



---

**DESSMS**

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **décembre 2018**

---

# **La coopération, un levier stratégique au service du territoire**

*L'exemple des résidences Gandrille et du Moulin de l'Arche*

---

**Aurélie COLLETO**



---

# Remerciements

---

Je souhaite tout d'abord remercier Alis SOPADZHIYAN, enseignante-chercheuse à l'EHESP, qui a accepté de m'accompagner pour la rédaction de ce mémoire. Ce travail fut à nouveau stimulant.

Je remercie ensuite François-Xavier LEJEUNE, maître de stage de professionnalisation, qui m'a aiguillées sur le volet professionnel de ce travail. Avec Olivier GOMAND, maître de stage complémentaire, ils m'ont aidé à prendre progressivement de la hauteur sur les sujets stratégiques comme celui de la coopération.

Je remercie chaleureusement les 12 autres personnes que j'ai interrogées pour rassembler les matériaux du mémoire.

Je remercie enfin toutes les personnes avec qui j'ai pu échanger sur le sujet, me permettant ainsi d'enrichir ma réflexion.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 La coopération, un concept délicat à employer.....	11
1.1 L'approche parcours promue par les pouvoirs publics, une nouvelle impulsion pour la coopération des acteurs de terrain.....	11
1.1.1 La coordination au niveau macro, marquée par des changements d'approche .....	11
1.1.2 L'inscription dans la logique de parcours des acteurs aux niveaux meso et micro grâce à la coopération .....	12
1.2 La coopération dans les E.H.P.A.D. de l'Yonne, entre définition convergente et intérêts différents .....	13
1.2.1 La définition de la coopération selon les différents acteurs, des ingrédients convergents.....	13
1.2.2 Les intérêts des différents acteurs de l'Yonne à la coopération, des points de vue divergents voire contradictoires .....	15
1.3 Le flou sémantique autour de la coopération, fondement d'une démarche de co-construction .....	17
1.3.1 Le flou sémantique, entre craintes des professionnels et avantage pour la négociation.....	17
1.3.2 Les négociations pour l'émergence d'une coopération, une co-construction des acteurs.....	19
2 Les modalités de coopération, lieux d'expression des rationalités des acteurs.....	21
2.1 Le territoire adéquat de la coopération, une large variable englobant les actions visées et les partenaires .....	21
2.1.1 Plusieurs périmètres de coopération, selon les acteurs.....	22
2.1.2 Le territoire pertinent de la coopération, en interaction avec d'autres critères	23
2.2 Le degré de formalisation de la coopération, de nombreuses opportunités .....	26
2.2.1 Une multitude de formes de coopération, une appropriation par les acteurs	26
2.2.2 Une complémentarité des formes de coopération, pour un agencement adapté	27
2.3 La coopération comme levier de participation à la modernisation du modèle de l'E.H.P.A.D.....	29
2.3.1 La coopération, un moyen de participer à l'évolution de l'offre .....	29

2.3.2	Les compromis nécessaires à la coopération, frein à une évolution précipitée du modèle de l'E.H.P.A.D. ....	31
3	Le développement de la logique de coopération, une mission stratégique du directeur	35
3.1	La mission de formalisation de la coopération renforcée entre les résidences Gandrille et du Moulin de l'Arche.....	35
3.1.1	Un diagnostic nécessaire pour déterminer les variables de la coopération .	37
3.1.2	La convention cadre proposée, une délimitation de la coopération renforcée pour répondre aux nombreux enjeux .....	41
3.2	L'impact de la coopération dans le futur exercice du métier de directeur .....	44
3.2.1	Le rôle stratégique du directeur d'établissement soutenu par la coopération	44
3.2.2	Une logique de coopération à adapter au territoire .....	45
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.R.S. : agence régionale de santé.

A.S. : aide-soignant.

C.P.O.M. : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

D.H.O.S. : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

E.H.P.A.D. : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

F.H.F. : fédération hospitalière de France.

G.C.S.M.S. : groupement de coopération sociale et médico-sociale.

G.E.P.Y. : Groupement E.H.P.A.D. Publics Yonne.

G.H.T. : groupement hospitalier de territoire.

G.I.P. : groupement d'intérêt public.

M.A.I.A. : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

P.R.S. : projet régional de santé.

