

Master Management Sectoriel
Parcours Management des Établissements de Santé
Année universitaire : 2024/2025

Mémoire de fin d'études 2^{ème} année de Master

L'optimisation de la stratégie d'établissement par la direction à travers les regroupements d'EHPAD : enjeux, opportunités et impacts.

« Comment, dans le secteur médico-social, les groupements permettent-ils au directeur d'optimiser sa stratégie ? Le cas de l'EHPAD public autonome. »

Sous la direction de Madame Shéhérazade BEKAI

Composition des membres du jury :

Président : M. HUBERT Hervé

Directeur de mémoire : Mme BEKAI Shéhérazade

Membre professionnel : M. HAMDAOUI Mohamed

Date de la soutenance : Vendredi 20 juin 2025

Remerciements

Ce mémoire vient clore cinq années d'études dans le secteur du médico-social. Cinq années riches, faites de découvertes, de remises en question, d'apprentissages et de belles rencontres. Il marque aussi la fin d'un chapitre important de ma vie étudiante et le début d'un nouveau, tout aussi ambitieux. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien de nombreuses personnes que je tiens à remercier ici.

Je souhaite remercier en premier lieu Madame Shéhérazade BEKAI, chargée qualité au GCMS Grand Lille, pour son accompagnement, ses précieux conseils et pour avoir accepté de m'encadrer tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Sa disponibilité, sa pédagogie et sa bienveillance ont joué un rôle essentiel dans mon évolution.

Je remercie également l'ensemble de mes enseignants pour la richesse des contenus transmis, ainsi que tous mes tuteurs de stage qui, tout au long de mon parcours, m'ont offert leur temps, leur savoir-faire et leur regard professionnel.

Un grand merci également aux personnes ayant participé à mes entretiens, pour leurs témoignages constructifs et leur engagement à mes côtés dans cette démarche.

Je souhaite également dire un immense merci à mes parents et à mes proches, pour leur soutien, leurs encouragements, leur patience et parfois simplement pour avoir été là. Merci de m'avoir toujours poussée à croire en moi et à poursuivre mes études, même lorsque les doutes s'installaient.

Enfin, je remercie mes camarades de promotion. Vous avez été un vrai soutien émotionnel, une épaule sur laquelle s'appuyer dans les moments intenses et un moteur dans cette belle aventure. Sans vous, cette expérience n'aurait pas eu la même saveur.

Merci à chacun et chacune d'avoir, à votre manière, contribué à l'écriture de ce chapitre.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	1
I. Regroupements d'établissements sanitaires : un modèle pour le médico-social ?	3
1.1. L'émergence des regroupements dans le secteur sanitaire	3
1.2. Vers une transposition au secteur médico-social	14
II. Les dynamiques institutionnelles des regroupements d'EHPAD : entre injonction réglementaire et choix stratégique	20
2.1 Entre singularité et solidarité : Les EHPAD face aux défis du collectif	20
2.2 Regroupements d'EHPAD : leviers d'adaptation entre logiques privées et service public	26
III. Etude de terrain : immersion dans un groupement d'EHPAD publics	34
3.1 Introduction et objectifs de l'étude	34
3.2 Méthodologies et terrains de recherche	35
3.3 Résultats	38
3.4 Discussion et préconisations	49
IV. Conclusion	53
Bibliographie	54
Table des matières	65
Tables des figures et des graphiques	66
Abréviations	67
Table des annexes	1



L'union fait la force

(Proverbe antique)

Introduction

« L'union fait la force » Un proverbe universel, résonnant à travers les âges et les cultures, qui traverse les frontières pour s'ancrer dans les valeurs de nombreuses nations, de l'Andorre à la Malaisie, en passant par la Belgique et l'Angola. Un principe qui, sous des formes diverses, nous rappelle qu'ensemble, nous sommes plus forts. Et si, à travers cette citation partagée par tant de peuples, résidait la solution pour mieux accompagner nos aînés ? Dans un contexte de vieillissement démographique, où les EHPAD sont appelés à se réinventer, c'est peut-être cette capacité à se rassembler, à innover collectivement, qui permettra de bâtir un modèle plus adapté et plus humain pour nos aînés.

En effet, les chiffres parlent d'eux-mêmes : d'ici 2050, près d'un tiers de la population française aura plus de 60 ans, contre un cinquième en 2005, selon les projections de l'INSEE [1]. Cette mutation démographique soulève une question cruciale : comment faire évoluer notre modèle d'accompagnement des personnes âgées afin d'allier respect de la dignité, qualité de vie et efficience économique ?

La crise sanitaire de 2020 a brutalement mis en lumière les fragilités de notre système médico-social. Longtemps relégué à l'arrière-plan des débats économiques, ce secteur, souvent perçu à travers le seul prisme social ou sanitaire, s'impose désormais comme un véritable acteur économique [2]. En 2023, les dépenses médico-sociales ont atteint près de 30 milliards d'euros, répartis majoritairement entre les établissements accueillant des personnes âgées et ceux dédiés aux personnes en situation de handicap. Cette progression de +6,2 % par rapport à 2022 s'explique notamment par les revalorisations salariales issues du Ségur de la santé et la création de nouvelles places d'accueil [3] [4].

Parmi les composantes du secteur médico-social mises en lumière par la crise, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ont occupé une place toute particulière. Sous-effectifs, isolement des résidents, difficultés budgétaires : ces défis, déjà présents, se sont intensifiés, appelant à une refonte profonde du modèle [5].

Dans ce contexte de tension entre aspirations sociétales et contraintes économiques, une piste stratégique s'impose de plus en plus comme incontournable : les regroupements d'EHPAD. Longtemps portés par une logique volontaire, ces dispositifs prennent aujourd'hui une autre dimension. À partir de 2025, tous les EHPAD publics autonomes devront rejoindre un Groupement Territorial, Social et Médico-Social (GTSMS) ou, à défaut, s'intégrer à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Cette bascule législative marque un tournant : le regroupement n'est plus un choix, il devient une obligation.

Dès lors, une tension émerge, au cœur de ce mémoire : les regroupements peuvent-ils devenir un levier stratégique pour les directeurs d'EHPAD publics autonomes, ou sont-ils au contraire le symptôme d'une perte de maîtrise ? C'est précisément cette réflexion que nous souhaitons explorer à travers la problématique suivante :

Comment, dans le secteur médico-social, les groupements permettent-ils au directeur d'optimiser sa stratégie ? Le cas de l'EHPAD public autonome.

Cette interrogation s'inscrit dans un débat plus large sur l'avenir de la prise en charge du grand âge en France. Notre étude vise à explorer comment ces dynamiques collaboratives peuvent simultanément répondre aux enjeux économiques, humains et qualitatifs du secteur médico-social.

Pour en saisir toutes les dimensions, nous adopterons une démarche en deux temps. Dans un premier temps, nous plongerons au cœur du secteur sanitaire, là où les logiques de coopération se sont construites progressivement au fil des réformes. Nous mettrons en lumière l'émergence des regroupements hospitaliers, les motivations qui les ont portés, ainsi que les résultats qu'ils ont permis d'obtenir. Cette première partie nous permettra de questionner la pertinence de leur transposition dans le secteur médico-social, au regard des spécificités de ce dernier. Nous nous attacherons ensuite, dans un second temps, à explorer les dynamiques propres aux regroupements d'EHPAD. Nous verrons en quoi ces logiques peuvent répondre à des injonctions réglementaires tout en s'inscrivant dans une démarche stratégique.

I. Regroupements d'établissements sanitaires : un modèle pour le médico-social ?

*« Se réunir est un début, Rester ensemble est un progrès,
Travailler ensemble est une réussite »*

Henry FORD

1.1. L'émergence des regroupements dans le secteur sanitaire

Cette citation d'Henry Ford résonne tout particulièrement dans le contexte de la transformation du système de santé français. Elle reflète le passage progressif d'une logique d'autonomie à une véritable culture de la coopération entre établissements.

Au fil des années, les structures de santé ont appris à unir leurs forces : mutualisation des moyens, coordination des soins, gouvernance partagée. Des premiers réseaux de santé aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), c'est tout un paysage sanitaire qui s'est redessiné. Une évolution qui pourrait aujourd'hui inspirer le secteur médico-social à suivre une trajectoire similaire.

1.1.1 Historique et motivations des regroupements

Avant d'apprendre à coopérer, les hôpitaux ont longtemps fonctionné en silos, chacun avec sa direction, ses moyens, ses priorités. Mais peu à peu, les tensions budgétaires, l'évolution des besoins de santé publique et la volonté d'assurer un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire ont poussé à repenser les logiques d'organisation.

Ce mouvement vers le regroupement ne relève donc pas d'un simple choix stratégique, mais d'une nécessité née des limites du système actuel. Derrière cette transformation, une conviction s'est affirmée : pour faire face aux défis du XXI^e siècle, complexification des prises en charge, inégalités territoriales, exigence croissante de qualité et d'efficience. Il

fallait penser le système hospitalier autrement, dans une logique de réseau, de complémentarité et de solidarité inter-établissements.

C'est dans ce contexte que le système de santé français a progressivement engagé sa mutation. Dès 1958, les ordonnances Debré [6] ont marqué un tournant : elles ont permis la création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), en associant les hôpitaux aux facultés de médecine, et ont modernisé la gestion des établissements de santé en intégrant l'enseignement médical aux pratiques hospitalières.

Mais c'est surtout à partir des années 1990 que le mouvement s'accélère. L'ordonnance de 1996 introduit la Tarification à l'Activité (T2A) [7], qui transforme profondément le modèle économique des hôpitaux : le financement est désormais indexé sur le volume et la nature des soins réalisés, incitant les établissements à rationaliser leurs ressources et à rechercher plus d'efficacité.

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) [9] franchit un nouveau cap avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) et l'encouragement explicite des coopérations territoriales. La gouvernance sanitaire se territorialise, et les collaborations deviennent une priorité de santé publique.

Enfin, en 2016, la loi de modernisation du système de santé (MSS) [10] formalise cette dynamique en instaurant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) [11]. Ces groupements imposent une stratégie partagée entre établissements publics, mutualisant fonctions supports et expertises médicales pour garantir un accès équitable aux soins et mieux maîtriser les dépenses de santé [12].

Ces réformes successives traduisent une évolution profonde du modèle hospitalier : d'un système cloisonné et hospitalo-centré, on passe progressivement à une organisation territoriale en réseau, fondée sur la coopération et la complémentarité [13].

1.1.2 Les GHT : figure centrale des coopérations hospitalières

Depuis les années 2000, les pouvoirs publics encouragent les établissements de santé à se regrouper dans une logique de complémentarité, d'efficacité et de meilleure organisation territoriale de l'offre de soins. Si cette dynamique s'est d'abord appuyée sur des outils souples et volontaires, elle a progressivement évolué vers des dispositifs plus

intégrés, jusqu'à l'instauration des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), devenus le cadre de coopération de référence.

La coopération entre établissements ne s'est pas imposée d'emblée. Elle s'est construite progressivement, à travers plusieurs dispositifs aux logiques juridiques et opérationnelles différentes. Selon le guide des coopérations de la FHF [14], on distingue principalement deux grands types d'outils : les coopérations dites conventionnelles et les coopérations dotées d'une personnalité morale.

La coopération conventionnelle repose sur la signature d'accords entre établissements, sans créer de structure autonome. Elle permet, par exemple, de coordonner une activité clinique ou de mutualiser un service. Les fédérations médicales interhospitalières, notamment, relèvent de cette catégorie. Si elles présentent l'avantage de la souplesse, leur efficacité dépend étroitement de la volonté des acteurs et reste souvent limitée dans le temps ou dans le périmètre.

Rapidement, la nécessité de dispositifs plus solides a conduit à l'émergence de formes de coopération dites organiques, c'est-à-dire reposant sur la création d'une entité juridique propre [14].

On distingue ici plusieurs dispositifs :

- Le **Groupe ment de Coopération Sanitaire (GCS)** [15] permet à plusieurs acteurs de gérer ensemble une activité ou un service. Il peut rassembler des établissements publics ou privés, des professionnels libéraux, et des structures médico-sociales [14].
- Le **Groupe ment d'Intérêt Public (GIP)** [16], de droit public, est principalement utilisé pour mutualiser des fonctions support (restauration, blanchisserie, informatique...) [14].
- Le **Groupe ment d'Intérêt Économique (GIE)** [17], davantage utilisé par le secteur privé, permet à plusieurs entités de mettre en commun certaines activités économiques tout en conservant leur autonomie. Toutefois, il est peu mobilisé dans les logiques de coopération hospitalière publique et ne sera donc pas détaillé ici [14].

Si ces dispositifs ont contribué à faire évoluer la culture du partenariat, leur portée reste limitée. La coopération reposait encore sur l'initiative des acteurs locaux, sans véritable obligation ni vision territoriale partagée.

Pour franchir une étape supplémentaire, la loi HPST de 2009 a introduit les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) [18]. Leur ambition : encourager les établissements publics à organiser ensemble leur offre de soins, à l'échelle d'un territoire, dans une logique de complémentarité.

Les CHT reposaient sur une convention de coopération signée entre plusieurs établissements, centrée sur un projet médical commun. Toutefois, elles ne disposaient pas de personnalité morale propre, ni d'outils de gouvernance renforcés. Elles ne permettaient pas non plus de mutualiser des budgets ou des ressources humaines [18] [19]. Le caractère non contraignant et peu opérationnel des CHT a rapidement montré ses limites : disparités de fonctionnement, absence de coordination réelle, lenteur des prises de décision... [19].

C'est dans ce contexte qu'est née, en 2016, une réforme majeure : la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) [20], issue de la loi de modernisation de notre système de santé. Pour la première fois, la coopération ne repose plus sur une logique volontaire : tous les établissements publics de santé ont l'obligation légale d'adhérer à un GHT depuis le 1er juillet 2016 [21]. Cette réforme répond à un constat simple mais structurant : les établissements de santé, isolés dans leur fonctionnement, ne peuvent plus faire face seuls aux enjeux croissants de qualité, d'accessibilité et de soutenabilité financière. Le GHT s'inscrit ainsi dans une volonté de faire évoluer l'hôpital public vers une logique de réseau, plus solidaire, plus cohérente, et plus efficiente [14].

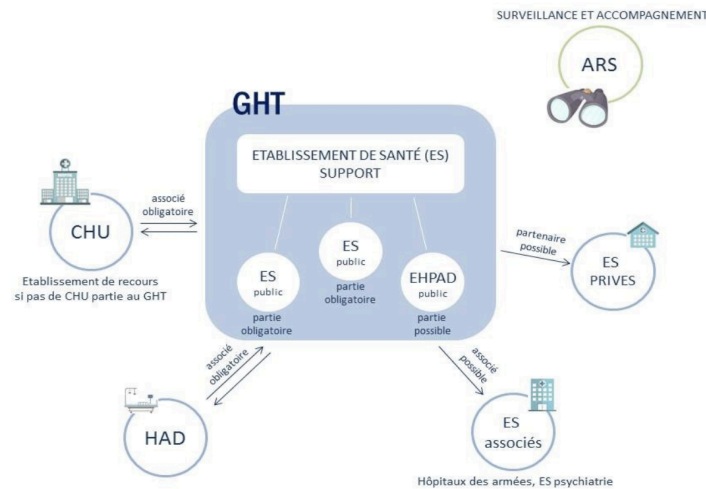


Figure 1 : Comprendre la structuration d'un GHT et ses partenaires

Ce schéma permet de mieux comprendre comment s'organise un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) [22]. Au centre, on retrouve l'établissement support, qui joue un rôle clé : il gère pour le compte de tous les membres du groupement plusieurs fonctions support comme les systèmes d'information, les achats, la logistique ou encore les ressources humaines. Autour de lui, on retrouve les établissements publics de santé, qui sont les seuls membres obligatoires d'un GHT. Pour qu'un GHT existe, il faut au moins deux établissements publics. Ensemble, ils forment le noyau du groupement.

D'autres structures peuvent venir s'y ajouter. Les CHU et les services d'hospitalisation à domicile (HAD) sont associés de manière obligatoire s'ils sont présents sur le territoire. Les EHPAD publics, les établissements privés, ou encore les établissements spécialisés (comme les hôpitaux psychiatriques ou militaires) peuvent être associés ou partenaires, sans y être obligés.

Chaque GHT repose également sur un projet médical partagé (PMP), véritable feuille de route commune qui définit les priorités en matière d'organisation des soins, de parcours patients et de développement des activités médicales sur le territoire.

En 2024, 135 GHT couvrent l'ensemble du territoire national [23], réunissant plusieurs centaines d'établissements publics. Leur pilotage est assuré par les Agences Régionales de Santé (ARS), qui veillent à la cohérence de l'ensemble et accompagnent les projets médicaux partagés. Cette nouvelle organisation territoriale a permis de repenser l'hôpital public dans une logique de complémentarité plutôt que de concurrence, en favorisant un pilotage collectif des politiques de santé à l'échelle locale. L'objectif est clair : garantir à tous les citoyens un accès équitable à des soins de qualité, indépendamment de leur lieu de résidence, tout en maîtrisant les coûts et en valorisant les compétences disponibles.



Figure 2 : Cartographie des GHT dans la région Hauts-de-France

Cette logique d'organisation territoriale se visualise concrètement sur la carte ci-dessus, qui présente les GHT répartis dans les Hauts-de-France [24]. Chaque couleur correspond à un groupement hospitalier distinct.

Cette représentation illustre une structuration du territoire en pôles hospitaliers de référence, chacun au service de la coordination des soins, de la proximité, et d'une meilleure répartition des ressources.

Une transformation en profondeur s'est opérée : celle d'un système hospitalier qui, en apprenant à travailler ensemble, se réinvente.

1.1.3 Bénéfices observés

Depuis leur création, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont progressivement démontré qu'ils étaient bien plus qu'une réforme administrative. En créant une coopération obligatoire entre hôpitaux publics, ils ont enclenché un mouvement de transformation en profondeur du système de santé. Les retours d'expérience accumulés ces dernières années permettent aujourd'hui d'identifier plusieurs bénéfices concrets, à la fois sur le plan économique, organisationnel, médical et humain.

L'un des apports majeurs des GHT réside dans la mutualisation des fonctions support : achats, systèmes d'information (SI), logistique, ressources humaines, communication ou encore formation. En centralisant ces fonctions au sein de l'établissement support, les établissements membres peuvent réaliser d'importantes économies d'échelle.

