

Territoire de santé : Le décloisonnement au risque de la perte de valeur ?

Eric Garcia, Professeur associé – Laboratoire Graphos, Lyon 3

Responsable du Département Qualité et Gestion des risques, du DU Qualité et Management de Projet dans les structures sanitaires et sociales, du Master Management stratégique de la Qualité et des risques Niveau 2 : Mention Management de projet dans les structures sanitaires et sociales, Eric Garcia est par ailleurs appelé sur des missions ponctuelles auprès de l'ANESM et de la HAS pour son expertise sur les thématiques liées au management de la qualité et des risques. Son thème de recherche de prédilection concerne les liens entre l'évaluation et la performance des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Henri Clément, Doctorant – Laboratoire Graphos, Lyon 3

Henri Clément conduit actuellement un doctorat sur le thème de la gestion des risques dans le secteur médico-social. De manière générale, ses recherches portent sur le secteur du handicap, notamment sur les stratégies d'appropriation des outils gestionnaires.

Résumé : L'objet de la recherche est d'anticiper les problèmes managériaux posés par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Alors que les établissements sont appelés à coopérer sur des fonctions, présentées par la loi, comme transversales, chacun des acteurs, pris individuellement, développe des stratégies concurrentielles *a priori* inconciliables avec cette première exigence. À partir d'une étude sur un territoire isolé, Saint-Pierre-et-Miquelon, il s'agit de montrer comment convaincre les différents acteurs d'une participation effective à ces coopérations obligatoires en analysant leur efficacité pour la trajectoire des personnes accompagnées autant que leur efficience pour l'établissement en tant qu'acteur indépendant.

Mots-clés : Coopérations ; loi de modernisation de notre système de santé ; territoire.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé conforte l'organisation territoriale de la politique de santé telle que définie par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « *HPST* ». Le parcours des patients n'est plus porté par un établissement seul mais par

un territoire déterminé au sein d'un Plan Régional de Santé (PRS) déterminé par les Agences Régionales de Santé (ARS). C'est dans ce PRS que sont fixés les besoins d'implantation, les transformations souhaitées, les regroupements possibles entre les structures, bref la cohérence du système sanitaire et médico-social. Tous ces PRS doivent entrer en vigueur, au plus tard, au 1^{er} Janvier 2018.

Ce phénomène de regroupement est le fruit des politiques du New Public Management (NPM), ce que l'on a tendance à rapprocher, par raccourci, à une tendance à la rationalisation des organismes de santé (Chappoz, 2012). Le NPM, exercice de rationalisation du point de vue général pour l'ARS qui souhaite que le territoire soit en mesure de répondre à l'ensemble des situations pour le patient et que les moyens accordés ne soient pas dédoublés, est loin d'être rationnel pour les acteurs-institutions qui en font les frais.

D'abord, les voix s'élèvent pour critiquer l'irruption de la mode gestionnaire dans le domaine de la santé. La rationalisation des moyens est dénoncée comme une chimère qui ne s'appuie que sur des données quantitatives là où les sociologues parlent de *l'inestimable* dans la relation de soins (Chanial, 2016). La rationalité du gestionnaire de territoire ne rencontre pas forcément la rationalité de la structure. Encore que le terme de rationalité soit ici mal choisi puisque les critiques adressés au NPM sont l'expression de « la complexité de l'action humaine pour entreprendre dans son environnement et dans l'organisation de manière générale », c'est à dire l'expression d'enjeux non rationnels (Schmitt, 2016).

Ensuite, la rationalisation du territoire s'oppose à la rationalisation des établissements pris comme des acteurs économiques. Le secteur de la santé et le secteur médico-social ne sont pas exempts de rapports de force : avec l'apparition du modèle de la T2A, « *les hôpitaux sont en concurrence dans la réalisation d'une activité, l'économie de la santé fonctionne – sous certains angles – comme une économie de marché* » (Colin et al, 2015). Les cliniques, opérateurs privés, fonctionnent sur un modèle concurrentiel dont elles ne se cachent pas. De même, dans le secteur médico-social, associatif dans sa grande majorité, les luttes concurrentielles s'intensifient avec, comme levier d'action, un travail sur les coûts, la qualité et la prise de contrôle directe sur d'autres opérateurs dans le cadre de fusions-acquisitions. En conséquence, la coopération inter-établissement et le parcours de santé se heurtent avec les objectifs des établissements pris comme acteurs autonomes et qui, comme des acteurs classiques dans un domaine économique donné, luttent pour leurs propres intérêts.

