépistage, par exemple) ». ⁽¹⁴⁾

Nombre de médecins en activité d'après le scénario tendanciel et la variante 1



*Données ADELI sur le champ composé des médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité exerçant en France métropolitaine. Pour les effectifs projetés, le champ est différent : il exclut les médecins en cessation temporaire d'activité mais inclut les médecins exerçant dans les DOM-TOM.

Champ : médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources : fichier du Conseil national de l'ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Plusieurs établissements se trouvent donc d'ores et déjà dans une situation où ils ont de fortes difficultés à recruter, à maintenir les moyens en place et à conserver la motivation du personnel. Ainsi, l'expérience montre qu'il est toujours plus facile de recruter le cinquième neurologue d'une équipe que de conserver le deuxième (ou l'avant-dernier) neurologue d'une équipe de cinq ETP (Équivalents temps plein)... L'épuisement des équipes s'accroît d'autant plus rapidement que le nombre d'acteurs mobilisables au quotidien diminue.



ZOOM

Les collaborations du Centre hospitalier de Bretagne-Atlantique sur la gestion des ressources humaines⁽¹⁵⁾

Le Centre hospitalier de Bretagne-Atlantique s'est positionné dans une démarche de coopération active sur le territoire 4 de Bretagne, regroupant les secteurs sanitaires de Vannes, Ploërmel et Malestroit.

Il a notamment développé trois coopérations complémentaires relatives à une gestion efficiente des ressources humaines :

- une collaboration publique privée avec la clinique Océane de Vannes relative à un partage de temps médical en chirurgie vasculaire ;
- l'organisation d'une filière gériatrique sur son territoire avec mise à disposition de temps médical hospitalier pour la fonction de médecin coordinateur ;
- l'organisation d'une filière de soins neurovasculaires entraînant un partage de temps médical avec le Centre hospitalier de Ploërmel, et l'organisation d'une filière aval avec un établissement PSPH.

Ce qui a fonctionné :

- la réalisation d'une analyse organisationnelle et stratégique sur le développement des activités et de l'offre ;
- la connaissance des acteurs du territoire, de leurs spécificités et de leur organisation ;
- la coopération initiée et portée conjointement par les directions et la communauté médicale ;
- l'évaluation attentive préalable des impacts indirects de la coopération ;
- les actions de communication à chaque étape.

Gains de la coopération :

- la préservation d'une offre de soins en vasculaire publique et privée sans phénomène de concurrence exacerbée, le développement de nouvelles techniques ;
- le renforcement de certaines activités du Centre hospitalier par le développement de filière interne ou en partenariat avec d'autres acteurs, notamment des réseaux ;
- la limitation de la fuite des patients ;
- la sécurisation du parcours de soins et l'amélioration de la qualité de la prise en charge ;
- la dynamisation des équipes des services par le recrutement de nouveaux praticiens et l'ouverture vers des structures d'aval ;
- le maillage plus efficace du territoire répondant aux objectifs du SROS ;
- la rupture de l'isolement des établissements partenaires dont l'attractivité est en plein essor quant aux questions du recrutement.

Difficultés rencontrées :

- l'augmentation des contraintes à moyen terme pour les praticiens susceptible d'éroder leur engagement. Il est important de valoriser les filières concernées pour contrebalancer ce phénomène ;
- les difficultés d'organisation interne ;
- les quelques réticences de la communauté médicale et des équipes face à l'originalité du dispositif.

Écueils à éviter :

- un manque de communication sur le dispositif choisi auprès des équipes ;
- un manque de prise en compte des contraintes logistiques et financières pour les praticiens qui réalisent des opérations multi-site ;
- un déséquilibre sur le rapport gagnant-gagnant entre des établissements de taille différente.

Outils utilisés :

- des conventions détaillées ;
- des fiches de poste type ;
- des bilans d'activité adossés à une synthèse programmée ;
- une présentation régulière de la coopération lors des instances des établissements.

(15) Monographie, ANAP 2010.

Les exemples risquent de se multiplier à l'avenir, à commencer par les territoires isolés géographiquement et, de fait, moins attractifs. Les notes de cadrage remontées dans le cadre des projets préfigurateurs de CHT et de GCS montrent l'intérêt d'une approche territoriale pour tenter de lutter contre l'isolement médical.



ZOOM

Un projet de la CHT en région Franche-Comté entre les Centres hospitaliers de Lons-le-Saunier, Champagnole, Saint-Claude et Morez⁽¹⁶⁾

Le projet de création de la CHT vise à pallier les difficultés du territoire du sud du Jura, caractérisé par un vieillissement démographique sensible, une faible densité de population globale (170 000 habitants) et une démographie médicale déficitaire, tant dans le secteur public que libéral, général que spécialiste. Ainsi, la démographie médicale ne permet pas d'assurer un accès aux soins suffisant.

Dès lors, la collaboration vise à limiter le phénomène de fuite de patients.

Trois axes prioritaires ont été identifiés :

...⇒ l'accessibilité aux soins

La coopération doit permettre de constituer des filières de soins pour fluidifier le parcours des patients, de développer des consultations avancées de spécialités non concurrentielles avec le secteur ambulatoire, de revivifier les liens entre la ville et l'hôpital ;

...⇒ une direction commune

Le management unique des établissements doit permettre aux équipes administratives d'atteindre une taille critique par la mutualisation des fonctions support ;

...⇒ le développement de systèmes d'information inter-opérables et mutualisés

Le management stratégique des systèmes d'information permettra aux établissements de participer plus efficacement au déploiement du dossier patient informatisé et à la télé-médecine.

Les nouvelles missions données aux professionnels de santé et permises par la loi HPST au travers de la délégation de compétence vont conduire à proposer un schéma nouveau des coopérations entre professionnels de santé.

L'évolution des missions des professionnels de santé va entraîner des transferts d'activité ou d'actes de soins entre les professionnels de santé et/ ou réorganiser leur mode d'intervention auprès des patients. Ces transferts doivent se faire dans un cadre très précis, faisant l'objet d'un « protocole de coopération » autorisé par l'ARS après avis conforme de la Haute autorité de santé. L'application de ce protocole peut donc être limitée à un territoire régional, au regard des besoins de santé constatés.

La réforme LMD (licence-master-doctorat) s'inscrit dans cette évolution, notamment par la définition de modalités communes d'exercice et la création de passerelles entre professions de santé.



ZOOM

Le groupement d'employeurs médico-social, social et sanitaire du Finistère⁽¹⁷⁾

Le GE M3S – ou Groupement d'employeurs médico-social, social et sanitaire – du Finistère regroupait initialement six membres du secteur associatif à but non lucratif. Au 1^{er} mars 2010, le GE M3S comptait quinze adhérents. Il a vocation à recruter des salariés à temps partagé pour le compte des structures adhérentes.

Quatre objectifs :

...⇒ développer des postes d'emplois partagés

pour des profils hautement qualifiés (ou des métiers souffrant d'un déficit démographique ;

...⇒ se positionner sur tout emploi à temps partiel pouvant être partagé ;

...⇒ pourvoir aux remplacements prévisibles

via la mise en place d'un *pool* de salariés ;

...⇒ favoriser l'insertion professionnelle, en développant l'accueil dans les structures, en lien avec les instituts de formation et les organismes financeurs.

« En développant cette mutualisation des emplois, le groupement se positionne dans une relation gagnant-gagnant, visant à la fois à pourvoir aux besoins de ses adhérents mais aussi à stabiliser et favoriser l'emploi sur le département du Finistère. »

(16) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigurateurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

(17) Monographie ANAP, 2010.

À noter

« Le groupement d'employeurs permet aux entreprises de se regrouper pour employer une main-d'œuvre qu'elles n'auraient pas, seules, eu les moyens de recruter. Il s'agit d'une des formes d'exercice de la pluriactivité : les salariés du groupement d'employeurs effectuent des périodes de travail successives auprès de chacune des entreprises adhérentes au groupement »⁽¹⁸⁾.

L'organisation du travail repose sur quelques principes que le groupement s'attache à respecter :

- le temps de trajet entre la structure où les salariés interviennent et leur domicile ne doit pas excéder trente minutes ;
- les salariés doivent travailler *a minima* par journée complète dans l'établissement ;
- il n'existe pas de seuil minimum d'intervention pour une structure mais les adhérents doivent employer de manière régulière les salariés ;
- afin de faciliter la prise de poste et les échanges avec les équipes en place, les salariés à temps partagé suivent une phase initiale d'intégration dans chacun des établissements employeurs ;
- le planning d'intervention des salariés est fixe ;
- en cas de désengagement d'une des structures employeurs, cette dernière doit informer le GE M3S au minimum six mois en avance ;
- en cas de démission partielle d'un salarié, toute demande est étudiée par la direction du GE M3S pour une éventuelle modification du contrat de travail ;
- en cas de démission totale d'un salarié, les règles classiques du droit du travail s'appliquent.

Gains du groupement d'employeurs**→ En termes de qualité de service :**

- embauche de compétences spécifiques ;
- développement de nouvelles compétences et formation des employés des structures.

→ En termes d'organisation et de confort pour le personnel :

- peu de rotation sur la fonction au sein de l'établissement ;
- participation à la sécurité des soins : services diversifiés de haute qualité ;
- organisation du travail facilitée (planning fixe, prise de congés facilitée) ;
- désignation d'un interlocuteur unique référencé connaissant l'ensemble du poste et servant de lien entre les différents employeurs ;
- appartenance à une structure forte, avec possibilité de bénéficier d'avantages spécifiques.

→ En termes financiers :

- stabilisation de l'emploi au sein des structures ;
- limitation des frais liés aux contrats courts (recours à l'intérim, prime de précarité) ;
- limitation des frais liés au recrutement et à la formation des employés pour la structure.

(18) www.travail-solidarite.gouv.fr

DES RAISONS DE COOPÉRER LIÉES À LA PERMANENCE DES SOINS HOSPITALIÈRE (PDSH)

La raréfaction des moyens humains, notamment médicaux, évoquée précédemment va avoir un impact direct sur la Permanence des soins hospitalière (PDSH). Or, la Permanence des soins hospitalière a été instituée par la loi HPST comme une mission de service public, engageant de ce fait les acteurs à définir les principes d'organisation des soins dans une logique territoriale, et financée par le biais de la Tarification à l'activité (T2A) et des Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC).

Le projet de guide méthodologique sur l'élaboration des SROS-PRS définit les orientations et les étapes pour initier la réorganisation de la PDSH au niveau territorial :

... la réorganisation de la Permanence des soins hospitalière constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins. La loi HPST érige désormais la PDSH en mission de service public. Elle donne compétence au Directeur général de l'ARS (DGARS) pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de service public (MSP). Le SROS-PRS constitue le cadre opérationnel dans lequel il convient d'opérer cette « remise à plat » de la PDSH et de fixer son schéma cible ;

... le CPOM demeure l'outil juridique privilégié pour mettre en œuvre la PDSH au niveau des établissements de santé : contractualisation entre l'ARS et l'établissement de santé délégataire de la MSP de PDSH sur le contenu (spécialités concernées) et les modalités de réalisation de la MSP (y compris les modalités d'indemnisation).

Ainsi, l'incitation sera forte sur l'ensemble des territoires pour mettre en œuvre la PDSH à l'échelle territoriale et va avoir des conséquences importantes sur le développement des coopérations, notamment dans les territoires où les moyens humains se sont raréfiés.

Sans reprendre ici intégralement le projet de guide méthodologique SROS-PRS sur le thème de la PDSH, la démarche proposée présente plusieurs points essentiels dans la construction des coopérations :

... il est indispensable de disposer d'une vision exhaustive sur la région, par territoire et par discipline, afin d'identifier les zones blanches ou les doublons par spécialité ;

... la vision détaillée de l'activité par établissement de santé doit permettre d'amorcer la réflexion sur l'adéquation entre les gardes et astreintes existantes et le niveau d'activité. L'analyse conduite pour l'ensemble des disciplines (y compris les activités réglementées⁽¹⁹⁾) va permettre d'identifier les écarts et de les mettre en perspective avec le maillage du territoire ;

... le schéma cible d'organisation de la PDSH va permettre de préciser les sites assurant effectivement la PDSH pour chaque discipline sur les territoires, en lien avec le maillage des urgences, prenant en compte à la fois l'ensemble des disciplines, l'ensemble des structures, quel que soit leur statut et l'ensemble des personnels, qu'ils soient médicaux ou non médicaux. Ce schéma devra prendre en compte les éléments suivants⁽²⁰⁾ :

- l'organisation de la PDSH doit s'appuyer sur les besoins de santé de la population et se structurer dans le cadre des territoires de santé dans une perspective de gradation des soins.

- l'organisation de la PDSH porte sur l'ensemble des disciplines exercées dans les établissements de santé.

Les dispositions autour de la Permanence des soins hospitalière, rappelées et confortées par le guide méthodologique, marquent bien l'importance d'une démarche de coopération entre l'ensemble des acteurs du territoire, qu'ils soient publics ou privés.

(19) Les activités dites « réglementées » citées dans le projet de guide méthodologique sont celles pour lesquelles les textes réglementaires prévoient qu'elles fonctionnent avec une présence médicale 24h/24 (gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, grands brûlés, cardiologie interventionnelle, activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques).

(20) Extrait du projet de guide méthodologique sur l'organisation de la PDSH.

LA MISE EN ŒUVRE DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

La parution de textes réglementaires peut être l'occasion pour les établissements d'envisager la mise en œuvre d'une coopération car les nouvelles dispositions peuvent, par exemple, nécessiter un niveau de qualité supérieur passant par des investissements qu'il est plus aisé de partager à plusieurs. À ce titre, la réforme de la biologie médicale est un exemple assez significatif.

L'objectif de cette réforme tel que défini par le ministre chargé de la santé est « *de permettre à chacun d'avoir accès à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix dans un cadre européen* ». Cette réforme est issue de plusieurs constats⁽²¹⁾:

...✚ Le constat principal est que la biologie médicale est devenue un élément central du parcours de soins des patients, déterminant pour l'élaboration d'environ 60 % des diagnostics. Il est ainsi inscrit dans la loi qu'un examen de biologie médicale (qui comprend la phase préanalytique, analytique et postanalytique) est un acte médical ;

...✚ Le second constat est la nécessité d'une traçabilité de la qualité par le biais de l'accréditation.

Cette réforme de la biologie médicale⁽²²⁾ prend place dans le cadre de la réforme plus générale du système de soins français permise par la loi HPST. Elle est également l'aboutissement d'études réalisées depuis le milieu des années 2000 (rapport de l'Inspection générale des affaires sociales en 2006 puis rapport dit « BALLEREAU » en 2008).

Cette réforme comporte deux mesures phares :

...✚ **la médicalisation** : il s'agit de réaffirmer le rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins. Cette mesure doit conduire à une meilleure efficacité de la spécialité et à une meilleure efficience des dépenses, notamment par l'intégration du biologiste médical dans un dialogue avec le clinicien sur les examens à réaliser en fonction des éléments cliniques, avec la possibilité d'ajout et de retrait par celui-ci et l'interprétation du résultat ;

...✚ **l'accréditation** : la réforme de la biologie médicale correspond à une transformation des exigences de qualité des examens qui doivent répondre à des exigences de preuve et de traçabilité de leur réalisation. Ainsi est-on passé du Guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA) à l'accréditation. Cette accréditation porte non seulement sur la phase analytique mais également sur les phases préanalytiques (prélèvement et transports jusqu'au lieu de l'analyse) et postanalytiques.

Les conséquences de ces deux mesures phares⁽²³⁾ portent à la fois sur une réorganisation au sein des Laboratoires de biologie médicale (LBM) mais aussi sur une réorganisation territoriale des LBM entre eux :

...✚ « *Inciter fortement au regroupement des compétences dans l'intérêt de la prestation médicale rendue au patient et à son médecin traitant. Un LBM doit ainsi être capable de traiter par lui-même 85 % des examens qu'il prélève : sa compétence doit être réelle sur la très grande majorité des actes de la discipline* » ;

...✚ « *Permettre la création de sites au plus près des besoins des patients et ce, de façon adaptée à leurs attentes, avec un biologiste médical sur place aux heures d'ouverture. Un LBM peut être sur plusieurs sites, sans étendre ses activités sur plus de trois territoires de santé limitrophes (approximativement trois départements, hors des conurbations). Le LBM doit rendre les résultats de biologie médicale dans un délai compatible avec « l'état de l'art », ce qui limite son extension géographique (le transfert du tube est le plus gros consommateur de temps dans un examen de biologie médicale)* ».

(21) Site Internet du ministère du travail, de l'emploi et de la santé, dossier sur la biologie médicale.

(22) Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

(23) Site Internet du ministère du travail, de l'emploi et de la santé, dossier sur la biologie médicale.

Pour les laboratoires dont le niveau d'activité reste relativement modeste au regard des acteurs qu'ils desservent, le coût de la démarche d'accréditation et le niveau d'exigence requis sont susceptibles de freiner la capacité de chaque laboratoire à s'organiser isolément et constituent donc un encouragement à chercher des dispositions permettant une coopération entre acteurs de proximité.

La mise en œuvre d'un projet de coopération peut alors présenter une triple opportunité pour les acteurs :

- ...❖ mutualiser les coûts d'une démarche d'accréditation ;
- ...❖ optimiser les moyens mis en œuvre par une augmentation du volume d'actes réalisés sur un même site ;
- ...❖ améliorer la qualité de la production par le regroupement des compétences.

L'exemple de la production d'un texte réglementaire sur la biologie médicale comme occasion majeure pour se lancer dans une démarche de coopération pourrait, sans difficulté, trouver à s'appliquer à d'autres secteurs d'activité. Comme dans le cas de la biologie médicale, l'un des points essentiels de la démarche reste à identifier le bon niveau d'adéquation entre volume et proximité :

- ...❖ volume pour assurer une compétence des équipes et une efficacité des moyens mis en œuvre ;
- ...❖ proximité pour assurer une qualité dans la prise en charge et un délai de réponse en rapport avec les besoins du patient.

Le Groupement de coopération sanitaire de Saintonge – Laboratoire interhospitalier, support de la coopération initialement entre le Centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély et le Centre hospitalier de Saintes auquel s'est ajouté le Centre hospitalier de Royan, est un exemple d'anticipation de la mise en œuvre de cette réforme.



ZOOM

Le GCS de Saintonge – Laboratoire interhospitalier⁽²⁴⁾

Depuis 1999, les Centres hospitaliers de Saintes et de Saint-Jean-d'Angély ont érigé un laboratoire interhospitalier. Cette structure de collaboration doit, entre autres :

- ...❖ répondre aux besoins d'examens biologiques de l'ensemble des services médicaux des deux établissements ;
- ...❖ assurer les analyses urgentes ;
- ...❖ assurer des missions de vigilance (hémovigilance, infectiovigilance, réactovigilance).

Cette coopération s'est en outre développée en partenariat avec l'Établissement français du sang.

Le GCS est créé en 2006 par l'ARH Poitou-Charentes afin « de réaliser des prestations de service de biologie médicale », notamment les activités de prélèvement et d'analyse des prélèvements « pour le compte de ses membres et secondairement pour les établissements tiers ».

Si ce groupement connaît certaines difficultés concernant l'acquisition et l'adaptation des systèmes d'information et l'adaptation à l'emploi des personnels du laboratoire, le GCS a permis de réorganiser les flux des prescriptions et des plateaux techniques, de renforcer les activités de coopération avec les laboratoires du CH de Royan et l'EFS, ainsi que d'améliorer l'efficacité du secteur de contrôle de l'environnement.

Les facteurs clés de réussite identifiés sont l'appui des directions administratives et médicales et l'investissement du personnel.

(24) Cf. Monographie « Plateau de biologie médicale – Groupement de coopération sanitaire de Saintonge - Laboratoire interhospitalier », ANAP 2010.

LA RECHERCHE D'ÉCONOMIES D'ÉCHELLE

L'analyse des structures de coûts de fonctionnement des établissements, notamment dans le domaine des fonctions logistiques et achats, peut mettre en évidence un intérêt à mutualiser ce type de fonction entre plusieurs établissements, tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur médico-social.

Plusieurs occasions peuvent être saisies pour envisager la mise en commun de moyens de production ou d'achat :

- ... la vétusté d'un processus de production au sein d'un ou plusieurs établissements peut être l'occasion de s'interroger sur l'opportunité de mettre en œuvre un nouveau processus, à la fois plus performant du fait de sa modernité, mais aussi dont les capacités de production peuvent permettre d'absorber une demande supérieure ;

- ... la parution de nouvelles normes de production ou d'une nouvelle réglementation et leur application dans un délai contraint peut être également l'occasion de développer une réflexion territoriale commune ;

- ... une réflexion sur l'organisation des approvisionnements à l'échelon territorial, peut être menée, notamment sur la mutualisation des structures de stockage et d'approvisionnement. En effet, si les approvisionnements de médicaments et dispositifs médicaux comme de produits hôteliers sont encore gérés localement par établissement, des regroupements commencent à se dessiner dans plusieurs régions ou sur certains territoires.

Néanmoins, les opérations de mutualisation risquent de buter sur de nombreux freins et notamment :

- ... la crainte de perte de pouvoir ou plus simplement de perte du contrôle des *process* ou des flux ;

- ... la complexité et la durée des projets ;

- ... les différences de pratiques pouvant générer des inquiétudes quant à l'adaptabilité des *process* à une évolution des demandes ;

- ... une perte des habitudes construites depuis de nombreuses années entre des interlocuteurs qui se connaissent bien et dont chacun sait ce qu'il peut attendre de l'autre ;

- ... l'existence de réglementations restrictives n'encourageant pas à la mutualisation.

Pour autant, la nature et l'ampleur des enjeux sont souvent mal évaluées par les parties prenantes. En effet, les principaux enjeux sont d'optimiser le coût d'un *process* de production et le coût de la chaîne logistique d'approvisionnement avec, comme leviers majeurs :

- ... une massification des flux physiques produits et/ou transportés ;

- ... une mutualisation des activités transactionnelles d'approvisionnement et de gestion de stock ;

- ... des possibilités accrues d'amélioration de la productivité des activités d'entreposage ;

- ... une réduction des stocks, aussi bien pour les produits d'usage courant que pour ceux dont la consommation est plus fluctuante ;

- ... une possibilité de gérer dans un stock central des produits actuellement gérés en hors stock ;

- ... l'harmonisation des conditions logistiques (conditionnements, unités d'approvisionnement, points de livraison...);

- ... l'amélioration de la gestion des pénuries, etc.