Un exemple emblématique concerne les achats groupés. Depuis 2018, la mutualisation des achats est devenue obligatoire dans le cadre des GHT, avec pour objectif d'optimiser les marchés, de professionnaliser les équipes et de renforcer l'efficacité [25]. En regroupant leurs commandes, les établissements obtiennent des tarifs plus avantageux pour les fournitures médicales ou les équipements en raison de volumes d'achat plus importants. Ce modèle offre non seulement des économies directes, mais aussi une simplification des démarches administratives, avec un impact positif sur la gestion globale des établissements. Selon un rapport de la Cour des comptes, les économies potentielles attendues grâce aux GHT étaient estimées à 400 millions d'euros sur la période 2016-2019, notamment grâce à la mutualisation des achats [19].

Mais ces gains ne s'arrêtent pas là. En libérant des marges financières, les GHT permettent aux établissements de réinvestir dans l'offre de soins, l'amélioration des infrastructures ou encore dans l'attractivité des carrières. À long terme, cette optimisation devient un véritable levier de pérennité financière.

Au-delà de l'aspect financier, les GHT ont également permis de réorganiser le fonctionnement des établissements, en renforçant la coordination et l'agilité des équipes. La centralisation des fonctions administratives, la réduction des doublons de services, ou encore la gestion optimisée des flux de patients contribuent à une meilleure réactivité face

aux besoins du terrain. Cette réorganisation favorise une meilleure répartition des tâches, tout en limitant les situations de surcharge, sources fréquentes d'épuisement professionnel. En instaurant un climat de coopération et une meilleure qualité de vie au travail, les GHT participent à la stabilisation des équipes et à une réduction de l'absentéisme. La coopération entre établissements facilite également la gestion des ressources humaines [26]. Grâce aux GHT, il devient possible de structurer des parcours professionnels attractifs, avec des mobilités internes, des projets communs à l'échelle du territoire et une offre de formation croisée. Les professionnels peuvent ainsi évoluer dans des environnements de travail plus riches, plus motivants, et mieux accompagnés. Cette mise en réseau contribue à renforcer l'attractivité des postes médicaux et paramédicaux, en particulier dans les territoires sous-dotés. Le sentiment d'appartenance à un projet collectif, la mise en valeur des compétences individuelles et la visibilité d'une dynamique territoriale constituent des moteurs puissants de fidélisation [26].

Enfin, et c'est sans doute le bénéfice le plus essentiel, les GHT participent à l'amélioration de la qualité des prises en charge [27]. En facilitant le partage d'expertise, en diffusant les bonnes pratiques et en harmonisant les protocoles, les GHT permettent d'élever le niveau de soins sur l'ensemble du territoire. La coopération entre établissements permet de renforcer l'approche multidisciplinaire dans le suivi des patients, en favorisant les échanges d'expertise entre professionnels de santé. Cela crée des parcours de soins plus cohérents, adaptés aux besoins spécifiques de chaque patient, et assure une prise en charge plus personnalisée.

Les résultats de cette coopération structurée sont tangibles : selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) [28], les GHT ont progressé plus rapidement dans la coopération inter-établissement que les précédentes tentatives de mutualisation. Cela témoigne d'une dynamique porteuse, qui ne demande qu'à être renforcée. La Stratégie Nationale de Santé 2023-2033 rappelle cette ambition : « répondre aux besoins de santé de chacun, sur tout le territoire, avec une offre adaptée » [29]. Dans ce cadre, les GHT ne sont pas une option, mais bien un levier central pour concilier performance organisationnelle et équité territoriale.

En somme, les GHT traduisent une nouvelle façon de penser l'hôpital public : plus solidaire, plus efficace, et plus centré sur l'utilisateur. Ils offrent un cadre concret où

l'intelligence collective devient un atout de transformation, au service d'un système de santé plus cohérent, plus juste et plus résilient.

1.1.4 Les limites et défis rencontrés

Si la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) a marqué une étape majeure dans la volonté de structurer l'offre de soins à l'échelle territoriale, leur mise en œuvre s'accompagne de nombreuses tensions et zones de friction. Pensés comme des leviers d'efficacité, d'équité et de coopération, les GHT doivent composer avec la complexité du système hospitalier français, où chaque établissement possède sa propre culture, ses enjeux et son histoire. Entre ambitions nationales et réalités de terrain, la dynamique de regroupement révèle progressivement ses fragilités : Gouvernance centralisée, disparités organisationnelles, difficultés d'appropriation par les professionnels... autant de défis qui freinent la pleine concrétisation des objectifs initiaux. L'une des principales difficultés observées lors de la mise en place des regroupements d'établissements a été la complexité de leur gouvernance [30]. Les structures de santé avaient longtemps fonctionné de manière autonome, avec des modes de gestion, des cultures professionnelles et des valeurs spécifiques à chaque établissement. Le passage à une organisation territoriale en réseau a nécessité une reconfiguration des responsabilités et des prises de décision, souvent perçue comme une perte d'autonomie par les établissements intégrés.

Au cœur de cette nouvelle organisation, l'établissement support joue un rôle central. Désigné par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, il est chargé de piloter la stratégie médicale du GHT, de coordonner certains services supports (SI, achats, formation, etc.), et de signer le contrat de groupement [31]. Cette position de pilotage vise à garantir une cohérence territoriale dans l'offre de soins. En pratique toutefois, ce rôle confère à l'établissement support une concentration de pouvoirs décisionnels et de ressources, pouvant générer des tensions au sein du groupement.

En effet, les établissements parties, souvent de plus petite taille, se retrouvent dans une posture de dépendance. Ils disposent de moins de marge de manœuvre pour faire valoir leurs spécificités ou participer activement à la définition des priorités stratégiques. Ce déséquilibre crée un sentiment d'injustice et d'exclusion, notamment lorsque des décisions importantes, telles que le transfert d'activités ou la réorganisation de services qui sont

prises sans concertation suffisante. La gouvernance est alors perçue non pas comme une dynamique collaborative, mais comme une centralisation imposée [32] [33].

Cette inégalité peut entraîner une perte d'identité des établissements parties, et freiner leur implication dans les projets communs. Certains directeurs d'hôpitaux témoignent de leur difficulté à faire entendre leurs réalités locales, face à une gouvernance orientée vers des logiques techniques ou financières. Inversement, les établissements supports, souvent des centres hospitaliers importants ou universitaires, doivent gérer une posture délicate, consistant à exercer un leadership tout en maintenant un équilibre entre les établissements du territoire [34] [35]. Si cet équilibre est rompu, le risque est de créer un GHT à deux vitesses : avec d'un côté des établissements moteurs, et de l'autre, des structures marginalisées.

Cette dynamique de gouvernance trouve son expression concrète dans les différentes instances communes mises en place par la réforme. La création du comité stratégique (COSTRAT) [28], du collège médical et des commissions spécialisées avait pour objectif de garantir un pilotage collectif du groupement. Toutefois, ces dispositifs ont parfois eu l'effet inverse : la multiplication des instances, combinée à la superposition des niveaux hiérarchiques, a complexifié le processus décisionnel.

Le rapport de l'IGAS (2024) souligne que la gouvernance actuelle des GHT est jugée lourde et ralentit le processus de prise de décision, un constat partagé par la Cour des comptes, qui met en avant la difficulté à coordonner des établissements très hétérogènes en termes de ressources et de contraintes [28] . À cela s'ajoute une certaine opacité des circuits de décision. Les professionnels de terrain, souvent peu associés aux délibérations stratégiques, peuvent percevoir les instances de gouvernance comme éloignées de leurs réalités quotidiennes. Cette distance alimente un sentiment de projet "hors-sol", porté par des directions plutôt que construit avec les équipes. De plus, la place des parties prenantes locales reste marginale dans la gouvernance. Le comité territorial des élus locaux (CTEL), censé représenter les élus et les usagers, est jugé "peu actif" et réduit à "une instance de partage d'informations", selon l'IGAS [28]. Cette faible implication des acteurs du territoire fragilise l'adhésion locale et limite la portée des projets portés par les GHT.

Face à ces constats, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, dite « Ma Santé 2022 » [36], a tenté d'alléger le fonctionnement des GHT. Elle prévoit notamment une simplification des instances afin d'améliorer la lisibilité et la fluidité des décisions. Toutefois, ces ajustements restent encore insuffisants. Certains GHT continuent de se heurter à une charge administrative importante. Le rapport IGAS (Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire, 2024 [28]) souligne ainsi que certains groupements sont « trop lourds à gouverner car rassemblant un trop grand nombre d'établissements ».

L'optimisation des ressources induite par les regroupements d'établissements a eu un impact direct sur les personnels hospitaliers, bien au-delà de la seule organisation du travail. Suppressions de postes, redéploiement d'activités, adaptation à de nouvelles pratiques professionnelles... autant de bouleversements qui sont venus se greffer dans un contexte déjà marqué par une charge de travail élevée, un manque de reconnaissance et des difficultés de recrutement.

Selon Force Ouvrière, la politique de réduction des dépenses publiques dans les hôpitaux, notamment à travers la mise en place des GHT et d'autres réformes, aurait conduit à la suppression d'environ 22 000 postes et 16 000 lits dans les établissements publics de santé au cours de la dernière décennie [37]. Ces suppressions ont touché en priorité les fonctions supports : services administratifs, logistique, blanchisserie, restauration mais ont aussi concerné certaines activités médicales, réorganisées ou transférées dans le cadre de la mutualisation des compétences à l'échelle du territoire. De plus, le regroupement de certaines spécialités sur des établissements supports a parfois contraint des agents à une mobilité forcée, suscitant des inquiétudes et des tensions sociales [37].

Pour accompagner ces restructurations, le décret n° 2018-584 du 5 juillet 2018 a prévu des dispositifs d'accompagnement pour les personnels impactés, incluant un accès prioritaire à des formations et un reclassement prioritaire dans d'autres établissements publics [38]. Toutefois, ces mesures n'ont pas toujours suffi à répondre aux attentes des agents concernés.

Au-delà des suppressions de postes, l'intégration des équipes issues d'horizons différents a représenté un autre défi de taille. Chaque établissement possédait sa propre culture de travail, ses routines, ses valeurs professionnelles. L'intégration dans un groupement a

donc impliqué une transformation organisationnelle en profondeur, souvent source de résistance au changement. Cette résistance peut prendre plusieurs formes :

- **Une peur de la perte d'autonomie**, notamment pour les équipes de petite taille, qui craignent d'être absorbées par une logique impersonnelle de pilotage territorial.
- **Une inquiétude face à l'uniformisation des pratiques**, perçue comme une remise en cause des savoir-faire locaux ou des spécificités de prise en charge développées sur certains sites.
- **Des difficultés d'adaptation à de nouveaux outils et procédures**, en particulier dans le cadre de la mutualisation des systèmes d'information ou de la mise en place d'outils de pilotage partagés.

Les professionnels de santé sont souvent attachés à leur identité d'établissement et à leurs modes de fonctionnement et peuvent percevoir les changements imposés par le groupement comme une perte de repères et d'identité institutionnelle [28]. L'introduction de nouvelles règles ou de nouvelles chaînes de décision peut être vécue comme une perte de sens ou d'ancrage.

Cette difficulté est d'autant plus marquée lorsque les équipes doivent intervenir sur plusieurs sites, parfois éloignés géographiquement, ce qui complique la cohésion d'équipe, les temps d'échange, et la continuité des projets collectifs.

Enfin, cette période de transition, parfois vécue comme floue et instable, a mis en évidence l'importance de l'accompagnement managérial. Là où les cadres de proximité ont été formés, soutenus et associés au pilotage des transformations, les effets ont été plus positifs. En revanche, dans les contextes où les encadrants eux-mêmes étaient laissés seuls face aux changements, les tensions ont souvent été plus vives [19].

1.2. Vers une transposition au secteur médico-social

Si le secteur sanitaire a pris une longueur d'avance grâce aux GHT, le médico-social reste en retard dans cette dynamique de transformation [28]. Il fait face à la nécessité de se moderniser, tout en devant surmonter les difficultés liées à la fragmentation des structures,

aux réticences au changement et aux spécificités de son mode de fonctionnement. Face aux défis budgétaires croissants, aux tensions sur les ressources humaines et aux attentes sociétales, ce secteur doit, lui aussi, repenser son organisation. Dans ce contexte, une question se pose : le modèle des regroupements hospitaliers peut-il être transposé au secteur médico-social ?

1.2.1 Spécificités du secteur médico-social

Le secteur médico-social désigne l'ensemble des établissements et services chargés d'accompagner, sur le moyen ou long terme, des personnes en situation de vulnérabilité liée à l'âge, au handicap, à la maladie chronique ou à une situation sociale complexe. Par sa mission, il s'inscrit dans une logique de soutien global, visant à préserver la dignité, renforcer l'autonomie et favoriser l'inclusion sociale [39] .

À la différence du secteur sanitaire, dont les interventions s'inscrivent dans une temporalité courte et une logique de soin curatif, l'accompagnement médico-social se déploie dans la durée, souvent au fil de plusieurs années. Il accompagne les personnes dans leur parcours de vie, en s'adaptant à leur environnement familial, social et culturel. Il mobilise des professionnels aux compétences plurielles : soignants, éducateurs spécialisés, infirmiers, psychologues, accompagnants, travailleurs sociaux dans une logique de soutien et de proximité [39]. Cette mission profondément humaniste implique une approche individualisée, respectueuse du rythme, de l'histoire et des choix de chacun.

Ce secteur se distingue également par sa diversité : diversité des publics accompagnés, des structures (foyer d'accueil, institut médico-éducatif, maison d'accueil spécialisé, services à domicile...), des statuts juridiques (publics, associatifs, privés), des modèles économiques, des sources de financement et des cadres réglementaires. Cette diversité rend le système difficile à comprendre et à organiser. Les structures ont parfois du mal à travailler ensemble, car elles dépendent d'institutions différentes et suivent des logiques administratives qui ne sont pas toujours compatibles. Cela complique la coordination entre les acteurs et peut nuire à la continuité de l'accompagnement.

La gouvernance du secteur médico-social repose sur une organisation partagée entre plusieurs niveaux d'acteurs : l'État, à travers les Agences Régionales de Santé (ARS), les Conseils départementaux, l'Assurance Maladie, les organismes gestionnaires, et parfois

les usagers eux-mêmes. Cette organisation à plusieurs niveaux rend la prise de décision complexe, notamment en matière de financement et de pilotage stratégique. Le Département est considéré comme le chef de file de l'action sociale et médico-sociale, coordonnant sur son territoire l'ensemble des actions, tout en prenant en compte les compétences de l'État, des autres collectivités et de la Sécurité sociale [40].

Sur le plan juridique, le secteur s'est structuré autour de grandes lois fondatrices. La loi du 2 janvier 2002 [41] a marqué une étape décisive en affirmant les droits des personnes accompagnées et en plaçant la qualité de l'accompagnement au cœur de la mission des établissements et services. Elle a introduit des outils essentiels tels que le projet personnalisé, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement ou encore le Conseil de la Vie Sociale. Ce texte fondateur a également instauré une logique d'évaluation interne et externe, engageant les établissements dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement. Elle a été renforcée par la loi du 11 février 2005 [42], qui a consacré l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap, et par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) en 2015 [43], qui a posé les bases d'un pilotage par les ressources et non plus seulement par les dépenses.

Dans la continuité de ces réformes, le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) s'est imposé comme un outil central de régulation [44]. Signé entre les autorités de tarification (ARS et/ou Département) et les établissements, il fixe les objectifs à atteindre, les moyens alloués et les indicateurs de suivi sur plusieurs années. Il remplace les anciennes conventions tripartites et permet de renforcer la visibilité budgétaire tout en alignant les projets des structures avec les orientations des politiques publiques, notamment celles déclinées dans le Projet Régional de Santé (PRS) ou les schémas d'organisation médico-sociale. Le CPOM est accompagné d'outils de gestion financière, tels que l'État Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (EPRD) ou l'État Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD), contribuant à une meilleure maîtrise des ressources dans un contexte de tension budgétaire.

Sur le plan de la qualité, le secteur est encadré par un dispositif d'évaluation renforcé. Depuis 2022, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place un nouveau référentiel national, homogène et applicable à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) [45]. Chaque structure, pour exercer, doit être inscrite dans le

répertoire FINESS et bénéficier d'une autorisation renouvelée tous les 15 ans, conditionnée par les résultats de ces évaluations.

Autre caractéristique essentielle : l'ancrage territorial. Les structures médico-sociales, souvent de petite taille, entretiennent des liens étroits avec leur environnement local : élus, associations, familles, professionnels de santé, travailleurs sociaux. Cette proximité favorise des réponses adaptées aux besoins du territoire, mais elle complique aussi la mise en œuvre de stratégies collectives ou de regroupements, tant les réalités locales sont différentes et les cultures professionnelles variées.

Sur le plan économique et social, le secteur médico-social constitue un pilier majeur du système de protection sociale français. En 2023, selon un rapport de la DRESS publié en juillet 2024, le secteur médico-social comptait plus de 40 000 structures, près de 1,15 million de places d'accueil physique et environ 2,5 millions de bénéficiaires [46][47]. Il mobilise près de 2 millions de professionnels, ce qui en fait l'un des tout premiers employeurs du pays, devant des secteurs aussi structurants que l'automobile ou la banque [48]. Les métiers du social et du médico-social figurent parmi ceux qui ont le plus contribué à la croissance du secteur tertiaire en France [49]. En 2021, la CNSA y consacrait 32,2 milliards d'euros pour financer les politiques de soutien à l'autonomie.

Malgré ce poids économique, humain et social, le médico-social demeure encore peu visible dans les grands débats publics et reste souvent relégué en marge des réformes de santé. Cette invisibilité contraste fortement avec les enjeux cruciaux auxquels il est confronté : structuration de l'offre, continuité des parcours, attractivité des métiers, modernisation de la gouvernance, adaptation aux transitions démographiques et sociales.

1.2.2 Réduire le fossé entre le secteur sanitaire et médico-social : une volonté affirmée

Longtemps traités comme deux sphères distinctes, le secteur sanitaire et le secteur médico-social ont évolué selon des logiques profondément différentes, nourries par leur histoire, leurs missions et leurs structures de financement respectives. D'un côté, l'hôpital s'est organisé autour d'une logique de soins curatifs, centralisés et standardisés, appuyés sur des systèmes d'information performants et une tarification à l'activité (T2A) favorisant la performance. Il s'est centré sur des interventions ponctuelles, des actes médicaux, avec une durée moyenne de séjour limitée [39].