Fruit de cette contradiction entre rationalité territoriale et enjeux poursuivis par les établissements dans une perspective de lutte concurrentielle (qualitatifs ou économiques), les coopérations ont du mal à s'enclencher. Dans le secteur sanitaire et médico-social, « *la*

coopération entre concurrents est essentiellement verticale » (Routelous, 2011). Par exemple, un hôpital sous-traite vers une clinique lorsqu'il ne dispose pas des ressources nécessaires (prend exemple du cas des avis chirurgicaux pour les urgences). La coopération est rarement horizontale (mutualisation des ressources et des services).

L'enjeu de notre communication est donc d'explorer les possibilités de réconciliation des acteurs du système de santé. Il ne s'agit pas de tenir un discours dogmatique dans un sens ou dans l'autre : ni de consacrer la trajectoire du patient comme une perspective sacro-sainte qui dépasse les enjeux de chacun des acteurs (ce qui demanderait d'ailleurs une véritable analyse des défaillances du système de santé tel qu'il a existé jusqu'à maintenant) ni d'être les tenants d'un libéralisme sanitaire pour lequel l'augmentation de la concurrence est une garantie de l'efficacité de chaque structure. Sur ce dernier point, le secteur n'est qu'un quasi-marché : *« ils dépendent aussi d'une enveloppe nationale plafonnée, ils sont en concurrence pour l'activité sur un marché fermé »* (Colin, 2015) et dont les fonds de l'enveloppe proviennent directement du contribuable. Notre objectif est d'identifier un modèle expérimental de coopération qui, tout en suivant les directives imposées par la loi (et donc un souci d'efficacité du modèle social) n'efface pas les enjeux propres aux acteurs mobilisés, autrement dit : **En quoi la coopération inter-établissement est-elle un levier d'action pour la sécurisation et la qualité de l'accompagnement des usagers et des patients dans un contexte d'efficacité au sein d'un secteur quasi marchand ?** Si la coopération est probablement plus facile dans le secteur de la santé que dans un secteur marchand classique, il est utopique de croire le déplacement du regard depuis la structure autonome vers le territoire, va de soi.

Contexte

Cette exploration s'appuie sur une méthode de recherche-intervention d'une conduite sur un territoire en proie, par avance, aux problématiques qui s'imposeront *de facto*, avec l'arrivée des PRS, dans l'ensemble de la métropole. La méthode d'intervention s'est appuyée sur la présence de deux chercheurs dans une position d'experts auprès des établissements du territoire, avec la mise en place de préconisations opérationnelles.

La recherche-intervention, à la différence d'une recherche-action classique, propose un changement par tâtonnement auquel le chercheur participe durant les phases successives de sa construction. L'intervention a lieu jusqu'à avoir aidé le groupe à trouver la solution : « Les transformations concrètes dans la gestion de l'organisation ne sont formalisées qu'ensuite,

dans une phase qui n'est plus concernée par la recherche ou, du moins, dans laquelle les chercheurs n'interviennent pas directement pour ne pas perturber les objectifs pratiques de l'organisation. » (David, 2000).

La recherche-intervention poursuit la réflexion de Schein sur la place du chercheur. Dans sa typologie (catalyseur, médecin, fournisseur), le chercheur est toujours considéré comme extérieur à l'organisation. Son intervention modifie l'organisation interne de l'organisation, d'autant plus s'il participe activement au changement. Le chercheur devient acteur de sa propre expérimentation. Le positionnement du chercheur doit être explicité, au risque d'analyser un changement sans analyser son moteur principal. La recherche-intervention contextualise les conditions de la recherche en intégrant sa propre implication dans le modèle théorique.

Aussi, le terrain se construit avec la théorie apportée par le chercheur autant qu'il est le lieu d'émergence d'une nouvelle théorie : « Le terrain est indissociable des théories qui permettent d'interpréter ce qui s'y passe et ce que le chercheur lui-même y fait et, en retour, il contribue à l'élaboration de théories de divers niveaux, des faits mis en forme aux théories générales, voire aux paradigmes et aux axiomatiques » (David, *ibid.*). Cela suppose donc que le chercheur n'applique pas ses savoirs théoriques tels quels. Il n'y a pas de savoir a priori de l'enquête de terrain, pas de savoir applicable à toutes les situations

Afin de cerner au mieux les besoins du territoire en question, la recherche-intervention s'est étalée sur cinq jours de présence dans les établissements et les institutions au cours desquels nous avons conduit plus de 50 entretiens semi-directifs : directeurs d'établissements, personnels d'établissement, administrateurs d'association, agents de l'État (inspecteur d'académie, comité de la maison départementale des personnes handicapées). Par ailleurs, elle s'appuie sur une enquête de terrain relatif au fonctionnement des établissements permise grâce à une grille d'observation (elle sera présentée en annexe de notre communication). Ce territoire, c'est l'archipel français de Saint-Pierre-Et-Miquelon, collectivité d'outre-mer à l'est du Canada.