Plusieurs contraintes de natures différentes doivent être intégrées dans la mise en œuvre de tels projets :

- ... la garantie d'un niveau de qualité au moins égal à celui que connaissent les établissements ;

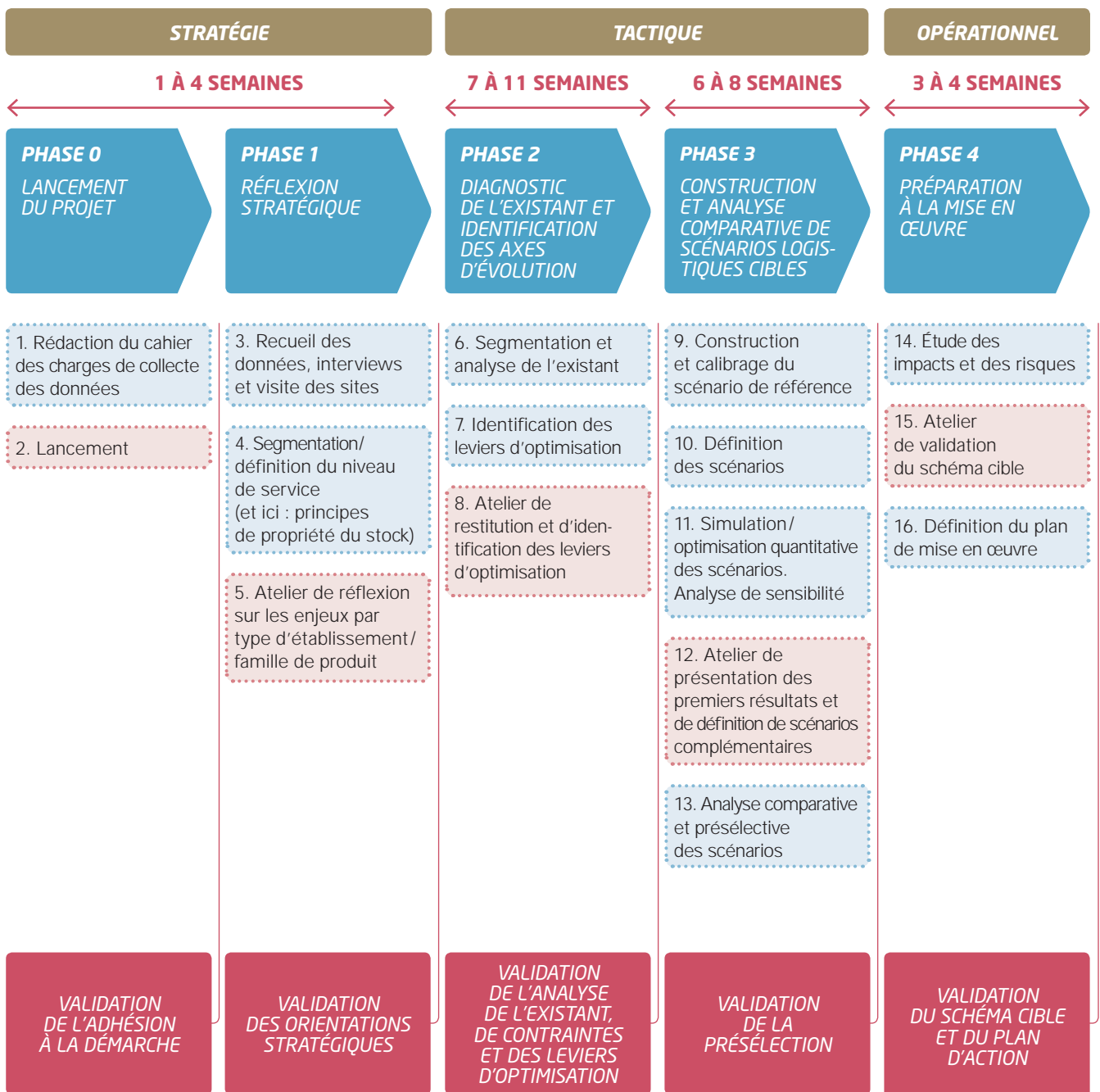
- ... la capacité à s'adapter aux éventuelles variations d'activité et donc à être réactif par rapport aux demandes des clients ;

- ... la mise en œuvre d'une fonction « Transport » optimale garantissant un respect des délais sur l'ensemble de la chaîne ;

- ... d'éventuels surcoûts des équipements supplémentaires rendus nécessaires pour compenser l'éloignement entre les lieux de production et les lieux de consommation (armoires de transport par exemple ou boîtes de stérilisation), etc.

La quantification de ces enjeux et la prise en compte de ces contraintes sont des facteurs essentiels de promotion et de justification d'une approche territoriale des fonctions logistiques et des approvisionnements. L'identification des scénarios optimaux de mutualisation et la quantification des gains associés passent par des études d'optimisation de réseaux logistiques à l'échelle d'un territoire.

Études d'optimisation de réseaux logistiques :
démarche type proposée par PEA Consulting



Il s'agit bien là de mettre en œuvre une recherche permanente d'équilibre entre l'efficacité économique, la qualité des prestations et les particularités locales.



ZOOM

Le groupement d'achat RESAH Île-de-France⁽²⁵⁾

Le GIP RESAH-IDF regroupe 120 établissements franciliens des secteurs hospitalier et médico-social ayant souhaité mettre en commun leurs processus achat-approvisionnement-consommation afin de gagner en efficacité. Sur ces bases :

- il se positionne à l'interface entre l'industrie et la sphère sanitaire et médico-sociale, afin de contribuer à la maîtrise des dépenses de fonctionnement et d'investissement des établissements ;
- il accompagne les établissements dans la transformation de leur offre de soins et la maîtrise de leurs budgets.

Les initiateurs de la coopération ont eu une approche souple et progressive, qui a permis de démontrer les premiers résultats et d'emporter ainsi l'adhésion des établissements franciliens :

- les premiers chantiers ont été menés grâce au portage de quelques établissements, avant même que le RESAH-IDF ne prenne une personnalité morale en 2008 ;
- la structure du GIP a été retenue car elle permet une participation à la carte des adhérents ;
- les ressources financières ont été sécurisées essentiellement par la contribution de l'ARHIF.

Le RESAH-IDF propose à ses adhérents et, de façon ponctuelle ou à titre d'essai à d'autres établissements de la région, une offre de services à la carte, relativement large et permettant à chacun d'y trouver son bénéfice.

Les groupements de commandes régionaux permettent de mutualiser les achats de fournitures ou de services, les établissements pouvant adhérer aux groupements de leur choix, parmi la cinquantaine disponible.

La centrale d'achat hospitalière et médico-sociale régionale complète le service en matière d'achats, avec des solutions clés en main élaborées pour les adhérents, solutions également accessibles aux établissements non adhérents de la région.

Le centre de ressources régional «achat-approvisionnement-consommation» permet de mutualiser et d'accroître les compétences en mettant à disposition des adhérents :

- des sessions de formation ;
- des études diverses.

Les travaux des groupes de benchmarking et d'appui sont constitués autour d'un établissement pilote pour les sujets complexes ou émergents.

Le système d'information d'achats commun complète ces services avec :

- une plateforme de dématérialisation des marchés (www.achats-hopitaux.com) ;
- des outils d'aide à la gestion des groupements de commande (EPICURE et ZENON).

Le RESAH-IDF est encore aujourd'hui une structure légère de six à sept personnes en central, auxquelles il faut ajouter un nombre équivalent de correspondants au sein des établissements porteurs de groupements de commandes régionaux. Ce dispositif peut être ponctuellement renforcé par le recours à des sociétés d'études et de conseil.

Les ressources financières sont quasi exclusivement assurées par l'ARS Île-de-France et représentent moins de 2 M€/an.

Au regard de ces besoins, le RESAH-IDF a permis de générer des gains importants : 60 millions d'euros d'économies cumulés pour les adhérents depuis le lancement des premiers projets en mars 2006, dont 52,3 millions d'euros présentent un caractère récurrent par rapport aux prix d'achat initialement constatés.

Sur ces bases, le RESAH-IDF cherche désormais à asseoir et à pérenniser son action avec trois orientations complémentaires :

- le développement de son offre de services (maîtrise des approvisionnements et de la consommation, accès aux marchés publics régionaux des PME, développement durable) ;
- la diversification de ses sources de financement ;
- la consolidation de son équipe actuellement très réduite.

(25) Monographie « Groupement d'achat RESAH Île-de-France », ANAP 2010.



ZOOM

Le GCS de stérilisation STERHOSPIC en région Picardie ⁽²⁶⁾

STERHOSPIC (Stérilisation hospitalière de Haute Picardie) regroupe sept établissements de santé publics et un établissement privé du territoire nord-est de Picardie. Le Groupement de coopération sanitaire gère pour le compte de ses membres la stérilisation de dispositifs médicaux, avec la mise en commun des moyens humains, matériels et financiers associés.

L'objectif a été de mettre en conformité les activités de stérilisation des établissements du territoire, sachant qu'il était impossible de le faire pour chacune des unités de stérilisation existantes.

STERHOSPIC s'est constitué dans le prolongement de conventions bilatérales initiées dès 2002 entre le CH de Saint-Quentin et d'autres établissements environnants. Sur ces bases, l'ARH a favorisé l'extension du nombre d'établissements partenaires et la transition vers le cadre réglementaire de Groupement de coopération sanitaire, pour pérenniser la coopération. Les partenaires ayant initié l'opération de leur propre chef, un climat consensuel et collaboratif s'est développé et continue à faciliter la gouvernance de STERHOSPIC.

Les instances de gestion et de gouvernance sont simples et la représentation des établissements adhérents est cohérente avec leur niveau d'implication (volumes stérilisés). Comme c'est classiquement le cas, les établissements avec les volumes les plus faibles sont néanmoins surreprésentés de façon à éviter leur marginalisation. Cette configuration lisible contribue à maintenir une pratique consensuelle et positive de la coopération.

En revanche, les aspects techniques et de conception ont été moins bien maîtrisés : l'unité de stérilisation accueille en moyenne 10 m³/j, là où le besoin avait été évalué à 21 m³. Cela dégage cependant une marge pouvant permettre à d'autres structures de rejoindre le GCS, voire de pouvoir dépanner ponctuellement d'autres stérilisations qui connaîtraient des soucis de fonctionnement.

Le GCS a choisi de ne pas être employeur direct pour alléger la gestion des ressources humaines au démarrage (recrutement, gestion des compétences...). Ce choix a eu un impact crucial au niveau opérationnel :

→ pour la phase de démarrage, il a permis de sécuriser la prise en charge des matériels des établissements « fondateurs » qui avaient mis à disposition tout ou partie de leur personnel de stérilisation. La connaissance des matériels à stériliser par les agents est en effet importante et peut s'avérer cruciale dans un contexte où la formation des opérateurs, la préparation de la standardisation

des modes de fonctionnement, l'inventaire rigoureux du parc d'équipement ne sont pas toujours aboutis.

→ sur la durée, les opérations peuvent en revanche s'avérer plus complexes : maîtrise délicate des mouvements des effectifs mis à disposition, remplacements, statuts différents, compétences inégales, etc.

Au total, un pas majeur a été franchi : les installations sont désormais aux normes et la qualité de stérilisation bonne et reconnue par les partenaires. Les nouvelles installations ont également permis d'améliorer les conditions de travail des agents, notamment grâce à une meilleure ergonomie des postes de travail. Au rang des inconvénients, il faut noter l'inévitable perte de souplesse liée à l'éloignement de la stérilisation par rapport aux sites d'utilisation.

Les principaux enseignements de cette coopération sont les suivants :

→ un projet de coopération gagne à être porté le plus tôt possible par les futurs acteurs ;

→ l'attribution des éventuelles aides à la contractualisation et surtout l'arrêt de ces subventions doivent être annoncés et planifiés ;

→ la mise en œuvre d'une stérilisation centrale est une opération industrielle, à considérer comme telle ;

→ les études de conception doivent être menées précisément avec l'implication suffisante de compétences techniques d'une part, de compétences de management et de gestion de projet d'autre part ;

→ l'opération doit être préparée en détail, au niveau :

- du *process* pharmaceutique,
- de la gestion des flux et de la logistique,
- de la maîtrise des données du parc permettant d'assurer la traçabilité,
- de la formation du personnel aux nouvelles pratiques standardisées.

Moins cette préparation est maîtrisée, plus les opérations sont dépendantes des agents et il est alors indispensable d'assurer le transfert le plus large possible des équipes de stérilisation existantes vers la nouvelle structure :

→ le démarrage de l'activité doit être progressif ;

→ un statut de GCS non employeur (les ressources sont mises à disposition par les adhérents) facilite le démarrage, mais pas l'optimisation de l'activité à long terme.



ZOOM

Le GCS de stérilisation UCS 80 en région Picardie ⁽²⁷⁾

Le Groupement de coopération sanitaire « Unité de Stérilisation centrale 80 », ou « UCS 80 », a pour objet la gestion commune de l'activité de stérilisation du territoire de santé nord-ouest de la région Picardie centré sur Amiens. Il regroupe cinq établissements publics et trois privés.

Il a été constitué à l'initiative de l'ARH et de la DRASS dans le cadre d'un programme coordonné de centralisation des stérilisations en région Picardie, programme établi sur la base d'un constat de non conformité généralisée des stérilisations existantes et de l'impossibilité de mettre à niveau chacune d'entre elles.

La gestation du projet et le démarrage de l'activité se sont révélés difficiles :

- ... la mise au point des instances de gouvernance a nécessité de longues négociations entre les parties prenantes (établissements privés, établissements publics et autorités de tutelle) ;

- ... la gestion des aides à la contractualisation a été et reste délicate, à double titre :

- ces aides sont techniquement non reconductibles, mais leur arrêt est difficile à envisager pour les adhérents qui considèrent qu'elles devraient s'inscrire dans la durée,
- leur portage est assuré par le CHU d'Amiens, qui perçoit la subvention mais qui supporte en direct le coût de l'investissement (en Bail emphytéotique hospitalier BEH).

L'arrêt des aides impliquera inévitablement une refonte majeure du modèle économique du GCS, avec une augmentation conséquente de la contribution de chaque adhérent et un rééquilibrage entre le CHU et les autres établissements.

Ces difficultés ont néanmoins été surmontées pour la plupart. L'environnement de travail de tous les acteurs a changé, y compris pour les chirurgiens et chacun a dû se réadapter. Le paradigme a progressivement évolué : les notions de souplesse, de réactivité, de confiance (dépendance ?) dans les hommes ont été remplacées par la standardisation, l'anticipation, la planification, la confiance dans les processus.

On peut considérer que cette mutation est aujourd'hui aboutie et positive. **Les établissements adhérents disposent avec la stérilisation centrale d'un outil industriel opérationnel assurant la conformité et la qualité de stérilisation et l'UCS 80 est reconnue pour :**

- ... sa maîtrise technique ;
- ... son organisation ;
- ... ses méthodes optimisées et standardisées ;
- ... sa traçabilité.

Sur ces bases, le GCS s'inscrit aujourd'hui dans une logique de développement et envisage d'accueillir de nouveaux membres. Cela permettrait d'accroître mécaniquement le taux d'utilisation des infrastructures et des équipes et d'améliorer le modèle économique au bénéfice de chacun.

Les principaux enseignements de l'expérience de l'UCS 80 sont les suivants :

- ... pour être accepté, un projet de coopération doit être initié ou, à défaut, porté le plus tôt possible par les futurs acteurs ;

- ... l'attribution des éventuelles aides à la contractualisation et surtout l'arrêt de ces subventions doivent être annoncés et planifiés ;

- ... la mise en œuvre d'une stérilisation centrale est une opération industrielle, à considérer comme telle ;

- ... les études de conception doivent être menées précisément avec l'implication suffisante de compétences techniques d'une part, de compétences de management et de gestion de projet d'autre part ;

- ... l'opération doit être préparée en détail, au niveau du *process* pharmaceutique, de la gestion des flux et de la logistique, de la maîtrise des données du parc permettant d'assurer la traçabilité et de la transition et de la formation du personnel aux nouvelles pratiques standardisées ;

- ... le démarrage de l'activité doit être progressif.



ZOOM

Le plateau de biologie médicale – GCS de Saintonge⁽²⁸⁾

L'origine de la coopération remonte à l'année 1999. Le marché de prestations de biologie du Centre hospitalier de Saintes arrivant à son terme, un nouvel appel d'offres est lancé. Le laboratoire privé de Saintes qui assurait la prestation n'est pas retenu, car le laboratoire du Centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély s'est positionné et son offre a été privilégiée.

La réflexion en vue de la création d'un laboratoire interhospitalier a démarré dès 1997, a été confirmée en 1999 par la signature des contrats d'objectifs et de moyens des Centres hospitaliers de Saintes et de Saint-Jean-d'Angély. C'est donc assez logiquement que le laboratoire du Centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély devient, le 1^{er} avril 2000, le prestataire du Centre hospitalier de Saintes pour ses examens de biologie, prestation formalisée par la signature d'une convention.

Selon les rapports de service, **les cinq principaux objectifs assignés au laboratoire interhospitalier** sont atteints sur la période 2000-2005 :

... l'augmentation de production a généré des économies d'échelle avec une maîtrise du coût moyen de production de B ;

... le partenariat avec d'autres structures permet de forger une culture commune. Il a permis à l'Établissement français du sang (site de Saintes) de pérenniser son implantation, notamment par l'augmentation de son volume d'activité (sous-traitance complète de l'activité transfusionnelle par le laboratoire) ;

... le laboratoire s'est engagé également dans des missions transversales portant principalement sur les thèmes des vigilances sanitaires, notamment l'hémovigilance, l'infectiovigilance et la réactovigilance.

... le laboratoire répond aux besoins d'examens biologiques de l'ensemble des services médicaux des deux établissements. Ainsi, l'activité atteint, au terme d'une augmentation régulière, 17 millions de B d'activité en 2005 ;

... d'un point de vue qualitatif, la prestation du laboratoire interhospitalier donne satisfaction tant aux services utilisateurs des deux établissements qu'aux évaluateurs externes (accréditation V1 des deux établissements par l'ANAES sur la période sans remarques particulières sur la biologie). Il assure notamment les analyses urgentes pour Saintes, depuis une antenne située à Saintes ;

Ce laboratoire interhospitalier est désormais la référence en biologie du territoire de santé. **Les acteurs ont privilégié « une recherche permanente d'un équilibre entre efficacité économique, qualité de prestation, et particularités locales ».**

(28) Cf. Monographie « Plateau de biologie médicale – Groupement de coopération sanitaire de Saintonge - Laboratoire interhospitalier », ANAP 2010.

LES FINALITÉS DE LA COOPÉRATION : RECOMPOSITION ET DÉCLOISONNEMENT DE L'OFFRE DE SOINS

UN ENVIRONNEMENT EN PLEINE ÉVOLUTION DANS UN CONTEXTE DE MAÎTRISE DES COÛTS

L'environnement actuel est en pleine évolution, poussant à la concentration à la fois du secteur sanitaire mais aussi du secteur médico-social. Cette évolution touche aussi bien le secteur public que le secteur privé. Ces dernières années ont vu :

- ...✚ la mise en œuvre de la révision générale des politiques publiques ;
- ...✚ la création des Agences régionales de santé en charge du pilotage de la médecine de ville, de l'hôpital, du médico-social et de la santé publique ;
- ...✚ un besoin de forte maîtrise des dépenses publiques dans une optique de réduction des déficits publics et de réponse à des besoins non satisfaits ;
- ...✚ un contexte de raréfaction des moyens humains notamment, de façon plus ou moins accélérée selon les territoires.

LA DISPENSATION DE SOINS DE QUALITÉ, DE PROXIMITÉ AU JUSTE COÛT

La volonté forte de maîtrise des coûts tout en privilégiant une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et des usagers et en maintenant une desserte de proximité ne peut se faire à organisations et structures constantes. Cette contrainte de réalité conduit déjà les structures à devoir évoluer sur leur positionnement, dans un mouvement qui devrait encore s'amplifier. La multiplicité des structures, notamment dans le secteur médico-social (environ 25 000 structures), devrait entraîner inévitablement des phénomènes de rapprochement, fusion, spécialisation... Et plus largement de coopération.

Deux approches peuvent alors s'opposer :

- ...✚ utiliser une méthode coercitive face aux structures et établissements pour les obliger à modifier leur organisation, notamment via les outils tarifaires ;
- ...✚ encourager les démarches de travail en commun pour aider à une restructuration plus souple mais tout aussi volontariste.

Quelle que soit l'approche mise en œuvre, l'amélioration de la qualité des prises en charge et le maintien d'une desserte de proximité nécessitent une réflexion à l'échelle territoriale. C'est donc dans ce cadre que peuvent être envisagés des rapprochements entre les structures : structures sanitaires entre elles, structures médico-sociales entre elles, structures sanitaires avec structures médico-sociales...

Qui dit « rapprochement des structures » ne dit pas « suppression des identités initiales des structures ». Les dispositifs coopératifs existants sont le moyen de relever les défis auxquels sont confrontés les établissements.

LE DÉCLOISONNEMENT DES SECTEURS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

La loi HPST favorise le décroisement des secteurs sanitaires et médico-sociaux. La substitution de la prévalence des pathologies aiguës mortelles par celle des maladies chroniques plus ou moins invalidantes nécessite une prise en charge plus globale des patients. Les établissements doivent s'attacher à développer des filières de soins en aval et en amont du soin. Ce décroisement peut prendre différentes formes, toutes complémentaires :

- ...✚ la reconversion totale ou partielle des activités de type MCO vers des activités de proximité (SSR, gériatrie) ;
- ...✚ le développement de réseaux de télé-médecine ;
- ...✚ le développement de conventions de coopération organique ou fonctionnelle entre établissements de santé et établissements médico-sociaux ;
- ...✚ le développement de liens entre les acteurs des secteurs libéral, médico-social ou social.

Un exemple précurseur du décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux est porté par le Pôle aquitain de l'adolescent du CHU de Bordeaux. Le Pôle concrétise ce qu'il nomme un « plateau technique relationnel ». Au-delà de l'hospitalisation pure, le pôle travaille avec les professionnels du secteur social et médico-social. Il en est ainsi d'une association de soutien scolaire, d'éducateurs sportifs, ou des avocats du centre de recherche de l'information et de consultation sur les droits de l'enfant. La prise en charge n'est pas uniquement limitée aux bâtiments hospitaliers. Le réseau sollicite « diverses structures des champs sanitaires, socio-éducatifs et judiciaires en charge des jeunes » par le biais de « prestations partenariales ouvertes en amont et en aval⁽²⁹⁾ ».

Un autre exemple de ce décloisonnement est celui du réseau de promotion pour la santé mentale des Yvelines sud (RPSM 78).



ZOOM

Le réseau de promotion pour la santé mentale des Yvelines Sud (RPSM 78)⁽³⁰⁾

Le réseau a pour mission d'organiser, d'animer et de coordonner les moyens dont il dispose afin d'améliorer l'ensemble du parcours de soins, de la prévention au soin et à la réinsertion sociale. Deux modalités sont offertes aux parties du réseau : soit être adhérent, soit être partenaire pour une action spécifique.

Il réunit sur douze secteurs psychiatriques (huit généraux, trois infanto-juvéniles et un pénitentiaire) :

- ... six établissements de santé ;
- ... deux associations de professionnels libéraux.

Il a notamment pour partenaires :

- ... des institutions publiques (l'Éducation nationale, le ministère de la Justice, des circonscriptions décentralisées, la MDPH, le Pôle Emploi) ;
- ... vingt-sept associations ;
- ... trois sociétés d'HLM ;
- ... des représentants d'usagers.

Le réseau est coordonné par un directeur médical psychiatre et un administrateur du groupement

Des résultats positifs ont été ressentis dès la première année de la concrétisation de la filière de soins partagés. Sa mission était d'instituer des structures de consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint composé de psychiatres et de psychologues pour « apporter un avis sur toute les situations que les médecins souhaitaient adresser en psychiatrie, dans des délais raisonnables (de deux jours à trois semaines) » afin de « permettre au médecin d'assurer directement le suivi de son patient le plus longtemps possible tout en lui permettant d'augmenter ses compétences en matière psychiatrique et en lui proposant un dispositif d'aide et de supervision en cas de besoin ».