De l'autre, le secteur médico-social s'est développé dans une approche plus diffuse, centrée sur l'accompagnement global des personnes en situation de vulnérabilité, en privilégiant la proximité, l'écoute et l'adaptation aux besoins individuels [50] [51]. Ce décalage s'est traduit par un écart systémique, tant dans les outils de pilotage que dans les pratiques professionnelles ou les cultures d'établissement. Là où le secteur sanitaire mise sur l'uniformisation des parcours, le médico-social, l'inscription territoriale, et la personnalisation de l'accompagnement. Cette opposition, souvent décrite comme une rupture entre soin et accompagnement, rend difficile la coordination des interventions, en particulier pour les publics à besoins multiples comme les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques [51].

Conscient de ces fractures, l'État a affiché, depuis plusieurs années, sa volonté de réduire l'écart entre les deux secteurs. Des politiques publiques récentes témoignent de cette orientation. La stratégie "Ma Santé 2022", présentée en 2018, posait comme objectif central la fin du cloisonnement entre le sanitaire, le médico-social et le social, en misant sur la construction de parcours de soins et de vie plus fluides, plus lisibles et plus coordonnés pour les usagers [36].

D'autres réformes, comme la réforme des autorisations d'activité (entrée en vigueur en 2022) ou la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, insistent également sur l'impératif d'articuler les réponses entre dispositifs, en dépassant les logiques de silo au profit d'une vision territoriale intégrée. Ces textes préconisent notamment des dispositifs d'appui communs, une gouvernance partagée à l'échelle des territoires, et une meilleure connexion des systèmes d'information.

Dans ce contexte, les résultats positifs observés dans les GHT ont servi de référence. En structurant une coopération obligatoire entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé, les GHT ont démontré qu'il était possible de concilier solidarité territoriale, efficacité collective et amélioration de l'accès aux soins. Ce modèle a inspiré la création, en 2024, des Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS) [52]

Les GTSMS s'inscrivent clairement dans la continuité des GHT, avec l'ambition d'apporter au médico-social ce que les GHT ont permis au sanitaire : une structuration territoriale de l'offre, une mutualisation des ressources, et une gouvernance cohérente [53]. Concrètement, ces groupements ont pour objectif d'élaborer une stratégie commune

d'accompagnement des personnes âgées à l'échelle d'un territoire. Ils favorisent la coordination des interventions, la gestion collective de fonctions support (Ressources Humaines (RH), logistique, formation...) et l'élaboration de projets partagés, tout en respectant les spécificités d'un secteur ancré dans la proximité.

À l'image des GHT, les GTSMS reposent sur une personnalité morale propre, une direction territoriale pilotée par l'ARS et le conseil départemental, et un projet d'accompagnement partagé. Si la mutualisation des fonctions n'y est pas systématiquement imposée, chaque groupement doit obligatoirement exercer au moins une mission commune pour ses membres [54].

Et surtout, l'adhésion devient obligatoire pour une partie du secteur public : les EHPAD publics autonomes, les accueils de jour publics autonomes et les services à domicile publics autonomes devront obligatoirement rejoindre un GTSMS ou, à défaut, s'intégrer à un GHT existant. Cette disposition, prévue par la loi du 8 avril 2024, entrera en vigueur à partir de 2025, avec une période transitoire de trois ans [55].

En somme, les GTSMS ne sont pas une simple évolution technique. Ils marquent une volonté politique forte de transposer au médico-social les avancées organisationnelles du monde hospitalier, en construisant des alliances durables, structurées et centrées sur les besoins des usagers. Ils incarnent le passage d'une logique d'isolement à une logique de réseau, où les réponses ne sont plus portées par un établissement seul, mais par un collectif d'acteurs ancrés sur un territoire [53].

II. Les dynamiques institutionnelles des regroupements d'EHPAD : entre injonction réglementaire et choix stratégique

« La force de l'équipe est chaque membre individuel. La force de chaque membre est l'équipe. »

Phil Jackson (entraîneur de basketball des Lakers de Los Angeles et des Bulls de Chicago)

2.1 Entre singularité et solidarité : Les EHPAD face aux défis du collectif

« La force de l'équipe est chaque membre individuel. La force de chaque membre est l'équipe. » - **Phil Jackson**. Cette citation, issue d'un univers où la cohésion est le moteur de la réussite, trouve tout son sens lorsqu'on parle des EHPAD publics. À l'image d'une équipe de haut niveau, chaque établissement dispose de ses propres forces, de son savoir-faire, de ses spécificités. Mais aujourd'hui, ces structures doivent faire face à une série de défis d'envergure : pression démographique, raréfaction des ressources humaines, contraintes budgétaires croissantes, complexité administrative, attentes renforcées des usagers...

Dans ce contexte, la solidarité entre établissements apparaît comme une voie stratégique. Peut-être est-ce justement en mutualisant leurs compétences, leurs ressources et leurs expériences que ces structures pourraient, collectivement, trouver des réponses aux nombreux défis qui se présentent à elles.

Face à ces enjeux, l'État encourage, voire impose, de nouvelles dynamiques de coopération territoriale. Mais jusqu'où ces regroupements peuvent-ils aller sans remettre en cause l'autonomie des établissements, leur ancrage local ou la singularité de leur fonctionnement ?

2.1.1 Le rôle central des EHPAD dans l'offre médico-sociale

Dans le paysage médico-social français, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) occupent une place centrale. Ces structures médicalisées accueillent des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie, pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus envisageable [56]. En 2024, la France comptait environ 7 282 EHPAD, représentant près de 595 431 places sur l'ensemble du territoire [57]. Ils constituent aujourd'hui la forme d'accompagnement institutionnel la plus structurée face à la dépendance.

Créés à la fin des années 1990, notamment par le décret du 26 avril 1999, les EHPAD ont remplacé les anciennes maisons de retraite médicalisées. Leur cadre juridique, leurs missions, leur organisation et leurs modalités de financement sont définis par le Code de l'action sociale et des familles (CASF) [58]. Ce socle a été consolidé par la loi du 2 janvier 2002 [41]. Celle-ci a renforcé les droits des usagers, tout en inscrivant dans la loi des principes essentiels tels que la bientraitance, la participation et la personnalisation de l'accompagnement. Elle a également rendu obligatoires plusieurs outils structurants, comme le contrat de séjour, le projet d'établissement ou encore le Conseil de la Vie Sociale.

Les EHPAD s'inscrivent dans une logique de long séjour. Leur mission repose sur une prise en soin globale, intégrant soins médicaux et paramédicaux, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, hébergement, restauration, animation, soutien psychologique et maintien du lien social [41][59]. Pour cela, chaque établissement mobilise une équipe pluridisciplinaire : infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, psychologues, animateurs, agents hôteliers, personnel administratif... L'ensemble est coordonné par un médecin coordonnateur et complété par des intervenants libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures...), afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Le niveau de dépendance est évalué à l'aide de la grille AGGIR, qui classe les résidents de GIR 1 (très dépendant) à GIR 6 (autonome), et conditionne l'accès aux aides financières [60].

Avec l'allongement de l'espérance de vie et l'évolution des politiques de maintien à domicile, les résidents entrent désormais en EHPAD plus tardivement, souvent après 85 ans, avec un niveau de dépendance plus élevé [61]. Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) et

le Gir Moyen Pondéré (GMP), indicateurs de la lourdeur des soins et du niveau de dépendance moyen, sont en augmentation constante selon la CNSA [62].

Dans ce contexte, les aidants familiaux jouent un rôle déterminant. Conjoints, enfants ou petits-enfants assurent souvent un accompagnement quotidien, au prix d'un engagement personnel important. Lorsque les besoins deviennent trop lourds ou que l'aidant s'épuise, l'entrée en EHPAD devient une décision nécessaire, bien que difficile. Ce report contribue à alourdir le profil des résidents accueillis.

Les EHPAD s'appuient sur des valeurs fondamentales, affirmées par les réformes successives :

- Le respect de la dignité et de la personne, quel que soit son niveau d'autonomie
- La personnalisation de l'accompagnement à travers un projet individualisé
- La bientraitance dans l'accompagnement quotidien
- La citoyenneté, par l'expression des résidents dans les instances
- La sécurité et la qualité des soins

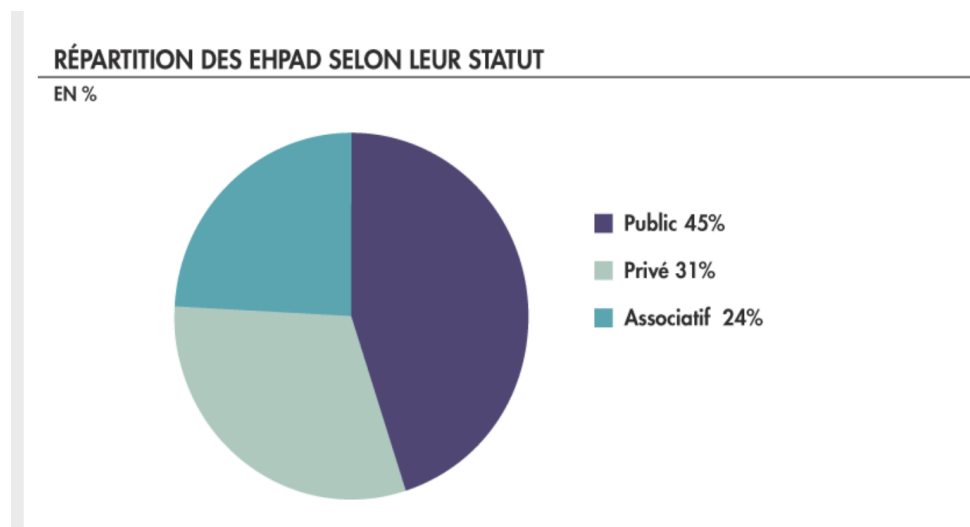
Cependant, depuis 2022, ces principes sont mis à l'épreuve. L'enquête *Les Fossoyeurs*, publiée par Victor Castanet [63], a révélé de graves dérives dans certains établissements, suscitant une crise de confiance. Bien que les faits aient principalement concerné des structures à but lucratif, l'image de l'ensemble du secteur a été impactée. Cette méfiance a entraîné un report accru des admissions, une aggravation du niveau de dépendance à l'entrée, et parfois une baisse du taux d'occupation.

En réponse, les pouvoirs publics ont engagé plusieurs réformes : intensification des contrôles, renforcement de la transparence, implication des familles et la mise en place du nouveau référentiel d'évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces mesures visent à restaurer la confiance, sécuriser les pratiques, et réaffirmer que l'EHPAD doit rester un lieu de vie digne et sécurisant.

Enfin, la reconnaissance du rôle stratégique des EHPAD se traduit également par l'évolution de leurs financements. En 2025, les crédits alloués à la section "soins" ont été revalorisés de +2,35 %, témoignant de leur importance croissante dans les politiques publiques du vieillissement [64].

2.1.2 Trois statuts, trois modèles de gouvernance

Derrière le terme générique d'« EHPAD » se cache une réalité plurielle. En France, les établissements se répartissent en trois grandes catégories selon leur statut juridique : public, privé à but non lucratif (souvent qualifié d'associatif) et privé à but lucratif.



Graphique 1 : Répartition des Ehpads selon leur statut

Comme l'illustre le graphique 1, les EHPAD publics représentent 45 % des structures, contre 31 % pour les établissements privés commerciaux et 24 % pour les EHPAD associatifs [65]. Cette répartition traduit une prédominance du secteur public, particulièrement marquée dans les zones rurales, où plus de 68 % des établissements relèvent du secteur public.

Ces trois statuts incarnent des modèles organisationnels bien distincts, tant sur le plan de la gouvernance que du financement, de la culture professionnelle ou des valeurs portées. Ces différences influencent la manière dont chaque type d'établissement répond aux défis du secteur : vieillissement de la population, pénurie de professionnels, exigences accrues des usagers, contraintes budgétaires ou encore transformations réglementaires.

Les EHPAD publics sont gérés par des collectivités territoriales, des hôpitaux publics ou des centres communaux d'action sociale. Ils remplissent une mission de service public et sont principalement financés par des fonds publics (Assurance Maladie, départements). Leurs tarifs sont encadrés, et la majorité des places sont habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), ce qui garantit l'accès des personnes aux revenus modestes. Ce modèle s'appuie sur des principes de solidarité, de transparence et d'accueil universel. Toutefois, il fonctionne sous de fortes contraintes : procédures administratives rigides, enveloppes budgétaires étroites, et difficultés de recrutement.

Au sein du secteur public, il convient de distinguer deux types de gestion : certains établissements sont rattachés à une entité publique plus large (hôpital ou CCAS) et mutualisent leurs fonctions support, tandis que d'autres, dits autonomes, disposent de leur propre conseil d'administration, gèrent leur budget et recrutent directement leurs équipes. En 2024, environ 1 252 EHPAD publics autonomes étaient recensés, sur un total de 3 258 établissements publics [66] [67]. Souvent implantés dans des territoires peu denses, ces établissements jouent un rôle crucial de proximité. Mais leur autonomie s'accompagne d'un isolement institutionnel qui accentue leur vulnérabilité face aux pénuries de personnel, à la pression budgétaire et à l'évolution des besoins des usagers.

Les EHPAD privés à but non lucratif, quant à eux [68], sont gérés par des associations, des mutuelles ou des fondations. Ils partagent avec le secteur public des valeurs d'intérêt général et une volonté d'ouverture sociale. Leur gestion est toutefois plus souple, leur gouvernance plus autonome, et leur capacité d'innovation parfois plus affirmée. Leur modèle financier repose sur un mix de financements publics et de participation des résidents, avec une part variable de places habilitées à l'ASH. Ce modèle intermédiaire peut cependant être fragilisé, en particulier lorsque les résidents sont peu solvables et que les ressources publiques se contractent.

Enfin, les EHPAD privés lucratifs sont pilotés par des sociétés commerciales [68]. Leur modèle s'inscrit dans une logique d'investissement, de rentabilité et de croissance. Ils disposent d'une grande autonomie de gestion, appliquent une tarification libre (dans les limites fixées par l'État) et ciblent une clientèle solvable, souvent urbaine. Leurs prestations sont souvent différenciées (chambres individuelles, restauration à la carte, domotique, services hôteliers). L'habilitation à l'ASH y est plus rare. Le directeur y est

principalement un gestionnaire opérationnel, tenu d'atteindre des objectifs économiques définis par la direction centrale.

Ces différences de statut se traduisent également dans les conditions de travail et la qualité de l'accompagnement. Dans les EHPAD publics, le taux d'encadrement soignant est plus élevé : il atteignait 69,9 % en 2015 dans les EHPAD publics non hospitaliers, contre 55,6 % dans les établissements privés à but lucratif [69]. Cette densité permet une meilleure présence auprès des résidents, mais la rigidité administrative limite les ajustements d'effectifs en cas d'imprévus.

À l'inverse, les établissements privés, notamment commerciaux, bénéficient d'une plus grande flexibilité de gestion : recours à l'intérim, ajustements rapides, autonomie organisationnelle. Cependant, cette souplesse peut entraîner une intensification du travail et un turn-over important. Plusieurs rapports (Sénat, DREES, IGAS) pointent les effets de ces modèles sur l'épuisement professionnel, la qualité de vie au travail et la qualité de l'accompagnement.

Le scandale Orpea, révélé en 2022 par le livre-enquête *Les Fossoyeurs* [63], a brutalement exposé les dérives possibles du modèle lucratif lorsque la logique de profit l'emporte sur la mission de soin : maltraitance, rationnement, opacité budgétaire. Cette affaire a suscité une onde de choc, entraîné des réformes, et rouvert un débat de fond sur la compatibilité entre rentabilité et dignité dans l'accompagnement du grand âge.

Dans ce contexte, les différences statutaires ne sont plus seulement juridiques ou organisationnelles : elles cristallisent des tensions éthiques et sociales. Tandis que le secteur public revendique son rôle de garant de l'intérêt général, le secteur lucratif doit aujourd'hui démontrer qu'il peut conjuguer performance économique et responsabilité sociale. Le secteur associatif, lui, tente de maintenir son cap humaniste malgré des moyens souvent plus fragiles. Cette diversité peut être une richesse, à condition que les logiques de coopération permettent d'en tirer le meilleur, au service des usagers comme des professionnels.

2.2 Regroupements d'EHPAD : leviers d'adaptation entre logiques privées et service public

Si les EHPAD partagent aujourd'hui des enjeux communs, tous ne disposent pas des mêmes ressources pour y faire face. Les établissements publics, en particulier les autonomes, cumulent des fragilités structurelles qui limitent leur capacité à se transformer seuls. Dans un contexte de tension budgétaire, de pénurie de personnel et d'isolement institutionnel, le regroupement apparaît de plus en plus comme une voie d'avenir. D'abord marginales, ces dynamiques de coopération s'intensifient sous l'impulsion des pouvoirs publics, qui voient dans la mutualisation un levier de pérennité, de qualité et d'innovation.

2.2.1 Contexte et motivations des regroupements d'EHPAD : entre nécessité et stratégie

La feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 du ministère des Solidarités [70] met en évidence un certain nombre de fragilités structurelles qui affectent durablement le secteur, en particulier les établissements publics. Elle attire notamment l'attention sur un isolement institutionnel croissant, qui pourrait limiter les possibilités de mutualisation des ressources, de partage d'expertise ou encore d'organisation conjointe des remplacements. Cette fragmentation territoriale semble freiner l'émergence de logiques coopératives plus efficaces.

Ce constat s'inscrit dans un contexte budgétaire contraint. La hausse continue des charges de fonctionnement (coût de l'énergie, des denrées alimentaires, revalorisations salariales) conjuguée à la stagnation des dotations publiques oblige les établissements à rechercher de nouvelles marges de manœuvre. Or, le modèle de financement tripartite, réparti entre l'Assurance Maladie (soins), les conseils départementaux (dépendance) et les résidents (hébergement), limite les possibilités d'adaptation, en particulier pour les établissements de petite taille. Selon une enquête de la Fédération Hospitalière de France publiée en avril 2024, près de 85 % des EHPAD publics auraient terminé l'année 2023 en déficit [71]. Ces données invitent à s'interroger sur la soutenabilité du modèle actuel et sur la capacité des établissements à maintenir un niveau de qualité satisfaisant dans ces conditions.

Dans ce contexte, les dynamiques de regroupement apparaissent, pour certains acteurs, comme un levier possible d'optimisation. En permettant une mutualisation partielle des

fonctions support (achats, logistique, SI, sécurité...), ces coopérations pourraient faciliter l'accès à des outils ou des services plus performants, jusque-là hors de portée des structures les plus modestes. En retour, ces effets peuvent contribuer à dégager du temps pour le pilotage stratégique, au service du projet d'établissement et de la qualité de l'accompagnement.