Sur ces deux îles vivent aujourd'hui à peine 6000 habitants, avec une densité de population de 25 habitants au km². Ce qui s'apparenterait, en métropole, à une petite ville de province, potentiellement sans infrastructures sanitaires, présente des caractéristiques qui en font un

véritable territoire de santé. Puisque situé à plus de 4500 km de la métropole, l'archipel de Saint-Pierre-Et-Miquelon a dû se doter de l'ensemble des services nécessaires malgré la taille réduite de sa population. Ainsi, pour 6054 habitants, on retrouve dans la ville de Saint-Pierre un hôpital, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, un service de soins infirmier à domicile, une maison de santé, un foyer de vie, un établissement d'aide par le travail, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile. Ces établissements travaillent sous l'égide d'une Autorité Territoriale de Santé (ATS) en charge d'organiser la continuité des soins sur le territoire.

Ici, le territoire est véritablement isolé. Pour répondre à un déficit de compétences criant (territoire peu attractif, diminution démographique constante depuis 1982) le territoire de santé s'est jusque là organisé en faisant appel à des ressources en provenance de la métropole. Or, ces ressources sont instables : les professionnels sont de passage jusqu'à ce qu'ils trouvent un poste dans une région métropolitaine. Aussi, les établissements de l'archipel se concentrent sur leur « cœur de métier », délaissant les fonctions supports. Par exemple, les trois établissements médico-sociaux, en l'absence d'un service qualité, sont en retard, encore 2016, sur les obligations posées par loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : mises-en place d'un projet individualisé, d'un contrat de séjour, d'un projet d'établissement et autant d'éléments relatifs à la qualité de la prise en charge des personnes.

Aussi, les services médico-sociaux nous ont-ils fait appel afin de proposer une solution quant aux retards pris sur plusieurs thématiques : qualité, gestion des risques, ressources humaines. Notons par ailleurs que ce retard n'est pas inhérent aux structures « éloignées » (de la métropole, donc des autorités de contrôle mais aussi des lieux de diffusion du savoir, tel que l'université ou les zones de rencontre entre professionnels). L'invention d'une gouvernance managériale dans le secteur médico-social, au service notamment d'une efficience de gestion, n'est encore développée que dans les structures dont l'envergure est nationale (Jaubert, 2014)

Aussi a-t-il fallu répondre à la question : sur quoi coopérer ? En pratique, quelles sont les fonctions qu'il est possible de mutualiser sans pour autant que les structures perdent leur identité et/ou se dévalorisent par rapport aux autres ? Pour anticiper sur les résultats que nous souhaitons présenter lors de cette communication, l'idée centrale a été de mettre au point un système de coopération autour des fonctions supports non structurantes dans les cadres de coopération externes et de l'ensemble des fonctions supports pour les établissements d'une