SOCIÉTÉ / Signature d'une convention

## Maisons de retraites : L'union fait la force



Les présidents et directeurs des dix maisons de retraites signataires se sont réunis hier à Auxerre pour lancer la coopération entre leurs établissements.

RÉUNIS hier en fin d'après-midi à la maison de retraite départementale d'Auxerre, les présidents et directeurs de 10 maisons de retraites publiques d'Auxerrois-Puisaye-Forterre ont signé une convention par laquelle ils s'engagent à travailler ensemble dans un certain nombre de domaines. Objectif : faire des économies d'échelle par la gestion en commun de certaines activités et développer dans le

même temps de nouvelles activités.

Le groupement de coopération médico-sociale Auxerre-Puisaye-Forterre ainsi établi a défini 11 axes prioritaires de coopération à mettre en œuvre d'ici 2001 : protection des majeurs, sécurité des biens et des personnes, aide à l'achat public, informatisation des établissements, veille juridique, formation, démarche qualité, prestations hôtelières, hygiène sanitaire, coordina-

tion médicale et suivi psychologique (dans le secteur de la Puisaye). Présentée comme l'un des 20 premiers partenariats de ce type en France, la signature de cette convention a reçu l'appui de la DDASS et du conseil général. Elle concerne les maisons de retraites d'Auxerre, Champcevrains, Chamy, Courson-les-Camières, Nantou, Saint-Bris-le-Vineux, Saint-Sauveur, Seignelay, Toucy et Vermenton.

Article paru dans l'Yonne Républicaine, lors de la signature de la convention constitutive du G.C.S.M.S. des E.P.A.D. de l'Auxerrois-Puisaye-Forterre.

*« L'ouverture et la coopération dans son environnement [...] c'est l'enjeu de l'E.H.P.A.D. de demain »*

Directrice de l'autonomie  
de l'Agence régionale de santé de la Bourgogne Franche-Comté



## Introduction

- **La coopération, un outil de cohérence du système français de santé :**

« Toute activité humaine donne naissance à deux fondamentaux : la division du travail entre diverses tâches à effectuer, d'une part, et la coordination de ces tâches afin d'accomplir cette activité, d'autre part »<sup>1</sup>. La séparation même du système français de santé en deux secteurs, les secteurs sanitaires et médico-sociaux<sup>2</sup>, en est une preuve. Elle a permis une spécialisation et une professionnalisation des secteurs. Le secteur sanitaire a pu développer une prise en charge médicalisée de haut niveau, tandis que dans le secteur médico-social l'accompagnement est personnalisé et s'inscrit dans un milieu de vie. Cependant, ce choix a également pour conséquence de renforcer la « fragmentation »<sup>3</sup> du système, qui se traduit par des ruptures de parcours et des inégalités territoriales de traitement. La spécialisation n'encourage pas une approche globale des usagers et de leurs besoins. Ainsi, les politiques publiques ont toujours cherché à promouvoir la coordination de ce système qu'elles fragmentaient. La coordination est une « nécessité pensée »<sup>4</sup>, puisque le besoin de coordination découle de la division des tâches organisée par les pouvoirs publics. En outre, ce constat de spécialisation et de fragmentation n'est pas établi qu'entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Il se retrouve au sein de ces secteurs, puis entre chaque établissement, et enfin au sein même des établissements. La coordination apparaît également comme une « nécessité vécue »<sup>5</sup> par les acteurs sur le terrain, « les professionnels [souhaitant] améliorer la qualité et l'efficacité de leur intervention »<sup>6</sup>.

Pour rendre davantage cohérent le système de santé, trois outils sont notamment promus : la coordination, la coopération et la mutualisation. Si leur objectif global est similaire, ils relèvent de logiques différentes. La coordination vise l'agencement « des éléments en vue d'obtenir un ensemble cohérent et un résultat déterminé »<sup>7</sup>,

---

<sup>1</sup> MINTZBERG H., 1982, « Structure et dynamique des organisations », Paris, *Editions d'Organisation*, lu dans BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 19.

<sup>2</sup> Depuis la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975.

<sup>3</sup> Terme utilisé par le Directeur Autonomie Handicap Dépendance du Conseil départemental de l'Yonne, lors de la journée organisée pour l'anniversaire de la M.A.I.A. le 27/02/2018.