Les tensions en matière de ressources humaines constituent un autre facteur de fragilité. Le secteur fait face à une pénurie croissante de professionnels, à un turn-over élevé et à des difficultés persistantes de recrutement et de fidélisation [72][73]. Dans ce contexte, le regroupement est parfois envisagé comme une réponse possible : il permettrait le partage des ressources humaines, la mise en commun de dispositifs de formation ou l'organisation de parcours professionnels entre établissements. Cette logique de coopération pourrait favoriser la professionnalisation des équipes, améliorer la qualité de vie au travail et renforcer la capacité d'adaptation des structures.

Par ailleurs, les regroupements doivent aussi être mis en perspective avec les évolutions démographiques à venir. La population des 75-85 ans, cœur de cible des EHPAD, devrait augmenter de 58 % entre 2030 et 2040 [74]. Cette croissance, si elle se confirme, risque d'accentuer la pression sur les capacités d'accueil, notamment dans les territoires déjà sous-dotés. En parallèle, les profils des résidents évoluent : les prises en charge deviennent plus complexes, les besoins médicaux s'intensifient, et les attentes en matière de qualité de vie augmentent.

Enfin, un changement générationnel est en cours. L'arrivée progressive des baby-boomers, plus autonomes et plus informés, semble modifier les standards de la prise en charge. Cette génération exprime des attentes nouvelles en matière de confort, d'individualisation des prestations et de reconnaissance du statut de citoyen âgé [75]. Comme le rappelle Gunther Kleinmann [76], consultant en stratégie pour le secteur du vieillissement : « La génération actuellement en EHPAD est une des plus indépendantes [...]. La génération des boomers pourrait bien changer la donne et être plus exigeante. » Dans ce contexte, les logiques de regroupement peuvent constituer un levier pour renforcer l'agilité des établissements face à des attentes en mutation.

La personnalisation des parcours, aujourd'hui considérée comme un indicateur fort de qualité, suppose des moyens humains, techniques et organisationnels que les structures

isolées peinent parfois à mobiliser seules. En s'associant, les établissements pourraient élargir leur panel de services, mutualiser certaines expertises, et mieux répondre aux besoins complexes et différenciés des personnes âgées.

2.2.2 Le secteur privé précurseur des regroupements d'ehpad

Pendant des années, le secteur privé des EHPAD a su jouer ses cartes, misant sur les regroupements pour se structurer, optimiser ses coûts et renforcer son attractivité. Pendant ce temps, le secteur public, plus fragmenté et contraint par des financements rigides, est resté en retrait. Mais aujourd'hui, les lignes bougent. L'État veut redistribuer les cartes : après avoir laissé le privé s'emparer de cette opportunité, il incite désormais les établissements publics à en faire un levier de transformation. Mutualisation, coopération, restructuration... Ces mots, autrefois réservés au champ hospitalier, résonnent désormais aussi dans le médico-social public.

Le secteur privé commercial s'est rapidement imposé comme le moteur principal des dynamiques de regroupement dans le secteur des EHPAD. Dès les années 2000, plusieurs groupes ont amorcé une politique de fusions et d'acquisitions, transformant un marché historiquement fragmenté en un secteur structuré autour de quelques grands acteurs. En 2025, quatre groupes : Clariane, Emeis, DomusVi et Colisée, concentrent à eux seuls près de 60 % des lits d'EHPAD commerciaux, soit environ 77 000 lits [77].

Ce processus de regroupement répond à une double logique : d'un côté, le vieillissement de la population rend ce secteur particulièrement attractif pour les investisseurs, de l'autre, la structuration en groupe permet d'améliorer la rentabilité et l'efficience dans un contexte réglementaire exigeant.

Les grands groupes ont su professionnaliser leur organisation en s'inspirant des logiques de gestion hospitalière et hôtelière. Mutualisation des fonctions supports (achats, RH, maintenance, finances) [78], structuration autour de sièges spécialisés, développement d'universités internes (Clariane University, DomusVi Campus) [79], référentiels qualité internes (comme l'O.S.R. de DomusVi) [80] ou encore organisation en « clusters » régionaux semi-autonomes chez Emeis [81] : ces leviers assurent une standardisation efficace des pratiques tout en garantissant une certaine souplesse territoriale.

Ces regroupements favorisent également le développement d'établissements récents, plus attractifs, misant sur un environnement architectural soigné, un mobilier contemporain et des prestations hôtelières de qualité (espaces bien-être, restauration, services personnalisés) [82] [83]. Ces éléments séduisent particulièrement les familles et les futurs résidents en milieu urbain, contribuant à renforcer la compétitivité du secteur privé.

L'uniformisation des pratiques, l'automatisation des processus, le recours à des plateformes d'audit et d'amélioration continue, ainsi que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences contribuent à renforcer la performance globale de ces structures. En facilitant les investissements dans l'innovation : télémédecine, objets connectés, logiciels de pilotage. Les regroupements offrent aux groupes privés une capacité d'adaptation continue aux évolutions du secteur [84] [85].

Enfin, les premières évaluations de ces regroupements révèlent des résultats contrastés. Si les gains économiques sont bien réels, avec des économies d'échelle significatives et une meilleure attractivité pour le recrutement, les effets sur la qualité perçue restent inégaux. Des enquêtes récentes soulignent parfois une standardisation excessive ou une perte de lien humain dans les établissements les plus industrialisés, nourrissant le débat sur les limites d'un modèle trop centré sur la rentabilité [86] [87] [88].

Ainsi, le secteur privé s'impose comme un laboratoire de transformation du secteur des EHPAD. S'il ne peut être transposé tel quel au service public, il constitue néanmoins une source d'inspiration pour penser de nouveaux modèles d'organisation, conciliant performance et qualité de l'accompagnement.

2.2.3 Le secteur public : vers une transposition du modèle

Alors que le secteur privé des EHPAD s'est très tôt structuré autour de logiques industrielles et de regroupements stratégiques, le secteur public, historiquement marqué par l'isolement et la dispersion de ses établissements, amorce aujourd'hui une mutation organisationnelle. Depuis quelques années, les EHPAD publics s'engagent progressivement dans des démarches de coopération territoriale, souvent inspirées des dynamiques déjà expérimentées dans le champ sanitaire. Les premières formes de regroupement ont pris la forme de collaborations locales : mutualisation d'astreintes ou encore organisation partagée d'activités [89].

Afin d'encourager et de structurer ces dynamiques, un cadre juridique a été progressivement mis en place. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 [41] a institué les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), permettant à plusieurs établissements ou services de mutualiser certaines fonctions (ressources humaines, achats, formation, qualité, etc.) sans fusion administrative ni perte d'autonomie juridique. Ce dispositif a été renforcé par la loi HPST du 21 juillet 2009, dans une volonté de structuration territoriale et de décloisonnement de l'offre médico-sociale.

Toutefois, la diffusion des GCMS reste contrastée. D'après une enquête de l'ANAP, seulement 11,5 % des EHPAD publics autonomes déclaraient en 2023 être membres d'un GCSMS [90]. Ce taux d'adhésion peu élevé suggère que ce type de structure demeure encore peu mobilisé à l'échelle nationale, sans doute en raison de freins multiples. Ceux-ci peuvent être culturels, dans les territoires où la coopération entre établissements est peu développée mais aussi financiers. En effet, l'adhésion à un groupement s'accompagne généralement d'une participation budgétaire : frais d'entrée, cotisation annuelle, ou contribution à des prestations ponctuelles [91]. Pour certains établissements, notamment en zone rurale, cette charge peut représenter un frein. À cela s'ajoutent des réticences managériales, liées à la crainte d'une perte d'autonomie ou à la complexité d'une gouvernance partagée.

Pourtant, les GCMS reposent sur un modèle souple, pensé pour respecter l'indépendance des membres. Chaque structure conserve son budget propre et choisit les fonctions à mutualiser (qualité, achats, RH, formation...). Le budget du GCMS est alimenté par les contributions de ses membres, sous forme de cotisation ou de facturation à la carte. Si les services proposés sont souvent plus accessibles que ceux du marché, ils nécessitent tout de même une implication budgétaire réfléchie.

La gouvernance est assurée par un conseil d'administration (CA), composé des directeurs des établissements membres. Chaque établissement dispose d'une voix, garantissant un fonctionnement démocratique. Le CA valide les projets, fixe les priorités, approuve les budgets et définit les conditions d'accès aux services.

Ainsi, bien que leur déploiement reste inégal, les GCMS montrent que la coopération territoriale peut être un levier stratégique. En créant des synergies, en rompant l'isolement

et en renforçant les capacités d'action des structures les plus fragiles, ils contribuent à une réponse plus souple et plus adaptée aux besoins du terrain.

Ces résultats tiennent à trois leviers structurels majeurs [88] :

- **Souplesse statutaire** : mutualisation sélective sans perte d'autonomie juridique
- **Effet levier financier** : accès facilité aux financements via la force collective
- **Capitalisation des savoir-faire** : groupes métiers, outils partagés, formation croisée

C'est dans cette dynamique que s'inscrit la création des Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS) [88] [92]. Institués par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024, dite « loi Bien vieillir », ce dispositif franchit une nouvelle étape dans la structuration du secteur médico-social public. Il s'inspire directement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), déployés depuis 2016 dans le secteur sanitaire. Les GTSMS traduisent ainsi une volonté de transposer la logique territoriale du sanitaire vers le médico-social, dans une optique de coordination accrue. Contrairement aux GCSMS, leur mise en place ne repose plus sur une initiative volontaire. L'adhésion à un GTSMS devient obligatoire pour tous les EHPAD publics autonomes à l'horizon 2028 [88].

Les GTSMS reprennent les fondements juridiques des GCSMS, tout en y ajoutant une dimension plus intégrée. Ils visent à organiser une planification stratégique commune, une mutualisation élargie des fonctions support, et à renforcer la coordination des parcours sur les bassins de vie [92][93]. Leur mise en œuvre s'accompagne de nombreux défis, en particulier dans les territoires où la culture du travail en réseau est peu ancrée.

En parallèle, certaines structures publiques optent pour l'intégration hospitalière, rattachant les EHPAD à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) [93]. Ce modèle, promu par la loi de modernisation de notre système de santé (2016), permet d'accéder à des services mutualisés (pharmacie à usage intérieur, SI, ressources humaines, etc.) tout en renforçant la continuité des soins. En 2024, 42,2 % des EHPAD publics étaient intégrés à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) [94]. Cette progression témoigne d'une volonté accrue de bénéficier des services supports mutualisés proposés par les hôpitaux. Néanmoins, cette forme d'intégration hospitalière n'est pas sans conséquences. Elle implique une transformation culturelle importante, marquée par une gouvernance plus

centralisée et des orientations stratégiques largement définies par l'établissement support. Ce modèle soulève ainsi des interrogations sur la préservation de la spécificité médico-sociale, l'autonomie de gestion des établissements, et leur proximité avec les usagers. Si certains territoires parviennent à construire des équilibres durables entre logique territoriale et ancrage local, cette conciliation ne va pas de soi et nécessite une attention constante aux réalités de terrain.

De manière plus générale, ces différents dispositifs de regroupement tendent à redessiner la structuration du secteur public médico-social. Ils traduisent une volonté de rationalisation, d'efficacité collective et de coordination accrue, mais entraînent également une évolution du positionnement des directions d'établissement. Le directeur d'un EHPAD public autonome, longtemps pilote unique de son établissement, est désormais appelé à participer à une gouvernance partagée, à l'échelle du territoire. Il doit conjuguer les enjeux propres à son site avec ceux, plus globaux, du groupement auquel il appartient.

Cette évolution semble entraîner une mutation des pratiques managériales : circulation de l'information dans un cadre élargi, arbitrages plus complexes, montée en charge des fonctions transversales, et nécessité d'une posture coopérative. La réussite de cette transformation repose en grande partie sur la capacité des acteurs à co-construire des outils, des procédures et des repères communs, sans gommer la diversité des contextes locaux.

Toutefois, ces dynamiques ne vont pas sans susciter des interrogations : sur la capacité des petites structures à s'adapter, sur les risques de dilution de leur autonomie, ou encore sur la compatibilité entre une logique d'alignement territorial et les spécificités locales des établissements. Ces tensions mériteraient d'être mieux documentées et analysées, notamment à travers les retours d'expérience des professionnels de terrain.

La dernière partie de ce mémoire mettra en application les idées développées dans la revue de littérature. Elle viendra alimenter la réflexion théorique en apportant un éclairage issu du terrain, ce qui permettra d'évaluer la pertinence de la problématique initialement formulée.



*«Aucun de nous, en agissant seul, ne peut
atteindre le succès.»*

Nelson Mandela

III. Etude de terrain : immersion dans un groupement d'EHPAD publics

3.1 Introduction et objectifs de l'étude

C'est en changeant de cadre que l'on mesure vraiment ce qui différencie les mondes. Dès mon stage de Master 1, j'ai quitté le secteur privé, où j'avais effectué l'ensemble de mes premières expériences, pour intégrer des EHPAD publics autonomes placés sous une direction commune et adhérant au Groupement de Coopération Médico-Sociale (GCMS) Grand Lille. J'y ai découvert une autre face du secteur : des contraintes budgétaires plus marquées, une direction aux missions élargies, et souvent laissée seule face aux responsabilités du quotidien.

Plongée dans cet environnement, j'ai compris à quel point l'adhésion à un groupement pouvait être un levier stratégique majeur, voire un facteur de survie pour certaines structures. C'est dans ce contexte que s'est imposée la problématique de ce mémoire : fruit à la fois de cette immersion de terrain et d'une réflexion plus large sur les leviers d'action dont dispose aujourd'hui un directeur d'EHPAD public autonome pour faire face aux nombreux défis du quotidien.

L'objectif est double : identifier les conditions dans lesquelles l'adhésion à un groupement peut devenir un levier stratégique pour un directeur d'EHPAD public autonome et, comprendre comment cette adhésion est perçue et vécue par les professionnels encadrants.

Ce double objectif a vocation à répondre à la question suivante :

« Comment, dans le secteur médico-social, les groupements permettent-ils au directeur d'optimiser sa stratégie ? Le cas de l'EHPAD public autonome. »

Pour y répondre, j'ai mené deux enquêtes qualitatives fondées sur des entretiens semi-directifs : la première auprès des professionnels de direction, la seconde auprès de responsables de service.

Après avoir présenté les terrains de recherche et la méthodologie utilisée, les résultats seront analysés dans le but de nourrir une discussion critique et de proposer des pistes d'action concrètes.

3.2 Méthodologies et terrains de recherche

Ce travail s'appuie sur une enquête menée au sein du Groupement de Coopération Médico-Sociale (GCMS) Grand Lille [95], une structure qui réunit 31 EHPAD publics autonomes relevant de la Fonction Publique Hospitalière. Créé en 2013 à l'initiative de quatorze directeurs d'établissement, le groupement couvre trois territoires du département du Nord : la Métropole Européenne de Lille, les Flandres Intérieures et le Hainaut. Il représente plus de 2 100 lits, mobilise près de 1 500 agents et gère un budget global d'environ 100 millions d'euros.

Le GCMS Grand Lille n'est pas une structure de fusion mais un cadre souple de coopération entre établissements. Il permet de mutualiser certaines fonctions clés tout en préservant l'autonomie de gestion de chaque membre. Il accompagne les directions dans plusieurs domaines : ressources humaines, qualité, achats, SI, stratégie et gestion des risques. Pour cela, il s'appuie sur des cellules spécialisées animées par des experts. Il possède également un centre de formation interne, certifié Qualiopi qui propose des sessions adaptées aux besoins du secteur et à l'évolution des métiers.

L'un des piliers de son fonctionnement repose sur l'animation de groupes de pairs thématiques (RH, qualité, restauration, etc.), qui offrent aux professionnels un espace d'échange entre homologues. Ces rencontres régulières permettent de confronter les pratiques, poser des questions concrètes, se soutenir entre collègues exerçant souvent seuls dans leur établissement, et parfois même, retrouver du sens et de la motivation dans l'exercice de leur fonction.

Porteur des valeurs fondamentales du service public : égalité, continuité, adaptabilité et respect des droits des personnes âgées. Il coordonne également des projets collectifs dans des domaines variés : numérique, QVT, innovation organisationnelle...

Ce cadre de coopération, à la fois opérationnel et stratégique, constitue un terrain d'étude pertinent pour analyser les effets des regroupements sur le fonctionnement et l'évolution des EHPAD publics autonomes.

3.2.1 Pourquoi une enquête qualitative ?

Afin de comprendre l'impact des regroupements sur le fonctionnement des EHPAD publics autonomes. J'ai choisi d'adopter une approche qualitative. Ce type de méthode m'a semblé le plus adapté à la nature exploratoire de ma problématique, qui exige d'aller au-delà des constats généraux pour saisir les dynamiques vécues et les ressentis. L'objectif n'était pas de quantifier, mais de comprendre.

J'ai opté pour des entretiens semi-directifs afin de concilier rigueur méthodologique et liberté d'expression. Ce format permet de structurer l'échange autour de grands thèmes, tout en laissant suffisamment de souplesse pour que l'interviewé s'exprime librement, partage ses ressentis et mette en lumière des aspects inattendus. Cette forme d'entretien est particulièrement utile lorsque les personnes interrogées occupent des fonctions variées : elle s'ajuste au profil de chacun, favorise la spontanéité et crée un climat de confiance, propice à des retours d'expérience sincères.

Cette méthode qualitative implique naturellement un échantillon de taille plus restreinte, ce dont j'ai pleinement conscience. Toutefois, l'approche adoptée s'est révélée suffisante grâce à une arrivée rapide à la saturation théorique. En effet, dès lors que les discours recueillis se recoupent et qu'aucune information nouvelle significative n'émerge, cela signifie que les thématiques essentielles ont été couvertes. Ainsi, malgré un nombre limité d'entretiens, les données collectées permettent une analyse riche, ancrée dans le réel, et représentative des logiques à l'œuvre dans les établissements étudiés.

3.2.2 Deux enquêtes complémentaires

Dans ce cadre, j'ai mené deux enquêtes qualitatives distinctes mais complémentaires, qui m'ont permis de croiser les regards stratégiques et opérationnels sur les effets concrets de l'adhésion à un groupement.

- **Enquête 1 : les professionnels de direction**

Quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des professionnels de direction d'établissements adhérent au GCMS Grand Lille. L'objectif était de comprendre les raisons qui ont motivé leur adhésion, les bénéfices qu'ils en retirent dans la gestion quotidienne, ainsi que les éventuelles limites perçues. Ces

échanges ont permis de mieux cerner l'intérêt stratégique du regroupement pour les décideurs.