- ... 12 000 journées d'hospitalisation ont été gagnées la première année et 94 % des patients sont restés dans leur hébergement sans complication ;
- ... seuls 19 % des patients en structures médico-sociales ont nécessité une hospitalisation, ce qui est moins que les années précédentes ;
- ... seuls 3 % des patients placés ont dû être réorientés.

En termes de reproductibilité du réseau, les acteurs considèrent que, s'il y a quelques points spécifiques de vigilance, plusieurs facteurs conditionnent le devenir du réseau :

- ... une forte implication des porteurs et une collaboration entre les administratifs et les médecins, sans que l'hospitalo-centrisme prenne le pas sur la logique collaborative intersectorielle ;
- ... une définition concertée des objectifs du réseau sur la base d'une logique de gains partagés ;
- ... une implication et un soutien des autorités de tutelle ;
- ... l'adossement du réseau à une structure importante ;
- ... un partage d'expérience et de savoir dans une logique de respect des spécificités de chaque secteur.

Cependant, les équipes ont souligné quelques écueils à éviter. Il faut notamment :

- ... assurer une coordination efficiente respectant les spécificités des secteurs ;
- ... apaiser les enjeux de pouvoir et éviter les lourdeurs administratives ;
- ... rappeler régulièrement le cadre d'intervention du réseau ;
- ... communiquer dans et hors de réseau sur le réseau pour maintenir la mobilisation des acteurs.

(29) Source : site Internet du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux. Pôle aquitain de l'adolescent, CHU de Bordeaux, Centre Jean-ABADIE, 89, rue des Sablières, 33000 Bordeaux
(30) Monographie « Filière psychiatrique, RPSM 78 », ANAP 2010.

DE LA COOPÉRATION À L'INTÉGRATION

L'établissement résultant de la fusion des Centres hospitaliers de Granville et d'Avranches est une très bonne illustration⁽³¹⁾ de la recomposition de l'offre de soins. La réorganisation de l'offre de soins n'a pas conduit à la suppression des lits de chirurgie et ce, malgré les premières appréhensions liées aux différences culturelles.



ZOOM

Avranches-Granville : un exemple de restructuration réussie

Le Centre hospitalier intercommunal d'Avranches-Granville dans la Manche est issu d'une fusion de deux établissements. Toutefois, cette fusion n'a pas conduit à une répartition des activités fondées sur un projet médical assurant une complémentarité des sites. Cela a généré un déséquilibre budgétaire substantiel.

Pour redresser la situation financière de l'établissement, le plan de retour à l'équilibre a conduit à la fermeture du site d'accouchement de Granville (maternité de niveau I) et au regroupement des activités obstétricales sur le site d'Avranches (maternité de niveau II).

Les activités médicales et la chirurgie ambulatoire ont, quant à elles, été transférées à Granville.

Malgré les premières désapprobations, l'ensemble des acteurs territoriaux est désormais satisfait de cette recomposition territoriale qui a donné des résultats très satisfaisants.

Désormais, les sites sont spécialisés de la façon suivante :

- le site d'Avranches gère la chirurgie, la neurologie et le pôle mère-enfant ;

- le site de Granville a une vocation médicale et s'occupe de la cancérologie et de la chirurgie ambulatoire.

Il est important de considérer que les coopérations n'ont pas pour vocation de fusionner les établissements de santé. D'ailleurs, si l'on s'attache aux dispositions légales, la fusion n'est qu'un des instruments de préservation de la continuité des soins du Directeur général de l'Agence régionale de santé, face aux refus des établissements de coopérer. Pour autant, si les coopérations sont opérationnelles et que les contraintes liées aux superpositions d'instances deviennent plus importantes que les bénéfices qu'elles apportent, il convient alors – et cela participerait d'ailleurs à l'amélioration du service rendu aux usagers – de réfléchir à une intégration totale des établissements.



À RETENIR

La coopération repose sur trois paradigmes :

- l'intérêt commun des parties, qui coopèrent entre elles ;
- la notion d'équité ;
- l'absence de recherche d'un profit.

La coopération constitue un levier d'action des acteurs de santé pour mener à bien leurs missions.

(31) Rapport d'information n°287 (2007-2008) de M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales et déposé le 15 avril 2008.



3

LES PRÉALABLES À UNE COOPÉRATION TERRITORIALE

Les préalables à la mise en place d'une coopération territoriale sont nombreux. Ce chapitre détaille les thèmes devant, de façon quasi systématique, être abordés :

- ...⇒ la délimitation du territoire ;
- ...⇒ la définition des objectifs avant de choisir une forme juridique de coopération ;
- ...⇒ la formulation des objectifs ;
- ...⇒ les acteurs concernés.

Les questions méthodologiques et la démarche de gestion de projet, outils essentiels dans la conduite des projets de coopération, seront traités dans le chapitre 4.

DÉLIMITATION DU TERRITOIRE

LA NOTION DE TERRITOIRE

La réflexion sur les coopérations territoriales est directement issue des nombreuses réformes de santé publique et hospitalières. Elles ont conduit à s'interroger sur la définition de priorités, notamment en santé publique, sur leur mise en œuvre et leur suivi du niveau national jusqu'au niveau du territoire de santé. Cette réflexion a participé à l'organisation au cours de ces dernières années de la planification sanitaire et sociale.

La loi HPST a consacré la notion de territoire de santé. Cette notion de territoire de santé peut être inscrite dans le cadre des réflexions sur le niveau d'administration territoriale. Elle conduit à s'interroger sur le niveau auquel (ou les niveaux auxquels) il convient d'inscrire l'action publique, afin que celle-ci soit la plus efficace. Comment, dans le domaine de la santé, réussir à parler objectivement de « masse critique », d'« efficacité » ?

Le chapitre précédent a identifié un ensemble de raisons qui conduisent à réfléchir à une organisation territoriale : organisation du point de vue de la proximité, démographie médicale, évolution technique, conditions de financement...

Emmanuel VIGNERON, Professeur d'aménagement à l'université Montpellier III, s'interrogeait dans la revue *Gestions Hospitalières*⁽¹⁾ sur « "le" niveau pertinent, "la" maille idéale » pour conclure que « les questions de santé montrent assez qu'il n'y a pas "un" niveau pertinent d'administration mais plusieurs niveaux en fonction de la nature des problèmes posés. »

Était rappelée dans cet article la structuration des différents niveaux de territoire issue de la circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération et reprise dans le rapport Couty de janvier 2009 relatif aux missions et à l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale.

(1) *Gestions Hospitalières* n° 488 - août/septembre 2009

« Aménagement du territoire et efficacité - Quels niveaux de territoires pour la santé ? » (p. 449-452).

| TERRITOIRE | SOINS SOMATIQUES | SANTÉ MENTALE |
|--|--|---|
| Soins de proximité : bassin de vie (4 000) | Médecine ambulatoire Hôpitaux locaux | Dispositif extrahospitalier |
| Niveau intermédiaire Pays ou groupe de pays (30/400) | Hospitalisation de proximité 1 ^{er} niveau de plateau technique | Hospitalisation complète et structures avec hébergement |
| Niveau de recours Villes importantes, territoires de santé (150) | Urgences 2 ^e niveau de plateau technique 24h/24 | Unités d'hospitalisation complète intersectorielles dont Umap/ Upid |
| Niveau régional CHU (30) | 3 ^e niveau de plateau technique Disciplines émergentes très liées à la recherche et à la formation | SMPR Certains thèmes cliniques |
| Niveau interrégional (7/8) | Certaines spécialités | UMD Recherche |

Source : Emmanuel VIGNERON, Gestions Hospitalières n° 488

Le présent guide méthodologique des coopérations territoriales n'a pas pour objectif de proposer une démarche de délimitation des territoires de santé. Le parti est donc pris de considérer que la notion de « territoire » utilisée dans la construction d'une coopération territoriale correspond à un « territoire de projet » répondant aux usages de l'espace par ses habitants, constituant une réalité fonctionnelle appréhendable par chacun.

À ce titre, les monographies réalisées par l'ANAP ont montré que la nature des projets mis en place influence de manière sensible la taille du territoire concerné. On constate par exemple que les filières de type gérontologie, addictologie, endocrinologie, diabétologie, périnatalité-pédiatrie, soins palliatifs... semblent plus pertinentes sur des territoires de proximité, de petite taille, là où des filières de type cardiologie, neurologie, radiologie... nécessitent plutôt des territoires plus grands de type bassin de vie pour permettre de disposer des compétences nécessaires et du volume de patients pertinent pour faire fonctionner les plateaux techniques correspondants.

Ainsi, dans la région Nord-Pas-de-Calais, ces différents types de filières correspondent à des territoires de 100 000 à 300 000 habitants pour ce qui concerne les territoires de proximité et à des bassins de vie d'environ un million d'habitants pour les filières plus techniques. Ce découpage et cette répartition semblent valables pour des régions à forte densité de population⁽²⁾. Il est probablement à revoir sur des régions moins densément peuplées ou plus petites. Ces dernières peuvent alors également envisager certaines filières de façon interrégionale pour être pertinentes et performantes.

Dans tous les cas, il est important de conserver en mémoire le fondement même d'une approche territoriale de la santé :

- dépenser mieux, au plus près des besoins pour mieux soigner ;
- permettre de mieux soigner en évitant les dépenses inutiles.

Pour cela, plusieurs approches sont complémentaires :

- l'élaboration d'une grille objective du territoire permet de se libérer de l'approche traditionnelle centrée sur l'offre de soins. Cette grille objective du territoire vise à partir des besoins de santé de la population, d'un état à un instant donné pour aller

vers un idéal à atteindre. Elle confronte ainsi une approche « consommation de soins par territoire » avec une approche « production de soins par territoire », afin d'identifier les doublons et les manques, les zones couvertes et non couvertes ;

- l'identification d'objectifs gagnant-gagnant par la lutte contre les risques d'inégalité de soins sur les territoires et par la garantie que les restructurations de l'offre resteront pertinentes pour la population ;

- l'analyse de la viabilité économique de la coopération créée, notamment dans le rapport entre coûts fixes de gestion et niveau d'activité de la structure et dans l'analyse des risques de déséquilibre financiers des établissements du fait des activités transférées ;

- la révolution culturelle engendrée par la mise en œuvre d'une coopération nécessite une adaptation des acteurs de la santé, avec le passage d'une attitude jusque-là plutôt hospitalo-centrée à une démarche plus orientée sur la trajectoire du patient dans laquelle le passage par une structure sanitaire n'est qu'une étape de sa prise en charge.

L'ÉLABORATION D'UNE GRILLE OBJECTIVE DU TERRITOIRE

Ce chapitre est issu de deux monographies portant sur la méthodologie de construction des projets médicaux de territoire, l'une dans la région Nord-Pas-de-Calais et l'autre dans la région Rhône-Alpes. Si les méthodes d'analyse des territoires mises en œuvre par ces deux ARH sont différentes, elles visaient toutes deux à disposer d'une vision objective des différents territoires de la région afin de traduire cette vision dans une stratégie d'évolution à moyen terme.

En synthèse, ces deux méthodologies d'analyse du territoire partent de postulats différents :

- une analyse détaillée des déterminants de santé (morbidité, mortalité, modalités et lieux de consommation de soins de santé) et des indicateurs de précarité sur le territoire de la région Nord-Pas-de-Calais ;

- une analyse systématique de l'organisation de l'offre de soins mise en place sur chaque territoire (bassin) de la région Rhône-Alpes à partir de références établies pour chaque volet du SROS.



ZOOM

Région Nord-Pas-de-Calais⁽³⁾

Cette méthode utilise les données génériques et disponibles, leur analyse aboutit à une qualification de chaque territoire et à une description des besoins de santé de ses habitants. Elle présente l'avantage d'être reproductible car les outils de mesure utilisés sont « universels » dans la mesure où ils sont construits pour d'autres objectifs que ceux des projets médicaux de territoire. L'analyse doit être menée avec clairvoyance afin de décrire la situation. Ainsi, une surconsommation de soins de santé par rapport à la moyenne nationale n'a pas le même sens dans le Nord-Pas-de-Calais que dans la région PACA.

Le diagnostic doit être réalisé dans la perspective d'améliorer la situation existante. En conséquence, une fois les problématiques posées, il doit être suivi de l'identification de solutions pour chaque domaine déficient avec une répartition harmonieuse sur le territoire. Cette étape est essentielle pour la réussite du projet. Elle repose sur une connaissance approfondie de chacun des bassins de vie et des territoires concernés par la mise en place de filières (niveau de l'offre de soins par domaine, santé financière des établissements par rapport à la mise en place de la Tarification à l'activité, qualité technique de la réponse, flux d'aval avec existence ou non de SSR, d'EHPAD, rapports de force public-privé, environnement politique, etc.).

Du fait de la méthodologie utilisée pour mener le diagnostic (analyse à partir de données génériques), ses conclusions doivent être présentées et commentées afin d'obtenir une mobilisation des acteurs clés du territoire qui seront mobilisés sur la réalisation de mesures correctrices.

Cette méthode est simple à mettre en place pour le volet « Diagnostic ». Elle est en revanche complexe dans la concrétisation d'actions correctrices. Elle est très exigeante vis-à-vis du délégué de territoire, la mobilisation des professionnels ne pouvant être obtenue qu'en prenant en compte les forces et les faiblesses de chacun des acteurs sur chaque territoire concerné.



ZOOM

Région Rhône-Alpes⁽⁴⁾

Cette méthode a nécessité l'accord préalable de l'ensemble des acteurs (notamment des médecins référents sur chaque volet du SROS) pour identifier et choisir des critères en nombre limité pour chacune des thématiques (environ trois en moyenne par thème). Elle présente ainsi l'avantage de réaliser une étude du territoire à partir de critères partagés et homogènes pour tous et non à partir de critères établis individuellement (pour chaque établissement ou chaque bassin de santé par exemple).

Ainsi, cette ossature commune permet par exemple d'éviter l'émergence d'un leader qui aurait adapté un cadre trop général à ses propres données afin de mettre en avant ses propres besoins et surtout, elle permet d'établir des diagnostics partagés et comparables.

Au-delà, cette trame commune peut servir de feuille de route pour suivre la mise en œuvre des actions dans le temps. Ainsi, une fois par an (par exemple), on pourrait réaliser une revue des différents thèmes pour voir ce qui a évolué ou non et pourquoi, afin de reprogrammer des actions pour l'année suivante.

La limite de cette méthode est la relative rigidité de cette structure (qui peut bien entendu être dépassée par des commentaires permettant de prendre en compte des facteurs spécifiques expliquant les différences entre territoires, établissements, etc.) qui demeure assez lourde à systématiser du fait du nombre d'indicateurs (une cinquantaine) et ce malgré le nombre restreint de critères par thématique.

Pour autant, pour identifier les zones et les thématiques prioritaires de façon transparente, cette méthodologie semble assez remarquable, notamment pour ses aspects systématiques, partagés et homogènes pour tous les territoires concernés. De plus, elle permet une capitalisation des résultats à moyen terme et donc une analyse temporelle en plus de l'analyse spatiale.

Entre 2006 et 2008, la région Rhône-Alpes comptait treize bassins hospitaliers dont le plus avancé dans cette démarche était celui de Bourg-en-Bresse, dans l'Ain.

Cette démarche a rencontré différentes difficultés :

- ❖ les besoins ont été mis en exergue sans que soit analysée la faisabilité de la réponse à leur apporter ;
- ❖ le découpage territorial a montré ses limites ;
- ❖ l'analyse des données montre des « effets frontières » interrégionaux liés au fait que les patients soient plus ou moins attirés vers des établissements d'un territoire limitrophe pour des raisons de proximité, de compétence ou de qualité perçues ;

Ex. : tendanciellement, les habitants du nord-ouest de l'Ain se tournent vers les établissements de Mâcon en Bourgogne, alors que ceux du Nord-Est sont attirés par la Suisse,

- ❖ les « effets frontières » interdépartementaux et intrarégionaux. Cette question se pose notamment pour les structures médico-sociales financées par le Conseil général et qui interviennent dans le cadre d'une filière de soins interdépartementale ;

Ex. : le réseau de santé « Ville-hôpital-visage » sur Vienne est au carrefour de trois départements, deux bassins de santé et huit cantons,

- ❖ les « effets frontières » liés à la superposition des dispositifs : la difficulté majeure pour le réseau local est de coordonner un système coopératif avec des acteurs qui relèvent de collectivités différentes et dont chaque projet doit être validé par des élus locaux soumis aux écueils de la visibilité politique et des échéances électorales.

Dans le cadre de la préparation du projet de GCS sud Yonne-Haut Nivernais, une démarche d'analyse du territoire a été mise en œuvre par les cinq établissements concernés (Centre hospitalier d'Auxerre, Centre hospitalier d'Avallon, Centre hospitalier de Clamecy, Centre hospitalier de Tonnerre et maison départementale de retraite de l'Yonne).

Dans ce cadre, « les professionnels des Centres hospitaliers d'Auxerre, Avallon, Clamecy et Tonnerre ainsi que de la maison de retraite départementale de l'Yonne ont défini pour les cinq ans à venir des objectifs partagés et coordonnés. Ils agissent ensemble dans le groupement de coopération sanitaire pour garantir des soins de qualité accessibles à tous les habitants du territoire. »⁽⁵⁾

**ZOOM****Groupement de coopération sanitaire sud Yonne - Haut Nivernais⁽⁶⁾**

Le Centre hospitalier d'Auxerre pilote la mise en place d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) entre lesdits établissements de santé dans le but de rechercher et mettre en œuvre les moyens humains et équipements à mutualiser. Sept axes de coopération ont d'ores et déjà été retenus :

- ❖ les urgences ;
- ❖ l'oncologie ;
- ❖ les soins de suite et de réadaptation ;
- ❖ la filière gériatrique ;
- ❖ la diabétologie et l'éducation du patient ;
- ❖ l'HAD ;
- ❖ les instances et la mutualisation médico-économique.

Le projet médical de territoire

Le projet médical de territoire précise les modalités d'organisation médicale et les répartitions d'activité entre les sites, les coopérations et les complémentarités à mettre en œuvre dans les domaines médico-techniques, techniques et administratifs. Il doit être porté par l'ensemble des établissements et faire l'objet d'une approbation par l'Agence. Il peut donner lieu à la négociation d'un contrat d'objectifs et de moyens interétablissements.

C'est sur la base de ce projet médical de territoire que les établissements doivent élaborer leur projet d'établissement, conçu comme un projet d'organisation qui s'inscrit dans la cohérence globale du projet de territoire.

La traduction opérationnelle du projet de territoire s'effectue à travers la négociation d'un Contrat d'objectifs et de moyens entre l'Agence et chaque établissement. Il constitue un préalable à toute négociation de moyens supplémentaires dans le cadre d'un contrat pluriannuel.

Le projet médical de territoire est la déclinaison opérationnelle des objectifs du SROS au sein du territoire de santé.

Démarche mise en œuvre

- ❖ Contexte général :
 - évolution de la population (1999-2006) ;
 - perspectives démographiques d'ici 2030 ;
 - médecine libérale ;
 - participation de la médecine de ville à la permanence des soins ;
 - évolution de la démographie des professions paramédicales ;
 - mortalité ;
 - évolution de la mortalité par type de pathologie dans l'Yonne ;
 - SSR.

(5) Comité de pilotage du GCS composé des présidents de CME, directions des établissements et directeurs des soins, réuni les 30 et 31 mars 2010.

(6) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS - DGOS, 2010.

• État des lieux :

- évolution des parts de marché (2004-2008) ;
- zone d'intervention et de recrutement des établissements du GCS et des services d'HAD ;
- évolution des parts de marché par spécialité ;
- contexte épidémiologique ;
- grandes orientations du SROS 3 et plan de santé publique (Alzheimer, cancer) ;
- offre d'hébergement ;
- profil des patients ;
- instances et mutualisation médico-économique.

• Plan d'action :

- créer des instances communes de territoire (CLIN, CLAN, CME, CLUD, Comité d'éthique, commission des vigilances) ;
- mutualiser les services informatique et biomédical pour les établissements du territoire (biomédical, informatique) ;
- formaliser les relations entre les commissions des soins ;
- mettre en place une méthodologie de recensement commune et des actions communes de formation ;
- avoir en commun un service des achats et une équipe DIM ;
- développer le contrôle de gestion territorial ;
- organiser le recours aux plateaux techniques (laboratoire, pharmacie, imagerie...) ;
- mettre en place un service qualité/gestion des risques territorial ;
- formaliser les relations entre les services d'appel à projet ;
- élaborer un plan de recrutement médical coordonné pour l'ensemble des établissements du GCS ;
- harmoniser l'appropriation de la méthodologie de choix et de réalisation des EPP, en assurer le suivi et motiver les acteurs ;
- élaborer un volet « schéma directeur SI territorial », un volet « projet de soins territorial » et un volet « projet social territorial » ;
- communiquer sur l'offre de soins du GCS.

DÉFINITION DES OBJECTIFS AVANT LE CHOIX DU SUPPORT JURIDIQUE

L'intérêt de la coopération territoriale est de surmonter les difficultés que rencontrent les établissements (passage à la Tarification à l'activité, investissements, démographie médicale, etc.) en développant des stratégies partagées à l'échelle du territoire et en mutualisant les moyens et les ressources.

Pour réunir les conditions de réussite d'une coopération, la définition d'une stratégie commune est nécessaire. En effet, la mise en œuvre d'objectifs communs établis à partir de la stratégie favorise le développement de synergies entre les différents sites des établissements tout en respectant et en sauvegardant l'identité de chaque établissement. L'objectif commun est bien d'améliorer la qualité et la performance des soins délivrés aux patients et aux personnes au meilleur coût. Pour cela, le regroupement de certaines activités permet de garantir davantage la sécurité de l'offre de soins. Il est important de veiller à ce que les objectifs communs figurent dans le projet médical des établissements partenaires.

FORMULATION DES OBJECTIFS

LA DÉFINITION D'OBJECTIFS D'UN PROJET DE GAINS PARTAGÉS

Le destin d'une structure de coopération est substantiellement lié à une réflexion stratégique sur le territoire de santé. Le rapprochement de ses futurs membres est conditionné à une analyse rationnelle des avantages et des compromis auxquels les établissements seront confrontés. Les différentes parties à la convention doivent préalablement réfléchir sur :

- les modalités d'exercice et le champ de compétence de la future coopération ;
- la répartition des activités entre les établissements et le groupement ;
- la forme juridique de la future structure de coopération ;
- le financement de la structure de coopération.

C'est donc à une analyse des objectifs, des moyens et des bénéfices attendus qu'il faut procéder.

Les principaux bénéfices aujourd'hui recensés comme attendus sont :

- la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et de traitement sur les territoires ;
- la lutte contre un déficit de la démographie médicale et paramédicale ;
- la préservation des professionnels subissant un isolement géographique ;
- l'introduction d'un niveau de restructuration pertinente des établissements, participant notamment à la recomposition du paysage hospitalier définie dans le SROS.

Les coopérations doivent s'adosser à une profonde réflexion sur l'analyse des besoins de la population identifiés dans le SROS, en adéquation avec l'offre de soins que les établissements proposent. Elles ne doivent pas préserver par principe à l'identique l'ensemble de l'offre proposée par chacun des établissements membres de la coopération.

Toutefois, quel que soit l'objectif affiché de la coopération, celle-ci doit s'attacher à rechercher un équilibre financier individuel de chacun des établissements, sans méconnaître les besoins réels de la population.