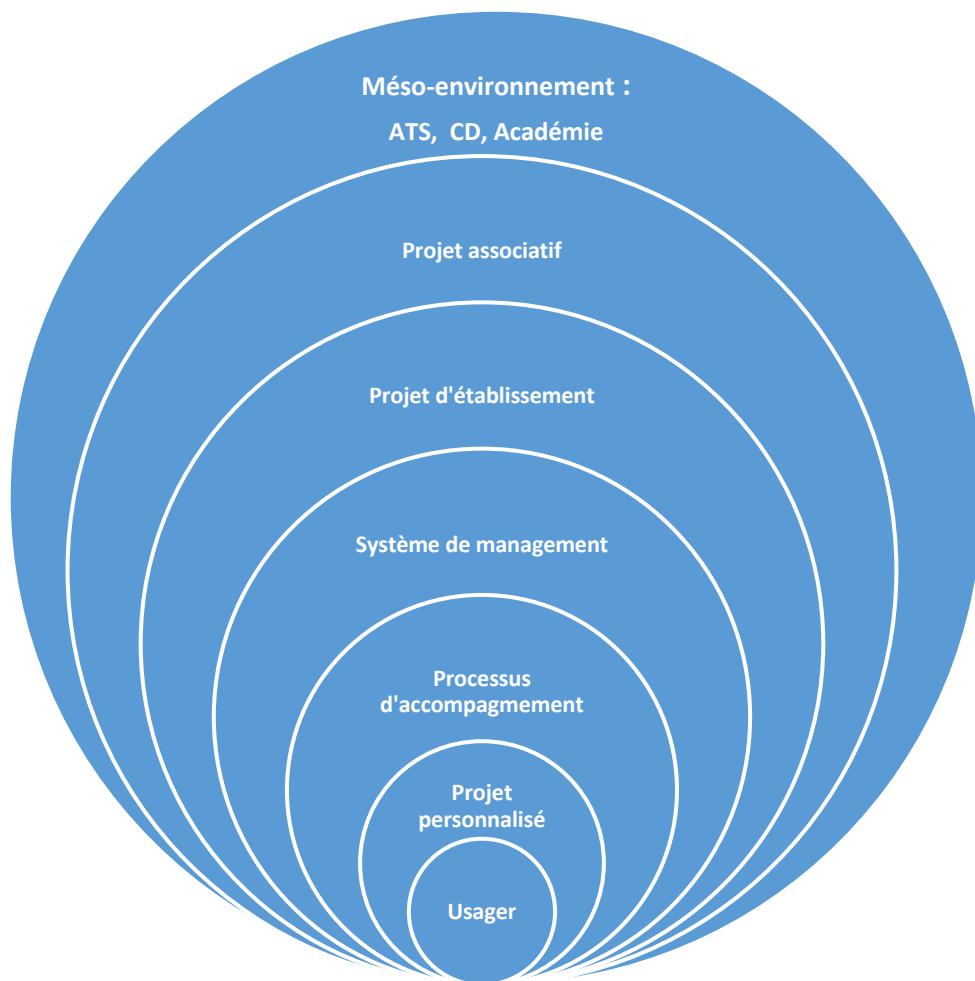
même association. Par effet hologrammique, nous souhaitons proposer les apports des stratégies de coopération dans le secteur quasi marchand de la santé applicable à l'ensemble des territoires de la métropole.

Méthodologie

La grille de lecture systémique que nous avons retenue pour réaliser le recueil de données reprend les 7 domaines qui intègrent les différents défis auxquels doivent faire face les établissements sociaux et médico sociaux.

Cette grille de lecture est le fruit d'une recherche orientée tant par des impératifs de recherche que des demandes légales de la part des autorités de contrôle. D'une part, il s'agit de construire une grille d'analyse s'appuyant sur un faisceau d'étude sur l'ingénierie des outils de gestions appliquée au secteur médico-social (Martineau, 2014) ; D'autre part, il s'agit de répondre scrupuleusement à une commande légale, à même de produire des résultats scientifiques une fois la traduction, l'interprétation, scientifique effectuée (Capgras et al, 2011)

Les établissements dans leur globalité, évoluent dans un environnement politique, économique et légale contraint et régit au gré des réformes qui se sont succédées ces 30 dernières années au rythme d'une réforme tous les 18 mois en moyenne.



La grille de lecture systémique que nous avons retenue pour réaliser le recueil de données reprend les 7 domaines qui intègrent les différents défis auxquels doivent faire face les établissements sociaux et médico sociaux.

Les établissements dans leur globalité, évoluent dans un environnement politique, économique et légale contraint et régit au gré des réformes qui se sont succédées ces 30 dernières années au rythme d'une réforme tous les 18 mois en moyenne.

Le premier domaine de la grille de lecture apprécie la façon dont l'association et les établissements répondent aux besoins des partenaires institutionnels et des autorités de contrôle et de tarification.

Pour les établissements, il convient de répondre à la fois à la contrainte légale, répondre aux exigences de la loi 2002-2 et d'être en adaptation constante avec les besoins du territoire de santé.

L'objet du **deuxième et du troisième domaine** de la grille de lecture, est de procéder à l'évaluation du projet associatif et des projets stratégiques des établissements qui doivent prendre en compte les orientations de la loi HPST de 2009 que nous pouvons résumer comme suit :

« Répondre aux besoins de l'utilisateur en tous points du territoire de santé à partir de 3 engagements :

- Le respect des droits de l'utilisateur associant l'accessibilité, en favorisant l'ouverture de l'établissement sur l'environnement, le libre choix, et la dignité ;
- Une prise en charge associant Qualité et Sécurité par la maîtrise du service rendu ;
- Dans un contexte de recherche d'efficience, en réduisant les contre performances, selon la maxime formulée par Jean Pierre Claveranne (2000), « *Le juste accompagnement réalisé par le juste acteur au juste coût* »

En deux mots, il faut « penser territoire », que ce soit lors de la construction du projet associatif ou des projets d'établissement. Afficher les valeurs et la mission de l'institution permet de rédiger le projet d'établissement en déclinant les missions en prestations opérationnelles. Ces projets collectifs doivent se réaliser en associant les professionnels et en mobilisant les outils d'animation des équipes, d'organisation et de gestion de projet (Staines, 2008).