- **Enquête 2 : les responsables de service**

Trois entretiens ont été conduits auprès de professionnels encadrants : responsables des ressources humaines, de la qualité et de la restauration. Cette deuxième enquête visait à comprendre comment l'adhésion à un groupement modifie (ou non) leurs missions, leurs outils, et leur manière de travailler. L'objectif était de saisir les retombées concrètes du regroupement sur les fonctions support.

Ce double regard m'a permis de confronter les points de vue stratégiques et opérationnels, et d'identifier des convergences mais aussi des écarts dans les perceptions du groupement.

3.2.3 Conception et déroulement des entretiens

Pour chacune des deux enquêtes, j'ai élaboré un guide d'entretien semi-directif. Chaque guide était structuré autour de grandes thématiques, tout en laissant la possibilité d'approfondir certaines réponses en fonction des échanges.

Les guides se composaient de trois parties :

- Une **introduction**, permettant de présenter l'objectif du mémoire, d'expliquer les modalités de l'entretien (confidentialité, anonymat, enregistrement avec accord préalable).
- Une **première partie** centrée sur le profil de l'interviewé et les spécificités de son établissement (nom, prénom, ancienneté, expériences, taille de l'établissement, spécificités,...).
- Une **deuxième partie** dédiée à la perception des effets du regroupement : impacts sur l'organisation, les missions, les outils, les ressources, l'attractivité ou encore la qualité de vie au travail.
- Une **troisième partie** tournée vers l'avenir : ressenti face à l'obligation d'adhésion à un GTSMS, vision du modèle idéal, recommandations éventuelles.

Les entretiens ont été réalisés soit en visioconférence, soit en présentiel, selon les disponibilités et préférences des participants. Cette flexibilité m'a permis de créer un climat d'échange détendu, essentiel à la qualité des réponses. J'ai débuté la phase d'enquête au

mois de mars, et les entretiens se sont ensuite étalés jusqu'à mi-avril, en fonction de la disponibilité des professionnels sollicités. Chaque entretien a duré entre 45 et 60 minutes, et a fait l'objet d'une retranscription partielle ou complète selon les cas.

Il est à noter que la prise de contact avec les directeurs d'EHPAD s'est parfois révélée complexe. Très sollicités et mobilisés par des responsabilités opérationnelles importantes, certains n'ont pas pu se rendre disponibles. De plus, la thématique des regroupements, bien qu'au cœur de l'actualité du secteur, demeure sensible : perçue par certains comme une injonction descendante ou comme un sujet politique, elle peut susciter des réticences ou des craintes quant à la confidentialité des propos. Pour pallier ces obstacles, j'ai adapté mes démarches en privilégiant un ton neutre et en renforçant les garanties d'anonymat. Malgré ces contraintes, les témoignages recueillis ont permis de nourrir une analyse fine et ancrée dans la réalité du terrain.

3.3 Résultats

3.3.1 Enquête à destination des professionnels de direction

Cette partie synthétise les informations recueillies lors des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de direction d'EHPAD publics autonomes adhérant au GCMS Grand Lille. Pour ouvrir l'échange, j'ai invité chaque répondant à se présenter brièvement en précisant son parcours, sa fonction actuelle, ainsi que son ancienneté dans l'établissement. Cette phase introductive est essentielle pour instaurer un climat de confiance.

Quatre entretiens ont été réalisés auprès de trois hommes et d'une femme, exerçant tous des fonctions de direction au sein d'EHPAD publics autonomes.

- **Monsieur D.** est adjoint de direction, responsable des volets finances, ressources humaines, stratégie et développement. Il intervient sur deux établissements depuis deux ans, après avoir obtenu un Master en droit et politique. Il est actuellement en préparation du concours de directeur d'établissement (D3S).
- **Madame S.** est adjointe de direction et référente de site. Présente dans l'établissement depuis 18 ans, elle a d'abord exercé en tant qu'infirmière avant

d'évoluer vers un poste de direction après l'obtention d'un master en qualité à la Faculté d'ingénierie et Management de la Santé (ILIS). Elle coordonne l'organisation au quotidien tout en travaillant en lien étroit avec la direction commune.

- **Monsieur D.** est directeur de quatre établissements. Titulaire du concours de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), il pilote l'ensemble des volets stratégiques : ressources humaines, finances, qualité, développement et organisation. En poste depuis plusieurs années, il occupe une fonction transversale de coordination au sein d'une direction commune.
- **Monsieur B.** est élève directeur en dernière année de formation à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). Il effectue son alternance au sein du GCMS Grand Lille, où il est immergé dans les différents volets stratégiques de gestion d'établissement. Il obtiendra son diplôme de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) en septembre, date à laquelle un établissement lui sera officiellement attribué.

Ces profils ont été sélectionnés pour la complémentarité de leur parcours et de leur positionnement. Ils permettent de croiser les regards de professionnels en poste depuis plusieurs années avec ceux de directeurs en devenir, offrant ainsi une lecture à la fois ancrée, stratégique et prospective de la fonction de direction en EHPAD public autonome.

Les motivations de l'adhésion à un groupement

Tous les professionnels de direction interrogés s'accordent sur un point central : l'adhésion à un groupement répond à une nécessité stratégique. Que ce soit pour échapper à une absorption hospitalière redoutée, « Le but premier, c'était la crainte de se faire manger par un grand centre hospitalier », Ou pour pallier la solitude des établissements publics autonomes « tout seul, face au reste du monde, c'est un peu compliqué ». Le groupement est perçu comme un filet de sécurité, une force collective face aux enjeux croissants.

La notion de survie est d'ailleurs récurrente, comme l'illustrent ces verbatims :

« Pour moi, c'est une opportunité, justement, de rester indépendant, de faire bloc entre directions. »

Bien que leurs parcours et niveaux d'expérience diffèrent, les quatre professionnels interrogés partagent une même conviction sur l'utilité stratégique du groupement. Pour chacun d'eux, il permet de rester acteur de son établissement, d'anticiper les transformations plutôt que de les subir.

Un modèle qui professionnalise la gestion

Les professionnels de direction soulignent l'apport technique du GCMS dans de nombreux domaines : achats groupés, accompagnement à la gestion budgétaire, accompagnement qualité, ou encore montée en compétence via un centre de formation mutualisé. L'un d'eux évoque ainsi :

« La cellule achat, c'est quelque chose de génial. Ce sont des choses tellement énergivores en interne... Là, on peut s'appuyer. »

Les bénéfices sont particulièrement notés sur les dimensions budgétaires. Plusieurs directeurs déclarent s'impliquer directement dans les appels d'offres ou les études de marché pour garantir un meilleur rapport qualité/prix :

« On doit faire attention aux finances. On s'implique dans les marchés pour acheter au plus juste prix. »

L'apport en expertise est également fortement valorisé :

« On a pu harmoniser nos pratiques et surtout avoir des conseils de personnes bien plus compétentes que nous dans certains domaines précis. »

Des éléments concrets émergent des échanges, illustrant les effets positifs de la mutualisation :

- Cellules achats,
- Centre de formation interne,
- Soutien ponctuel sur des missions qualité, finances, ...

Ces ressources partagées sont jugées « essentielles » pour des structures de petite taille :

« Pouvoir s'appuyer sur ces cellules, c'est une vraie respiration »

Une transformation du rôle managérial, mais une autonomie préservée

L'un des enseignements majeurs des entretiens concerne l'évolution du rôle de direction. Le directeur n'apparaît plus comme un gestionnaire isolé, seul maître à bord. Il devient peu à peu un coordinateur, au service d'une dynamique collective.

« Avant, on était vachement refermés sur nous. Le groupement a apporté une vision plus globale. »

« On ne peut pas être expert dans tous les domaines. Le GCMS permet justement de déléguer ou de partager certaines expertises. »

Pour autant, les directeurs tiennent à rappeler leur attachement à l'autonomie décisionnelle de leur établissement. Si certains redoutent une trop grande transformation du modèle actuel avec les GTSMS, tous s'accordent à dire que le GCMS a su préserver l'équilibre entre entraide et liberté d'action :

« Le GCMS reste un regroupement d'EHPAD qui reste quand même autonome sur leur manière de fonctionner. »

Soutien, entraide et partage entre professionnels

La mutualisation ne se limite pas à l'économique ou au stratégique. Plusieurs professionnels de direction insistent sur les bénéfices concrets pour les équipes, notamment les responsables de service souvent isolés dans leur fonction, mais aussi pour eux-mêmes, ainsi que les résidents.

« Ce qui est précieux, c'est l'entraide. On bénéficie de l'expertise des autres, on ne se sent plus seuls. »

« C'est un réel bénéfice de pouvoir discuter avec ses pairs, d'échanger sur les problématiques terrain. »

Même si les résidents n'ont pas toujours conscience de l'existence du groupement, les professionnels de direction affirment qu'ils en perçoivent indirectement les effets :

« Faire des économies, ça les impacte sur le prix de journée. »

Les limites perçues : entre gouvernance partagée et perte de réactivité

Si les effets positifs sont majoritaires, quelques limites sont néanmoins soulevées, notamment en matière de délais décisionnels ou de liberté d'action :

« Il y a forcément des délais plus longs. On est plusieurs à devoir valider. »

« Il faut accepter de ne plus choisir seul ses prestataires. »

« Ça nécessite souvent des délais plus longs, mais ce n'est pas non plus insurmontable. »

Enfin, l'un des directeurs met en lumière une explication possible au refus de certains établissements d'adhérer à un groupement :

« Je pense que certains ont peur de ne plus pouvoir décider seuls. Il y a une crainte de perdre leur pouvoir. »

Une dynamique perçue comme incontournable

Malgré ces réserves, l'ensemble des répondants souligne à quel point l'adhésion à un groupement constitue aujourd'hui une démarche quasi indispensable pour un EHPAD public autonome.

« Dans le contexte actuel, c'est une opportunité, voire une nécessité. »

« On ne peut plus travailler seul. C'est impossible aujourd'hui. »

« C'est l'avenir. Et pour beaucoup, c'est même une condition de survie. »

Certains évoquent également les bénéfices indirects sur l'image et l'attractivité des établissements :

« Le GCMS, il a du poids. Être rattaché à un groupement reconnu, ça valorise. »

Perspectives d'avenir : entre opportunité collective et crainte d'un nouveau modèle.

Interrogés sur l'arrivée prochaine des Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS), les professionnels de direction rencontrés expriment des positions contrastées. Si tous reconnaissent la logique de continuité avec les coopérations déjà engagées via les GCMS, la projection vers ce nouveau modèle suscite des réactions nuancées.

Du côté des professionnels en poste depuis plusieurs années, une forme de retenue se fait sentir. La perspective d'un changement réveille des inquiétudes sur la perte d'autonomie et la dilution des spécificités locales :

« On ne sait pas trop où ça va nous mener. Le GCMS, on a appris à fonctionner avec, mais là, on attend d'en savoir plus. »

« Ce qui m'inquiète, c'est la place qu'auront encore les directeurs dans cette nouvelle gouvernance. »

Chez ces profils expérimentés, le lien au terrain et la maîtrise de leur mode de gestion actuel sont des repères forts, qu'ils ne souhaitent pas voir effacés au nom d'une standardisation. Le sujet reste, selon leurs propres mots, « sensible » et « à clarifier ».

À l'inverse, les profils plus jeunes, dont l'un encore en formation, témoignent d'une posture nettement plus ouverte à l'égard des GTSMS. Tous deux perçoivent cette évolution comme une suite logique des coopérations déjà engagées. Même si l'un d'eux qualifie le sujet de « touchy », ils y voient surtout une opportunité de structurer les pratiques existantes et de rompre avec l'isolement des établissements.

« Les GTSMS, c'est l'avenir. Travailler seul aujourd'hui, c'est devenu impossible. »

« Je ne vois pas ça comme une perte de pouvoir, mais comme une opportunité de structurer ce qu'on fait déjà. »

3.3.2 Enquête à destination des Responsables de services

Dans la continuité des échanges menés avec les professionnels de direction, j'ai choisi d'interroger des professionnels occupant des postes plus proches du terrain, afin de comprendre comment ils vivaient l'appartenance à un groupement. Tout comme pour les

professionnels de direction, j'ai invité chaque participant à se présenter brièvement en début d'entretien, en détaillant son parcours, son poste actuel et son ancienneté dans l'établissement.

Trois entretiens ont été menés auprès de responsables de services exerçant dans des EHPAD publics autonomes membres du GCMS Grand Lille. Leur point commun : une position intermédiaire essentielle : à la croisée des décisions de pilotage et de leur mise en œuvre opérationnelle. Ils ne sont pas décisionnaires de l'adhésion au GCMS, mais ils en vivent les effets au quotidien.

C'est précisément cette position qui m'a intéressée. Leur regard permet d'interroger autrement les effets de la mutualisation : non plus uniquement dans une logique institutionnelle, mais à travers le regard des usages, des pratiques, et des ressentis professionnels.

Madame L. est responsable des ressources humaines dans un EHPAD adhérent au GCMS Grand-lille. Elle est chargée de la gestion de la paie, des dossiers de formation et de l'organisation des ressources humaines. Arrivée en 2022, elle occupait auparavant un poste au sein du CHU de Lille. Son parcours lui permet de comparer la dynamique de travail dans un groupement médico-social à celle d'un GHT.

Madame T. est qualicienne dans un EHPAD adhérent au GCMS Grand-Lille. Fraîchement diplômée, elle a intégré son poste après y avoir réalisé ses stages. En poste depuis moins d'un an, elle apporte un regard neuf sur la fonction.

Monsieur L. est responsable cuisine au sein d'un EHPAD adhérent au GCMS Grand Lille. Fort d'une solide expérience, il encadre l'équipe de cuisine et pilote les approvisionnements.

Ces trois regards, complémentaires et ancrés dans l'opérationnel, permettent de prolonger et d'enrichir l'analyse entamée avec les directeurs.

Une appartenance ressentie comme un appui professionnel

À la différence des professionnels de direction, les responsables de services ne sont pas décisionnaires de l'adhésion au GCMS. Pourtant, ils en perçoivent directement les effets.

Pour eux, l'appartenance au groupement se traduit d'abord par un soutien professionnel précieux dans des fonctions souvent exercées en solitaire.

« On est tout seuls comme métiers dans les établissements. »

C'est dans cette solitude que les temps d'échange avec leurs pairs prennent tout leur sens. Les réunions inter-établissements sont très appréciées :

« On a un groupe RH. C'est super important. Quand on a un doute sur une question, on peut communiquer entre nous. »

« Au moins, on peut échanger avec d'autres personnes qui font le même métier. »

« Pouvoir échanger entre chefs cuisiniers, cadres, référents qualité... ça a une vraie valeur. C'est essentiel quand on est seul dans sa fonction. »

Au-delà du cadre formel des réunions, c'est le lien entre pairs qui est recherché. Un lien rassurant, presque indispensable lors d'une prise de poste.

« Parfois, juste pouvoir se plaindre à un collègue, ça permet de tenir. »

Pour la responsable des ressources humaines issue du secteur hospitalier, fraîchement embauchée dans le secteur médico-social, ce lien informel a été fondamental :

« J'aurais aimé avoir un tuteur attitré, quelqu'un qui me dise : si t'as besoin, je suis là. »

« Ce n'est pas une référente officielle, mais la collègue de l'EHPAD de S, je l'ai encore appelée hier. Dès que j'ai un doute, je sais que je peux lui demander. »

Des effets concrets et différenciés selon les services

Les impacts du groupement varient en fonction du domaine concerné. En restauration, la mutualisation se ressent clairement et est valorisée :

« On choisit notre nourriture comme on veut. Avant, avec [nom du prestataire, on avait parfois des produits qu'on n'aimait pas, de mauvaise qualité. »

Le responsable cuisine souligne également une dynamique d'échange professionnelle :

« On a un groupe de réunion cuisine tous les trois mois. C'est important pour ne pas se sentir seul. »

Dans les domaines RH et qualité, les effets sont moins visibles sur le plan organisationnel, mais tout aussi importants. Les formations proposées par le GCMS sont citées comme un levier central :

« La partie formation est très intéressante. »

« Grâce au GCMS, on a accès à des formations à des coûts moins élevés. »

L'accompagnement ponctuel sur certaines démarches, comme les audits sur la qualité de vie au travail, est également apprécié :

« Ils sont venus l'année dernière faire un audit dans notre établissement. »

« Il y avait déjà un coach sportif, mais ça a permis d'aller plus loin. »

Du côté de la qualité, le soutien du groupement est également très présent. La qualitiennne interrogée évoque la proximité et la disponibilité de la chargée qualité du GCMS, sur laquelle elle sait pouvoir compter en cas de doute :

« Je sais que je peux l'appeler dès que j'ai une question. »

Au-delà des conseils du quotidien, cette ressource mutualisée peut aussi intervenir ponctuellement lors de démarches spécifiques, notamment lors des évaluations HAS

Ces témoignages illustrent bien que la mutualisation ne repose pas uniquement sur des outils ou des procédures, mais aussi et surtout sur des personnes ressources, identifiées, disponibles, et reconnues pour leur expertise.

Un positionnement intermédiaire entre décisions et terrain

Les professionnels interrogés disent ne pas sentir de contraintes dans leur autonomie :

« Non, jamais eu de blocage à cause du groupement. »

« Mon autonomie, je l'ai toujours. »

Mais certains émettent des suggestions pour rendre cette dynamique encore plus efficace :

« Ce qu'il manque, c'est un vrai référent quand on arrive. Quelqu'un à qui se raccrocher. »

L'idée d'un accompagnement renforcé pour les nouveaux professionnels revient avec insistance, signe d'un besoin non encore totalement couvert.