<sup>4</sup> PUIJALON B., 1992, « Evolution de la coordination de l'action sociale vieillesse – La coordination gérontologique, démarche d'hier, enjeu pour demain », *Les Cahiers*, Fondation de France, 5, pp. 12-33, lu dans BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 27.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 27.

<sup>7</sup> Définition extraite du dictionnaire Larousse, lue par la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne, lors de l'entretien mémoire du 15/06/2018.

« *l'articulation des interventions des différents* »<sup>8</sup> acteurs. La mutualisation repose sur la fusion des moyens pour une action commune, en faisant « *pot commun* »<sup>9</sup>. La coopération est la rencontre de deux entités autonomes pour qu'elles travaillent ensemble sur un projet, tout en gardant leur identité propre. Les trois termes sont parfois utilisés indifféremment ou concomitamment.

Dans le secteur médico-social, la coopération est « *à l'image du secteur lui-même* »<sup>10</sup>, « *très imaginaire* »<sup>11</sup>. L'article L312-7 du Code de l'action sociale et des familles offre tout un panel d'instruments de coopération : la convention, le groupement d'intérêt économique, le groupement d'intérêt public (G.I.P.), le groupement de coopération sociale et médico-sociale (G.C.S.M.S.), le regroupement et la fusion. Cependant, la coopération peine à se réaliser, en raison de difficultés persistantes, notamment la culture « *très morcelée* » du secteur, posant la question de la « *capacité* »<sup>12</sup> des structures à coopérer.

La coopération apparaît comme un « *enjeu* »<sup>13</sup> actuel pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.), voire un « *schéma d'avenir* ». L'actualité de ces structures est marquée par de multiples réformes. La loi de 2015<sup>14</sup>, en renforçant le principe du maintien à domicile des personnes âgées, oriente *de facto* les E.H.P.A.D. vers l'accueil d'un public plus dépendant et pour une durée de séjour plus courte. La réforme tarifaire et les réductions budgétaires du secteur obligent les E.H.P.A.D. à se tourner vers des « *stratégies d'adaptation* »<sup>15</sup> dont la coopération fait partie. Elle est d'ailleurs prônée par les autorités de tarification. L'agence régionale de santé (A.R.S.) de Bourgogne Franche-Comté en fait un objectif qualitatif clair<sup>16</sup>.

---

<sup>8</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 20.

<sup>9</sup> Élément de la définition du dictionnaire Larousse lu par la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne, lors de l'entretien mémoire du 15/06/2018.

<sup>10</sup> DE LARD B., 2009, « Les modalités de coopération dans le secteur médico-sociale », Actualités JuriSanté, n° 64, p. 4.

<sup>11</sup> Ibid., p. 5.

<sup>12</sup> Ibid., p. 7.

<sup>13</sup> MORET A., 2018, « Les professionnels sanitaires et médico-sociaux interrogent la pertinence de la réforme des Ehpad », *Hospimedia*, [visité le 06/07/2018], disponibilité : [http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180706-finance-les-professionnels-sanitaires-et-medico-sociaux-interrogent?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180706-finance-les-professionnels-sanitaires-et-medico-sociaux-interrogent?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget).

<sup>14</sup> Loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

<sup>15</sup> MORET A., 2018, « Les professionnels sanitaires et médico-sociaux interrogent la pertinence de la réforme des Ehpad », *Hospimedia*, [visité le 06/07/2018], disponibilité : [http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180706-finance-les-professionnels-sanitaires-et-medico-sociaux-interrogent?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180706-finance-les-professionnels-sanitaires-et-medico-sociaux-interrogent?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget).

<sup>16</sup> Objectifs qualitatifs de l'ambition n° 3 « Efficience » du Schéma régional de santé juillet 2018 – juin 2023, volume 1, p.90, du P.R.S. 2, A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, 2 juillet 2018.

Dans le département de l'Yonne, l'outil de la coopération a été saisi assez tôt avec la création d'un G.C.S.M.S. entre des E.H.P.A.D. publics autonomes.