A partir de cette dimension stratégique, cette vision partagée sera de même une exigence incontournable dans la mise en place du système de management, objet du **quatrième domaine** de la grille de lecture. Ce domaine évalue l'animation, l'organisation, la gestion de l'établissement et l'implication des professionnels. Ces derniers font cohabiter des approches très différentes en fonction de leur position dans l'organisation et de leur métier.

Les opérationnels vivent l'organisation dans une dimension technique. Ils réalisent des actes de soins, d'accompagnement ou des activités logistiques et administratives.

Les responsables de service et les managers de proximité évoluent dans une dimension organisationnelle, coordonnent les ressources humaines et matérielles.

Les administratifs agissent dans une dimension juridique, comptable et financière.

La résilience de l'organisation réside dans l'élaboration et le maintien de la cohérence entre ces différentes dimensions.

Adossé sur ces prérequis, la mission de chaque établissement comprend la maîtrise des risques. La sécurité de l'utilisateur tout au long de son parcours d'accompagnement en est l'objectif principal. Comme l'a déjà démontré Deming depuis de nombreuses années, 80% des risques, obstacles ou dysfonctionnements se situent dans les zones d'interface entre les métiers et les secteurs d'activité dans les organisations. La maîtrise de ces zones d'interface nécessite l'instauration d'une vision et d'une action partagées. En s'appuyant sur des groupes de travail pluridisciplinaires et interservices, les processus prioritaires de l'organisation qui doivent être formalisés et connus des professionnels sont évalués au sein du **cinquième domaine**.

Les processus d'accompagnements des usagers sont à la fois porteurs de sens et générateurs de risques, et se focaliser sur la maîtrise du cœur de métier des établissements, le projet personnalisé, ne permet pas d'avoir une analyse des risques globale pertinente.

Chaque établissement doit aussi veiller à ce que les engagements et les prestations actés dans le projet d'établissement soient adaptés à la singularité de chaque de chaque usager. Cette adaptation ne peut être garantie que par la construction d'un projet « personnalisé » à chaque personne accompagnée qui est évalué par le **sixième domaine** de la grille de lecture. Il convient donc d'instaurer le management par projet. Ce système de pilotage répond bien aux organisations dont le cœur de métier est de gérer de multiples projets simultanément.

Le management de l'établissement a pour mission de donner un cadre, des méthodes et des moyens pour permettre aux professionnels de s'impliquer et de faire ensemble au service des usagers. Ce point est l'objet du **Septième domaine la grille de lecture**. L'appréciation de l'implication, de la participation et de la satisfaction de l'utilisateur et de son entourage constitue à la fois la boussole et la résultante d'une démarche qualité et risque pertinente et aboutie. Etendue à l'ensemble des partenaires externes de l'établissement, pharmacie centrale de l'hôpital, centre de santé, kinésithérapeute libéral, restaurant en ville pour la livraison des repas, ce recueil de données permet de compléter l'évaluation de la perception des parties prenantes.

Résultats

Les principaux résultats issus de notre recueil de données sont présentés ci dessous :

Domaines	SESSAD	Foyer Hébergement	ESAT
Les relations avec les autorités de contrôle et de tarification	A renforcer	A renforcer	A renforcer
Le Projet Associatif	A reprendre	A reprendre	A reprendre
Le Projet d'établissement	A reprendre	A reprendre	A reprendre
Le système de management de la qualité et des risques La maîtrise des risques Usagers La maîtrise des risques Professionnels La maîtrise des risques Infrastructure	En place En place En place A instaurer	A clarifier A renforcer A instaurer En place	A clarifier A renforcer A instaurer En place
Le processus d'accompagnement et le parcours de l'utilisateur	A formaliser	A formaliser	A formaliser
Le projet personnalisé	En place	A déployer	A déployer
La participation des usagers La participation des partenaires	En place A renforcer	A instaurer A renforcer	A instaurer A renforcer

Suite à nos différents entretiens avec les acteurs institutionnels (ATS, Conseil Départemental, Académie), notre premier étonnement fut de constater l'inexistence quasi complète de coopération entre les établissements de l'archipel, y compris entre des établissements appartenant à la même association qui se traduit par des structures cloisonnées dans leurs fonctionnements respectifs sur l'ensemble du territoire.