À RETENIR

La recomposition du territoire s'apprécie tant en termes économiques que d'aménagement du territoire (maintien de l'offre sur l'ensemble du territoire) et de conservation du lien social.

Tant sur le volet financier que sur le volet identitaire, culturel, social, les établissements ne doivent pas se sentir lésés par le compromis de la coopération. Parce que toute démarche de collaboration ne peut se limiter à être décrétée, les acteurs locaux doivent y consacrer du temps.

Les établissements doivent se garder de deux démarches :

- celle du gros établissement qui souhaite phagocytter les petits établissements qui l'entourent ;
- celle des établissements qui constituent une coopération « de résistance » face au gros établissement du territoire.

Coopérer n'est pas une fin en soi, mais un moyen qui permet d'atteindre des objectifs partagés. C'est pourquoi, avant d'initier tout projet de coopération, il est important d'identifier les objectifs de la mutualisation et d'évaluer les bénéfices attendus et les risques associés à la mutualisation.

Les objectifs de la coopération sont multiples :

- travailler ensemble, partager des informations, des ressources, afin d'enrichir la connaissance et les compétences des parties prenantes au projet ;
- rechercher la complémentarité ;
- atteindre un seuil critique, afin de rendre faisable un projet en termes financiers et/ou techniques :
 - créer de la valeur (ex. : mise en place d'une filière de prise en charge à plus forte valeur ajoutée),
 - augmenter la qualité des soins et du service rendu,
 - maîtriser les coûts.

La mise en place d'une coopération nécessite de se placer dans une relation gagnant-gagnant entre les parties prenantes : chacun doit tirer des avantages de cette mutualisation, mais chacun doit aussi consentir à partager et à faire des concessions. Pour ce faire, la réciprocité est nécessaire (capacité à comprendre les besoins de ses partenaires, même s'ils sont différents des siens).



ZOOM

Une illustration de la relation gagnant-gagnant tirée de la théorie des jeux ⁽⁷⁾

Le « dilemme du prisonnier », décrit notamment dans la théorie des jeux, permet, par analogie, d'illustrer cette relation gagnant-gagnant.

La forme habituelle de ce dilemme est celle de deux prisonniers (complices d'un délit) retenus dans des cellules séparées et qui ne peuvent communiquer.

- Si un seul des deux avoue, celui-ci est certain d'obtenir une remise de peine alors que le second obtiendra la peine maximale (10 ans) ;
- Si les deux avouent, ils seront condamnés tous les deux, mais à une peine plus légère (5 ans) ;
- Si aucun n'avoue, la peine sera minimale (6 mois).

Ainsi, lorsque chacun poursuit son intérêt individuel, le résultat obtenu pour l'ensemble des parties prenantes n'est pas optimal (scénario 1 ou 2).

Le scénario 3, le plus optimal si l'on somme les gains pour les deux prisonniers, est celui qui nécessite une confiance mutuelle.

(7) Cité par GMSIH « Étude de cadrage de la mutualisation des établissements de santé pour leurs systèmes d'information », novembre 2008.

Dans un projet de mutualisation, cette confiance mutuelle ne s'obtient que si :

- ... chacune des parties prenantes y trouve un intérêt ;
- ... les moyens mis en œuvre pour chacun des membres sont équilibrés et proportionnels à leurs possibilités ;
- ... aucun des membres ne peut tirer un avantage qui nuirait aux autres.

Cela nécessite :

- ... de définir précisément les objectifs communs et la déclinaison pour chaque membre du projet mutualisé. L'intérêt de chacun doit être explicite et connu des autres ;
- ... de définir concrètement les apports de la mutualisation pour chacune des parties prenantes ;
- ... une préparation dont la durée est proportionnelle à la durée de mise en œuvre du projet ;
- ... la mise en place d'une structure d'accompagnement du projet dans laquelle chaque partie prenante est représentée ;
- ... une transparence sur les enjeux et objectifs de chaque partie prenante, et un dispositif de communication renforcé entre elles ;
- ... des règles claires et partagées sur les modalités de retour arrière ou de retrait du projet (qui doivent être fermes pour limiter toute tentative infondée de désistement).

Dès lors que la coopération s'établit sur des bases saines, les établissements peuvent attendre :

- ... l'amélioration de la permanence et la qualité du service dispensé au profit des usagers ;
- ... la création collective de valeur ;
- ... l'accès à des expertises rares ;
- ... la mise en œuvre d'une gestion de projet renforcée impliquant un meilleur contrôle des délais et des coûts du projet ;
- ... l'optimisation des ressources financières ;
- ... la montée en compétence des équipes des établissements, notamment grâce aux échanges et au partage d'informations, à l'accès à l'expertise des autres établissements.



ZOOM

L'EPIS Sud-Ouest Somme : une fusion gagnant-gagnant⁽⁸⁾

L'Établissement public intercommunal de santé (EPIS) Sud-Ouest Somme est issu de la fusion de cinq entités juridiques médico-sociales :

- ... trois Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- ... la maison de retraite Hôtel-Dieu d'Airaines ;
- ... la maison de retraite d'Oisemont ;
- ... la résidence des Evoissons à Poix-de-Picardie ;
- ... un foyer de vie EPIS et d'hébergement de Frocourt ;
- ... un Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) de Poix-Airaines.

La création de ce groupement a transféré ces structures du secteur médico-social dans le secteur sanitaire. La fusion a renforcé ses acteurs :

- ... les établissements ont fusionné leurs instances. Cela a été facilité par le fait que deux directeurs se partageaient la direction de ces établissements ;
- ... si les établissements ne connaissaient pas de difficultés financières propres, ils ont souhaité se rapprocher pour améliorer l'efficacité de leurs organisations, tant sur le volet logistique (marchés publics, mutualisation, simplification administrative...) que financier (autofinancement...);
- ... l'EPIS dispose d'une capacité d'environ 590 lits fonctionnant avec 300 agents en ETP ;
- ... il dispose d'un budget global d'exploitation de 18 millions d'euros.

De nouvelles perspectives :

- ... demandes d'autorisation d'activité sanitaire de type Soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ... positionnement sur des projets territoriaux d'envergure comme le Pôle d'excellence rurale (PER) « Innovation santé autonomie du Grand Sud-Ouest amiénois ».

(8) Dépêche HOSPIMEDIA 25 août 2010.

ASSURER LA VIABILITÉ ÉCONOMIQUE DE LA COOPÉRATION CRÉÉE

La mutualisation est « une mise en commun d'objectifs qui se décline, dans le cadre d'une gouvernance commune et dédiée, en la mise en commun de toute phase d'un projet ou service du système d'information, dans laquelle chacune des parties prenantes trouve un avantage et qui permet, en dépassant un seuil critique, d'atteindre des ambitions plus grandes, à coût marginal décroissant et qualité accrue. »⁽⁹⁾

Le volet économique de la coopération à construire est l'un des aspects fondamentaux pour le succès futur de la coopération. Plusieurs questions doivent être traitées préalablement à la mise en œuvre opérationnelle de l'activité faisant l'objet de la coopération :

... quel est le degré de connaissance par chacune des structures devant participer à la coopération des dépenses et des recettes réelles correspondant à l'activité concernée ?

... quelle est la méthodologie retenue par les structures concernées pour l'identification des dépenses et des recettes ? Plusieurs thèmes sont à traiter, notamment :

- identifier les charges directes liées à l'activité faisant l'objet de la coopération :

- ressources humaines mobilisées,
- consommables,
- contrats de maintenance des équipements,
- amortissements et frais financiers...

- identifier l'ensemble des charges induites découlant de l'activité,

- coûts de transport,
- frais de gestion,
- coûts de structure...

- être attentif aux structures de coûts qui peuvent être différentes selon le statut des établissements (public ou privé) ou leur champ d'activité (sanitaire, médico-social...),

- avoir une connaissance exhaustive des engagements de long terme pris antérieurement et dont la date de fin prévue sera postérieure à la mise en œuvre de la coopération :

- contrats de travail en cours,
- valeur nette comptable des biens non encore amortis en totalité,
- contrats de maintenance ou d'entretien en cours ;

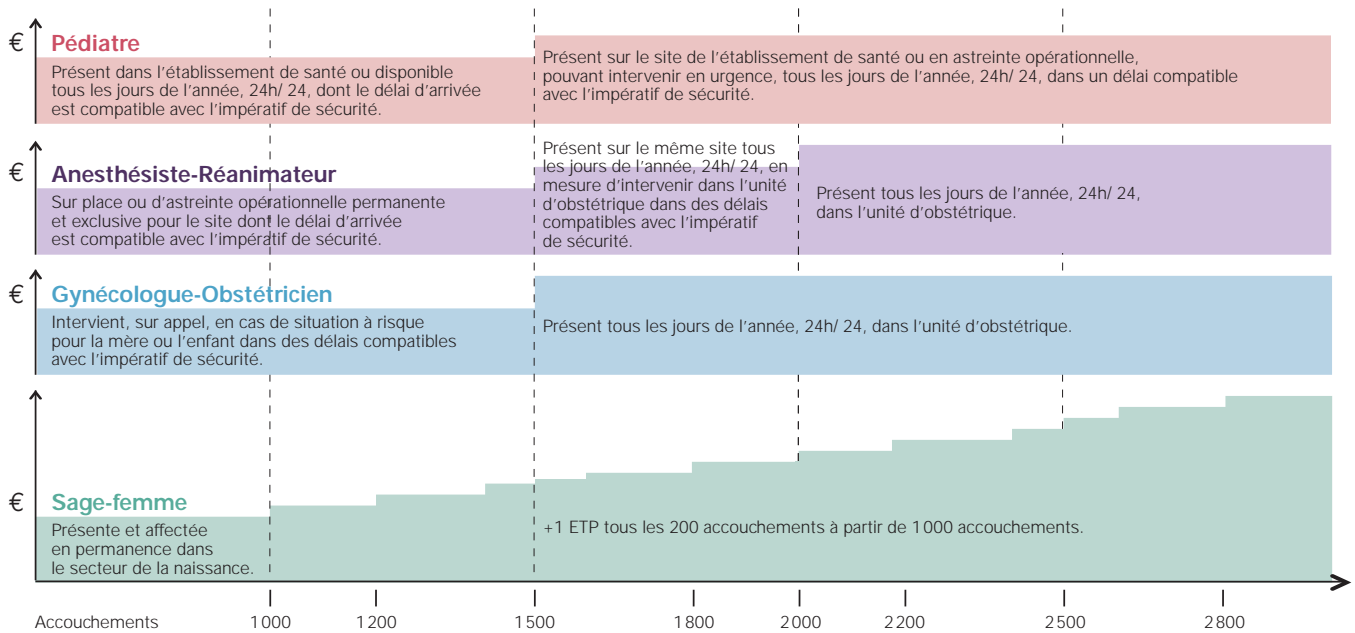
... quel est le modèle économique régissant l'activité qui va faire l'objet de la coopération ? Est-ce une activité dont les coûts progressent de façon essentiellement linéaire ou s'agit-il d'une activité dont les coûts progressent par palier ? Dans cette dernière hypothèse, quels sont les niveaux de production pour lesquels un renversement de tendance peut être détecté ?

... quel est le modèle de recettes applicable à l'activité ? Va-t-il être impacté par une modification de la forme juridique qui sera retenue pour soutenir la coopération ? Par exemple, y aura-t-il un changement d'échelle tarifaire si l'on passe d'une activité réalisée par le secteur public à une activité entrant dans le champ du secteur privé, ou l'inverse ?

L'ensemble de ces interrogations doit être envisagé, que la coopération à construire concerne des activités liées aux soins ou qu'il s'agisse de mutualiser des processus de production ou logistique. Les modèles de construction des coûts peuvent ainsi trouver des similitudes de principe : à titre d'exemple, les exigences réglementaires pour le fonctionnement d'un secteur de naissance (article D. 6124-44 du Code de la santé publique) montrent bien la progression des moyens à mobiliser en fonction des paliers d'activité.

(9) Étude de cadrage de la mutualisation des établissements de santé pour leurs systèmes d'information, GMSIH, novembre 2008

Exemple de mobilisation des ressources humaines dans un secteur de naissance par palier en fonction du niveau d'activité (article D. 6124-44 du Code de la santé publique)



LE RISQUE DE DÉSÉQUILIBRE DES ÉTABLISSEMENTS DU FAIT DES ACTIVITÉS TRANSFÉRÉES

Parmi les points de vigilance devant accompagner la mise en œuvre d'une coopération, la question de l'équilibre financier des structures membres de la coopération doit être soulevée avec une grande attention.

En effet, dans l'hypothèse de la mise en œuvre d'une coopération organique dotée de son propre budget et dans laquelle auront été transférées une ou plusieurs activités génératrices de recettes, les établissements initiaux ne sont plus destinataires ni des dépenses, ni des recettes liées aux activités transférées.

Si l'un des établissements transfère à la structure de coopération plus de recettes que de dépenses, il existe un risque non négligeable que le niveau de recettes des activités non transférées dans la coopération vienne à être insuffisant pour couvrir les dépenses également non transférées. Dans cette hypothèse, une activité excédentaire transférée dans une structure de coopération viendrait à rendre l'un des membres de la coopération déficitaire.

Si d'aventure cette situation survenait, faudrait-il pour autant ne pas conduire la coopération à son terme et donc condamner par avance la construction d'une coopération qui pourrait améliorer le niveau et la qualité de prise en charge des patients ou des usagers ?

Il convient d'être vigilant sur ce point et d'envisager, sur un territoire, les éventuelles dispositions compensatoires permettant aux établissements concernés de faire face à la survenue d'un déficit, postérieurement à la mise en œuvre de la coopération. Au-delà des aspects qualitatifs d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et des usagers, il est toutefois essentiel que la mobilisation financière de l'ensemble des établissements, dispositif de coopération inclus, soit inférieure à la mobilisation financière antérieure à la mise en place du dispositif coopératif.

Une réflexion stratégique doit être conduite pour confronter deux hypothèses potentiellement antagonistes :

- … la recherche d'une situation d'équilibre de chacun des établissements du territoire ;
- … la mise en œuvre d'un plan global d'équilibre financier du territoire.

En d'autres termes, l'atteinte de l'équilibre financier global d'un territoire pourrait nécessiter l'apport d'un financement spécifique à un établissement rendu déficitaire par la création de la forme de coopération.

LES ACTEURS

LE RÔLE DES « ARS » DANS LES COOPÉRATIONS TERRITORIALES

Dans chaque région, l'Agence régionale de santé (ARS) a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant notamment à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- des objectifs de la politique nationale de santé ;
- des principes de l'action sociale et médico-sociale.

Plus précisément, les ARS sont chargées :

- de mettre en œuvre au niveau régional la politique nationale de santé publique définie en liaison avec les autorités compétentes, dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile ;
- de réguler, orienter et organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

La coopération sanitaire est l'un des outils de pilotage du système régional de santé, placé sous la responsabilité de l'Agence régionale de santé.



À NOTER

Textes de référence

Art. L.1431-2 du CSP
 Art. L.1434-1 du CSP
 Art. L.1434-9 du CSP
 Art. L.6122-7 du CSP
 Art. L.6131-1 et L.6131-2 du CSP
 Art. 22 II 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.
 Circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements.

Dispositif mis en place

Avec la mise en place des ARS, la coopération entre acteurs du champ de la santé a vocation à surmonter les cloisonnements traditionnels entre secteurs hospitalier, médico-social et médecine de ville.

Cette perspective est illustrée par le Projet régional de santé (PRS) et, plus particulièrement, par le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) :

• le projet régional de santé relève de la compétence du Directeur général de l'ARS. Il définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé. Le Projet régional de santé est constitué d'un plan stratégique régional de santé, des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Dans le Projet régional de santé, c'est essentiellement le Schéma régional d'organisation sanitaire qui précise les projets de coopération.

• le SROS précise notamment les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements.

En particulier, le SROS fixe, en fonction des besoins de la population et par territoire de santé, les coopérations entre établissements de santé. Le projet d'établissement et le CPOM doivent être compatibles avec le schéma.

Le CPOM passé entre l'ARS et chaque établissement fixe les actions de coopération dans lesquelles ce dernier s'engage.

L'ARS dispose d'une palette d'outils pour coordonner les actions des établissements, les inciter à coopérer ou, le cas échéant, les y contraindre. Quatre catégories de mesures, présentées ci-dessous, peuvent être prises par le DGARS.

1 / Le Directeur général de l'ARS coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment pour :

- l'adapter aux besoins de la population et assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ;
- garantir la qualité et la sécurité des soins ;
- améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins, maîtriser son coût ;
- améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.

Afin d'atteindre ces objectifs, le Directeur général de l'ARS peut :

- ... demander aux établissements publics de santé de conclure une convention de coopération ou une convention de communauté hospitalière de territoire ;
- ... demander aux établissements publics de santé de créer un Groupement de coopération sanitaire ou un Groupement d'intérêt public ;
- ... prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements de santé concernés.

La demande est transmise au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés. Elle précise les conséquences économiques et sociales de l'action de fusion – forme ultime de la coopération –, ainsi que celles sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

Les objectifs du pilotage régional de santé peuvent conduire le Directeur de l'ARS à solliciter la mise en place d'une coopération que n'auraient pas initiée spontanément les établissements publics de santé.

Si sa demande n'est pas suivie d'effet, le Directeur général de l'ARS peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L.162-22-13 du Code de la sécurité sociale, pour que les établissements mettent en œuvre l'action de coopération exigée par la tutelle régionale (selon les cas, passation d'une convention de coopération, création d'un Groupement d'intérêt public ou d'un Groupement de coopération sanitaire). Lorsque la demande du Directeur général de l'ARS n'est pas suivie d'effet, il peut prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

2/ Le Directeur général de l'ARS dispose, de manière transitoire, d'outils incitatifs.

L'article 22 II de la loi HPST prévoit des incitations financières fortes en matière de coopération.

Ainsi, jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L.162-22-13 du Code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévu à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une Communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un Groupement de coopération sanitaire.

3/ L'autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds, délivrée par l'ARS, peut être subordonnée à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération. Cette condition posée à l'autorisation peut avoir pour finalité de favoriser l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.

L'autorisation peut être suspendue ou retirée si les conditions d'octroi, notamment celles relatives à la mise en œuvre d'une action de coopération, ne sont pas respectées.

Cette prérogative est aussi bien ouverte s'agissant d'autorisations délivrées à des établissements publics de santé qu'à des personnes privées (établissements de santé privés ou médecins libéraux).

4/ La création d'une CHT peut être imposée.

La demande du Directeur général de l'ARS de conclure une convention de Communauté hospitalière de territoire est alors justifiée par les impératifs de qualité et de sécurité des soins ou le constat d'un déséquilibre financier important. Des mesures réglementaires doivent déterminer les modalités de mise en œuvre de ce dispositif.

La demande du Directeur général de l'ARS est motivée.

Les conseils de surveillance des établissements concernés se prononcent dans un délai d'un mois sur cette convention. Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le Directeur général de l'ARS peut prendre toutes les mesures appropriées pour que les établissements concernés concluent une convention de Communauté hospitalière de territoire.

En application de l'article L.6131-2 du Code de la santé publique, ce mécanisme est identique pour conclure une convention, une Communauté hospitalière de territoire, un Groupement de coopération sanitaire ou un Groupement d'intérêt public.

Évolutions et conséquences

L'ARS a vocation à déterminer la stratégie régionale de l'offre de soins.

L'ARS peut influencer la stratégie des établissements publics de santé en imposant la coopération. En effet, le Directeur de l'ARS dispose d'un pouvoir coercitif important, via la procédure de délivrance des autorisations ou encore l'incitation à la mise en œuvre d'actions de coopération.

Si la demande du Directeur de l'ARS n'est pas suivie d'effet, elle peut aboutir pour l'établissement de santé à des mesures financières ou juridiques lourdes de conséquences, qu'il s'agisse du refus des établissements ou de leur incapacité à trouver un consensus accepté de tous.

Il faut noter que les compétences du Directeur général de l'Agence régionale de santé pour inciter les établissements de santé à coopérer ont peu évolué. Le dispositif existait déjà. La loi HPST n'a fait qu'ajouter les CHT aux demandes que le Directeur général de l'ARS peut formuler à des établissements publics de santé pour les inciter à coopérer.



À RETENIR

Par le biais du Projet régional de santé, et particulièrement du Schéma régional d'organisation sanitaire, le Directeur général de l'ARS détermine les grandes orientations de la coopération hospitalière dans la région.

Le Directeur général de l'ARS peut également imposer la mise en œuvre d'actions de coopération aux établissements publics de santé.

LE RÔLE DES ÉLUS LOCAUX

Les élus locaux sont bien évidemment des acteurs essentiels dans la construction d'une coopération territoriale. Membres des conseils de surveillance, présidents de ces conseils dans bon nombre d'établissements publics de santé, leur attachement à l'adéquation entre aménagement du territoire et organisation sanitaire est une de leurs préoccupations premières. La préservation du maillage territorial, le maintien d'une desserte de proximité, le maintien d'emplois sur le territoire de leur commune peuvent être une source de crainte des élus face à une évolution de la répartition des activités de soins entre les futurs acteurs d'une coopération.

La réussite d'une coopération passe inmanquablement par le soutien des élus. Aussi est-il essentiel de les associer au plus tôt dans l'élaboration des projets. Au-delà des rencontres singulières entre directeur d'établissement et maire de la commune d'implantation, il peut être utile d'envisager la mise en place d'un « comité stratégique » composé, par exemple, des présidents des conseils de surveillance, des présidents des conseils d'administration, des directeurs des établissements et des présidents des commissions médicales d'établissement.

Le travail fait au plus tôt avec les élus permettra de développer la confiance entre la ville et les institutions et constituera ainsi un relais essentiel dans le lien avec les populations du territoire. En effet, l'évolution apportée à l'offre sanitaire notamment si elle vise, par exemple, à conforter la mise en place de filières de prise en charge, peut conduire à déplacer certaines activités entre les structures. Une partie de la population, même si elle souhaite voir l'hôpital évoluer favorablement, peut être réticente à voir se modifier les conditions de prise en charge.

L'appui des élus est alors indispensable pour aider à diffuser auprès des populations concernées le bien-fondé du changement proposé. À l'image du travail effectué par les élus depuis plusieurs années à l'occasion de la mise en œuvre des structures de coopération intercommunales (communautés de communes, syndicats intercommunaux, etc.), il convient de faire œuvre de pédagogie auprès de la population du territoire pour expliciter les nouvelles filières mises en place, faire connaître les modalités pour y accéder, les interlocuteurs, etc. L'utilisation des moyens d'information des communes peut être un accélérateur pour toucher efficacement un maximum de personnes potentiellement concernées.

LA FIN DU PATIENT COORDONNATEUR DE SA PRISE EN CHARGE

D'après les Ateliers de droit européen de la santé⁽¹⁰⁾, l'établissement de santé, qu'il soit public ou privé, doit être « un havre de paix et de tranquillité ». En érigeant les filières de soins comme nouvelle modalité de prise en charge des usagers du système de santé, la loi HPST participe à cette démarche d'amélioration de la qualité des services dispensés aux usagers.