### **Le Groupement EHPAD publics Yonne (G.E.P.Y.) :**

Historique : Le G.C.S.M.S. des E.H.P.A.D. publics autonomes de l'Yonne est « *né d'une rencontre de directeurs* »<sup>17</sup>. Avant sa création, les directeurs échangeaient déjà au sein d'une association de directeurs sur le département, qui incluait les E.H.P.A.D. privés, mais également par la présence de la fédération hospitalière de France (F.H.F.) et les intérim de direction. L'ensemble de ces coopérations informelles avait montré leur capacité à travailler ensemble. Avec la publication du décret sur les G.C.S.M.S.<sup>18</sup>, ils ont opté pour cet outil de coopération. Après deux ans de négociations, un G.C.S.M.S. de moyen a été créé en 2009. Au départ, 10 E.H.P.A.D. publics autonomes y ont adhéré. Ils partageaient des valeurs communes, dont celle du service public et une volonté de développer la qualité de leur hébergement.

Objet : Leurs besoins à l'origine étaient assez réduits (portant sur les fonctions de mandataire judiciaire et les marchés d'assurance), mais ils ont rapidement visé des projets plus « *ambitieux* »<sup>19</sup>. « *La montée en puissance a été progressive* », selon les termes de l'actuel administrateur du G.E.P.Y.<sup>20</sup> Aujourd'hui, cette coopération concerne 11 axes d'actions, énoncés dans l'article 3 de la convention constitutive du groupement :

- « *La protection des majeurs (2009-2010).*
- *La sécurité des biens et des personnes (2009-2010).*
- *L'aide à l'achat public et la coordination des achats pour le compte de ses membres (2009).*
- *L'informatisation des établissements (2010) et la Télémédecine (2018-2019).*
- *La veille juridique (2009).*
- *La formation coordonnée des agents (2010) et la fonction formateur (agrément de février 2017).*
- *La démarche qualité (2009-2010).*
- *Les prestations hôtelières (2009).*
- *L'hygiène sanitaire (2011).*

<sup>17</sup> Directrice du foyer de l'enfance d'Auxerre et administratrice du G.C.S.M.S. Handicap, intervention à l'E.H.E.S.P. sur les « GCSMS - Comment lutter contre l'isolement à la prise de poste ? », du 12/07/2018.

<sup>18</sup> Décret n°2006-413 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale du 6 avril 2006.

<sup>19</sup> Entretien mémoire avec la Directrice de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018.

<sup>20</sup> Entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.

- *La coordination médicale (secteur Puisaye 2010-2011).*

- *Le suivi psychologique (secteur Puisaye 2010). »*

Cet outil de coopération permet de mettre en commun « *des compétences, des moyens et des connaissances auxquels des E.H.P.A.D. de 60 à 100 lits n'auraient pas accès seuls* »<sup>21</sup>.

Gouvernance : Le G.E.P.Y. est dirigé par une assemblée générale dont sont membres les présidents des conseils d'administration et les directeurs des E.H.P.A.D. adhérents. Lors de ses deux réunions annuelles, sont invités les autorités de tarification et le trésorier faisant office d'agent comptable du groupement. Les décisions courantes sont prises par le bureau, composé des directeurs des E.H.P.A.D. adhérents. Il se réunit une fois par mois. Pour répartir la charge de travail, chaque axe d'actions est piloté par plusieurs établissements. Le groupement dispose d'un administrateur, élu au sein du bureau et parmi les directeurs des établissements adhérents. Depuis 2017, le G.E.P.Y. est également doté d'un délégué général à 50%, qui suit le fil rouge du groupement et exécute la feuille de route du bureau. Son poste est financé par des crédits non reconductibles de l'A.R.S. pour 3 ans. En 2017, pour pérenniser le poste et dégager de nouvelles ressources, le G.E.P.Y. a obtenu un agrément de formation. Il compte dispenser des formations auprès d'autres établissements.