Comme le montre l'analyse des résultats du tableau présenté ci dessus, les relations avec les autorités de contrôle et de tarification manquent de continuité et ne bénéficient pas d'un climat de confiance suffisant.

Ce déficit d'attention vis à vis des l'environnement se traduit de fait par l'absence de formalisation du projet associatif et des différents projets d'établissement de l'association, entraînant un déficit de lisibilité de l'association sur le bassin de santé et une mise en cohérence difficile des activités de l'ensemble des structures des l'association.

Pour les professionnels, cette absence de formalisation les prive :

- d'une organisation fédératrice et implicative de l'association,
- de possibilités de mutualisation qui les rassurent dans le quotidien de leur pratique,
- d'un sentiment d'appartenance à l'association.

Le manque de coopération au sein de l'association entraine plusieurs phénomènes négatifs.

Les exigences en matière de qualité et de gestion des risques ne sont pas satisfaites au plan de l'association alors que qu'elles le sont en partie et de façon complémentaire au sein de chaque établissement.

Le projet personnalisé et la participation des usagers sont en place dans au sein du SESSAD mais le transfert de compétence ne s'est pas effectué à destination du foyer et de l'ESAT qui sont en retard sur ces thèmes centraux.

Les processus liés au parcours d'accompagnement des usagers ne sont pas formalisés ce qui pénalise la réflexion et la mise en place de réponses prospectives aux besoins des usagers comme :

- la continuité du parcours des usagers entre le SESSAD et le foyer,
- la continuité du parcours des usagers entre le SESSAD et l'ESAT,
- la formation et l'insertion des usagers en milieu ordinaire,

La participation des partenaires est à renforcer au sein des 3 établissements de l'association. Une ouverture sur l'environnement plus forte auprès des structures ayant des compétences complémentaires permettrait de proposer aux usagers des parcours aujourd'hui en rupture ou absents comme :

- l'accompagnement à la retraite,
- L'accompagnement à la fin de vie.

De façon plus globale, face aux contraintes budgétaires de plus en plus prégnantes imposées par les autorités de contrôle et de tarification, cette configuration génère un manque d'efficience important. Une direction ne supervise que 8 salariés et se trouve donc sous employée.

Les formations suivies dans les établissements sont redondantes (projet personnalisé, risques professionnels) car pilotées séparément par le SESSAD d'un côté et le foyer hébergement associé à l'ESAT de l'autre. Pour exemple d'un cas flagrant de manque de coopération : un établissement de l'association a demandé une formation pour apprendre à créer un projet individualisé alors que la directrice d'un établissement voisin appartenant à la même association a déjà mis en place cet outil, quasiment duplicable en l'état pour les besoins du premier établissement.

Nous avons pu constater l'existence de locaux redondant sur l'Ile de Miquelon où chaque structure possède ses propres locaux dans des sites géographiques différents dans le village qui compte 800 habitants regroupés autour du port.

Suite au fonctionnement en silo entre les structures, des professionnels du foyer sont en sous activité sur l'Ile de Miquelon alors que des professionnels sont sur activité sur l'Ile de Saint Pierre. Certaines fonctions sont non remplies dans un des établissements de l'association alors que les ressources sont disponibles dans les autres établissements de l'association, Les établissements ont recours à des solutions hors du territoire très onéreuses et non fiables pour recruter des professionnels ayant des compétences disponibles et mutualisables au sein de l'association.

Les raisons de cette situation sont multiples : jeux de pouvoirs entre les directions d'établissement, déficit de communication, permanence souhaitée de l'identité d'une structure

donnée, luttes concurrentielles entre opérateurs. Le résultat de ce déficit de coopération est un retard pris, par l'ensemble des structures, par rapport aux avancées continues en métropole. Dans un contexte législatif particulièrement propice à la mutualisation des moyens, notamment par les PRS, l'exemple de Saint-Pierre-et-Miquelon est particulièrement frappant : malgré l'obligation de coopération induite par le déficit de professionnel et la proximité des structures entre elles (tant par leur géographie que par les réseaux qui les composent), rien ne se passe.