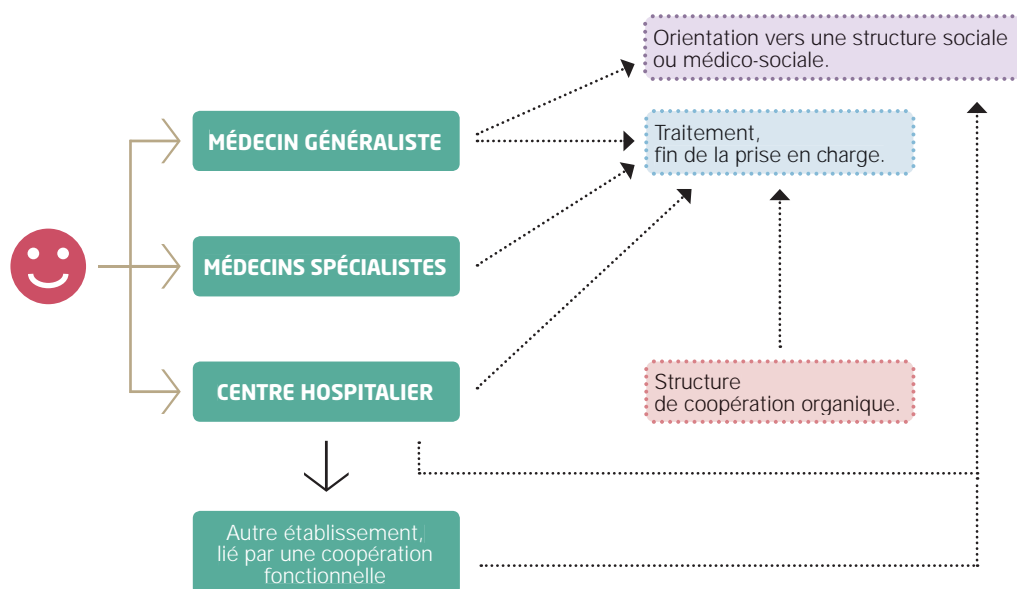
À l'exception des dispositions prévues par la loi du 27 juin 1990 sur l'hospitalisation pour troubles mentaux⁽¹¹⁾, les patients bénéficient au titre de l'article L.1110-8 du CSP du libre choix de leur praticien et de leur établissement de santé⁽¹²⁾. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est strictement prohibé de conditionner le droit à l'admission ou à la prise en charge à une quelconque condition de résidence, en dehors du cas des situations d'urgence sanitaires, bien entendu.

Néanmoins, si cette liberté de choix est un principe général du droit quant à la manière d'accéder au parcours de soins, elle doit être nuancée quant à l'exécution du parcours en lui-même.

La loi HPST ne fait à cet égard que prolonger une réalité qui était déjà consacrée par le parcours de soins coordonné, introduit par la loi du 13 août 2004⁽¹³⁾. Le parcours de soins prévoit, sauf exceptions spécifiques (situation géographique, urgences, certaines spécialités médicales, etc.), que le patient doit avant tout consulter son médecin traitant ou son remplaçant. Celui-ci l'orientera vers un praticien spécialiste si nécessaire⁽¹⁴⁾.

En créant une filière de soins, il n'incombe plus au patient « d'organiser lui-même la succession des intervenants médicaux et paramédicaux dont il a besoin »⁽¹⁵⁾. La filière de soins doit permettre au patient de « bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis ». Elle propose « une offre de soins adaptée » qui est « susceptible de leur assurer un parcours sans perte de chance ». Ainsi, elle intègre les Centres hospitaliers de proximité en amont et en aval des plateaux techniques et est « très fortement maillée avec les professionnels » libéraux et les établissements sociaux et médico-sociaux⁽¹⁶⁾.

Prise en charge d'un patient dans un parcours de soins coordonné



À chaque transition, le patient sort du système.

(10) La Situation juridique des patients, *Ateliers de droit européen de la santé, Petites Affiches*, 1999, n° 61.

(11) Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation, *JORF* n° 150 du 30 juin 1990 page 7664.

(12) CE 18 février 1998, *Section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins*, req. n° 171851 : le libre choix du patient de son praticien ou de l'établissement de santé est un principe général du droit.

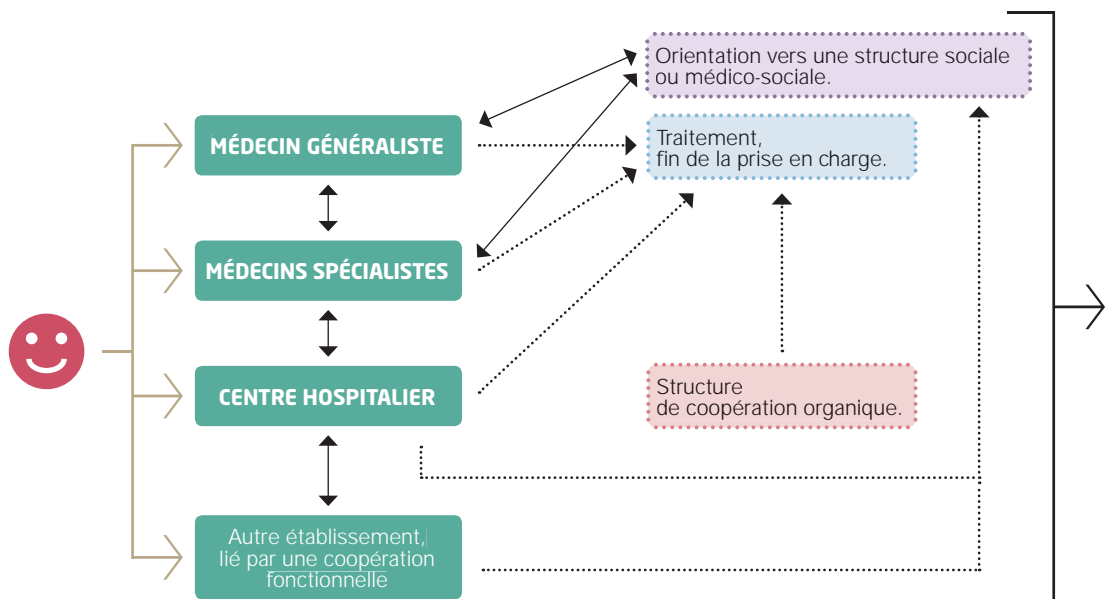
(13) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *JORF* n° 190 du 17 août 2004 page 14598.

(14) www.ameli.fr

(15) Droit hospitalier de M. Dupont, C. Bergoignan-Esper et C. Paire, éditions Dalloz, 6^e édition, 2007.

(16) Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.

Prise en charge d'un patient dans une filière de soins



Le patient ne rentre et ne sort qu'une seule fois dans la filière, quels que soient les acteurs.

D'UN DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT À UN DIRECTEUR DE TERRITOIRE ?

Certains recueils d'expérience des monographies de l'ANAP et notes de cadrage des projets préfigurateurs de CHT et de GCS ont mis en avant le fait que les coopérations semblent plus facilement mises en œuvre – et leur fonctionnement est d'autant plus pérenne – qu'elles sont impulsées par un directeur ayant en charge la direction commune des établissements parties à la convention.

La présence d'une direction commune, menée par un directeur de projet expérimenté, légitime et reconnu à la tête de la structure de pilotage ayant une autorité transversale dans l'institution permet d'accélérer la prise de décision. De plus, cela encourage une avancée de concert des établissements dans la démarche de coopération. L'ensemble des équipes avance dans la même direction et à la même allure.



ZOOM

Le projet de CHT entre les Centres hospitaliers de Fourmies et d' Hirson⁽¹⁷⁾

« À la demande des présidents de conseil d'administration des deux établissements et dans le cadre du projet pilote ARS concernant le pays de Thiérache, le directeur du CH de Fourmies s'est vu confier l'intérim de direction du CH d'Hirson depuis le 1^{er} mai 2009, dans l'optique de la mise en place d'une direction commune. La convention de direction commune a été rédigée et a reçu l'avis favorable des instances des deux établissements en octobre 2009, puis a été validée par le Centre national de gestion (CNG). »

« Les outils identifiés considérés comme indispensables sont :

- la convention de direction commune ;
- la rédaction d'un projet médical commun ;
- la déclinaison opérationnelle du projet médical avec la mise en place de pôles interhospitaliers ;
- la rédaction d'un projet d'établissement commun ;
- la convention de gestion commune ;
- la convention de constitution de Communauté hospitalière de territoire ;
- la mise en place d'instances de représentation et de consultation du personnel communes (conseil de surveillance, directoire, CTE, CME, CLIN, CLUD, Comité d'éthique...).

L'instauration d'une direction partagée facilite la coordination des équipes administratives, médicales et logistiques.



ZOOM

Le projet de CHT entre les Centres hospitaliers de Saint-Malo, Dinan et Cancale⁽¹⁸⁾

En 2008, les Centres hospitaliers de Saint-Malo, Dinan et Cancale ont acté la mise en œuvre d'une direction commune, dans la perspective de la création d'une CHT : « L'objectif politique affirmé est de réaliser un "pas irréversible" vers le rapprochement tout en préservant les identités de chacun des trois établissements. »

Le rapprochement des équipes de direction a permis :

- la mutualisation des ressources expertes (finances, ressources humaines, travaux, direction des soins) ;
- la redéfinition de l'organigramme afin de prendre en compte la nouvelle logique du groupe hospitalier :
 - une direction de groupe en charge des questions de la Communauté,
 - trois directions déléguées (une par établissement), notamment en charge du suivi des contrats de pôles,
 - des directions fonctionnelles communes en charge des ressources expertes et des fonctions supports.

Une direction commune encourage une synergie des efforts, notamment dans le cadre d'un projet médical partagé, et limite les conséquences d'une concurrence délétère entre les différents établissements.



ZOOM

Le projet de CHT du Grand Clermont⁽¹⁹⁾

La CHT du Grand Clermont regroupe :

- un Centre hospitalier universitaire, celui de Clermont-Ferrand ;
- trois Centres hospitaliers, ceux de Riom, d'Issoire et d'Enval ;
- deux anciens hôpitaux locaux, ceux du Mont-Dore et de Billom.

La majorité de ces établissements est actuellement en direction commune avec le Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, à l'exception de l'hôpital de Billom.

Le projet de la CHT « marque aussi l'intérêt convergent du corps médical et des administrateurs pour une stratégie publique et une approche territoriale de la politique de santé. »

L'élaboration d'un projet médical commun est « un outil institutionnel stratégique fédérateur autour d'un diagnostic et d'un projet partagés. »

Ni la taille d'une structure considérée comme optimale, ni le modèle de direction (direction commune ou indépendante) ne préjugent de la pérennité de la coopération. Le nœud gordien de cette démarche est la démarche de concert des administrations sanitaires et médico-sociales. Les établissements doivent nécessairement se réunir autour d'un projet de territoire rural ou périurbain partagé.

Pour autant, si une direction collégiale – quelle que soit son organisation fonctionnelle – facilite la mise en œuvre opérationnelle du projet, cette disposition n'est pas une condition impérative. Elle est, de toutes les façons, limitée aux coopérations instituées entre établissements publics ; elle ne peut s'appliquer aux coopérations entre établissements publics et établissements privés.

(17), (18) et (19) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.



4 DÉFINITION D'UNE MÉTHODE DE CONDUITE DES PROJETS DE COOPÉRATION

Une coopération ne se décrète pas, elle se construit.

S'il s'agit bien au final d'organiser les rapports entre des institutions pour le plus grand bénéfice du patient, il n'en demeure pas moins que les relations à créer, puis à entretenir, vont reposer sur des hommes. Il importe donc de créer les conditions qui vont, dans un contexte donné, permettre de construire un outil commun, sujet de la future coopération.

Les différentes monographies réalisées ont montré l'importance de pouvoir s'appuyer sur des acteurs très investis et visionnaires, certains acteurs se qualifiant quasiment de « missionnaires de la coopération ». Chaque coopération reste singulière : elle doit être mise en œuvre dans un contexte particulier, résultat de l'histoire locale et de ses protagonistes. Même si les thématiques de coopération peuvent être comparées, la façon de conduire chaque projet de coopération devra être personnalisée.

Les quelques exemples extraits des notes de cadrage des projets de CHT et de GCS montrent bien l'importance accordée par les acteurs à leur propre histoire :

... « Les relations médicales entre les établissements publics du territoire ont longtemps été peu développées, et marquées pour certaines spécialités – comme la chirurgie – par un contexte quasi concurrentiel. Les restructurations, notamment pour ce qui concerne le plateau technique de [...] (maternité en [...] et chirurgie en [...]), ont été vécues de manière conflictuelle » (projet de CHT) ;

... « La situation de grande fragilité dans laquelle était plongé le [...] à cette époque inspirait plus de méfiance et de réticence à travailler avec lui de la part des autres structures publiques que d'enthousiasme » (projet de CHT) ;

... « Le choix d'un GCS établissement de santé dans lequel auraient pu être transférées les autorisations de médecine, chirurgie et obstétrique n'a pas été retenu car il s'apparentait trop à une fusion » (projet de CHT) ;

... « La conférence de territoire de [...] n'a pas abouti dans une tentative de mise au point d'un projet médical de territoire (...) mais non relayé par l'ARH alors même qu'un besoin d'arbitrage dans les projets des établissements pour certains volets de ce PMT était une nécessité et un préalable absolu que seule l'autorité de tutelle pouvait garantir » (projet de CHT) ;

... « Les trois établissements présentaient une situation budgétaire difficile ayant eu pour conséquence l'engagement de contrats de retour à l'équilibre volontariste. (...) l'ARH a souhaité que le Centre hospitalier de [...], dans un premier temps en appui méthodologique de la direction de [...]. S'agissant de l'hôpital de [...], le départ du directeur à l'été 2008 a constitué une opportunité pour mettre en place une direction commune entre [...] et [...] » (projet de CHT) ;

... « Depuis près de vingt ans, les trois Centres hospitaliers de [...] mettent en œuvre des actions complémentaires sur leur territoire. Ils sont ainsi intervenus, à leur initiative ou sur la demande des services de l'État, dans l'ensemble des champs de la santé publique. L'objectif de la coopération est aujourd'hui d'élaborer un projet médical commun de territoire, mettant en œuvre des moyens collectifs pour remplir leurs missions en terme d'accessibilité, de qualité des soins, de filières et d'articulation avec la médecine de ville » (projet de CHT) ;

... « Distants de quelques kilomètres, le CH [...] et la [...] travaillent en partenariat depuis 1994, partenariat officialisé par une convention cadre. C'est donc naturellement que ces deux acteurs ambitionnent de se rapprocher davantage. Ces deux institutions souhaitent ainsi, en préservant les spécificités de leurs modes de prise en charge, conjuguer leurs compétences, c'est-à-dire organiser leur complémentarité au service de la population » (projet de CGS).

Même si tous les établissements concernés par ces exemples sont confrontés aux difficultés de prise en charge des patients, de recrutement ou budgétaires, et sont bien conscients de la nécessité de construire une coopération pleinement opérationnelle, ces quelques exemples montrent bien la difficulté à établir un climat de confiance et de relative sérénité pour pouvoir construire une coopération durable.

Les projets de coopération sont des projets de grande ampleur. Ils portent des ambitions de transformation multiples : pour le patient et l'utilisateur, pour les établissements eux-mêmes et pour l'ensemble des acteurs œuvrant au sein de chaque institution. Il convient de faire mieux demain sans véritablement plus de moyens qu'aujourd'hui, en acceptant d'abandonner une part d'indépendance pour construire un nouveau dispositif avec des voisins, certes connus mais jusque-là un peu ignorés. Ce contexte justifie les craintes et les ambitions. D'autant que ces projets sont complexes, à la fois humainement et techniquement, et que le succès de l'entreprise n'est pas garanti dès le démarrage.

Pour tenter de lever ces craintes, il est indiqué de rester le plus concret et pragmatique possible dans le projet.

Les mots-clés sont simples : « connaître ses partenaires », « connaître ses propres forces et faiblesses », « donner confiance et faire confiance », « avancer pas à pas », « communiquer », « piloter le projet ».

Les ambitions du projet sont également simples à exprimer : améliorer le dispositif en place au profit des patients et des usagers, conforter les situations professionnelles des intervenants, contribuer à l'amélioration de l'efficacité du dispositif.

L'instauration d'un climat de confiance est une des conditions du succès du projet. Il est donc utile de s'appuyer sur une démarche méthodologique permettant d'objectiver la faisabilité du projet.

Les paragraphes suivants visent à proposer les grandes étapes d'une démarche de conduite de projet et d'identification des risques associés à une telle démarche.

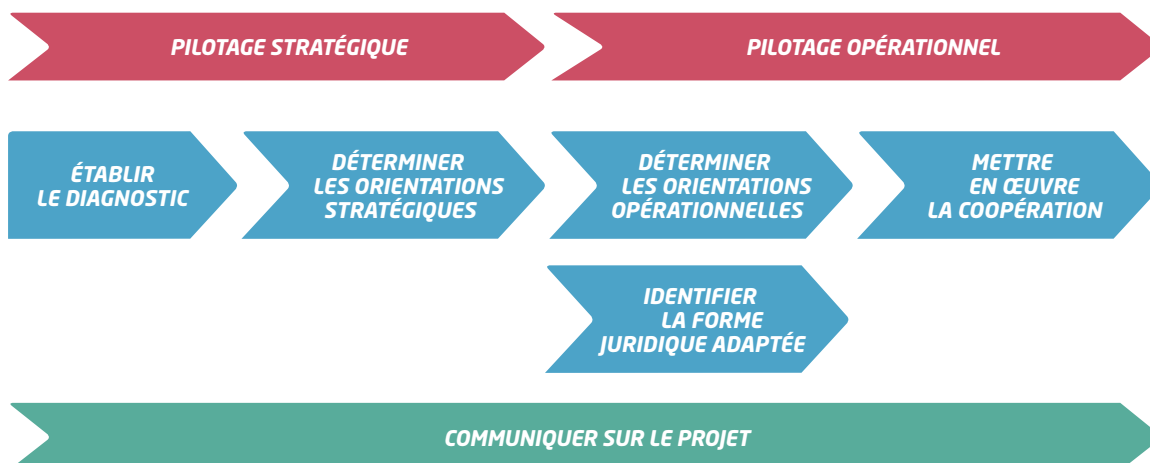
UNE PROPOSITION DE DÉMARCHE DE CONDUITE DU PROJET

Les expériences restituées dans les monographies réalisées et les notes de cadrage des projets préfigurateurs de CHT et de GCS permettent d'identifier dans la plupart des projets conduits plusieurs étapes structurantes. La démarche suivie, parfois de façon un peu empirique, parfois de manière plus organisée, s'apparente à une démarche projet assez classique se composant des étapes suivantes :

- une phase de diagnostic se composant à la fois d'une analyse des besoins de santé de la population sur un territoire et d'une analyse des forces et faiblesses des ressources territoriales ;
- une phase de détermination des orientations stratégiques portant sur le périmètre de la coopération et sur la structure provisoire de pilotage du projet. C'est dans cette phase que peut être préparé le projet médical de territoire ;
- une phase de définition des orientations opérationnelles du projet visant à décrire la façon de conduire le projet ;
- une phase d'identification de la forme juridique adaptée à la coopération que les acteurs souhaitent mettre en œuvre ;
- une phase de mise en œuvre opérationnelle de la coopération.

Ces cinq phases s'accompagnent nécessairement de deux phases complémentaires dont la durée de vie est celle du projet :

- une phase de communication tout au long du projet pour informer les usagers, les patients, les élus, les acteurs de santé locaux, les personnels des institutions concernées de l'avancée du projet ;
- une phase de pilotage du projet, de façon à s'assurer de l'atteinte des objectifs initiaux et de la tenue du calendrier.



DE L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC À SA MISE EN ŒUVRE

Chacune des cinq phases est successivement présentée sous la forme suivante :

- principaux points composant la phase ;
- principaux acteurs concernés à mobiliser ;
- quelques livrables de la phase.

LE DIAGNOSTIC

Principaux points composant la phase

Pour chacune des activités qu'il est envisagé d'inclure dans la coopération, il convient de disposer d'une photographie assez précise de la situation, à la fois sur le territoire et de façon détaillée dans chacun des établissements concernés. Il serait ainsi opportun de disposer, d'une part, d'une vision claire sur les besoins à satisfaire sur le territoire à court et moyen terme et, d'autre part, de connaître la situation de chacun des acteurs du territoire.

La confrontation des besoins à satisfaire avec les moyens disponibles à un instant T va permettre de mesurer les écarts avec la situation idéale telle qu'escomptée après la mise en œuvre de la coopération.



À NOTER

La coopération filière

- Une filière avec des acteurs uniques quel que soit leur statut ;
- Une filière avec, d'un côté, des acteurs privés entre eux et, de l'autre, des acteurs publics entre eux (avec une filière privée versus une filière publique).

Établir le diagnostic territorial

- Définir le périmètre du territoire dans lequel mettre en œuvre la coopération ;
- Déterminer les besoins de santé de la population (épidémiologie) ;
- Identifier l'état de santé de la population du territoire en référence à la région considérée et à l'état de santé de la France ; la mesure de l'état de santé de la population d'un territoire peut se faire en référence à un chiffre moyen ou par rapport à un idéal à atteindre qui ferait consensus ;
- Analyser la consommation de soins sur le territoire ;
- Étudier les évolutions démographiques récentes et à venir.

Analyser les ressources territoriales

- Relever le niveau d'activité et les caractéristiques de chaque établissement partie à la coopération ;
- Repérer pour chaque établissement ses points forts et ses faiblesses au vu des caractéristiques de ses activités médicales ou médico-sociales et de ses perspectives d'évolution (structure, activité, diversité et qualité de l'offre, démographie des personnels, situation financière...);
- Construire une matrice « opportunités et menaces » pour chaque établissement.

Cette analyse doit conduire à poser un diagnostic global sur chaque établissement, mais aussi à le décliner pour chacune des spécialités qui le compose ;

- Prendre connaissance des fluctuations d'activité sur l'année (ou sur des périodes plus courtes) ;
- Déceler les potentiels de développement de l'activité : capacités non encore mises en œuvre, disponibilités des moyens techniques (paliers d'activité non atteints) ;
- Déterminer les impacts de l'activité sur les autres activités :
 - pour les activités médicales, il convient de mesurer leur impact sur l'ensemble des fonctions médico-techniques (biologie, imagerie, PUI...) par exemple,
 - pour les fonctions logistiques, il est nécessaire de mesurer leur impact sur les fonctions support (transport) par exemple ;

••• Analyser l'organisation de l'activité et des ressources humaines nécessaires (effectifs, *turn-over* du personnel, taux d'absentéisme, recours à l'intérim ou à des CDD, niveau de formation des personnels...);

- Contrôler les coûts de fonctionnement et identification des éventuelles recettes générées par cette activité ;
- Observer l'organisation des établissements (existence d'une unité centrale de remplacement, bourse à l'emploi en interne, etc.).

Pour chacune des activités pour laquelle il est envisagé la mise en œuvre d'une coopération, il est souhaitable de disposer d'une cartographie complète de cette activité pour chacun des établissements.

Analyser les attentes des professionnels

- Partager des retours d'expérience ;
- Sécuriser les professionnels dans leur fonctionnement ;
- Limiter les risques d'épuisement, faute d'une démographie suffisante.

Définir la stratégie territoriale

- Confronter les résultats de l'analyse territoriale et de l'analyse des ressources ;
- Définir les objectifs retenus pour le territoire.