Extension : Le groupement a également évolué avec l'adhésion par étapes de nouveaux membres. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, il compte 21 des 23 E.H.P.A.D. publics autonomes de l'Yonne – les deux derniers devant *a priori* rejoindre le groupement au 1<sup>er</sup> janvier 2019 – et a été rebaptisé « Groupement E.H.P.A.D. publics Yonne ». Si à la création du groupement certains E.H.P.A.D. n'y avaient pas adhéré pour diverses raisons, cette extension « *veut dire que tout le monde y trouve son compte* », d'après une représentante du personnel<sup>22</sup>. Le principe d'égalité des droits de vote – deux voix par établissement – pour toutes les décisions a été conservé. Toutefois, pour favoriser l'extension, la cotisation unique a été adaptée. La participation financière varie selon les prestations auxquelles les établissements adhèrent, avec un socle minimum imposé. Les tarifs sont également pondérés selon deux critères : la distance de l'établissement par rapport au siège du G.E.P.Y. et le nombre de lits.

<sup>21</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>22</sup> Entretien mémoire avec une représentante permanente syndicale de la C.F.D.T., détachée de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

Dans le même sens, la Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté considère que l'extension du G.E.P.Y. « *c'est bien dans un sens, ça montre l'intérêt que ça a pour d'autres directeurs. Il a fait ses preuves, avec de l'acharnement. Ceux qui n'en faisaient pas partie au départ y voient un intérêt pour eux.* », entretien mémoire du 06/06/2018.

Les apports principaux de ce groupement sont de rompre l'isolement des directeurs<sup>23</sup> et de favoriser les échanges de bonnes pratiques. Il a également acquis un poids qui lui permet d'être représentatif lors de réunions au niveau départemental – notamment avec les groupements hospitaliers de territoire (G.H.T.) de l'Yonne. Le G.E.P.Y. est un groupement de directeurs, « *mais qui bénéficie aux agents* »<sup>24</sup>.

- **Un lieu de stage propice à la coopération :**

Les établissements dans lesquels j'ai effectué mon stage de professionnalisation sont deux E.H.P.A.D. publics autonomes distants de 11 kilomètres. Ils adhèrent au G.E.P.Y. Le lieu de stage principal est la résidence Gandrille-en-Bel-Air (ci-après « résidence Gandrille », voir l'annexe 2 : Fiche établissement – Résidence Gandrille en Bel Air). Elle emploie 82,45 équivalents temps plein. En complément de son activité principale d'hébergement, avec 91 lits d'hébergement permanent et deux lits d'hébergement temporaire, l'établissement est tourné vers le domicile. Il a développé un accueil de jour Alzheimer de 6 places, un service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.) de 32 places, une équipe spécialisée Alzheimer de 10 places et un service de portage de repas à domicile qui dessert une soixantaine d'usagers. Cette ouverture sur le domicile permet une fluidité du parcours, notamment grâce à une meilleure transmission des informations lors de l'entrée en établissement. Le budget total de l'établissement est de 4 800 000 €.

La résidence du Moulin de l'Arche est le lieu de stage complémentaire (voir l'annexe 3 : Fiche établissement – Résidence du Moulin de l'Arche). Il emploie 41,80 équivalents temps plein. Son offre se concentre sur 62 lits d'hébergement permanent. En 2017, il s'est ouvert sur l'extérieur avec un service de portage de repas desservant une trentaine de personnes à domicile et des collectivités (dont un centre de loisirs). Son budget est de 2 500 000 €.

De par leur proximité, ces établissements sont confrontés à de mêmes enjeux. La population est vieillissante dans le département de l'Yonne<sup>25</sup>. Les mouvements démographiques s'équilibrent : le Nord du département voit sa population grandir, dans le Sud du département elle diminue, notamment en Puisaye, « pays » où sont situés les

---

<sup>23</sup> Cet apport est mentionné dans 7 des 14 entretiens mémoire, par les autorités de tarification, certains directeurs et un membre du personnel.

<sup>24</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>25</sup> Constat dressé par l'A.R.S. de Bourgogne Franche-Comté lors de l'analyse démographique conduite pour la rédaction de son projet régional de santé (P.R.S.), et évoqué lors de la rencontre d'information avec la déléguée territoriale de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté dans l'Yonne et l'inspectrice de l'action sanitaire et sociale de la Direction de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté rattachée à la délégation territoriale de l'Yonne, du 15/01/2018.

deux E.H.P.A.D. lieux de stage. Le département connaît les problématiques classiques des territoires ruraux avec un manque d'attractivité des personnels médicaux, paramédicaux et soignants. Les déserts médicaux sont le problème majeur de tous les pouvoirs publics. La pénurie de médecins traitants est davantage prégnante à la résidence du Moulin de l'Arche ; la résidence Gandrille bénéficie des services de la maison de santé pluridisciplinaire de santé à 200 mètres. Les deux établissements disposent d'un médecin coordonnateur. Les deux résidences rencontrent des difficultés à embaucher du personnel diplômé, notamment des aides-soignants (A.S.).