Une dynamique collective porteuse de sens

Le sentiment d'appartenance au GCMS est également nourri par des actions collectives, comme les Olympiades, régulièrement citées comme facteurs de motivation et de cohésion :

« Les Olympiades, ça, ça réjouit tout le monde. »

« Ça joue aussi sur l'attractivité de l'établissement. »

Au-delà de l'organisation, le groupement porte un véritable esprit collectif fondé sur des valeurs communes :

« Tout le monde a les mêmes valeurs. Tous les EHPAD du GCMS pensent d'abord au bien-être des résidents. »

Même si les effets directs sur les usagers ne sont pas toujours visibles, les retombées indirectes sont reconnues :

« Les professionnels sont mieux formés. Ça finit par profiter aux résidents. »

Des réserves sur les modèles futurs

Interrogés sur les GTSMS, les professionnels manifestent une certaine inquiétude, proche de celle exprimée par les professionnels de direction expérimentés. La crainte majeure concerne la perte de lien avec le terrain :

« Nous, ce qu'on aime, c'est vivre avec les résidents. Pas être enfermés dans un bureau à faire que de la paie. »

Madame L. fait un parallèle avec les GHT hospitaliers, dont les effets restent présents dans les esprits :

« Dans les GHT, toutes les fonctions supports sont regroupées sur un établissement. Et l'établissement, lui, passe en dernier. »

À cette appréhension s'ajoute une autre forme d'angoisse, plus personnelle : la peur de perdre son poste ou de voir certaines fonctions supprimées dans le cadre d'une centralisation. Si les titulaires se sentent relativement protégés, les contractuels s'estiment davantage exposés :

« On fait partie de la fonction publique, on a l'emploi à vie... mais les postes contractuels, eux, sont menacés. »

« Avec les GHT, il y a eu des suppressions de postes. On a peur que ça recommence. »

La peur de se voir dépossédé du sens de sa mission revient également à plusieurs reprises :

« On a peur de perdre notre métier. Ce qu'on aime, c'est d'être là, sur le terrain. »

« Moi, je veux rester sur mon EHPAD. Pas partir dans un bureau. »

Ces propos traduisent une inquiétude face à un modèle perçu comme potentiellement déshumanisant, où l'efficacité organisationnelle pourrait prendre le pas sur la proximité et l'ancrage local.

Une dynamique perçue comme utile, mais à faire évoluer

En conclusion, les responsables de services interrogés valident largement l'intérêt du groupement. Pour eux, le GCMS est à la fois un espace d'appui, un outil de professionnalisation, et un levier de cohésion. Mais ils formulent aussi des attentes concrètes, très liées à leur réalité :

« Ce serait bien qu'il y ait un vrai référent dès qu'on arrive. »

« Un petit "pool" de renfort, ce serait super. Comme une boîte d'intérim interne. »

Leur regard est lucide et ancré dans le réel. Il confirme que le succès d'un groupement ne repose pas uniquement sur sa structure ou sa gouvernance, mais sur la qualité des liens professionnels qu'il permet de tisser.

3.4 Discussion et préconisations

Le groupement : de la contrainte à l'opportunité stratégique

À l'heure où l'adhésion à un GTSMS devient une obligation pour les EHPAD publics autonomes, la question n'est plus de savoir s'il faut intégrer un groupement, mais comment en faire un levier stratégique, au service de la qualité, de l'innovation et de la pérennité ? Si les résultats de terrain révèlent une adhésion souvent motivée par la contrainte, ils montrent aussi combien cette dynamique collective peut devenir une réponse stratégique aux fragilités du secteur.

L'analyse des entretiens révèle une réalité partagée par de nombreux professionnels de direction : l'adhésion à un groupement n'est pas vécue comme un choix, mais comme une obligation imposée par les circonstances. Isolement, déficit, pénurie de personnel, surcharge administrative : autant de contraintes qui rendent la gestion en autonomie de plus en plus difficile. Comme l'exprime l'un des directeurs interrogés, « aujourd'hui, tout seul, on n'y arrive plus ».

Cette perception rejoint les constats établis dans la revue de littérature : près de 85 % des EHPAD publics étaient en déficit en 2023 [62], et la fragmentation du secteur public limite considérablement les marges de manœuvre. Dans ce contexte, le groupement apparaît comme une bouée de sauvetage.

Il est donc primordial que les professionnels de direction sortent d'une posture défensive pour adopter une vision plus offensive et stratégique de l'adhésion au groupement. Ils doivent s'appropriier le groupement comme un outil au service de leur établissement, en identifiant les ressources auxquelles ils peuvent accéder, en prenant part aux différents projets, et en participant activement aux instances de décision. Cela suppose de ne plus considérer le groupement comme une structure extérieure, mais comme un prolongement de leur action.

De leur côté, les responsables de groupement doivent veiller à ce que chaque nouvelle adhésion soit accompagnée de façon structurée. L'objectif est d'éviter que l'établissement rejoigne le groupement sur le papier sans en tirer de bénéfice réel. Cela suppose de prendre le temps d'un échange approfondi avec le directeur, afin de cerner ses priorités, ses difficultés, et les premières attentes concrètes vis-à-vis du collectif. Ils peuvent également proposer un parcours d'accueil structuré pour les nouveaux membres, incluant une phase d'audit des besoins, un accompagnement personnalisé, et l'intégration à un groupe de pairs.

Déléguer pour mieux piloter

L'un des bénéfices les plus évidents du regroupement est la réduction de la charge mentale pour les professionnels de direction comme pour les responsables de service. Qu'il s'agisse des achats, des ressources humaines, de la qualité ou de la veille réglementaire, les entretiens montrent que la mutualisation est vécue comme un soulagement réel, permettant aux équipes de se recentrer sur leur cœur de métier.

Dans les EHPAD publics autonomes, le rôle de directeur est celui d'un véritable équilibriste. Il doit jongler entre des responsabilités multiples : gestion budgétaire, ressources humaines, management d'équipe, qualité des soins, relations avec les familles, pilotage stratégique...

Mais les professionnels de direction ne sont pas les seuls à bénéficier de cette dynamique. Les responsables de service, qu'ils soient en charge des ressources humaines, de la restauration ou de la qualité sont eux aussi en première ligne, souvent seuls à porter des fonctions essentielles à la viabilité de l'établissement. Pour eux, l'isolement est parfois encore plus fort : manque de binôme, absence de retour sur leur travail, sentiment de devoir gérer sans appui.

L'enquête révèle que l'accès à des groupes de pairs thématiques constitue l'un des apports les plus concrets et les plus appréciés du groupement. Participer à un groupe RH, qualité ou cuisine, c'est pouvoir échanger entre pairs, poser des questions à des professionnels qui partagent les mêmes contraintes, comparer les pratiques, se rassurer, parfois se remotiver. Le directeur peut encourager la participation de ses responsables à

ces groupes, en les intégrant dans les plannings et en valorisant leur engagement dans les entretiens professionnels.

Il est primordial que les directeurs acceptent de déléguer certaines missions au groupement, non par désengagement, mais pour mieux piloter leur projet d'établissement. Cela suppose une clarification en interne des fonctions mutualisées, mais aussi une réelle appropriation par les équipes.

Afin de favoriser une réelle appropriation du groupement par les professionnels, il est indispensable de rendre son organisation à la fois lisible et opérationnelle. La mise en place d'un référentiel des fonctions mutualisées, recensant les missions partagées, les interlocuteurs dédiés ainsi que les outils et modalités d'accès, permettrait de clarifier les rôles de chacun. Ce support faciliterait ainsi l'implication des équipes et l'intégration du groupement dans le fonctionnement quotidien des établissements. En complément, le directeur peut organiser des temps de rencontre inter-sites (journée inter-EHPAD, binôme entre cadres, immersion croisée), afin de créer une culture commune de travail et renforcer l'esprit d'appartenance.

Innover ensemble

Au-delà du confort organisationnel, le groupement produit également des effets économiques concrets. En centralisant les achats ou en mutualisant les ressources. Il permet de réaliser des économies d'échelle. Ces gains, lorsqu'ils sont réinvestis, permettent d'améliorer les infrastructures, développer de nouveaux services ou encore de maintenir voire de réduire le prix de journée. Dans un contexte où les familles sont attentives au coût de l'hébergement, cette maîtrise tarifaire contribue à renforcer l'attractivité de l'établissement, tout en maintenant un niveau de qualité élevé.

Les résultats montrent également que le groupement constitue un levier important en matière d'innovation. Grâce à lui, plusieurs établissements membres ont pu répondre à des appels à projets, lancer des expérimentations, recruter des nouveaux profils (psychomotriciens, agents bien-être), ou encore proposer des actions collectives (ateliers intergénérationnels, crèche, événements culturels...).

Face à l'évolution des attentes des résidents, qui demandent davantage de personnalisation, de confort et de diversité dans les activités, cette dynamique apparaît

précieuse. Comme le souligne Gunther Kleinmann [76], les générations du baby-boom arrivent désormais en EHPAD avec des attentes nouvelles, accordant une grande importance à la qualité hôtelière de l'accompagnement. La capacité à y répondre repose sur des ressources que les structures isolées n'ont pas.

Le directeur doit donc se positionner comme un facilitateur de projet, capable de mobiliser son réseau pour porter des idées nouvelles. Le groupement, quant à lui, doit créer des temps de réflexion partagés, soutenir les porteurs de projets, et développer une stratégie d'innovation adaptée aux territoires. Il doit aussi encourager l'implication des professionnels en valorisant leurs initiatives, en interne comme en externe.

Après ces constats encourageants sur les apports du groupement, il est important de replacer cette dynamique dans un cadre plus large. En effet, le secteur médico-social s'apprête à franchir une nouvelle étape avec l'arrivée des GTSMS. Cette évolution, bien que porteuse de sens, suscite aussi des craintes sur le terrain.

Anticiper les GTSMS

L'arrivée des GTSMS, prévue d'ici 2025, représente une nouvelle étape pour les EHPAD publics. Inspirés du modèle des GHT, ils visent à renforcer la cohérence territoriale et la coordination entre acteurs médico-sociaux. Mais cette transformation suscite des réserves. Les professionnels craignent une gouvernance éloignée, une standardisation excessive, une perte d'identité.

Ces inquiétudes sont légitimes. La revue de littérature rappelle que les regroupements hospitaliers ont parfois affaibli le pilotage local. Le défi des GTSMS sera donc de faire coopérer sans écraser, d'intégrer sans absorber.

Le directeur doit rester un acteur central de la gouvernance. Il doit défendre la spécificité de son établissement, participer activement à la construction du projet de territoire, et veiller à préserver l'autonomie de gestion. Le groupement, pour sa part, doit construire un modèle de gouvernance clair, participatif et équilibré. Il doit associer les directeurs dès la phase de conception, et garantir des marges de manœuvre locales dans la mise en œuvre.

IV. Conclusion

À l'heure où le secteur médico-social traverse des turbulences, entre réformes successives, tensions budgétaires, pénurie de professionnels et attentes croissantes des usagers, il devient essentiel pour les établissements de repenser leurs modes d'organisation. Cette nécessité est d'autant plus pressante pour les EHPAD publics autonomes, souvent isolés, qui doivent composer avec des moyens limités face à des besoins toujours plus complexes.

Ce mémoire a permis de mieux comprendre en quoi les regroupements pouvaient constituer, pour les directeurs, de véritables leviers stratégiques. Bien au-delà d'une simple mutualisation des achats ou d'une réponse ponctuelle au manque de ressources, ces groupements, qu'ils prennent la forme de GCMS aujourd'hui ou de GTSMS demain, offrent un cadre propice à la réflexion collective et à l'innovation managériale.

L'enquête de terrain, menée dans des EHPAD membres d'un groupement, est venue confirmer ce que la littérature laissait entrevoir : les regroupements permettent de sortir de l'isolement, de gagner en expertise et d'anticiper les mutations du secteur. Pour les directeurs comme pour les responsables de service, ils représentent aussi un appui concret dans les missions du quotidien, à travers la force des échanges entre pairs.

Mais ces dynamiques soulèvent une interrogation. Jusqu'où coopérer sans perdre son autonomie ?

S'interroger sur les regroupements, c'est finalement repenser la posture du directeur d'établissement. Optimiser sa stratégie, ce n'est plus agir seul, mais savoir s'inscrire dans une logique de réseau, sans perdre de vue les spécificités locales.

Une question se dessine alors, que d'autres acteurs du secteur sanitaire, déjà engagés dans des GHT, pourraient nous aider à éclairer : comment construire une gouvernance partagée, sans uniformiser les pratiques, et quels enseignements peut-on tirer de leur expérience pour guider les futurs GTSMS ?

Bibliographie

[1] INSEE. (2006, octobre). *En 2050, près d'un tiers de la population aura plus de 60 ans*. Insee Première, n° 1087.

Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377211?sommaire=1377217>

[2] Conférence nationale de santé (CNS). (2021, 7 avril). *Le secteur médico-social à l'épreuve de la crise de la Covid-19 – Avis de la CNS* [PDF].

Disponible sur : <https://www.anas.fr/attachment/2137977/>

[3] **ODAS**. (2024, juin). *Synthèse de l'enquête annuelle « Dépenses sociales et médico-sociales des départements en 2023 »*. Observatoire national de l'action sociale.

Disponible sur : <https://odas.net/actualites/synthese-de-lenquete-annuelle-depenses-sociales-et-medico-sociales-des-departements-en>

[4] **d'Alguerre, B.** (2024, 2 juin). *Les dépenses du médico-social dans le viseur de la Cour des comptes*. Actualités sociales hebdomadaires.

Disponible sur : <https://www.ash.tm.fr/societe/les-depenses-du-medico-social-dans-le-viseur-de-la-cour-de-s-comptes-907185.php>

[5] **Gouvernement français**. (2020). *Sécur de la santé : revaloriser les salaires des soignants*. Portail officiel de l'information gouvernementale.

Disponible sur : <https://www.info.gouv.fr/actualite/segur-de-la-sante-revaloriser-les-salaires-des-soignants>

[6] **Loi n° 58-1379 du 31 décembre 1958**. *Portant diverses dispositions d'ordre économique et financier* [dite « loi Debré »].

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886688>

[7] **Ministère des Solidarités et de la Santé**. (s.d.). *Financement des établissements de santé*. Portail officiel du ministère de la Santé.

Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

[8] **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009**, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>

[9] **Vie publique.** (2024, mars). *Les agences régionales de santé (ARS), 15 ans après leur création*. La documentation française.

Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/274858-les-agences-regionales-de-sante-ars-15-ans-apres-leur-creation>

[10] **Légifrance.** (2016). *Dossier législatif : Loi de modernisation de notre système de santé (n° 2016-41 du 26 janvier 2016)*.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>

[11] **Gestions hospitalières.** (s.d.). *La mise en place des GHT : où en est-on ?*

Disponible sur : <https://gestions-hospitalieres.fr/mise-place-ght-on/>

[12] **Ministère des Solidarités et de la Santé – ARS.** (s.d.). *Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)*.

Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

[13] **IRDES.** (s.d.). *Historique des réformes hospitalières en France* [PDF]. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.

Disponible sur : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

[14] **Fédération Hospitalière de France (FHF).** (2017, 28 novembre). *Guide des coopérations* [PDF].

Disponible sur : <https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-11/FHF+GUIDE+DES+COOPERATIONS+28112017.pdf>

[15] **In Extenso ESS.** (s.d.). *GCS et GCSMS : modalités de création et fonctionnement*.

Disponible sur : <https://ess.inextenso.fr/gcs-et-gcsms/>

[16] **Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique – DAJ.** (s.d.). *Le groupement d'intérêt public (GIP)*.

Disponible sur : <https://www.economie.gouv.fr/daj/gip>

[17] **Service-public.fr.** (s.d.). *Groupement d'intérêt économique (GIE)*. Portail officiel de l'administration française.

Disponible sur : <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F37404>

[18] **Ministère des Solidarités et de la Santé.** (s.d.). *La communauté hospitalière de territoire – Loi HPST* [PDF].

Disponible sur :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_hpst_-_la_communaute_hospitaliere_de_territoire.pdf

[19] **Cour des comptes.** (2020, 8 octobre). *Les groupements hospitaliers de territoire : une réforme prometteuse, une mise en œuvre à consolider* [PDF].

Disponible sur :
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201008-rapport-Groupements-hospitaliers-de-territoire.pdf>

[20] **Légifrance.** (2025, 17 février). *Code de la santé publique – Articles L. 6133-1 à L. 6133-9 relatifs aux groupements de coopération sanitaire (GCS).*

Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171458/2025-02-17/?anchor=LEGIARTI000020892263

[21] **Ministère des Solidarités et de la Santé.** (s.d.). *Fiche n°34 – Groupements hospitaliers de territoire (GHT)* [PDF].

Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_34.pdf

[22] **Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.** (s.d.). *Groupement hospitalier de territoire (GHT).*

Disponible sur :
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/groupement-hospitalier-de-territoire-ght-1>

[23] **Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais (ORS NPDC).** (s.d.). *[Titre du document]* [PDF].

Disponible sur : https://www.orsnpdc.fr/wp-content/uploads/2017/01/5051_51-BD.pdf

[24] **Hospimedia.** (s.d.). *Carte des groupements hospitaliers de territoire (GHT).*

Disponible sur : <https://nominations.hospimedia.fr/carte-des-ght/>

[25] **Relyens.** (s.d.). *La mutualisation des achats en GHT.*

Disponible sur :
<https://www.relyens.eu/fr/newsroom/blog/la-mutualisation-des-achats-en-ght>

[26] **Fédération Hospitalière de France (FHF).** (2016, octobre). *GHT et GRH – Quels enjeux pour les acteurs ?* [PDF].

Disponible sur :
<https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/GHT%20et%20GRH%20-%20Quels%20enjeux%20pour%20les%20acteurs%20%3F.pdf>

[27] **Haut Conseil de la santé publique (HCSP).** (2017, 13 mars). *Groupements hospitaliers de territoire et santé publique* [PDF].

Disponible sur :
https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20170313_ghetantsantepublique.pdf

[28] **Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).** (2019, décembre). *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* (Rapport n° 2019-034R) [PDF].

Disponible sur :
<https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-05/Bilan%20d%E2%80%99C3%A9tape%20des%20groupements%20hospitaliers%20de%20territoire%20%28GHT%29.pdf>

[29] **Ministère de la Santé et de la Prévention.** (2023). *Stratégie nationale de santé 2023-2033* [PDF].

Disponible sur :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-nationale-de-sante-2023-2033.pdf>

[30] **Sénat, Commission des affaires sociales.** (2020). *Les hôpitaux face à la crise : leçons de l'épidémie de Covid-19 et défis à venir* (Rapport n° 22, 2020-2021).

Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/r20-022/r20-022_mono.html

[31] **Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016**, relatif au fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>

[32] **Sénat.** (2020). Rapport d'information n° 22 (2020-2021) fait au nom de la commission des affaires sociales sur les Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

https://www.senat.fr/rap/r20-022/r20-022_mono.html

[33] **Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi (SNPHARE).** (2022). *Warning GHT : Dérives et dangers de la gouvernance hospitalière.*

<https://www.snphare.fr/assets/media/phar75-warningght.pdf>

[34] **Cabinet Houdart & Associés.** (s.d.). *GHT : une fausse bonne idée pour la GRH ?*

Disponible sur : <https://www.houdart.org/ght-une-fausse-bonne-idee-pour-la-grh/>

[35] **ANFH.** (s.d.). *Fiche thématique – Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)* [PDF].

Disponible sur :
https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/02_ghet_fiche_web_0.pdf

[36] **Ministère des Solidarités et de la Santé.** (2018). *Ma Santé 2022 – Un engagement collectif* [PDF].

