

<https://ressources.anap.fr/cooperation/publication/1705-guide-methodologique-des-cooperations-territoriales-volume-1>

Apport en connaissance

Guide méthodologique des coopérations territoriales - Volume 1 - Guide méthodologique

Sommaire

1. L'apport de la loi HPST dan...
2. Pourquoi coopérer ?
3. Les préalables à une coopér...
4. Définition d'une méthode de...

↪ 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 GCS).

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 oeuvrant 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.

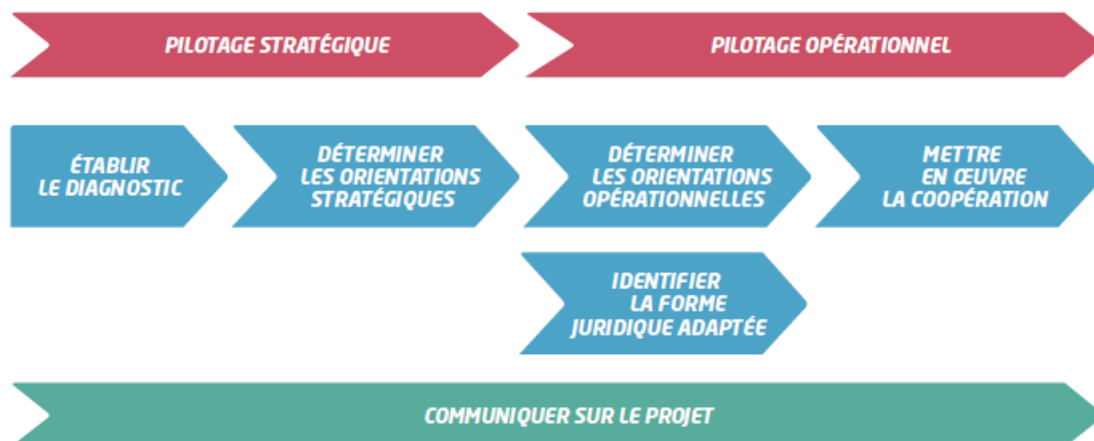
UNE PROPOSITION DE DÉMARCHE DE CONDUITE DU PROJET

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 oeuvre ;
- une phase de mise en oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre, 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 identifier 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 oeuvre 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 ;

- Les présidents 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 oeuvre 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 oeuvre

- 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 oeuvre 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 accordcadre 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 oeuvre ;
- 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 oeuvre de l'action.

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	Systématiser 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre (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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre chacune des étapes de l'action ;
- le calendrier détaillé envisagé pour la mise en oeuvre de l'action.

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 oeuvre				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 oeuvre (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'autorisation.

-> Mise en oeuvre opérationnelle de la forme juridique

Les modalités de mise en oeuvre 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
TYPLOGIE 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, NGA, 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/ coopérative/ 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
GOUVERNANCE			
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 de 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
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 oeuvre 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 sur...

La préparation de la phase opérationnelle de constitution d'une CHT, l'exemple de la CHT entre les Centres hospitaliers de Fourmies et d'Hirson

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 oeuvre une CHT.

Le plan d'action identifié pour mettre en oeuvre 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.

-> 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 oeuvre 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 oeuvre

- 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 oeuvre de la structure de coopération ;
- Coacher 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 oeuvre 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 sur ...

Projet de CHT du Grand Clermont

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 sur ...

Le projet de CHT du Grand Clermont

« 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 intégrera les Présidents des conseils de surveillance.

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.



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.

Titre de l'action					Pilote de l'action																			
Objectifs / Résultats attendus					Résultats attendus						Indicateurs													
Objectif 1																								
Objectif 2																								
...																								
					RACI (Responsable - Acteur - Consulté - Informé)				Octobre			Novembre			Décembre			Janvier						
Etapas					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 oeuvre ;
- 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 du GMSIH sur les investissements en matière de systèmes d'information, s'efforcent de donner quelques exemples d'indicateurs.

Gains d'efficience

	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'examens 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'examens par patient
	Standardisation des pratiques	Nombre d'examens 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

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 oeuvre. 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 justifierait 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.

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

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 oeuvre 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 ».

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 oeuvre 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 oeuvre 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.

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 ». 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 manoeuvre 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 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. »

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 préfigurateurs 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 oeuvre 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.

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]

-> Doit-on tenir compte de l'inflation dans l'estimation du taux d'actualisation ?

La méthode habituellement mise en oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre (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 oeuvre, 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.

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 oeuvre ;
- 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.

Ressources associées

MÉTHODE, APPORT EN CONNAISSANCE,

KIT DE PRODUCTIONS

Les préalables à une coopération territoriale

↳ Guide méthodologique des coopérations territoriales - Volume 1 - Guide méthodologique

MÉTHODE, APPORT EN CONNAISSANCE, KIT DE PRODUCTIONS

Définition d'une méthode de conduite des projets de coopération

↳ Guide méthodologique des coopérations territoriales - Volume 1 - Guide méthodologique

MÉTHODE, APPORT EN CONNAISSANCE, KIT DE PRODUCTIONS

Pourquoi coopérer ?

↳ Guide méthodologique des coopérations territoriales - Volume 1 - Guide méthodologique

MÉTHODE, APPORT EN CONNAISSANCE, KIT DE PRODUCTIONS

Guide méthodologique des coopérations territoriales - Volume 1 - Guide méthodologique

Glossaire

ARS

CH

CHT

ETP

GCS

GIP

pilotage

PMT

Date de parution : 07/03/2011

Télécharger la production