Le département de l'Yonne se caractérise également par une offre importante d'hébergement permanent. Il compte 68 E.H.P.A.D., soit 5 753 places<sup>26</sup>. Les deux E.H.P.A.D. n'ont donc que de courtes listes d'attente. L'offre d'établissements intermédiaires, est par contre quasi-inexistante – une seule résidence autonomie sur tout le département. Dans les zones rurales, dont fait partie la Puisaye, le maintien à domicile est favorisé par les services à domicile. Quatre services polyvalents d'aide et de soins à domicile sont expérimentés sur ce département.

Toutefois, de par leur taille et leurs missions, les deux E.H.P.A.D. n'ont pas la même place sur le territoire. La résidence du Moulin de l'Arche est en dessous du seuil de 80 lits évoqué par les tutelles comme critère de stabilité financière<sup>27</sup>. Elle a d'ailleurs été en plan de retour à l'équilibre en 2015. La résidence Gandrille avec 93 lits est stable et bénéficie d'une image positive de par son ouverture sur le domicile, qui la place dans une logique de parcours des usagers, appréciée des tutelles.

De par leur proximité géographique et de statut, les deux résidences sont amenées à coopérer plus étroitement qu'à travers le G.E.P.Y. Cette dynamique de coopération a été renforcée lorsqu'en 2012, la directrice en poste sur une résidence a assuré l'intérim de la direction de l'autre résidence, puis en 2015 avec l'arrivée des deux directeurs actuels, issus de la même promotion de l'E.H.E.S.P. et particulièrement enclins à travailler de concert. Ils ont ainsi ouvert ensemble un café des aidants en mai 2018, animé par les psychologues des deux établissements.

---

<sup>26</sup> Tableau « Répartition de l'équipement selon le type d'établissement et le type d'accueil en Bourgogne-Franche-Comté » du Diagnostic P.R.S. 2 de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, de mai 2017, p. 106.

Soit un taux d'équipement en structures d'hébergement permanent (E.H.P.A.D., E.H.P.A., résidence autonomie et hébergement temporaire) de 151,10 ; plus élevé que dans les autres départements de la région.

<sup>27</sup> Ce seuil est mentionné à plusieurs reprises dans les matériaux empiriques : entretien mémoire avec la Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018 et lors de la rencontre d'information au siège de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté avec la responsable du Département Organisation de l'Offre Personnes Agées - Direction de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 23/02/2018.

- **Un stage orienté sur le développement de la logique de coopération :**

L'une de mes missions principales de stage était de formaliser la coopération entre les deux établissements, à travers la création d'un G.C.S.M.S. Pour me l'approprier, j'ai réalisé un diagnostic des projets de coopération existants et des attentes de l'ensemble des acteurs : autorités de tarification, directeurs et membres du personnel. Rapidement j'ai pu identifier les différents discours et jeux d'acteurs, ainsi que les enjeux prégnants de la coopération pour les E.H.P.A.D. Partant du constat d'un accord unanime sur le principe de la coopération, mais d'une mise en pratique plus compliquée, j'ai choisi d'orienter mon travail de mémoire sur les logiques de coopération auxquelles adhèrent les deux établissements où j'ai réalisé mon stage de professionnalisation.

Ce thème de mémoire est assez stratégique, mais il permet également de balayer d'autres dimensions plus opérationnelles du métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, comme la communication interne et externe autour du type de coopération choisi, la gestion des ressources humaines et le management qui en découlent, et le volet financier attaché à tout projet. Bien que déconnecté du relationnel avec les résidents et leur famille, la coopération vise *in fine* l'intérêt des résidents.

Pour les deux résidences, cette coopération, entendue comme la rencontre de deux entités pour un travail commun, se décline sur plusieurs niveaux :

- Au niveau départemental à travers le G.E.P.Y. auquel ils adhèrent,
- Au niveau intercommunal, lorsqu'elles coopèrent étroitement entre elles.
- Au sein de l'établissement, entre les différents services.