Acteurs concernés à mobiliser

- … Les ARS ;
- … Les directeurs des établissements du territoire concernés par la coopération envisagée ;
- … Le président de la Commission médicale pour les établissements de santé ;
- … Les présidents des Conseils de surveillance pour les établissements publics de santé ;
- … Les présidents des Conseils d'administration pour les établissements privés ;
- … Les élus locaux.



À NOTER

Pour certains projets de coopération, il peut être parfois préférable de recourir à un prestataire externe pour réaliser les analyses territoriales et porter les diagnostics afin d'objectiver les situations rencontrées et de dépassionner les débats.

Livrables de la phase

- … Diagnostic de l'état de santé de la population ;
- … Analyse de la consommation de soins ;
- … Écarts par rapport à des consommations de soins théoriques ;
- … Diagnostic forces-faiblesses des établissements du territoire ;
- … Définition des « grands » objectifs retenus pour le territoire.

LA DÉTERMINATION DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Principaux points composant la phase

À l'issue du diagnostic porté sur le territoire au cours de la première phase, cette phase vise à préciser la stratégie à mettre en œuvre sur le territoire selon deux grandes thématiques :

- … Quel est le niveau des besoins à satisfaire sur le territoire ? Quels sont les objectifs cibles souhaités en matière de réponse aux besoins de santé de la population ?
- … Comment doivent évoluer les différentes structures présentes sur le territoire pour répondre aux objectifs fixés ?



À NOTER

La coopération-efficience

- … Produire au meilleur coût ;
- … Entrer dans une logique de type industriel ;
- … Traiter les questions de qualité et de sécurité.

Décliner les objectifs de la coopération à mettre en œuvre

- … Proposer une offre de soins pérenne sur le territoire et répondre aux besoins de santé de la population ;
- … Garantir une relative proximité de l'offre de soins (ou mettre en œuvre les conditions favorisant la mobilité des patients) ;
- … Limiter le taux de fuite ;
- … Attirer des professionnels médicaux ;
- … Renforcer l'attractivité pour les personnels actuels, notamment pour :
 - des profils hautement qualifiés (anesthésiste, kinésithérapeute, psychologue, infirmière hygiéniste, médecin coordonnateur),
 - des métiers en tension (radiologue, manipulateur d'électroradiologie, infirmier, aide-soignant).
- … Réaliser des économies d'échelle.

Délimiter le périmètre de la coopération

- … Définir le bon niveau pour la coopération : local, territorial, infrarégional, régional, suprarégional ;
- … Fixer les objectifs stratégiques et opérationnels de la coopération.

Mettre en place la structure de pilotage de la coopération

- … Déterminer la composition de la structure de pilotage commune ;
- … Envisager, si nécessaire, la mise en place d'un accord-cadre matérialisant les accords trouvés entre les établissements (engagements réciproques des différents acteurs en attendant la création de la forme juridique de coopération) ;
- … Commencer à identifier la ou les formes juridiques susceptibles d'être mises en œuvre ;
- … Dresser le calendrier général du projet.

Produire le projet médical commun (voire le projet d'établissement commun)

- … À partir des orientations définies pour le territoire, structurer la réflexion par filière ;
- … Pour chaque filière, organiser les réflexions autour des flux de patients et des structures en capacité de les prendre en charge ;
- … Envisager les évolutions à apporter aux lieux actuels de prise en charge (rationalisation des activités, reconversion partielles de sites, etc.) ;
- … Faire évoluer les projets d'établissements en conséquence.

Acteurs concernés à mobiliser

- ... Les ARS ;
- ... Les directeurs des établissements du territoire concernés par la coopération envisagée ;
- ... Les présidents de la Commission médicale pour les établissements de santé ;
- ... Les équipes médicales et/ou médico-sociales des établissements.

Livrables de la phase

- ... Projet commun : projet médical de territoire, projets logistiques communs... ;
- ... Accord-cadre permettant de matérialiser les accords obtenus, en attendant la constitution juridique de la future forme de coopération ;
- ... Calendrier général de la coopération.



À NOTER

Un support de construction des objectifs retenus

Pour la définition des objectifs retenus sur le territoire, il peut être judicieux de se doter d'un document synthétique, construit au fur et à mesure des avancées des discussions entre les différents partenaires. Ce type de document permet d'avoir un support d'échange entre l'ensemble des acteurs, mettant en évidence à la fois les thèmes sur lesquels va se construire la coopération mais aussi les porteurs d'actions et les grands éléments de planification associés.

Le schéma suivant est issu des travaux conduits dans le cadre du projet de Groupement de coopération sanitaire Sud Yonne-Haut Nivernais. Chacune des actions envisagées pour la coopération est identifiée :

- ... l'intitulé de l'action ;
- ... son objectif opérationnel ;
- ... l'établissement « leader » ou coordonnateur, plus particulièrement en charge de l'action ;
- ... le calendrier envisagé pour la mise en œuvre de l'action.

Exemple de plan d'action du projet de GCS Sud Yonne-Haut Nivernais

| Synthèse du plan d'action | | | | | |
|---------------------------|----|---|---|-----------------------------|---------------|
| Thème | N° | Intitulé de l'action | Objectif opérationnel | Etablissement coordonnateur | Mise en œuvre |
| Filière gériatrique | 1 | Définir et formaliser la filière gériatrique | Assurer au patient un parcours continu, fluide et pertinent Identifier et valoriser les compétences de chacun des établissements | CH Tonnerre | Sept. 10 |
| | 2 | Coordonner les équipes mobiles de gériatrie de chacun des établissements du GCS | Compléter la filière gériatrique et assurer une bonne prise en charge du patient âgé dès son arrivée | Comité de pilotage du GCS | Déc. 10 |
| | 3 | Mutualiser les fonctions paramédicales spécialisées | Pallier à la difficulté de recrutement sur le territoire de santé | CH Tonnerre | Déc. 10 |
| | 4 | Systematiser l'évaluation de la situation et de l'orientation par un personnel référent dans les 48h après l'entrée à l'hôpital | Rassembler les informations nécessaires et assurer à la personne la meilleure orientation possible | CH Clamecy | Déc. 10 |
| | 5 | Ouvrir une unité d'hôpital de jour gériatrique (à proximité d'un plateau technique) | Compléter l'offre de soins sur le territoire Compléter la filière gériatrique | CH Auxerre | |
| | 6 | Diffuser la culture soins palliatifs dans tous les établissements | Identifier et former dans chaque établissement un référent soins palliatifs | CH Avallon | Déc. 12 |
| Psycho-gériatrie | 7 | Développer et formaliser la filière Alzheimer | Répondre à une préoccupation de santé publique et à l'augmentation des affections Alzheimer dans la population | MDRY | Déc. 11 |
| | 8 | Sensibiliser les psychiatres | Avoir des correspondants et des services de psychiatrie qui accueillent les patients qui le nécessitent Favoriser les consultations de psychiatres | MDRY | Déc. 12 |

LA DÉFINITION DES ORIENTATIONS OPÉRATIONNELLES

Principaux points composant la phase

Cette étape vise à décliner les orientations stratégiques définies précédemment. Après avoir défini le « pourquoi ? » et le « pour qui ? » de la coopération, il s'agit de construire le chemin permettant de conduire à sa mise en œuvre opérationnelle.

Tous les aspects concrets de la coopération doivent être abordés : humains, financiers, organisationnels, logistiques, techniques... Pour chacun des champs de la coopération, il convient d'identifier précisément les objectifs à atteindre afin de s'organiser pour les mettre en œuvre dans le calendrier défini précédemment. La rédaction d'un cahier des charges pour chaque axe de la coopération permet de fixer aux acteurs un cadre général qui va guider leurs actions de sorte à ce que chacun aboutisse au point de rendez-vous fixé.



À NOTER

Préparer les impacts financiers de la coopération

- ...✚ Établir un business plan prévisionnel ;
- ...✚ Examiner attentivement les effets potentiels des activités entrant dans le champ de la coopération et transférées sur les comptes de résultat prévisionnel du ou des établissements ;
- ...✚ Déterminer les capacités d'autofinancement du ou des établissements ;
- ...✚ Définir un plan d'investissement.

Analyser les impacts organisationnels de la coopération

- ...✚ Étudier l'ensemble des impacts dans le périmètre de la coopération (ex. : une coopération en chirurgie) sur les capacités d'accueil des sites existants ;
- ...✚ Examiner les impacts de la coopération pour l'ensemble des services afférents (ex. : organisation de l'imagerie, du bloc opératoire, etc.) ;
- ...✚ Développer une approche par les différents flux entrants dans le champ de la coopération (flux patients, flux matières, flux informationnels...);
- ...✚ Évaluer la capacité des systèmes d'information des établissements à faciliter les échanges d'information entre les établissements.

Analyser les impacts humains de la coopération

- ...✚ Considérer les impacts humains, notamment lors de la mise en place d'une coopération transférant spécifiquement des personnels entre établissements, qu'il s'agisse de personnels mis à disposition ou devant changer d'employeurs.

Rédiger le cahier des charges fonctionnel de la coopération

- ...✚ Objectifs stratégiques et opérationnels de la coopération ;
- ...✚ Obligation des établissements dans la coopération ;
- ...✚ Modalités de mise en œuvre du projet :
 - moyens humains, y compris l'accompagnement dans les transferts et/ ou les reconversions des personnels,
 - moyens informationnels permettant les échanges entre les différentes structures,
 - moyens matériels, y compris la mise à niveau des équipements, la cession des équipements surnuméraires... ,
 - moyens techniques ou technologies, notamment informatiques pour soutenir la coopération... ,
 - moyens de transport ;
- ...✚ Évolution de la répartition géographique des activités ;
- ...✚ Reconversion des sites (partielle ou totale).

Moyens pour faire avancer la coopération

- ...✚ Moyens coercitifs ;
- ...✚ Aide apportée aux établissements.

Outils juridiques à mettre en œuvre ou à faire évoluer (dans de nombreux cas, des coopérations ont déjà pu être formalisées)

- ...✚ Outils pour organiser la réflexion (CHT par exemple, outils informels) ;
- ...✚ Outils pour agir (GCS, conventions, GIP...);
- ...✚ Calendrier de mise en œuvre (définition du plan d'action):
 - jalons,
 - contraintes pour avancer,
 - engagements pris en matière de suivi et d'évaluation de la démarche.

Acteurs concernés à mobiliser

- ...✚ Les représentants des différentes activités concernées par la mise en œuvre de l'ensemble des aspects de la coopération.

Livrables de la phase

- ...✚ Élaboration de fiches d'action pour chacune des thématiques de la coopération ;
- ...✚ Préparation de cahiers des charges opérationnels pour la mise en œuvre des actions de coopération.

Le schéma suivant est issu des travaux conduits dans le cadre du projet de Groupement de coopération sanitaire Sud Yonne-Haut Nivernais. Chacune des actions du plan d'action élaboré au cours de la phase précédente pour la coopération est détaillée de façon précise. Y sont notamment détaillés :

- ... les objectifs opérationnels de chaque action ;
- ... les indicateurs retenus pour accompagner la mise en œuvre

et évaluer son avancement. Peuvent être mentionnées, par exemple, la valeur initiale avant la coopération et la valeur à atteindre :

- ... les acteurs plus particulièrement identifiés pour coordonner ou mettre en œuvre chacune des étapes de l'action ;
- ... le calendrier détaillé envisagé pour la mise en œuvre de l'action.

Exemple de plan d'action du projet de GCS Sud Yonne-Haut Nivernais

Hospitalisation à domicile

| | | |
|-------------------------------|----|---|
| Thème : | | Développement de l'offre de soins |
| N° | 10 | Action : Elargir l'éventail des pathologies prises en charge en HAD (pédiatrie, obstétrique, onco-hématologie, ...) |
| Etablissement coordonnateur : | | CH Auxerre |
| Pilote de l'action : | | Dr Jonon |

| Objectif | Indicateur | Valeur initiale | Cible chiffrée | Valeur finale |
|--|----------------------------------|-----------------|----------------|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer une stratégie d'HAD sur le territoire • Développer et conforter l'activité HAD • Atteindre la taille critique pour les services d'HAD • Couvrir tous les besoins du territoire • Réduire les fuites du territoire • Adaptation de la prise en charge sur le territoire | Case-mix | | | |
| | Taux d'occupation des places HAD | | 80% | |

| Étapes de réalisation | Acteurs | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---------|------|------|------|------|------|------|
| Identifier les pathologies en pédiatrie, obstétrique et onco-hématologie pouvant être prises en charge en HAD | | Déc. | | | | | |
| Protocoliser la prise en charge de ces pathologies | | | Déc. | | | | |
| Former les professionnels des HAD à la prise en charge de ces pathologies | | | | Mars | | | |
| Mettre en œuvre | | | | Juin | | | |

L'IDENTIFICATION DE LA FORME JURIDIQUE ADAPTÉE

Principaux points composant la phase

Cette étape a vocation à identifier l'organisation juridique de la future coopération. Il convient à la fois de déterminer quel est le meilleur support de la coopération en fonction du contenu de celle-ci mais aussi d'examiner les modalités de migration des coopérations ayant déjà pu être mises en œuvre (par exemple, passage d'un dispositif conventionnel préexistant à un GCS).



À NOTER

Identification de la forme juridique

- ...✦ Ce dont elle dépend :
 - l'objet de la coopération,
 - la nature des acteurs de la coopération :
 - acteurs publics, privés, mixtes,
 - acteurs du champ sanitaire exclusivement,
 - acteurs du champ médico-social exclusivement,
 - acteurs issus des deux champs ;
- ...✦ Identification de la (ou des) forme(s) juridique(s) de la coopération :
 - dispositif « chapeau » et conventions sectorielles,
 - convention unique... ;
- ...✦ Identification de la forme intermédiaire éventuelle préalablement à la forme définitive : une convention cadre par exemple.

Rédaction des documents supports de la forme juridique

La nature des documents à préparer est fortement liée à la fois à la forme juridique retenue mais aussi à l'objet de la coopération et aux moyens qui vont la constituer.

Selon la forme juridique retenue :

- ...✦ rédaction de la convention constitutive ;
- ...✦ rédaction des statuts ;
- ...✦ rédaction des avenants aux contrats pour accompagner, par exemple, les transferts d'équipement ;
- ...✦ préparation des avenants aux contrats de travail pour les personnels médicaux et non médicaux concernés par une modification de leurs conditions de travail ;
- ...✦ préparation des documents relatifs aux transferts d'auto-risation.

Mise en œuvre opérationnelle de la forme juridique

Les modalités de mise en œuvre sont fortement dépendantes à la fois de la forme juridique retenue mais aussi de l'objet de la coopération et des moyens qui vont la constituer.

- ...✦ À titre d'exemple, peuvent être citées :
- ...✦ l'approbation de la convention constitutive par l'ARS ;
- ...✦ l'approbation des transferts d'autorisation ;
- ...✦ la publication des actes administratifs.

Acteurs concernés à mobiliser

- ...✦ Directions des établissements ;
- ...✦ Services juridiques des établissements ;
- ...✦ ARS.



À NOTER

Pour certains projets de coopération, il peut être parfois utile de recourir à une expertise juridique afin d'accompagner la création de la forme juridique de coopération et de sécuriser l'ensemble du dispositif.

Livrables de la phase

- ...✦ Création de la forme juridique.

Proposition de grille d'identification des questions autour des formes juridiques

La grille ci-après permet d'identifier les différents chapitres du présent guide méthodologique évoquant les différentes questions abordées dans les coopérations :

- ...✦ l'appellation « tableau comparatif » fait référence aux tableaux synthétisant l'ensemble des formes juridiques situé à la fin du deuxième volume du guide méthodologique ;
- ...✦ l'appellation « forme de coopération » fait référence aux formes de coopération décrites dans le deuxième volume du guide méthodologique ;
- ...✦ l'appellation « thématique » fait référence aux différentes thématiques sollicitées dans les coopérations faisant l'objet du troisième volume du guide méthodologique.

| Critères | Oui | Non | Référence guide |
|----------|-----|-----|-----------------|
|----------|-----|-----|-----------------|

| TYPOLOGIE DES PARTENAIRES | | | |
|--|--|--|--------------------|
| Si votre partenaire est un établissement privé de santé/ social/ médico-social, pouvez-vous déterminer la forme juridique d'exploitation (association, SAS, SARL, SNC, SA, mutualiste...)? | | | Tableau comparatif |
| Si votre partenaire est un établissement public de santé/ social/ médico-social, pouvez-vous déterminer la forme juridique d'exploitation (CHU, CHR, Centre hospitalier, EPSIH, SIH, EPCI...)? | | | Tableau comparatif |
| Votre partenaire est-il un organisme à but non lucratif? | | | Tableau comparatif |
| L'un des partenaires est-il un professionnel de santé (médecin, pharmacien, laboratoire d'analyse médicale, auxiliaire médical...)? | | | Tableau comparatif |
| L'un des partenaires est-il un professionnel médical libéral? | | | Tableau comparatif |
| Si oui, exerce-t-il à titre individuel ou en société (SEL, SCP, SCM...)? | | | Tableau comparatif |
| L'un des partenaires est-il un réseau de santé, un centre de santé ou un pôle de santé en application des dispositions du Code de la santé publique? | | | Tableau comparatif |
| L'un des partenaires est-il un organisme concourant aux soins? | | | Tableau comparatif |
| Avez-vous identifié le régime de financement de chacun des partenaires (T2A, OQN, DAF, convention tripartite, CCAM, NGAP, NABM...)? | | | Tableau comparatif |

| OBJET DE COOPÉRATION | | | |
|--|--|--|---|
| Le projet de coopération consiste-t-il à confier à une structure de coopération l'exploitation d'une activité de soins ou la délivrance de prestations et service dans le domaine social ou médico-social? | | | Formes de coopération : GCS/ GCSMS/ association/ coopérative |
| Le projet de coopération consiste-t-il à confier à une structure de coopération l'exploitation d'un équipement matériel lourd? | | | Forme de coopération : GCS/ GCSMS/ association/ coopérative/ GIE |
| Le projet de coopération consiste-t-il à mettre en commun des moyens en locaux, matériels ou personnels pour permettre à chaque partenaire de développer leurs activités respectives? | | | Forme de coopération : convention/ GCS/ GCSMS/ association/ coopération/ GIE/ GIP |

| Critères | Oui | Non | Référence guide |
|----------|-----|-----|-----------------|
|----------|-----|-----|-----------------|

| | | | |
|---|--|--|---|
| Le projet de coopération consiste-t-il à assurer la gestion de plateaux techniques, de services communs en lien avec la prestation de soins ou d'hospitalisation? | | | Forme de coopération : convention/ GCS/ GCSMS/ association/ coopérative/ GIE/ GIP |
| Le projet de coopération consiste-t-il à assurer la gestion d'une PUI? | | | Forme de coopération : GCS/ association/ coopérative Thématique : PUI |
| Le projet de coopération consiste-t-il à assurer la gestion d'activités logistiques (blanchisserie, cuisine...)? | | | Forme de coopération : convention/ GCS/ GCSMS/ association/ GIE/ GIP |
| Le projet de coopération consiste-t-il à développer des applications dans le cadre des Systèmes d'information hospitalier (SIH) ? | | | Forme de coopération : convention/ GCS/ GCSMS/ association/ GIE/ GIP |
| Le projet de coopération porte-t-il sur la recherche? | | | Forme de coopération : convention/ GCS/ GCSMS/ association/ GIE/ GIP Thématique : la recherche dans les coopérations |
| Le projet de coopération prévoit-il l'intervention commune de professionnels médicaux et paramédicaux? | | | Thématique : statuts des personnels et mise à disposition Thématique : Rémunération des professionnels médicaux |
| Le projet de coopération consiste-t-il à assurer en commun la formation des personnels? | | | Thématique : statuts des personnels et mise à disposition Thématique : Rémunération des professionnels médicaux |
| La structure de coopération retenue a-t-elle vocation à constituer le cadre juridique d'un réseau de santé? | | | Forme de coopération : RÉSEAU |
| Votre projet de coopération s'inscrit-il dans les objectifs du SROS? | | | |
| Votre projet de coopération s'inscrit-il dans les objectifs de votre CPOM ? | | | |

| Critères | Oui | Non | Référence guide |
|---|-----|-----|--|
| CONVENTION OU STRUCTURE AD HOC | | | |
| Estimez-vous opportun que la coopération soit « incarnée » par une personne distincte de ses membres ? | | | |
| Le projet de coopération porte-t-il sur la construction en commun d'un bâtiment dédié à la prise en charge de patients ou de résidents ? | | | Thématique : questions autour de la maîtrise d'ouvrage |
| La coopération projetée implique-t-elle le recrutement de personnel ? | | | Thématique : statut des personnels et mise à disposition |
| La coopération projetée nécessite-t-elle la passation de contrat (de marché de travaux ou de services) dans l'intérêt commun ? | | | Thématique : fonction achat |
| La coopération projetée nécessite-t-elle le recours à l'emprunt dans l'intérêt commun ? | | | |
| La coopération projetée peut-elle être éligible à un financement ou à une dotation versée par les autorités de tutelle ou une collectivité territoriale ou autres ? | | | Thématique : aspects budgétaires des coopérations |

| STATUT DROIT PUBLIC OU DROIT PRIVÉ DE LA STRUCTURE DE COOPÉRATION | | | |
|--|--|--|--------------------|
| La structure est-elle composée exclusivement de personnes morales de droit public ? | | | Tableau comparatif |
| La structure est-elle composée de personnes morales de droit public et de professionnels de santé libéraux ? | | | Tableau comparatif |
| La structure est-elle composée de personnes morales de droit public et de personnes morales de droit privé ? | | | Tableau comparatif |

| Critères | Oui | Non | Référence guide |
|---|-----|-----|--------------------|
| CAPITAL SOCIAL | | | |
| Des apports en capital sont-ils consentis par les membres à la création de la structure de coopération ? | | | Tableau comparatif |
| La structure de coopération pressentie permet-elle la constitution d'un capital social ? | | | Tableau comparatif |
| Souhaitez-vous que la constitution d'un capital social détermine la répartition des droits des membres ? | | | Tableau comparatif |
| Souhaitez-vous que la répartition des droits dépende de la contribution des membres aux charges de fonctionnement de la structure ? | | | Tableau comparatif |

| GOVERNANCE | | | |
|---|--|--|--------------------|
| Les partenaires souhaitent-ils privilégier une gouvernance bicéphale (administrateur/ assemblée générale) ? | | | Tableau comparatif |
| Les partenaires souhaitent-ils « collégialiser » l'administration de la structure (création d'un bureau) ? | | | Tableau comparatif |
| Les partenaires souhaitent-ils élargir les prérogatives du ou des administrateurs ? | | | Tableau comparatif |

| AUTORISATION | | | |
|---|--|--|---|
| La structure de coopération a-t-elle pour objet d'être titulaire d'une autorisation ou d'un agrément pour réaliser son objet social ? | | | Thématique : autorisations de soins et autorisations d'exploitation |
| Si oui, faut-il que la structure dépose un dossier ou s'agit-il de lui céder une autorisation/ agrément détenu par l'un des membres ? | | | Thématique : autorisations de soins et autorisations d'exploitation |
| Les partenaires souhaitent-ils conserver la titularité des autorisations/ agréments ? | | | Thématique : autorisations de soins et autorisations d'exploitation |
| Les partenaires souhaitent-ils transférer l'activité et les moyens nécessaires sur le site d'un établissement partenaire pour lui en confier l'exploitation ? | | | Thématique : autorisations de soins et autorisations d'exploitation |
| Les partenaires souhaitent-ils transférer l'activité et les moyens nécessaires sur le site d'un établissement partenaire tout en conservant l'exploitation ? | | | Thématique : autorisations de soins et autorisations d'exploitation |