Disponible sur :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf

[37] **Force Ouvrière (FO).** (s.d.). *Retrait du décret sur les groupements hospitaliers de territoire.*

Disponible sur : <https://www.force-ouvriere.fr/retrait-du-decret-sur-les-groupements-hospitaliers-de-territoire>

[38] **Décret n° 2018-1350 du 28 décembre 2018**, relatif au fonctionnement des établissements publics de santé dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037160589>

[39] **Ministère des Solidarités et de la Santé.** (s.d.). *Système de santé médico-social et social.*

Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

[40] LEGIFRANCE. Loi n°2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales (1), 13 août 2004, [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000804607/>

[41] **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel de la République française*, 3 janvier 2002.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

[42] **Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées** (s.d.). *La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances.* [En ligne]. Disponible sur :

<https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>.

[43] **République française** (2016). *Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.* [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731>

[44] **Agence Régionale de Santé** (2024). *Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.* [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

[45] **Haute Autorité de Santé (HAS)** (2022). *Référentiel d'évaluation de la qualité – ESSMS*, 10 mars 2022. [En ligne]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

[46] **DREES.** (2024, juillet). *L'aide sociale départementale en 2022 : une progression portée par l'aide à l'autonomie*(Études & Résultats n°1306) [PDF].

Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ER1306.pdf>

[47] **CNSA.** (2024). *Chiffres clés de l'aide à l'autonomie – Édition 2024*. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Disponible sur : <https://www.cnsa.fr/publications/chiffres-cles-de-laide-lautonomie-2024>

[48] **LifePlus.** (s.d.). *Le médico-social : un secteur porteur en pleine révolution* [infographie].

Disponible sur :
<https://www.lifeplus.io/infographie-le-medico-social-un-secteur-pporteur-en-pleine-revolution/>

[49] **Ministère des Solidarités et de la Santé** (s.d.). *Repères et analyses*. [En ligne].
Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Reperes_et_analyses.pdf

[50] **Entreprises Auvergne-Rhône-Alpes.** (s.d.). *Quelle est la différence entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire ?*

Disponible sur :
<https://entreprises-auvergne-rhone-alpes.com/quelle-est-la-difference-entre-le-secteur-medico-social-et-le-secteur-sanitaire/>

[51] **Fondation Olga Spitzer.** (s.d.). *Guide du secteur médico-social* [PDF].

Disponible sur :
<https://www.fondationolgaspitzer.fr/images/association/actions/medico-social/Guide-secteur-ms.pdf>

[52] **SMPS – Syndicat des Managers Publics de Santé.** (s.d.). *Les groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS)*.

Disponible sur :
<https://www.smpsante.fr/actualites/les-groupements-territoriaux-sociaux-et-medico-sociaux-gtsms/>

[53] **Gestions Hospitalières.** (s.d.). *Le groupement territorial social et médico-social (GTSMS)*.

Disponible sur :
<https://gestions-hospitalieres.fr/le-groupement-territorial-social-et-medico-social-gtsms/>

[54] **Revue Autonomie.** (s.d.). *Le groupement territorial social et médico-social : à la croisée du groupement hospitalier de territoire et du groupement de coopération sociale et médico-sociale*.

Disponible sur :
https://www.autonomie-revue.fr/article_le-groupement-territorial-social-et-medico-social-a-l

[a-croisee-du-groupeement-hospitalier-de-territoire-et-du-groupeement-de-cooperation-social-et-medico-social_6797488546.html](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000049388620)

[55] **Code de l'action sociale et des familles**, articles L.312-7 et suivants relatifs aux groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS).

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000049388620>

[56] **Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées** (2025). *Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)*. [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablisements-medicalises/les-ehpad>

[57] **Conseil Dépendance**. (2024, juillet). *EHPAD : quelle offre en 2024 ?* [PDF].

Disponible sur : <https://www.conseildependance.fr/wp-content/uploads/2024/07/EHPAD-quelle-offre-en-2024.pdf>

[58] **République française** (s.d.). *Code de la santé publique – Sous-paragraphe 1 : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Articles D312-155-0 à D312-159-2)*. [En ligne]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000032596791/

[59] **Ministère des Solidarités et de la Santé**. (s.d.). *Les EHPAD*. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées.

Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablisements-medicalises/les-ehpad>

[60] **Cap Retraite** (s.d.). *Grille AGGIR : évaluation du degré de dépendance GIR*. [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.capretraite.fr/aide-a-domicile/perte-dautonomie/grille-aggir/>

[61] **CetteFamille** (s.d.). *Quel est l'âge moyen d'entrée en EHPAD ?* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cettefamille.com/age-moyen-entree-ehpad/>

[62] **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** (2018). *La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2017*. [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablisements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2017>

[63] **France Inter** (2022). « *Les Fossoyeurs* » : un livre-enquête révèle les graves dérives dans les Ehpad du groupe Orpea. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/les-fossoyeurs-un-livre-enquete-revele-les-graves-de-rives-dans-les-ehpad-du-groupe-orpea-1217539>

[64] **Le Quotidien du Médecin**. (2024). *Circulaire médico-sociale 2025 : le financement des EHPAD en hausse de 2,35 % malgré le contexte tendu*. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/sante-societe/politique-de-sante/circulaire-medico-sociale-2025-le-financement-des-ehpad-en-hausse-de-235-malgre-le-contexte-tendu>

[65] **La finance pour tous**. (2024). Panorama de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France. Disponible sur : <https://www.lafinancepourtous.com/decryptages/entreprise/secteurs-dactivites/panorama-de-loffre-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-france/>

[66] **Synerpa**. (2024). EHPAD : des disparités d'offre observées en 2024. Disponible sur : <https://synerpa.fr/ehpad-des-disparites-doffre-observees-en-2024/>

[67] **Fédération Hospitalière de France (FHF)**. (2025). Enquête nationale FHF sur la situation des EHPAD publics en 2024 – Présentation des résultats – Version finale. Disponible sur : <https://www.fhf.fr/sites/default/files/2025-05/Enqu%C3%AAt%20nationale%20FHF%20sur%20la%20situation%20des%20EHPAD%20publics%20en%202024%20-%20Pr%C3%A9sentation%20des%20r%C3%A9sultats%20-%20VF.pdf>

[68] **EHPAD Notre-Dame des Anges** (2024). *Comment distinguer un EHPAD public, privé ou associatif ?* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.notredamedesanges.org/comment-distinguer-un-ehpad-public-prive-ou-associatif/>

[69] **DREES** (2016). *La croissance du nombre d'allocataires du RSA diminue en 2015 mais reste élevée*. Études et Résultats n° 956, mars 2016. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2017-07/er956.pdf>

[70] **Ministère des Solidarités et de la Santé**. (2022). Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023. Disponible sur : https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/feuille_de_route_-ehpad_usld-2021-2023-Mars-2022.pdf

[71] **Maire Info. (2024).** EHPAD publics : la Fédération hospitalière de France alerte sur leur situation budgétaire critique.

Disponible sur : <https://www.maire-info.com/sant%C3%A9-publique/ehpad-publics-la-federation-hospitaliere-de-france-alerte-sur-leur-situation-budgetaire-critique--article-28545>

[72] **Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. (2025).** EHPAD : l'ARS Centre-Val de Loire soutient les EHPAD dans leur recrutement et la qualification de leurs personnels.

Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/ehpad-lars-centre-val-de-loire-soutient-les-ehpad-dans-leur-recrutement-et-la-qualification-de>

[73] **Hublo. (2025).** Manque de personnel soignant : comment y faire face ?

Disponible sur : <https://www.hublo.com/fr/blog/manque-personnel-soignant-ehpad>

[74] **Matières Grises. (2020).** Décennie 2020-2030 : l'explosion des 75-85 ans.

Disponible sur : <https://matieres-grises.fr/wp-content/uploads/2020/09/Note-04-decennie-2020-2030.pdf>

[75] **Synerpa. (2024).** Les seniors : le chantier de la décennie.

Disponible sur : https://synerpa.fr/wp-content/uploads/2024/06/produit_7-1.pdf

[76] **Eurasanté. (2017).** Étude sur les avis des familles des résidents en Ehpad.

Disponible sur : <https://www.eurasante.com/news/silver-economie/etude-sur-les-avis-des-familles-des-residents-en-ehpad/>

[77] **Le Média Social. (2025).** EHPAD : la concentration dans les grands groupes s'accroît.

Disponible sur : <https://www.lemediasocial.fr/ehpad-la-concentration-dans-les-grands-groupes-s-accroit-YAJ2F1>

[78] **Républik Achats. (2022).** Korian : « Le meilleur moyen de tenir face à l'inflation reste de travailler avec les métiers ».

Disponible sur : <https://www.republik-achats.fr/strategie-ha/direction-ha/korian-le-meilleur-moyen-de-tenir-face-a-l-inflation-reste-de-travailler-avec-les-metiers.html>

[79] **Université Clariane. (2025).** Université Clariane – Site officiel.

Disponible sur : <https://universite.clariane.com>

[80] **DomusVi Group. (2025).** Quality vision.

Disponible sur : <https://www.domusvigroup.com/en/quality-vision/>

[81] **Emeis. (2019).** Document d'enregistrement universel 2018 – ORPEA.

Disponible sur :
<https://www.emeis.com/sites/default/files/medias/documents/orpea2018resgitationdocumentf1846.pdf>

[82] **Annuaire Retraite. (2024).** EHPAD public versus EHPAD privé : avantages et inconvénients.

Disponible sur :
<https://www.annuaire-retraite.com/maisons-de-retraite/ehpad-public-versus-ehpad-prive-avantages-et-inconvenients/>

[83] **Logement Seniors. (2019).** Choisir entre un EHPAD public et un EHPAD privé.

Disponible sur :
<https://www.logement-seniors.com/articles-ls/ehpad-public-ehpad-prive.html>

[84] **Digilor. (2018).** Les innovations technologiques font leur entrée dans les EHPAD.

Disponible sur :
<https://www.digilor.fr/les-innovations-technologiques-font-leur-entree-dans-les-ehpad/>

[85] **Logement Seniors. (2023).** Les montres connectées : une technologie adaptée pour les personnes âgées.

Disponible sur :
<https://www.logement-seniors.com/articles-ls/montre-connectee-technologie-personne-agee.html>

[86] **SGCA. (2025).** EHPAD public ou privé : quelles différences ?

Disponible sur : <https://www.sgca.fr/ehpad/ehpad-public-prive.html>

[87] **Oxfam France. (2022).** Scandale des EHPAD : en finir avec la financiarisation de nos services essentiels.

Disponible sur :
<https://www.oxfamfrance.org/inegalites-et-justice-fiscale/scandale-des-ehpad-ou-la-financiarisation-de-nos-services-essentiels/>

[88] **Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. (2022).** Bilan de trois années de contrôles de la DGCCRF sur les EHPAD privés à but lucratif.

Disponible sur :
<https://www.economie.gouv.fr/daj/bilan-de-trois-annees-de-contrôles-de-la-dgccrf-sur-les-ehpad-prives-lucratif>

[89] **UNCCAS. (2023).** Renforcer le GCSMS pour accélérer l'évolution de l'offre d'EHPAD publique.

Disponible sur : <https://www.unccas.org/sites/default/files/2023-04/gcsmsehpad.pdf>

[90] **DREES (2016).** *La croissance du nombre d'allocataires du RSA diminue en 2015 mais reste élevée.* Études et Résultats n° 956, mars 2016. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2017-07/er956.pdf>

[91] **Sénat (2024).** *Rapport d'information n° 778 (2023-2024) sur la situation des EHPAD,* déposé le 25 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r23-778/r23-77818.html>

[92] **Geroscopie. (2023).** Des GCSMS aux GTSMS : le chemin de la réforme.

Disponible sur : <https://www.geroscopie.fr/des-gcsmms-aux-gtsms-le-chemin-de-la-reforme-idm-32-ids-31800>

[93] **Houdart & Associés. (2023).** Proposition de GTSMS : un GHT pour le médico-social ?

Disponible sur : <https://www.houdart.org/proposition-de-gtsms-un-ght-pour-le-medico-social/>

[94] **Fédération Hospitalière de France (FHF). (2024).** Enquête nationale FHF – Situation financière des EHPAD publics à fin 2023.

Disponible sur : <https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-04/Enqu%C3%AAt%20nationale%20FHF%20-%20situation%20financi%C3%A8re%20des%20EHPAD%20publics%20VDEF%20-%20synt%20h%C3%A8se.pdf>

[95] **Groupeement de Coopération Médico-Sociale (GCMS) Grand Lille (s.d.).** Site officiel du GCMS Grand Lille. [En ligne]. Disponible sur : <https://gcms-grandlille.fr>

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	1
I. Regroupements d'établissements sanitaires : un modèle pour le médico-social ?	3
1.1. L'émergence des regroupements dans le secteur sanitaire	3
1.1.1 Historique et motivations des regroupements	3
1.1.2 Les GHT : figure centrale des coopérations hospitalières	4
1.1.3 Bénéfices observés	9
1.1.4 Les limites et défis rencontrés	11
1.2. Vers une transposition au secteur médico-social	14
1.2.1 Spécificités du secteur médico-social	15
1.2.2 Réduire le fossé entre le secteur sanitaire et médico-social : une volonté affirmée	17
II. Les dynamiques institutionnelles des regroupements d'EHPAD : entre injonction réglementaire et choix stratégique	20
2.1 Entre singularité et solidarité : Les EHPAD face aux défis du collectif	20
2.1.1 Le rôle central des EHPAD dans l'offre médico-sociale	21
2.1.2 Trois statuts, trois modèles de gouvernance	23
2.2 Regroupements d'EHPAD : leviers d'adaptation entre logiques privées et service public	26
2.2.1 Contexte et motivations des regroupements d'EHPAD : entre nécessité et stratégie	26
2.2.2 Le secteur privé précurseur des regroupements d'ehpad	28
2.2.3 Le secteur public : vers une transposition du modèle	29
III. Etude de terrain : immersion dans un groupement d'EHPAD publics	34
3.1 Introduction et objectifs de l'étude	34
3.2 Méthodologies et terrains de recherche	35
3.2.1 Pourquoi une enquête qualitative ?	36
3.2.2 Deux enquêtes complémentaires	36
3.2.3 Conception et déroulement des entretiens	37
3.3 Résultats	38
3.3.1 Enquête à destination des professionnels de direction	38
Les motivations de l'adhésion à un groupement	39
Les limites perçues : entre gouvernance partagée et perte de réactivité	42
Une dynamique perçue comme incontournable	42
3.3.2 Enquête à destination des Responsables de services	43
3.4 Discussion et préconisations	49
IV. Conclusion	53
Bibliographie	54
Table des matières	65
Tables des figures et des graphiques	66
Abréviations	67
Table des annexes	1

Tables des figures et des graphiques

Figure 1 : Comprendre la structuration d'un GHT et ses partenaires	7
Figure 2 : Cartographie des GHT dans la région Hauts-de-France	8
Graphique 1 : Répartition des Ehpad selon leur statut	23

Abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Aide Sociale à l'Hébergement
ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
COSTRAT : Comité Stratégique (des GHT)
CTEL : Comité Territorial des Élus Locaux
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
D3S : Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ERRD : État Réalisé des Recettes et des Dépenses
ESSMS : Établissement et Service Social ou Médico-Social
FHF : Fédération Hospitalière de France
GCMS : Groupement de Coopération Médico-Sociale
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GMP : Gir Moyen Pondéré
GSC : Groupement de Services Communs

GTSMS : Groupement Territorial Social et Médico-Social

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ILIS : Faculté d'ingénierie et management de la santé

MSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PRS : Projet Régional de Santé

QVT : Qualité de Vie au Travail

RH : Ressources Humaines

SI : Systèmes d'Information

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

T2A : Tarification à l'Activité

Table des annexes

Annexe I : Guide d'entretien à destination des professionnels de direction	70
Annexe II : Retranscription d'un entretien réalisé avec un professionnel de direction	74
Annexe III : Guide d'entretien à destination des Responsables de service	77
Annexe IV : Retranscription d'un entretien réalisé avec un responsable de service	79

Annexe I : Guide d'entretien à destination des professionnels de direction

Durée estimée : 45 à 60 minutes

Contexte : Les entretiens s'inscrivent dans le cadre d'un mémoire de recherche sur les regroupements d'EHPAD publics autonomes.

Confidentialité : Les réponses sont anonymes. L'entretien peut être enregistré avec le consentement de l'interviewé, et faire l'objet d'une prise de notes manuelle.

Introduction

Présentation du répondant

- Pouvez-vous vous présenter (nom, fonction, principales responsabilités) ?
- Depuis combien de temps exercez-vous au sein de cet établissement ?
- Avez-vous travaillé auparavant dans un autre établissement médico-social ou sanitaire non regroupés ?

Présentation de l'établissement

- Quelles sont les principales caractéristiques de votre structure ? (taille, spécificités, localisation...)
-

Partie 1 – Perception de la dynamique de regroupement

Adhésion au groupement

- Pourquoi votre établissement a-t-il rejoint un groupement ?
- Quelles étaient les principales motivations de cette adhésion ?

Mutualisation des services

- Quels services sont aujourd'hui mutualisés dans le cadre du groupement ?
(*ex. achats, ressources humaines, formation, logistique, restauration, projets innovants, etc.*)

Bénéfices et difficultés rencontrées

- Quels bénéfices avez-vous constatés depuis l'adhésion ?
 - Quels freins ou difficultés avez-vous rencontrés ?
(ex. *complexité administrative, autonomie réduite, résistances internes...*)
-

Impacts organisationnels

- En quoi l'adhésion a-t-elle modifié votre rôle en tant que directeur/trice ?
 - Quels changements organisationnels majeurs ont été observés ?
(*gouvernance, autonomie, budget, RH...*)
 - Comment la mutualisation des ressources humaines, matérielles et financières s'est-elle opérée ?
 - Existe-t-il une collaboration active entre les établissements du groupement ?
 - Le regroupement a-t-il modifié l'organisation du travail ?
(ex. *variation des effectifs, mobilité du personnel, création de nouveaux postes...*)
-

Attractivité et qualité de vie au travail

- Avez-vous observé un impact sur l'attractivité ou la fidélisation du personnel ?
 - Quelles actions ou dispositifs ont été mis en place pour améliorer la qualité de vie au travail (QVT) ?
-

Effets sur les usagers

- Selon vous, le regroupement a-t-il eu des effets concrets sur les résidents ?
 - Avez-vous constaté une amélioration de l'offre de services ?
(ex. *nouveaux équipements, interventions de professionnels spécialisés, services partagés...*)
-

Partie 2 – Perception prospective

Analyse critique

- Les regroupements d'EHPAD sont-ils pour vous une **opportunité** ou une **contrainte** ? Pourquoi ?
 - Recommanderiez-vous l'adhésion à un groupement à un autre établissement ? Pourquoi ?
-

Conseils et perspectives

- Quels conseils donneriez-vous à un directeur d'EHPAD qui envisage un groupement ?
 - Que faudrait-il améliorer pour rendre les regroupements plus efficaces ?
-

Opinion sur les GTSMS

- Connaissez-vous les Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS) ?
 - Si oui : quelle est votre opinion sur ce dispositif ?
 - Estimez-vous qu'il s'agit d'une avancée positive ou d'une contrainte imposée ?
-

Vision idéale

- Selon vous, quel serait le **modèle organisationnel idéal** permettant de concilier :
 - efficacité économique,
 - bien-être des professionnels,
 - qualité de vie des résidents ?
-

Conclusion

- Y a-t-il un sujet que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?
- Auriez-vous des recommandations générales à formuler pour améliorer la gestion des regroupements d'EHPAD ?