Le G.H.T. n'est pas en lien avec le sujet, puisque les deux résidences ne collaborent pas directement avec l'un des deux G.H.T. du territoire. Leur seul contact, indirect, avec les G.H.T. se fait à travers le partenariat en construction avec le G.E.P.Y.

**Méthodologie :**

J'ai pu appréhender plus facilement les notions au cœur du sujet du mémoire grâce au travail lors de la rédaction de mon rapport de stage international, qui s'intitulait « Effets et limites de la création des centres intégrés de santé et de services sociaux sur la

gestion des usagers en niveau de soins alternatifs ». Il portait sur le modèle intégré du système de santé canadien et ses conséquences sur le parcours de certains usagers. La revue de littérature effectuée pour ce rapport est également pertinente pour le mémoire. Je l'ai complétée par des lectures davantage portées sur la coopération en France. Enfin, les recherches sur les normes et des exemples d'outils de coopération effectuées dans le cadre de ma mission de stage m'ont aussi été utiles. L'ensemble de ces sources appuie mes argumentations et le fil conducteur de mon travail. Elles sont recensées dans la bibliographie.

Les matériaux empiriques sur lesquels s'appuient ce travail sont de nature différente (voir l'annexe 4 : Liste des matériaux empiriques). Tout d'abord, je me suis appuyée sur la technique de l'observation participante mettant à profit mon statut de stagiaire-directrice. J'ai ainsi tenu un journal de terrain pendant l'intégralité du stage, dont des passages m'ont servi pour le mémoire, telles mes notes sur des réunions et visites aux autorités de tarification. Ensuite, dans le cadre de ma mission de stage, j'ai réalisé un diagnostic sur la coopération entre les deux E.H.P.A.D., sous la forme d'une enquête exploratoire. Pour celle-ci, j'ai utilisé l'enquête par questionnaire dit « flash » que j'ai proposé à l'ensemble des personnels des deux établissements, soit environ 140 personnes. L'objectif était de connaître leur conception de la coopération et de recenser leurs idées pour de futurs projets (voir l'annexe 5 : Questionnaire flash à destination du personnel de la résidence Gandrille en Bel Air). Le taux de participation était de 30%, j'ai recoupé les réponses pour chaque question et j'ai évalué l'avis global sur le principe de la coopération (voir l'annexe 6 : Résultats des questionnaires flash). Toujours dans le cadre de ce diagnostic et pour continuer à identifier les apports de la coopération j'ai interrogé le personnel mis à disposition du G.E.P.Y.

Enfin, pour compléter mon dispositif méthodologique et approfondir les résultats de mon diagnostic, j'ai réalisé 14 entretiens auprès de deux représentants des autorités de tarification, de cinq directeurs en fonction, de cinq membres de personnel et des deux usagers. Pour ce faire, j'ai élaboré une grille d'entretien que j'ai adapté à chaque catégorie d'acteurs (voir l'annexe 7 : Grilles d'entretiens). Les entretiens, d'une durée moyenne de 69 minutes, ont été intégralement retranscrits, puis analysés à l'aide d'une grille thématique. Cette analyse thématique a permis d'identifier et d'analyser les régularités, mais aussi les différences des représentations des acteurs interrogés sur les enjeux et les ressorts des coopérations territoriales.



L'approche stratégique de la coopération, adoptée par les directeurs des E.H.P.A.D. publics autonomes de l'Yonne, permet d'en faire un outil de développement des E.H.P.A.D. voire de modernisation de leur offre. Ainsi, il répond aux missions stratégiques du directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, qui se doit « *d'anticiper les futures attentes des résidents* », de proposer de « *nouveaux services* » pour les résidents<sup>28</sup>. Si la tentation de faire de la coopération un outil généralisé pour la réforme des E.H.P.A.D. n'est pas réaliste, il semblerait que dans le contexte de mon stage de professionnalisation et pour ces deux E.H.P.A.D., la coopération permette aux acteurs de terrain de participer à la redéfinition du modèle des E.H.P.A.D.