| Critères | Oui | Non | Référence guide |
|---|-----|-----|--|
| FINANCEMENT | | | |
| Le financement de la structure de coopération repose-t-il exclusivement sur les contributions en numéraire ou en nature provenant de ses membres? | | | Thématique : aspects budgétaires des coopérations Thématique : rémunération des professionnels médicaux |
| La structure de coopération perçoit-elle un financement directement de la part des organismes payeurs (assurance maladie, conseil général...) pour les soins ou prestations sociales/ médico-sociales délivrés? | | | Thématique : aspects budgétaires des coopérations Thématique : rémunération des professionnels médicaux |
| Le projet de coopération et la structure retenue sont-ils éligibles à une subvention ou à une dotation? | | | Thématique : aspects budgétaires des coopérations Thématique : rémunération des professionnels médicaux |

| PERSONNEL | | | |
|--|--|--|---|
| Les partenaires ont-ils identifié le statut juridique précis du personnel concerné par la coopération? | | | Thématique : statuts des personnels et mise à disposition |
| Le personnel mis à disposition ou détaché dans la structure ou auprès d'un membre relève-t-il d'un statut de droit public ou de droit privé? | | | Thématique : statuts des personnels et mise à disposition |
| La structure de coopération a-t-elle vocation à être employeur? | | | Thématique : statuts des personnels et mise à disposition |
| La structure de coopération envisage-t-elle de recruter du personnel médical? | | | Thématique : statuts des personnels et mise à disposition Tableau comparatif |

| Critères | Oui | Non | Référence guide |
|---|-----|-----|--|
| VOLET IMMOBILIER/ MOBILIER | | | |
| Pour les établissements publics, la mise à disposition de locaux concerne-t-elle leur domaine public ou leur domaine privé? | | | Thématique : aspects budgétaires des coopérations |
| Le projet de coopération porte-t-il sur une utilisation privative (soit par un membre de droit privé soit par la structure de droit privé) d'un bien du domaine public? | | | Thématique : aspects budgétaires des coopérations |
| Si oui, l'établissement public propriétaire a-t-il déterminé le montant du loyer (redevance) à percevoir en contrepartie de cette utilisation? | | | Thématique : aspects budgétaires des coopérations |
| La structure de coopération a-t-elle pour objet d'assurer la maîtrise d'ouvrage des locaux utiles à l'exploitation des activités concernées? | | | Thématique : questions autour de la maîtrise d'ouvrage |
| Un établissement membre a-t-il pour mission d'assurer la maîtrise d'ouvrage des locaux utiles à l'exploitation des activités des membres ou de la structure de coopération? | | | Thématique : questions autour de la maîtrise d'ouvrage |
| La structure de coopération a-t-elle pour objet de gérer les espaces et charges communes? | | | |
| La mise à disposition d'équipements ou matériels est-elle valorisée? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée Thématique : aspects budgétaires des coopérations |

| SERVICES RENDUS DANS LA COOPÉRATION | | | |
|---|--|--|--|
| Avez-vous identifié les flux financiers entre les membres et le groupement, leur qualification juridique et leur quantification? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée Thématique : traitement fiscal des coopérations |
| Avez-vous défini les règles de répartition du coût des moyens humains et matériels mis le cas échéant par le groupement à disposition de ses membres? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée Thématique : traitement fiscal des coopérations |
| Avez-vous déterminé les règles de facturation des moyens mis à disposition par les membres au groupement? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée Thématique : traitement fiscal des coopérations |

| Critères | Oui | Non | Référence guide |
|---|-----|-----|--|
| ASSURANCE | | | |
| Les établissements partenaires ont-ils étudié la compatibilité du projet de coopération avec leur couverture assurantielle ? | | | Thématique : assurances Thématique : responsabilité des acteurs |
| Les établissements partenaires ont-ils informé leur assureur par écrit du projet de coopération envisagé ? | | | Thématique : assurances Thématique : responsabilité des acteurs |
| Si oui, une réponse écrite de l'assureur est-elle communiquée aux membres et/ ou au représentant de la structure de coopération ? | | | Thématique : assurances Thématique : responsabilité des acteurs |
| Les interventions communes de professionnels médicaux sont-elles couvertes par l'assurance desdits professionnels ? | | | Thématique : assurances Thématique : responsabilité des acteurs |
| SYSTÈME D'INFORMATION | | | |
| Les membres du groupement disposent-ils de système d'information permettant les échanges électroniques de données médicales ? | | | Thématique : place des patients et usagers dans les coopérations |
| La structure de coopération a-t-elle pour mission d'héberger les données médicales de ses membres ? | | | Thématique : place des patients et usagers dans les coopérations |
| TRAITEMENT COMPTABLE | | | |
| Souhaite-t-on privilégier un suivi comptable relevant de : | | | Tableau comparatif |
| - la comptabilité publique ? | | | Toutes les formes de coopérations organiques |
| - la comptabilité privée ? | | | |
| - ou indifférent ? | | | |
| La coopération est-elle susceptible de bénéficier de financements spécifiques ? | | | Thématique : aspects budgétaires des coopérations |
| Les établissements membres sont-ils susceptibles de fournir des services à la structure de coopération ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| Les établissements membres ont-ils mis en place des démarches de comptabilité analytique ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |

| Critères | Oui | Non | Référence guide |
|--|-----|-----|--|
| FISCALITÉ | | | |
| Souhaite-t-on que les services rendus par le groupement à ses membres soient exonérés de TVA ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| Souhaite-t-on que les services rendus par les membres dans le cadre de la coopération soient exonérés de TVA ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| L'activité développée par la coopération est-elle à but lucratif ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| Le groupement est-il susceptible de dégager des résultats (positifs ou négatifs) significatifs ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée Thématique : traitement fiscal des coopérations |
| Le groupement est-il propriétaire d'immeubles bâtis ou non bâtis ? | | | Thématique : traitement fiscal des coopérations |
| Le groupement est-il du personnel propre ? | | | Thématique : traitement fiscal des coopérations |
| Le groupement est-il propriétaire des locaux d'hébergement ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| Le gestionnaire de l'établissement agit-il de manière désintéressé et sans but lucratif ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| Dans l'hypothèse où le groupement gère un établissement destiné à accueillir des enfants handicapés, vous est-il possible de déterminer avec précision le coefficient d'éligibilité au taux réduit ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| Le groupement est-il redevable de la TVA ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| Lorsque des travaux sont réalisés sur un établissement accueillant des adultes handicapés, des enfants handicapés ou des personnes âgées, ont-ils pour effet de remettre l'immeuble à l'état neuf ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |
| Ces travaux sont-ils réalisés sur des locaux d'établissement achevés depuis plus de deux ans ? | | | Thématique : taxe sur la valeur ajoutée |

LA COMMUNICATION SUR LE PROJET

Principaux points composant la phase

Dans un projet de coopération, la communication interne et externe sur le projet est souvent négligée, alors qu'elle participe directement à la réussite de l'entreprise. Il est donc indispensable de communiquer sur le projet dès sa conception et jusqu'à sa mise en œuvre et son évaluation.



À NOTER

Définir le plan de communication commun

…✚ Assurer la communication autour du projet tant en interne qu'en externe.

Informer régulièrement les acteurs internes des établissements de l'avancée du dispositif de coopération

…✚ Communiquer pour expliquer les enjeux de la coopération, les risques à ne pas la conduire ;

…✚ Lorsque la coopération va modifier les conditions de travail pour les personnels des établissements membres de la coopération :

- être attentif à informer régulièrement les instances,
- rassurer, si besoin, les personnels des conséquences de la coopération sur leur exercice professionnel, sur les conséquences en matière de conditions de travail, sur l'éventualité des modifications d'employeurs,
- réaliser des interventions dans les instances,
- effectuer des interventions lors du bureau de Pôle (lors d'un projet au sein d'un service d'un établissement de santé),
- programmer des réunions avec les syndicats : certains établissements ont ainsi choisi d'introduire le principe de coopération comme item de leur négociation syndicale annuelle.

De même, des bilans conjoints ou parallèles Direction/Syndicats ont pu être réalisés.

Valoriser les actions conduites auprès de la population et des élus grâce à une pédagogie et une communication adaptées

Pour que la coopération soit rapidement opérante, il est nécessaire de :

- …✚ faire comprendre et accepter la nouvelle organisation de l'offre de soins sur le territoire :
 - aux différents professionnels de santé,
 - aux élus,
 - à la population.

…✚ développer une communication spécifiquement destinée aux professionnels de santé, par exemple via :

- la mise en évidence des modalités permettant de recourir à la coopération,
- la diffusion de supports dédiés,
- l'organisation de réunions d'information des professionnels,
- l'utilisation de l'ensemble des formes de communication, selon les possibilités locales :
- la communication dans la presse régionale,
- la communication dans les revues des collectivités locales.
- la mise à jour des sites Internet des établissements.

Acteurs concernés à mobiliser

…✚ Service communication des établissements.

Livrables de la phase

…✚ À adapter en fonction de l'objet de la coopération et des possibilités locales.



ZOOM

Préparation de la phase opérationnelle de constitution d'une CHT, l'exemple de la CHT entre les Centres hospitaliers de Fourmies et d'Hirson⁽¹⁾

Les Centres hospitaliers de Fourmies et d'Hirson sont respectivement du ressort des ARS Nord-Pas-de-Calais et Picardie. Situés à 14 km l'un de l'autre dans un bassin d'emploi de plus de 180 000 habitants, ils sont à plus de trois-quarts d'heure des établissements de santé les plus proches de leur région (Maubeuge et Laon). Pour répondre au mieux aux besoins du bassin de population, ils mettent en œuvre une CHT.

Le plan d'action identifié pour mettre en œuvre la coopération s'établit en 3 axes :

Axe 1 : « Projet d'établissement commun »

- …✚ Validation du pré-projet médical commun par les instances des deux établissements ;
- …✚ Projet médical commun ;
- …✚ Projet d'établissement commun.

(1) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigureurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

Axe 2 : « Communication autour du projet »

- ... Plan de communication commun ;
- ... Site Intranet et Internet de la Communauté hospitalière de territoire.

Axe 3 : « Gestion de la structure de coopération »

- ... Convention de direction commune ;
- ... L'établissement travaille actuellement sur la mise en place d'instances de représentation et de consultation du personnel communes (conseil de surveillance, directoire, CTE, CME, Commission de soins, CLIN, CLUD, Comité d'éthique...);
- ... Convention de gestion commune ;
- ... Convention de constitution de Communauté hospitalière de territoire reprenant notamment :
 - la référence au projet médical,
 - la répartition des compétences entre les différents partenaires,
 - la mise en cohérence des CPOM et autres documents liés à la programmation de l'activité,
 - le descriptif des modalités de coopération des partenaires pour la gestion et la mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information pris en considération dans le projet d'établissement,
 - les modalités de participation des établissements médico-sociaux,
 - la composition des organes de la CHT,
 - la désignation de l'établissement siège,
 - l'établissement de comptes combinés entre les structures partenaires de même type faisant partie de la CHT.

LE PROCESSUS DE PILOTAGE DU PROJET**Principaux points composant la phase**

Le succès du projet de coopération repose sur un pilotage suivi de la démarche, de l'origine du projet jusqu'à sa mise en œuvre et même au-delà. Les obstacles sont nombreux et peuvent conduire à des situations de blocage. Il convient que l'équipe en charge du pilotage du projet de coopération puisse disposer d'un mandat explicite, définissant le rôle et les responsabilités de chacun.

**À NOTER****Accompagner la mise en œuvre**

- ... Permettre aux professionnels des directions, aux personnels médicaux et aux personnels non médicaux de comprendre et de s'approprier les enjeux et la nécessité du changement en général ;
- ... Créer les conditions de la contribution des professionnels au changement et au projet de coopération ;
- ... Faire participer les professionnels à la mise en œuvre de la structure de coopération ;
- ... *Coach* les pilotes et porteurs des actions, leur assurer un soutien méthodologique et technique ;
- ... Animer les réunions du COPIL afin de s'assurer de l'avancement des actions initiées ;
- ... S'assurer du suivi des indicateurs de pilotage pour évaluer les résultats obtenus.

Prévoir le(s) porteur(s) du projet

- ... Direction unique d'établissements ;
- ... Équipe constituée à partir de représentants des établissements concernés.

Construire la gouvernance du dispositif mis en place

- ... Respect des engagements des établissements utilisateurs ;
- ... Recherche permanente de l'efficacité du dispositif opérationnel.

Organiser la mise en place de la coopération

- ... Construire l'outil juridique adapté ;
- ... Budget ;
- ... Suivi quantitatif et qualitatif de l'activité.

Sécuriser le dispositif mis en place

- ... Garantir la maîtrise des coûts à court et moyen terme ;
- ... Certifier la qualité de la production ;
- ... Assurer la permanence de la production ;
- ... Maîtriser la production d'un bout à l'autre de la chaîne (approvisionnement, production, transport...);
- ... Construire la gouvernance.

Acteurs concernés à mobiliser

…❖ Dépendant de la coopération à construire et du mode de gouvernance retenu.

Livrables de la phase

…❖ Pas de livrable spécifique.

Quelques propositions d'instances

Au vu des objectifs stratégiques du pilotage régional de santé, la coopération peut soit revêtir une dimension volontaire à l'initiative d'un établissement et en cohérence avec sa stratégie, soit être sollicitée par l'Agence régionale de santé, en cohérence avec une stratégie régionale.

Le groupe projet

Le groupe projet regroupe les personnes impliquées directement dans la mise en œuvre de la coopération. Dans le cadre d'un partage de ressources immobilières, il s'agit typiquement des directeurs d'établissement, des ingénieurs et des directeurs des finances. Le groupe projet est en charge de la réalisation opérationnelle du projet et se réunit de manière régulière.



ZOOM

Projet de CHT du Grand Clermont ⁽²⁾

La CHT du Grand Clermont regroupe :

- …❖ le CHU de Clermont-Ferrand ;
- …❖ le CH de Riom ;
- …❖ le CH d'Issoire ;
- …❖ le CH Étienne-CLÉMENTEL d'Enval ;
- …❖ le CH local du Mont-Dore ;
- …❖ le CH local de Billom.

« L'équipe projet comprend deux directeurs et deux présidents de Commission médicale d'établissement (CME). Elle illustre la diversité des partenaires des acteurs de la CHT » :

- …❖ le président de la CME du CHU ;
- …❖ le président de la CME du Centre hospitalier local du Mont-Dore ;
- …❖ le directeur des affaires médicales du CHU de Clermont-Ferrand ;
- …❖ la directrice adjointe du CHU de Clermont-Ferrand, également directrice du CH d'Issoire.

Le comité de pilotage

Il est en charge de l'aspect stratégique du projet. Il a charge d'orienter et de valider les travaux du groupe projet. Il est composé *a minima* du directeur, du président de CME, d'un ou plusieurs membres du groupe projet et de représentants du personnel ou du service concerné (chef de service, cadre de santé, responsable de pôle, par exemple). Comité de pilotage et groupe projet peuvent n'être qu'une seule et même entité dans le cadre d'un projet de taille moyenne.



ZOOM

Projet de CHT du Grand Clermont ⁽³⁾

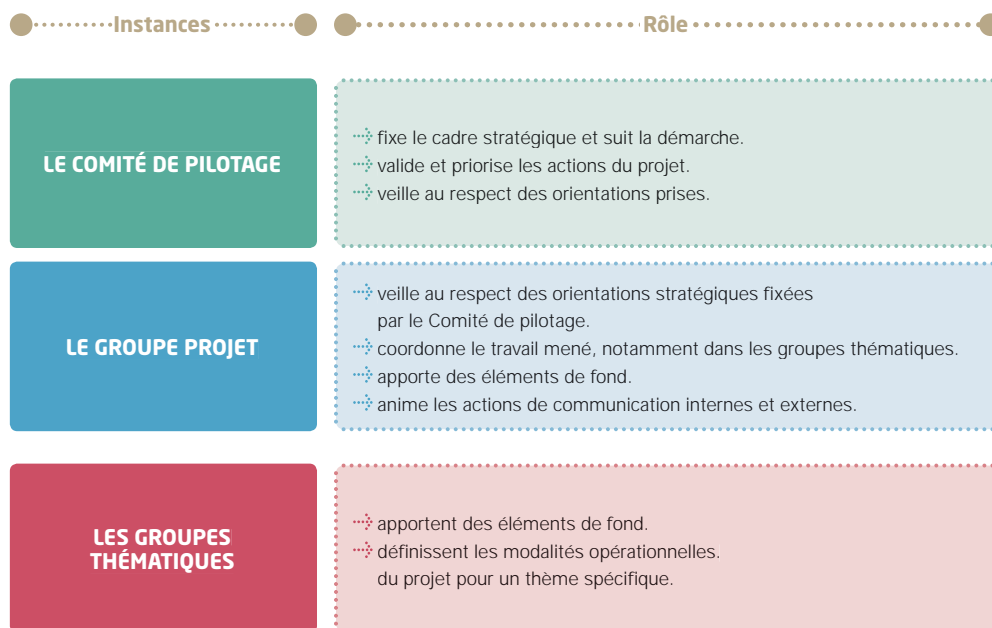
« Le pilotage de la CHT est assuré par le Conseil exécutif de territoire. Sa composition est inspirée par la composition des Conseils exécutifs des établissements. Il comprend, au titre de chaque établissement, le directeur et le président voire le vice-président de la CME. Le directeur des activités médicales du CHU y participe également. Cette instance, à ce jour informelle, se réunit une fois par semestre pour débattre des orientations de la Communauté et de l'état de réalisation des projets menés en commun. »

Avec la loi HPST, cette instance intègrera les Présidents des conseils de surveillance.

(2) et (3) Note de cadrage stratégique établie dans le cadre des projets préfigurateurs de CHT et GCS – DGOS, 2010.

Les groupes thématiques

Dans le cadre d'un projet de taille importante, ces groupes se réunissent autour d'une thématique particulière (partage du bloc opératoire, organisation de la stérilisation, mise en place d'un accueil commun, etc.) et réunissent les professionnels concernés.



Outil : synthèse des rôles des instances du projet

BOÎTE À OUTILS

SUIVRE LE PROJET

Construire des outils permettant de suivre le projet

Dès la définition du projet, un outil de suivi du projet peut être constitué. Ce dernier pourra prendre la forme d'un rétroplanning, c'est-à-dire d'un document contenant, pour chacun des axes du projet, les jalons principaux, la date de réalisation prévue et les

acteurs concernés (responsables de l'action, personnes à impliquer). Il est intéressant de fixer, dès le lancement du projet de coopération, l'ensemble des groupes thématiques nécessaires à sa réalisation et les réunions proposées.

Exemple d'outil de suivi du projet

| Titre de l'action | | | | | Pilote de l'action | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--------------------|---|---|---|----------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Objectifs / Résultats attendus | | | | | Résultats attendus | | | | | | | | | | | | Indicateurs | | | | | | | |
| Objectif 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objectif 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Octobre | | | | Novembre | | | | Décembre | | | | Janvier | | | | | | | |
| Etapes | | | | | R | A | C | I | 01-07 | 08-14 | 15-22 | 23-31 | 01-07 | 08-14 | 15-22 | 23-30 | 01-07 | 08-14 | 15-22 | 23-31 | 01-07 | 08-14 | 15-22 | 23-31 |
| Etape 1 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etape 2 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Coopérer au jour le jour

Si les instances mises en place lors de la création de la coopération n'ont pas vocation à perdurer dans le temps, il est cependant nécessaire de conserver *a minima* **une personne de référence de la coopération**, en charge du respect des accords juridiques

(conventions, GCS, groupement d'employeurs), du suivi financier, mais aussi des impacts de la coopération sur le travail des équipes et la prise en charge des patients.

ÉVALUER LES RÉSULTATS

De même, il est important de réaliser une évaluation régulière du travail effectué dans le cadre de la coopération. Cette dernière peut ainsi être réalisée via une présentation régulière des résultats de la coopération lors des instances des établissements concernés (sujets possibles : évolutions d'activité, maintenance des locaux, organisation des tâches, etc.).

Les principales données à analyser sont de quatre sortes, toutes interdépendantes les unes par rapport aux autres :

- le volet efficacité : l'efficacité découle directement de l'activité de l'établissement de santé et de l'amélioration de sa performance, tant sur la question de l'amélioration des performances par processus que sur celle de l'optimisation des ressources mises en œuvre ;

- le volet financier : les gains financiers concernent la gestion des stocks, de la trésorerie des recouvrements ou d'infrastructure (ex. : entrepôts pour les stocks) ;

- le volet qualité ;

- le volet ressources humaines.

Les indicateurs doivent être fiables, pertinents et stables afin de garantir la lisibilité des résultats obtenus.

Le choix des indicateurs repose notamment sur :

- leur pertinence par rapport au projet ;

- les efforts à déployer en vue de leur mesure (fiabilité des données et modalités d'obtention) ;

- leur nombre, qui doit s'efforcer d'être limité.

Les tableaux ci-contre, inspirés très largement des tableaux définis dans le Guide⁽⁴⁾ du GMSIH sur les investissements en matière de systèmes d'information, s'efforcent de donner quelques exemples d'indicateurs.

Gains d'efficacité

| | Exemples de gains | Exemples d'indicateurs |
|--|--|---|
| PEUT-ON AMÉLIORER LE RAPPORT PRODUCTION ET MOYENS ALLOUÉS ? | Rapidité de la prise en charge | DMS |
| | Activité et effectifs par catégorie de personnel | Nombre d'actes produits, d'entrées, de patients pris en charge, d'ETP du processus de soins Effectifs |
| | Partage des informations administratives, médicales et du parcours de soins du patient entre personnels au sein de la structure de coopération | Nombre de consultations du dossier patient |
| | Récupération rapide des résultats de laboratoire ou de la radiologie | Délai moyen d'obtention de l'information Temps de déplacement pour obtenir l'information |
| | Pas de redondance d'examen | Nombre moyen d'examen par patient |
| | Intégration des actes avec le processus de soins du patient | Nombre de rendez-vous planifiés sur une période donnée |

Gains financiers

| | Exemples de gains | Exemples d'indicateurs |
|--|--|---|
| QUELS EFFETS SUR LES ASSIETTES FINANCIÈRES GÉRÉES ? | Diminution des examens et analyses effectués en double | Nombre moyen d'examen par patient |
| | Standardisation des pratiques | Nombre d'examen et d'analyses demandés par l'unité clinique |
| | Baisse des achats et des consommables | Dépenses d'exploitation des unités cliniques |
| | Gains en surface ou locaux | Dépenses d'exploitation des unités cliniques |

(4) Évaluation du retour sur investissement des systèmes d'information, Guide à l'usage des établissements de santé, GMSIH, 2008.