Discussion

Jusqu'à début 2016 et l'arrivée du nouveau directeur de l'ATS (Agence Territoriale de Santé), les établissements médico sociaux de l'archipel ne subissaient aucune pression de la part des autorités de contrôle et de tarification concernant la mise en conformité de leurs activités avec les exigences de la loi 2002-02 relatives à la mise en place de l'évaluation interne et externe des établissements.

Ce statut quo représentait une véritable zone de confort pour l'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social. En effet, les autorités de contrôle et de tarification évitaient ainsi toute situation conflictuelle avec les établissements de l'archipel.

L'association, et surtout son Conseil d'Administration, composé de bénévoles en manque de connaissance sur la complexité des dispositifs et des exigences de la loi de 2002 portant réforme du secteur, se voyaient cantonnées dans son rôle de représentation de l'association au plan institutionnel.

Les directeurs d'établissements assuraient la gestion des activités administratives et le suivi budgétaire des structures sans être obligés d'activer tous les projets de changement nécessaires à la mise en conformité des établissements. Les professionnels de terrain, eux, fonctionnaient dans leur routine liée à l'accompagnement des usagers.

C'est donc l'injonction du directeur de l'ATS début 2016 qui a déséquilibrée le système en place et intensifiée les démarches projet pour la mise en conformité des structures.

Conformément à leurs habitudes, les directeurs de chaque établissement ont déployé leurs démarches respectives sans concertation ni coopération entre eux. Ce cloisonnement des démarches a entraîné un manque d'efficience dans la réalisation des projets au plan de l'utilisation des ressources et un manque d'efficacité dans l'atteinte des objectifs.

A cette exigence de maîtrise de la qualité et des risques viendra très prochainement s'ajouter la contrainte budgétaire à l'instar des évolutions ayant déjà eu lieu en métropole. Là aussi, comme nous l'avons souligné lors de la présentation de nos résultats, l'association accuse un retard encore plus fort concernant l'efficience de son fonctionnement.

Afin de faire face à ces enjeux, l'association doit aujourd'hui changer de modèle et revoir son logiciel de fonctionnement. Le modèle de Shortell pourrait être un cadre intéressant à partir des 4 dimensions qu'il a identifiées pour la mise en place des projets risques et qualité :

- la dimension stratégique, qui nécessite l'instauration d'une politique institutionnelle affirmée associée à des objectifs clairs et un programme de déploiement formalisé,
- la dimension structurelle, reposant sur une organisation définie, des moyens financiers, du temps de mise à disposition des professionnels et des compétences reconnues,
- la dimension technique, adossée sur l'utilisation de méthodes et outils appropriés,
- la dimension culturelle, par la construction d'une vision partagée et de références communes.

Pour la dimension stratégique, il conviendrait d'ouvrir encore plus fortement l'association sur son environnement, par la création de coopération, notamment avec l'ATS, l'éducation nationale et le CD en formalisant conjointement un projet d'analyse des besoins médico sociaux sur le territoire de santé. Cette évaluation est aujourd'hui à mener selon les dires de l'éducation nationale. Dans le même esprit, il faut instaurer la coopération entre les deux directeurs d'établissements pour décloisonner le fonctionnement des établissements de l'association et renforcer la gouvernance au sein de l'association en développant les points de rencontre avec les directeurs.

La traduction concrète de ces stratégies de coopération, la rédaction du projet associatif et des projets d'établissement des structures de l'association permettra d'associer les professionnels dans la construction et le partage d'un projet commun.

Pour la dimension structurelle, la mise en place de dispositifs de mutualisation sont à activer comme la mise en place d'une cellule qualité gestion des risques commune à l'ensemble de l'association, la constitution d'un service de maintenance commun et la mutualisation de certains métiers sur l'ensemble des établissements de l'association.

Pour la dimension technique, le déploiement d'un système de management transversal aux trois établissements de l'association, des méthodes de conduite de projet, d'un système risque et qualité global associé à la maîtrise des méthodes et outils de gestion de la qualité et des risques sont indispensables.

Pour la dimension culturelle, la plus difficile et la plus longue à instaurer, des actions fortes et continues dans le temps sont à promouvoir pour donner une vision commune, la volonté de faire ensemble et un vocabulaire commun à tous les professionnels de l'association. Les actions de formation communes aux professionnels des trois établissements et garantissant la mixité au sein des groupes sur les thématiques de la bientraitance et des parcours des usagers construiront une vision partagée autour de l'accompagnement.

Le travail en équipe inter-établissement sur l'approche positive de l'erreur qui conçoit les erreurs et les dysfonctionnements comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes dues à un coupable qu'il convient de sanctionner permettra aux professionnels de mieux se connaître et de développer l'esprit de collaboration.