Annexe II : Retranscription d'un entretien réalisé avec un professionnel de direction

Introduction

Bonjour, Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de mon mémoire de Master 2 en Management des établissements de santé. Mon travail porte sur les regroupements d'établissements médico-sociaux et cherche à analyser leurs impacts sur les directions, les équipes et les usagers.

L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre votre expérience en tant que Professionnel de direction dans un ehpad adhérent au GCMS Grand-lille. Vos réponses me permettront de recueillir des données essentielles pour alimenter ma réflexion, notamment sur les avantages, les défis et les perspectives que vous percevez dans ce contexte.

Je vous rassure également sur le caractère confidentiel de cet échange : vos propos seront anonymisés et utilisés uniquement dans le cadre de mon mémoire. Si cela vous convient, je souhaiterais enregistrer notre entretien pour éviter de perdre des informations importantes. Cela vous convient-il ?

Je m'appelle M. D., je suis adjoint de direction en charge des finances, des ressources humaines, de la stratégie et du développement. J'exerce sur deux EHPAD publics autonomes, situés à L. et à P., depuis deux ans. J'ai rejoint le C. il y a trois ans. J'ai moi-même réalisé un mémoire de Master il y a deux ans, c'est aussi ce qui m'a donné envie de participer à cette recherche.

Notre structure est un peu particulière : juridiquement, c'est un seul établissement, réparti sur deux sites. Celui de P. compte 40 lits, et celui de L. en accueille 88, dont quatre en hébergement temporaire modulable et dix en unité protégée. L'établissement est adhérent au GCMS Grand Lille.

L'adhésion au GCMS s'est faite avant mon arrivée. La motivation principale était l'entraide. L'idée, c'était d'être plus forts ensemble, de partager des pratiques et de bénéficier des compétences d'autres établissements. Quand on est un EHPAD public autonome, seul face au reste du monde, ce n'est pas toujours évident. Le groupement permet de ne pas rester isolé et d'accéder à une expertise collective.

Pendant un temps, nous avons mutualisé la paie avec d'autres établissements du GCMS, mais nous avons finalement dû la reprendre en interne. En revanche, nous utilisons régulièrement la cellule achats et la cellule formation, très utiles au quotidien. Je participe également à la cellule expertise finance, et nous faisons partie de la communauté de pratiques. Le GCMS permet de solliciter facilement d'autres directeurs ou experts. Il existe

aussi d'autres groupes thématiques (animation, cuisine...) auxquels nous participons activement.

Le principal bénéfice, c'est la mutualisation et l'accès à une vraie communauté de pratique. Le partage d'expériences et de ressources est précieux. Côté freins, certains processus peuvent parfois être plus longs, notamment pour l'organisation des formations. Mais globalement, les avantages l'emportent largement.

Comme je suis arrivé peu après l'adhésion, je n'ai pas de point de comparaison avant/après. Mais être dans un groupement offre une vision plus large, une harmonisation des pratiques et un appui dans les domaines où nous manquons d'expertise. Le soutien du GCMS, notamment via la cellule achats, nous évite beaucoup de lourdeurs administratives. On bénéficie des marchés groupés pour les dispositifs médicaux, l'alimentation ou encore les fournitures médico-techniques.

Nous n'avons pas créé de nouveaux postes, mais il y a eu de la mobilité inter-établissements. Je me déplace parfois pour appuyer d'autres EHPAD sur des questions financières, et ma collègue intervient aussi dans d'autres structures. Il y a un véritable esprit d'entraide.

Avant, les agents n'étaient pas vraiment au courant de notre appartenance au GCMS. Cela a changé avec l'arrivée de notre nouvelle direction en 2023, qui a mis l'accent sur cette appartenance. Des événements comme les Olympiades du personnel ont aussi renforcé la visibilité du groupement en interne.

La qualité de vie au travail a beaucoup évolué dans notre établissement, mais ce n'est pas lié uniquement au GCMS, à part pour les Olympiades. Le reste des actions a été développé en interne. Cela participe néanmoins à la fidélisation des professionnels.

Tout ce qu'on met en place a un impact sur les résidents, directement ou indirectement. Nous travaillons pour eux, ils sont au centre de nos actions. Même si nous sommes en restructuration, des actions comme l'appel à projets auquel nous avons répondu avec le GCMS ont permis d'organiser des activités comme l'art-thérapie ou la musicothérapie, ce qui a enrichi l'offre d'animation.

Pour moi, les regroupements sont une véritable opportunité, voire une nécessité. C'est l'avenir. Et pour beaucoup, c'est même une condition de survie. Certains établissements refusent encore d'y adhérer, souvent par peur de perdre en autonomie ou par attachement à leur mode de fonctionnement. Je pense que certains ont peur de ne plus pouvoir décider seuls. Il y a une crainte de perdre leur pouvoir. Mais on ne peut plus travailler seul. C'est impossible aujourd'hui. Ce que permet un GCMS, ou demain un GTSMS, c'est de créer du lien, de partager des pratiques, de mutualiser intelligemment. Tous les jours, je vois à quel point c'est utile. Rien que ce matin, j'échangeais avec une collègue d'un autre EHPAD sur une question RH. Sans le GCMS, nous ne nous serions jamais rencontrés.

Je suis favorable à la mise en place des GTSMS. Cela aurait dû être fait bien avant. Les hôpitaux ont leurs GHT depuis 2016. Il était temps que le secteur médico-social ait aussi

un cadre structurant. Le caractère obligatoire des GTSMS va selon moi permettre une nouvelle dynamique. Je n'ai pas peur d'une perte d'autonomie. Ce n'est pas une suppression de postes, c'est une transformation. Il faut savoir évoluer pour faire face aux enjeux. Pour moi, c'est une opportunité, justement, de rester indépendant, de faire bloc entre directions.

Pour conjuguer efficacité économique, bien-être des salariés et qualité de vie des résidents ? La solidarité entre établissements. C'est fondamental. À l'échelle d'un territoire, aucun établissement ne peut répondre seul à tous les besoins. Nous sommes seuls face au reste du monde.

Je n'ai rien à ajouter de particulier. Je pense que cette dynamique est très positive. Je n'ai pas assez de recul pour faire des recommandations très précises sur la gouvernance des groupements, mais je suis convaincu que nous allons dans le bon sens.

Annexe III : Guide d'entretien à destination des Responsables de service

Durée estimée : 45 à 60 minutes

Contexte : Les entretiens s'inscrivent dans le cadre d'un mémoire de recherche sur les regroupements d'EHPAD publics autonomes.

Confidentialité : Les réponses sont anonymes. L'entretien peut être enregistré avec le consentement de l'interviewé, et faire l'objet d'une prise de notes manuelle.

Présentation du professionnel et de l'établissement

- Pouvez-vous vous présenter (nom, poste, responsabilités principales) ?
 - Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?
 - Avez-vous déjà travaillé dans un autre établissement médico-social ou sanitaire ?
 - Quelles sont les principales caractéristiques de votre établissement (taille, spécialité, localisation) ?
-

Section 1 - Perception de la problématique

- Selon vous, pourquoi votre établissement a-t-il rejoint un groupement ?
- Quelles ont été les motivations principales du regroupement ?
(*Réduction des coûts, amélioration des services, partage des ressources, etc.*)
- Quels services mutualisés bénéficiez-vous dans le cadre du regroupement ?
(*Par exemple : gestion des achats, ressources humaines, formation, logistique, restauration, projets innovants, etc.*)
- Quels sont les principaux bénéfices que vous avez observés depuis l'adhésion au groupement dans votre domaine ?
- Avez-vous rencontré des difficultés ou des freins suite au regroupement ?
(*Complexité administrative, perte d'autonomie, lenteurs décisionnelles, etc.*)
- Comment l'adhésion au groupement a-t-elle influencé vos responsabilités ?
(*Exemples : gestion RH, logistique, organisation des services de restauration, etc.*)
- Quels ont été les changements organisationnels majeurs dans votre service depuis l'adhésion au groupement ?
(*Gouvernance, autonomie, gestion des ressources, etc.*)
- Comment la mutualisation des ressources s'est-elle traduite concrètement dans votre service ?
- Existe-t-il une collaboration inter-établissements dans votre domaine spécifique ?
(*Par exemple : RH, logistique, cuisine, etc.*)
- Le regroupement a-t-il modifié l'organisation du travail dans votre service ?
(*Réduction ou augmentation des effectifs, mobilité du personnel, création de nouveaux postes, etc.*)

- Avez-vous observé des effets sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels dans votre service ?
 - Quels dispositifs ou outils avez-vous mis en place dans votre domaine pour améliorer la qualité de vie au travail (QVT) ?
 - Selon vous, quels sont les impacts directs de votre organisation sur les résidents ?
 - Avez-vous constaté une amélioration dans l'offre de services depuis le regroupement ?
-

Section 2 - Perception de l'avenir

- Selon vous, les regroupements d'EHPAD sont-ils une opportunité ou une contrainte ? Pourquoi ?
 - Avec le recul, recommanderiez-vous à d'autres établissements de rejoindre un groupement ? Pourquoi ?
 - Quels conseils donneriez-vous à un responsable d'établissement qui envisagerait de rejoindre un groupement ?
 - Que faudrait-il améliorer pour rendre ces regroupements plus efficaces dans votre domaine spécifique ?
 - Connaissez-vous les Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS) ?
 - Si oui, quelle est votre opinion sur ce dispositif ?
 - Selon vous, les GTSMS sont-ils une avancée positive ou une contrainte imposée ?
 - Quel serait, selon vous, le modèle idéal pour conjuguer efficacité économique, bien-être des salariés et qualité de vie des résidents dans votre domaine ?
-

Conclusion

- Y a-t-il un aspect que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?
- Auriez-vous des recommandations pour améliorer la gestion des regroupements dans votre domaine spécifique (RH, restauration, logistique, etc.) ?

Annexe IV : Retranscription d'un entretien réalisé avec un responsable de service

Introduction

Bonjour, Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de mon mémoire de Master 2 en Management des établissements de santé. Mon travail porte sur les regroupements d'établissements médico-sociaux et cherche à analyser leurs impacts sur les directions, les équipes et les usagers.

L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre votre expérience en tant que Responsable de service dans un ehpad appartenant au GCSMS Grand-lille. Vos réponses me permettront de recueillir des données essentielles pour alimenter ma réflexion, notamment sur les avantages, les défis et les perspectives que vous percevez dans ce contexte.

Je vous rassure également sur le caractère confidentiel de cet échange : vos propos seront anonymisés et utilisés uniquement dans le cadre de mon mémoire. Si cela vous convient, je souhaiterais enregistrer notre entretien pour éviter de perdre des informations importantes. Cela vous convient-il ?

Je suis Madame L., adjointe des cadres à l'EHPAD de N. Je m'occupe de tout ce qui touche à la paie, les ressources humaines, le budget, la formation, et aussi de plusieurs missions transversales, dont la qualité de vie au travail.

Je suis arrivée ici en janvier 2022, après avoir travaillé au CHU de Lille. L'EHPAD de N. est situé à une quinzaine de kilomètres de Lille, avec une gare dans la commune, ce qui le rend accessible. Il comprend 85 places.

L'établissement faisait déjà partie du GCMS Grand Lille à mon arrivée, donc je ne connais pas les raisons précises de l'adhésion. Mais je peux imaginer que c'était pour favoriser le partage de ressources, notamment sur la formation, et pour bénéficier d'un appui entre établissements qui exercent les mêmes fonctions. C'est important de pouvoir échanger entre professionnels du même métier. Pour les directeurs aussi, ça permet de ne pas être isolé, de parler à d'autres sur les mêmes problématiques.

Les bénéfices les plus concrets pour moi, c'est vraiment l'échange entre pairs. Si j'ai un doute sur une procédure, une question sur la paie ou autre, je sais que je peux appeler une collègue du groupement. On a des réunions RH régulières, tous les deux mois, et c'est vraiment précieux. Dans nos postes, on est souvent seuls dans notre établissement. Grâce à ces échanges, j'ai pu créer un lien fort avec une collègue d'un autre EHPAD du groupement. C'est devenu une sorte de référente pour moi. On s'appelle, on s'écrit, on se rend service mutuellement. J'aurais aimé, d'ailleurs, qu'un système de tutorat soit

officiellement mis en place pour les nouveaux arrivants. Quand on arrive dans un poste aussi vaste que le mien, avoir quelqu'un à qui se référer directement, c'est rassurant.

Je n'ai jamais ressenti de contraintes liées à l'adhésion au groupement. Contrairement à certains secteurs comme la restauration, où il peut y avoir des blocages à cause du groupement d'achat, dans mon domaine, je n'ai jamais été limitée. Au contraire, ça m'a plutôt aidée à monter en compétences et à gagner en autonomie.

Concernant l'impact du GCMS sur mes missions, il n'y a pas de mutualisation directe de la paie ou de la gestion RH chez nous. Mais on utilise régulièrement les formations proposées par le groupement, qui sont de qualité et à des tarifs avantageux. Cela nous permet de former nos agents plus facilement. Ce sont surtout ces formations et les réunions qui font la force du GCMS pour moi.

Sur l'organisation du travail, il n'y a pas eu de gros changements. Il y a bien des interventions ponctuelles du GCMS, comme l'audit QVT réalisé l'an dernier par un coach sportif du groupement. C'était une bonne chose, qui nous a permis de valider des actions déjà en place dans l'établissement, notamment avec notre coach sportif en interne. On participe aussi aux Olympiades organisées par le GCMS, et ça, c'est un vrai plus pour la dynamique d'équipe.

Sur l'attractivité, c'est vrai qu'on essaie d'être très actifs sur les réseaux sociaux. On met en avant nos projets, nos équipes. Et ça fonctionne : on arrive à recruter, à avoir des candidatures spontanées. On a même recruté récemment deux étudiantes infirmières et un nouveau responsable de cuisine. On sent que ça attire.

En termes d'amélioration possible du GCMS, comme je disais, mettre en place un système de tutorat RH serait vraiment utile. Et pourquoi pas aussi créer un « pool » de remplaçants, un vivier de professionnels qu'on pourrait mobiliser en cas d'absence. Une sorte d'intérim interne au GCMS, ça serait très utile. On y a déjà pensé pour les infirmiers, les AS, etc. Ce serait une vraie plus-value.

Concernant les effets du groupement sur les résidents, je pense que l'impact est plus indirect. Les professionnels mieux formés, plus soutenus, sont plus à même d'assurer une prise en charge de qualité. Le fait que tous les établissements membres partagent les mêmes valeurs centrées sur le bien-être des résidents, ça crée une dynamique positive. Mais en soi, le GCMS ne change pas directement notre offre de services au quotidien.

Pour moi, le GCMS est clairement une opportunité. Je ne ressens aucune perte d'autonomie. Au contraire, ça nous donne des moyens supplémentaires. Je ne comprends pas bien pourquoi certains établissements n'y adhèrent pas.

Je me méfie un peu des GTSMS. On a parfois du mal à comprendre les différences avec les GHT. Ce qui m'inquiète, c'est le risque de tout centraliser, de nous sortir des établissements pour nous mettre dans des bureaux loin des résidents. Ce qui fait la richesse de notre métier, c'est justement ce lien avec les équipes, avec les usagers. Si on perd ça, on perd beaucoup. Ce n'est pas ce que je souhaite.

Le modèle idéal, ce serait un GCMS renforcé, avec plus d'appui, plus de coordination, mais sans perdre notre ancrage local. Il faut conjuguer l'efficacité économique avec la qualité de vie au travail et le bien-être des résidents. Pour ça, il faut garder une présence dans les établissements tout en profitant de la force du collectif.

L'optimisation de la stratégie d'établissement par la direction à travers les regroupements d'EHPAD : enjeux, opportunités et impacts.

Et si les directeurs d'EHPAD publics n'avaient plus vraiment le choix ?

Face aux transformations du secteur médico-social, les établissements publics autonomes sont de plus en plus incités à se regrouper. À partir de 2025, un nouveau cap sera franchi : les établissements devront obligatoirement rejoindre soit un GTSMS, soit un GHT. Cette étape inspirée du modèle hospitalier, traduit une nouvelle manière de faire réseau : mutualiser les fonctions, coordonner les projets, piloter à plusieurs.

Mais comment transformer cette évolution en levier stratégique ? Comment, dans un cadre collectif, le directeur peut-il encore penser, ajuster et porter une stratégie locale ?

À travers le cas du GCMS Grand Lille, ce mémoire explore la manière dont les regroupements peuvent renforcer, ou au contraire fragiliser, la posture du directeur. Loin d'effacer l'autonomie, ils invitent à réinventer le rôle managérial autour de la coopération, de la mutualisation et de l'intelligence collective.

Mots-clés : EHPAD publics, groupement, stratégie, directeur, coopération, transformation, management

Strategic Optimization of Public Nursing Homes Through Groupings: Challenges, Opportunities, and Managerial Impacts

What if public nursing home directors no longer had a real choice?

In response to the ongoing transformations in the social and healthcare sector, autonomous public institutions are increasingly encouraged to join forces. Starting in 2025, a new milestone will be reached: institutions will be required to join either a GTSMS or a GHT. This shift, inspired by the hospital model, reflects a new way of working in network: pooling functions, coordinating projects, and leading collectively.

But how can this evolution be turned into a strategic lever? In a collective framework, how can the director still develop, adjust, and carry out a local strategy?

Through the case of the GCMS Grand Lille, this thesis explores how groupings can either strengthen or weaken the director's role. Far from erasing autonomy, they invite a reinvention of managerial practices based on cooperation, resource sharing, and collective intelligence.

Keywords: public nursing homes, grouping, strategy, director, cooperation, transformation, management