Gains qualitatifs

| | Exemples de gains | Exemples d'indicateurs |
|--|--|--|
| QUELLE AMÉLIORATION POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT? | Diffusion et accessibilité de l'information | Sondage Enquête systématique (médecins, personnels soignants, patients) |
| | Traçabilité et accessibilité de l'information, clarté et fiabilité des données | Nombre d'utilisateurs consultant les données patients |
| | Partage rapide d'informations sur l'ensemble du parcours de soins | Taux d'erreur moyen |
| | Amélioration des pratiques | Nombre de plaintes |
| | Qualité des relations en interne et en externe | Durée moyenne d'attente par pathologie pour le patient |

Gains sociaux

| | Exemples de gains | Exemples d'indicateurs |
|--|---|---|
| QUELLE AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (RÉELLES ET PERÇUES)? | Fidélisation du personnel soignant et non soignant | Taux de <i>turn-over</i> |
| | Facilitation des échanges entre acteurs de services différents | Taux d'absentéisme par catégorie de personnel |
| | Formation des personnels aux nouveaux outils introduits dans le cadre de la coopération | Taux d'utilisateurs formés aux nouveaux logiciels |
| QUELLES NOUVELLES COMPÉTENCES ACQUISES? | Gestion de référentiel et protocole d'aide au diagnostic | Développement de la télé médecine |
| | Maîtrise des problématiques de gestion de projet | Taux de remplissage des référentiels médicaux |

GESTION DES RISQUES

Comme dans toute conduite de projet, la conduite d'un projet de coopération comporte plusieurs écueils qu'il convient de tenter d'éviter.

L'ANALYSE ET LA MAÎTRISE DES RISQUES DU PILOTAGE DU PROJET

Le pilotage du projet débute dès sa conception initiale avec l'analyse des besoins correspondants et se poursuit après sa mise en œuvre. Il permet d'en maîtriser les principaux risques en termes de :

- …❖ **délais** (risque d'enlisement du projet, retours en arrière) ;
- …❖ **périmètre** couvert par la coopération (pilotage de plusieurs sous-projets dans le cadre de coopérations importantes) ;
- …❖ **acteurs** (prise de décision, communication externe).

Son importance dépend du périmètre même de la coopération. Le partage de quelques ETP ne justifiera pas la mise en place d'une structure de pilotage aussi élaborée que l'embauche d'équipes entières dans le cadre d'un GCS Établissement. Cependant, et quelle que soit la lourdeur du dispositif choisi, quelques principes de pilotage demeurent :

- …❖ définir clairement le circuit de décision (qui propose ? qui décide ?) ;
- …❖ anticiper ou prévoir les risques du projet ;
- …❖ communiquer sur le projet auprès des équipes et des partenaires.

LES ÉCUEILS DE LA GOUVERNANCE SUR LES VOILETS OPÉRATIONNEL ET COMMUNICATIONNEL

La pérennité d'une démarche collaborative suppose que la gouvernance soit suffisamment explicite au sein des établissements parties à la convention et au sein du groupement même. Il faut d'ailleurs prendre garde aux contradictions susceptibles d'exister entre les contraintes induites par le pilotage du projet mutualisé et le pilotage interne des projets propres à chacun des établissements.

La mise en œuvre du projet doit éviter d'être trop longue, sous peine d'épuiser les équipes enthousiastes et porteuses du projet. Il est important à cet égard de communiquer régulièrement sur les avancées du projet, d'encourager et de valoriser les personnels qui s'y investissent. La communication interne, dans ses deux dimensions individuelles et collectives « *permet d'entretenir le niveau d'implication des équipes, sans s'appuyer sur le levier hasardeux de la crainte* ». ⁽⁵⁾

Cette culture de la communication – qui intervient depuis la création du projet jusqu'à sa concrétisation, son évaluation et son suivi *a posteriori* – doit être bilatérale afin de permettre aux collaborateurs et aux agents de s'exprimer. Dans cette logique, tout un panel de communication peut être utilisé : réunions, lettres d'information, intranet, entretiens individuels ou conversations informelles par exemple.

Enfin, il est important de prendre en compte qu'il existe de nombreuses idées reçues qui sont susceptibles de nuire à l'avancée du projet de coopération. Ainsi, certains appréhendent notamment la perte d'identité d'un établissement par rapport aux autres établissements et la peur de perdre son autonomie.

L'ÉPUISEMENT DES ACTEURS PORTEURS DU PROJET

De nombreux auteurs ont démontré que la dynamisation de l'activité nécessite, d'une part, que soient perçues les finalités des démarches mises en œuvre et, d'autre part, que les équipes adhèrent au projet en participant aux objectifs à atteindre.

Développer une coopération entre les établissements nécessite une grande implication des porteurs du projet. Néanmoins, il est très important que les parangons de cette logique collaborative maintiennent leurs efforts jusqu'à son aboutissement, sous peine de grever sérieusement le projet.

Afin d'éviter que les équipes ne s'épuisent dans la réalisation de la coopération, il est important de suivre quelques conseils indispensables :

- s'astreindre à planifier et à respecter les délais fixés ;
- offrir aux équipes des outils d'organisation de type schémas directeurs, comité de pilotage... afin de sécuriser leur démarche ;
- s'attacher à définir et éclaircir les différentes responsabilités des acteurs par rapport à la démarche ;
- faire régulièrement des points d'information sur les réalisations concrètes qui ont été menées ;
- envisager l'introduction d'un mécanisme d'intéressement avec le développement de la coopération.

Les sujets à aborder dans la mise en œuvre d'une coopération sont multiples. Plus les acteurs se doteront d'un cadre de travail bien défini avec des outils partagés, plus faible sera le risque d'épuisement sur le long terme.

LA NON PRISE EN COMPTE DU CONTEXTE SOCIAL

Les différences culturelles

Les coopérations rapprochent deux dichotomies culturelles traditionnelles. D'une part, celle des structures publiques et privées, d'autre part celle des secteurs sanitaires et médico-sociaux. Toute coopération réussie entraîne une acculturation réciproque des équipes. L'« acculturation » est, selon la définition du Memorandum du Social Science Research Council : « *L'ensemble des phénomènes résultant du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes avec des changements subséquents dans les types de culture originaux de l'un ou des autres groupes* ».

Au-delà de la pertinence du nouveau périmètre de soins défini dans la coopération (brassage des équipes, évolution des activités...), c'est l'acculturation des équipes soignantes, médico-logistiques et administratives à cette nouvelle configuration qui se joue, la construction de nouveaux rapports sociaux. D'ailleurs, il ne faut pas négliger le fait que le processus d'acculturation (développement de codes sociaux communs, de valeurs partagées...) et le processus décisionnel (déploiement d'un projet médical commun, d'une méthodologie commune de travail...) s'interpénètrent : le degré de participation à la décision communautaire des directions des établissements parties à la convention de coopération, qu'elle soit organique ou fonctionnelle conditionne son acculturation.

(5) Dominique TASSERY, *La Motivation dans la fonction publique territoriale, Mémoire de MBA, Euromed, 2007.*

Dans cette logique, il est très important que les directions prennent en compte le climat social des structures, en intégrant pleinement à la démarche de coopération les instances représentatives du personnel.

L'appropriation psychologique

« Il ne suffit pas d'indiquer les objectifs, il faut aussi associer les collaborateurs, ce qui suppose une construction de valeurs partagées par les agents et déclinées par service »⁽⁶⁾. En parallèle du phénomène d'acculturation qui limite les phénomènes d'opposition, de crainte, à une culture jusqu'alors inconnue, les managers doivent s'attacher à permettre à l'ensemble des acteurs concernés de s'approprier psychologiquement le projet, c'est-à-dire à intégrer les éléments du contexte qui forment le cadre de l'activité.

L'appropriation du projet dans le cadre du travail suppose que l'agent puisse s'y investir en connaissant non seulement les finalités mais en disposant aussi d'une marge de manœuvre suffisante et d'un retour des effets de son action. Cela requiert par conséquent la mise en place d'une composante relationnelle attractive de la part du manager.

Les instances de direction des établissements de santé et de soins ne doivent pas ménager les efforts de communication, tant interne qu'externe, individuelle et collective, permettant *in fine* d'instaurer un climat de confiance.

L'instauration d'un climat de confiance fondé sur les échanges

L'instauration d'un climat de confiance est indispensable. Il est induit par l'implication de l'ensemble de l'échelle hiérarchique, et notamment de celle de l'encadrement intermédiaire. D'ailleurs, cette démarche de communication à destination des cadres intermédiaires s'inscrit parfaitement dans les conclusions du rapport de Chantal DE SINGLY⁽⁷⁾ selon lequel « le pari de l'efficacité dans les établissements (...) de santé » est indubitablement lié à la pleine association des cadres, « c'est-à-dire tous ceux qui se trouvent dans une situation de concevoir, de fédérer, de piloter et de décider dans les organisations de travail hospitalières. »⁽⁸⁾

Par exemple, insister sur les réalisations concrètes régulièrement abouties et les avantages des efforts menés par les équipes, empêche les équipes d'assimiler les nouveaux critères de réussite des objectifs à une tentative de rigidifier les contrôles internes.

LA SUBSTITUTION D'UN PROJET INDIVIDUEL À UN PROJET COLLECTIF

Un projet de coopération, même si cela peut apparaître comme une évidence, est d'abord un projet collectif qui rassemble des équipes d'origines et de métiers différents, des élus et des tutelles.

Si certaines monographies et plusieurs projets préfigureurs ont souligné qu'il semble plus aisé de monter une structure de coopération lorsque les établissements parties du projet sont sous une direction commune, il est indispensable que le projet ne soit pas porté par une seule personne. L'unanimité ne pouvant être obtenue, les porteurs de la collaboration interétablissements devront s'attacher à recueillir un consensus sur le projet et l'implication de l'ensemble des instances consultatives et décisionnelles des différentes structures.

Le travail initial sur la définition des objectifs généraux de la coopération, la publicité qui leur est donnée, l'appropriation par chacun des acteurs sont des points essentiels permettant d'éviter que l'un des acteurs prenne le pas sur les autres et déséquilibre ainsi les accords préexistants.

Dans la conduite d'un projet de coopération, il ne peut y avoir de succès individuels s'il n'y a pas d'abord une réussite collective.

UNE MAUVAISE ANALYSE FINANCIÈRE

Toute démarche de mise en œuvre d'une structure de coopération induit la génération de coûts. Toutefois, le retour sur l'investissement, c'est-à-dire « le rapport entre les montants cumulés des gains et de coûts générés par un projet », permettant « d'évaluer le niveau de rentabilité de l'investissement » doit permettre aux établissements d'en apprécier les avantages.

S'attacher à réaliser une analyse financière initiale pertinente et objective permet aux acteurs d'une part, d'éviter de mettre à mal la situation financière de leur établissement, d'autre part, d'éviter le risque de voir son projet avorté faute de soutenabilité économique.

L'analyse financière doit être très méthodique. Elle apparaît dans les trois phases du projet de coopération, qu'il s'agisse de sa conception, du suivi de sa réalisation ou de son évaluation *ex post*.

(6) Dominique TASSERY, *La Motivation dans la fonction publique territoriale, Mémoire de MBA, Euromed, 2007.*

(7) Proposition du rapport de la Mission Cadres Hospitaliers présenté par Chantal DE SINGLY, 11 septembre 2009.

(8) Lettre de M^{me} BACHELOT-NARQUIN, instituant la mission sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

Dès lors, pour chaque projet de coopération envisagé, les établissements doivent :

- préciser les objectifs du projet afin d'identifier le périmètre existant et de définir la cible à atteindre (coopération fonctionnelle ou organique, partielle ou totale) ;
- analyser le coût global de la cible ;
- connaître et promouvoir les gains attendus du projet ;
- conclure sur le rapport coût/bénéfice.



QUESTIONS RÉCURRENTES ⁽⁹⁾

Doit-on tenir compte de l'inflation dans l'estimation du taux d'actualisation ?

La méthode habituellement mise en œuvre consiste à évaluer les flux financiers au cours du projet en monnaie courante. À ce titre, le calcul de l'actualisation doit impliquer un taux d'actualisation nominal, tenant compte de l'inflation. Un calcul de l'actualisation en taux réel (hors inflation) n'est possible que lorsque l'évaluation est menée en monnaie constante. Toutefois, cette méthode peut être déconseillée.

Doit-on tenir compte des amortissements ?

Selon le Plan comptable général (PCG), l'amortissement comptable se définit comme la constatation comptable d'un amoindrissement de la valeur d'un élément d'actif résultant de l'usage, du temps, de changement de technique et de toute autre cause dont les effets sont jugés irréversibles. L'amortissement est règlementé. Il s'agit d'un mécanisme qui permet de répartir dans le temps les charges liées à un investissement pour des raisons fiscales.

Par conséquent, la démarche de retour sur investissement étant établie sur la base de flux de trésorerie réels, les amortissements se trouvent hors du périmètre de la démarche. Il ne faut donc pas en tenir compte.

Doit-on tenir compte des charges de personnel interne dans le calcul du coût global d'un projet d'informatisation ?

Il est nécessaire d'identifier et de valoriser les coûts de tous les personnels affectés, même temporairement, à la mise en œuvre d'un projet du système d'information. Le temps consacré par le personnel interne au projet n'est en effet pas consacré à d'autres activités (ex. : une infirmière participant à l'identification des besoins pour un projet d'informatisation du dossier de soins, n'assure pas sa mission paramédicale).

LE NON RESPECT DES DÉLAIS

La mise en œuvre d'une coopération interétablissements prend du temps. Ce temps est lié, d'une part, aux difficultés concrètes de création de la collaboration (rédaction de la convention, signature des parties) et, d'autre part, à celles de sa mise en œuvre (traitement des questions financières, répartition des ressources, érection de nouvelles infrastructures...).

Enfin, elle est liée à l'histoire et à la culture de chacune des structures en pourparlers sur la coopération. Chaque établissement dispose d'une culture professionnelle liée tant à son secteur d'activité (sanitaire, social, médico-social) qu'à son régime juridique (droit privé ou public) ou à son esprit (lucratif, non lucratif)... L'efficacité d'une coopération est en partie liée à une certaine acculturation réciproque des établissements et de leurs membres.

En rédigeant le calendrier prévisionnel de mise en œuvre, les acteurs du projet doivent essayer d'adopter un regard pragmatique sur les délais à considérer. En optant pour des délais trop longs, ils risquent de démoraliser les équipes qui s'engageraient dans cette nouvelle démarche et ne verraient pas suffisamment de réalisations concrètes de leurs efforts. En adoptant des délais trop courts, d'une part, les membres de l'équipe se décourageraient, faute de pouvoir réaliser les objectifs impartis et, d'autre part, ils encourraient des conséquences économiques ou financières importantes.

En ne respectant pas les délais prévus, les établissements ne pourraient pas tenir le modèle économique qu'ils avaient prévu à la conception du projet.

(9) Évaluation du retour sur investissement des systèmes d'information, Guide à l'usage des établissements de santé, GMSIH, 2008.

LES DANGERS D'UN PRESTATAIRE UNIQUE

L'une des hypothèses théoriques sur les coopérations est l'émergence d'une situation monopolistique d'un groupement sur un territoire. Or, toute situation de monopole porte en elle le risque de nuire aux principes d'accessibilité et de permanence des soins.

D'une part, il incombe à un établissement en situation de monopole de demeurer attractif, fiable et accessible financièrement. S'il n'est plus attractif ou qu'il n'est pas accessible, cela nuit au principe d'une juste répartition territoriale de l'offre de soins. S'il n'est pas fiable, cela nuit au principe de l'égalité de traitement des usagers.

D'autre part, si un établissement issu d'un groupement de coopération intégré venait à fermer, qu'advierait-il des patients alors que le maillage territorial des soins de premiers recours et de transport sanitaire ne serait plus adapté à la nouvelle configuration ?

Or, si ce n'est aujourd'hui qu'une hypothèse d'école, il faut rappeler que l'ARS peut retirer des autorisations d'exercice si les établissements publics ou privés ne respectent pas les dispositions législatives et réglementaires ou contreviennent aux dispositions stipulées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. De surcroît, rien n'empêche les actionnaires d'un établissement de santé privé de fermer un site, qui bien qu'en situation monopolistique, ne serait pas rentable.

La loi ne précise pas non plus si, sur un territoire donné, il est interdit d'avoir un ou plusieurs groupements composés uniquement de praticiens en secteur 2, dans la mesure où un GCS est à but non lucratif et où le DGARS s'attache à la rationalisation et à la recomposition du territoire de soins. Pour autant, nous pouvons postuler que ces mesures préserveront les principes de liberté de choix, de sécurité et d'égalité devant les soins.

À défaut de se confronter aujourd'hui à ces situations, il faut cependant se donner la possibilité d'y parer si elles surviennent.



À RETENIR

Facteurs clés de succès

- Définir précisément le **périmètre** et les **besoins du projet** dans un premier temps, pour minimiser le risque de lacunes ou d'incohérences fonctionnelles lors de la mise en œuvre ;
- Préparer un **business plan détaillé** du projet de coopération, pour anticiper au mieux les coûts d'exploitation du projet.

Points de vigilance

- Méconnaître ou négliger le risque financier inhérent au projet pour les établissements ;
- Négliger les implications juridiques, financières et fiscales que génère la coopération.

5

GLOSSAIRE

ARH • Agence régionale de l'hospitalisation

ARS • Agence régionale de santé

BEH • Bail emphytéotique hospitalier

CASF • Code de l'action sociale et des familles

CCAM • Classification commune des actes médicaux

CE • Comité d'entreprise

CE • Conseil d'État

CESU • Centre d'enseignement aux soins d'urgences

CET • Contribution économique territoriale

CFE • Cotisation foncière des entreprises

CGI • Code général des impôts

CHI • Centre hospitalier intercommunal

CHSCT • Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHT • Communauté hospitalière de territoire

CHU • Centre hospitalier universitaire

CLIN • Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD • Comité de lutte contre la douleur

CME • Commission médicale d'établissement

CMU • Couverture maladie universelle

CNG • Centre national de gestion

CP • Contrat de partenariat

CPOM • Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP • Code de la santé publique

CT • Collectivités territoriales

CTE • Comité technique d'établissement

CVAE • Cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises

DGARS • Directeur général d'Agence régionale de santé

DGCS • Direction générale de la cohésion sociale

DGOS • Direction générale de l'offre de soins

DIM • Département d'information médicale

DP • Délégué du personnel

DREES • Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD • Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPA • Établissement public administratif

EPS • Établissement public de santé

EPSI • Établissement public de santé interhospitalier

ESPIC • Établissement de santé privé d'intérêt collectif

FMESPP • *Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés*

FMIH • *Fédération médicale interhospitalière*

FP • *Fonction publique*

GBEA • *Guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale*

GCS • *Groupement de coopération sanitaire*

GCSMS • *Groupement de coopération sociale et médico-sociale*

GHS • *Groupe homogène de séjours*

GIE • *Groupement d'intérêt économique*

GIP • *Groupement d'intérêt public*

HAS • *Haute autorité de santé*

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

IS • *Impôt sur les sociétés*

LBM • *Laboratoire de biologie médicale*

LMD • *Licence-master-doctorat*

MCO • *Médecine, chirurgie, obstétrique.*

MIGAC • *Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation*

MOP • *Maîtrise d'ouvrage publique*

PDSH • *Permanence des soins hospitalière*

PRS • *Projet régional de santé*

PSPH • *Participant au service public hospitalier*

PUI • *Pharmacie à usage intérieur*

RCS • *Registre du commerce et des sociétés*

SIH • *Syndicat interhospitalier*

SCOT • *Schéma de cohérence territoriale*

SROS • *Schéma régional d'organisation sanitaire*

TVA • *Taxe sur la valeur ajoutée*

T2A • *Tarifification à l'activité*

UNIHA • *Union des hôpitaux pour les achats*

6

REMERCIEMENTS

Tous nos remerciements aux équipes des structures ayant fait l'objet d'une monographie :

Thématique Projet de territoire

- *Projet médical de territoire - Région Nord-Pas-de-Calais*
- *Projet médical de territoire - Région Rhône-Alpes*
- *Projet gériatrique de territoire autour du CHU de Limoges - Région Limousin*

Thématique Filières de soins

- *Filière personnes âgées - Syndicat interhospitalier du Bessin*
- *Filière Périnatal - HAD Toulouse et association Santé Relais Domicile*
- *Filière Psychiatrie - RPSM 78*

Thématique Ressources Humaines

- *Centre hospitalier de Vannes-Auray*
- *Groupement d'employeurs GEM3S Bretagne*

Thématique Équipements lourds

- *GCS de Radiothérapie - CH de Lens et clinique du Pont Saint-Vaast de Douai*
- *Centre hospitalier et clinique de Fontenay-le-Comte - Bloc opératoire de la clinique utilisé par le Centre hospitalier*

Thématique Plateaux techniques pharmacie, biologie

- *GCS PUI EHPAD du Territoire de Belfort - Franche-Comté*
- *Biologie - GCS de Saintonge*

Thématique Logistique, fonctions administratives

- *Picardie : GCS de stérilisation STERHOSPIC*
- *Picardie : GCS de stérilisation GCS UCS 80*
- *Groupement d'achat RESAH-Île-de-France*

Thématique Systèmes d'information

- *GCS EMOSIST*
- *GCS SISRA*
- *Association REIMP'HOS*

Thématique Immobilier

- *GCS « Pôle de santé d'Arcachon » entre le Centre hospitalier et la clinique d'Arcachon*
- *Centre hospitalier et clinique de Saint-Tropez*

Nos remerciements vont également aux cabinets de conseil qui ont accompagné l'ANAP dans la réalisation des monographies ainsi que dans la rédaction des descriptifs des formes juridiques et des approfondissements thématiques :

CMS Bureau Francis Lefebvre, Lyon.

- *M^e Yannick FRANCIA*
- *M^e Valéry BRISSON*
- *M^e Guillaume BOSSY*
- *M^e Mickaël KARPENSCHIF*
- *M^e Walter SALAMAND*
- *M^e Laurent ROMANO*

EXCO AESE Lyon

- *Christian ODET*

SANESCO

- *Agathe AXEL*
- *Didier BERGOGNON (COSILOG)*
- *Pierre-Olivier BARD*

Cekoïa Conseil

- *Dr Jacques SORIA*
- *Jessica CHAMBA*

Ineum Consulting

- *Christophe KEGHLIAN*
- *Claire CHAUMONT*

CERCLH

- *Bertrand PELLET*
- *Koffi COBOLD*

PEA Consulting

- *Jean-François MERCURY*



Conception et réalisation : www.pixelis-corporate.fr - 2011.
Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ
Crédit photos : IGN Institut géographique national.
Imprimé par CARACTERE, imprimerie certifiée Iso 14001, sur du papier PEFC.

Ce guide a pour objectif
d'aider les Agences régionales
de santé et les établissements
de santé et médico-sociaux
dans le choix et la mise
en œuvre des structures
de coopération.

Il présente les raisons pour lesquelles les établissements coopèrent (l'amélioration de l'accès aux soins pour la population d'un territoire, la raréfaction des moyens humains, la recherche d'économies d'échelle par exemple), les préalables à la mise en place d'une coopération ainsi qu'une méthode de conduite de projet adaptée à une action de coopération.

1

DES
ÉTABLISSEMENTS
TRANSFORMÉS

2

DES PROCESSUS
DE PRODUCTION
EFFICIENTS

3

DES PARCOURS
DE PERSONNES
OPTIMISÉS

4

DES RESSOURCES
HUMAINES
VALORISÉES

5

DES INVESTIS-
SEMENTS
EFFICACES

6

UNE CULTURE
PARTAGÉE
DE LA
PERFORMANCE

Ce document
s'inscrit
dans le cadre
du levier n°3,
« Des parcours
de personnes
optimisés »