Conclusion

Depuis les stratégies de positionnement de chaque direction jusqu'à des conflits interpersonnels, en passant par un manque de communication et un dispositif de gestion non partagé, une liste à la Prévert des raisons de l'échec des coopérations prendrait ici la forme d'un étonnement sur la nature kafkaïenne des organisations observées. La situation est d'autant plus surprenante que ces établissements participent d'une unique association : ils sont partenaires de droit si ce n'est de fait. Malgré leur nature si commune et leur besoin, nous faisons le constat d'un manque flagrant de coopération : redondance des locaux ; captation de ressources humaines non utilisées d'un établissement au détriment d'un autre ; politique générale dissociée (que ce soit les outils de gestion différents ou les formations non communes des personnels).

Si l'on a pu observer ici des stratégies concurrentielles entre établissements d'une même association, comment alors imaginer la possibilité des coopérations par territoire de santé dans des secteurs où les établissements optent pour des stratégies concurrentielles, si ce n'est agressive, totalement affirmée (Collin et al, 2015) ? La réponse que nous proposons soutient l'idée que ces coopérations sont créatrice de valeur, y compris pour les établissements en tant qu'agent stratégique (et pas simplement pour le parcours de l'utilisateur ou du patient).

Ainsi, nous avons eu besoin de montrer, dans le cadre de notre étude, la pertinence économique et managériale d'actions communes. Il ne s'agissait pas de convaincre la direction de l'association plutôt que chacun des établissements : expliciter la stratégie du donnant-donnant sur certains outils de gestion ; analyser les coûts des fonctions transverses mutualisées et non mutualisées, notamment en termes de qualité et de gestion des risques ; agrandir le spectre possible des formations en les rendant communes aux établissements.

Le défi national sera donc, pour une application des directives de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, de montrer l'efficacité des coopérations interétablissements, dont la grille proposée dans cet article permet de découvrir un spectre (encore partiel, parce qu'ici médico-social et ne prenant pas en compte les établissements de santé). Cette efficacité, comme son nom l'indique, n'est pas tant au service de l'efficacité du parcours des usagers et des patients, plutôt qu'au service de chaque établissement. Bien entendu : cette exigence ne saurait, dans l'esprit de la loi, que servir à renforcer la qualité de soins.

Bibliographie

Capgras J.-B., Guilhot N., Pascal C., Claveranne J.-P (2011), « La recherche-intervention entre diachronie et synchronie : Heuristique pour une approche alternative », in *Projectics* /2/2011 (n°8-9)

Chanial P. (2010), « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'ineestimable dans la relation de soin », in *Revue du MAUSS*, 1/2010 (pp. 135-150)

Claveranne J.-P., Pascal C., Piovesan D. (2000), « Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation », in *Revue française des affaires sociales*, (pp. 55-78).

Claveranne, J.-P., Robelet, M., Piovesan, D., Cret, B., Jaubert, G., & Guilhot, N. (2012) *La construction sociale du marché du handicap : entre concurrence associative et régulation politique (1943-2009)*.

Chappoz Y., Pupion P.-C. (2012) « Le New Public Management », in *Gestion et management public*, 2/2012 (Volume 1/n°2), (pp. 1-3).

Collin A., Demanet Q., Fenoll B., Joubert J., Paul E. (2015), « L'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : la coopération pour la concurrence », in *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2/2015 (Vol. 33), (p. 137-152).

David A. (2000), « La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ? » *IXème Conférence Internationale de Management Stratégique Montpellier*.

David, A., Hatchuel, A., & Laufer, R. (2001) *Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Éléments d'épistémologie de la recherche en management*. Paris. Presse des mines

Jaubert G. (2014), *L'invention de la gouvernance managériale des associations gestionnaires du secteur du handicap : une approche socio-historique de la construction d'un modèle institutionnel*. Thèse pour le doctorat en sciences de gestion, université Jean Moulin Lyon III, 452p.

Martineau R. (2014), « Proposition d'une grille d'analyse de l'usage des outils de gestion : application à un outil de reporting hospitalier », in *Gestion et management public*, 2/2014 (Volume 2/n°4), (pp. 21-43)

Routelous C., Vedel I., Lapointe L. (2011), « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », in *Management & Avenir*, 7/2011 (n° 47), p. 147-164.

Schmitt Ch. (2016), *De la complexité de l'action dans les organisations*, New York, Growth Publisher.

Shortell, S.M. (2001), “Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change,” in *The Milbank Quarterly* 79, no. 2. (pp.281-316)