Pour que l'outil de coopération choisi puisse répondre aux besoins stratégiques des établissements (3), il faut manipuler le concept de coopération avec précaution (1) et en déterminer les modalités avec tout autant de circonspection (2).

---

<sup>28</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la Résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.



# 1 La coopération, un concept délicat à employer

Alors que cet outil semble découler d'une construction politique publique stable (1.1), le concept même de coopération est ambivalent (1.2). Cette ambiguïté, à l'origine de crispations, peut toutefois être source d'initiatives, voire d'innovations (1.3).

## 1.1 L'approche parcours promue par les pouvoirs publics, une nouvelle impulsion pour la coopération des acteurs de terrain

### 1.1.1 La coordination au niveau macro, marquée par des changements d'approche

Depuis plus de cinquante ans<sup>29</sup>, les pouvoirs publics encouragent la coordination pour réduire les dysfonctionnements de la spécialisation du système de santé. A leur niveau macro, les pouvoirs publics utilisent davantage l'outil de la coordination que celui de la coopération, en créant des dispositifs et structures *ad hoc*, pour mettre en cohérence les interventions des différents acteurs. Les logiques de coordination sont multiples, elles varient en fonction du domaine d'intervention, prenant ainsi en compte les « *dynamiques internes* »<sup>30</sup> de chacun. Dans le secteur des personnes âgées, au cours des années, ils ont développé diverses structures, du réseau de santé aux plateformes territoriales d'appui, en passant par la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (M.A.I.A.).

En s'accumulant, ces structures peuvent donner l'impression d'un système de santé peu lisible. Toutefois, leur mise en place successive révèle l'évolution des approches. Après l'ère de la coordination, les pouvoirs publics ont préféré le terme générique d'intégration, entendu comme « *un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'informations, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement* »<sup>31</sup>. Aujourd'hui, la logique de parcours est prônée et se retrouve dans de nombreux discours et orientations<sup>32</sup>. Elle vise à recentrer l'organisation des soins sur le patient, en privilégiant une vision holistique de ses besoins et de son cheminement dans le système de santé. Au-delà de l'évolution sémantique, le nouvel objectif est bien

---

<sup>29</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L. datent des années 1960 l'émergence des premiers dispositifs de coordination, BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 43.

<sup>30</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 76.

<sup>31</sup> KODNER D. et KYRIACOU C., 2000, « Fully integrated care for frail elderly: two American models », *International journal of Integrated Care*, Vol. 1, No. 1, p. 1.

<sup>32</sup> Notamment depuis la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

de recentrer l'organisation du système de santé sur le patient, en englobant le secteur médico-social et en dépassant la diversité des acteurs.

### **1.1.2 L'inscription dans la logique de parcours des acteurs aux niveaux meso et micro grâce à la coopération**

La logique de parcours se retrouve aux niveaux meso et micro. Dans l'Yonne, les autorités de tarification relaient cette approche<sup>33</sup>. Leur conception de la logique de parcours renforce la démocratie sanitaire : elles encouragent la contribution des usagers et des acteurs de terrain à l'évolution de l'organisation du secteur médico-social. L'A.R.S. de Bourgogne Franche-Comté récompense les projets favorisant l'approche parcours<sup>34</sup>. Ainsi les acteurs de terrain sont sensibilisés à l'approche parcours, dans laquelle ils s'inscrivent grâce à l'outil de la coopération. Ils vont se rencontrer avec pour objectif d'améliorer la fluidité de leurs actions respectives, dans l'intérêt de l'utilisateur.

Toutefois, les pouvoirs publics pourraient avoir tendance à présenter la coopération comme une solution miracle. L'intégration du système de santé est une « *expression à la mode à l'échelle mondiale* »<sup>35</sup>, présentée comme une solution miracle à certains des plus grands changements auxquels les systèmes de santé du monde entier font face. Or quelle que soit l'approche choisie, l'intégration n'est pas une « *fin en soi* », mais « *un moyen* »<sup>36</sup> d'optimisation et de réponse aux besoins du patient. Elle reste un outil, parmi d'autres, qu'il convient de choisir selon les besoins évalués à l'échelle locale.

En outre, la coopération ne revêt pas la même réalité pour tous les acteurs. Dans l'Yonne, guidés par des intérêts divergents, ils en ont une acception qui coïncide sur le principe mais dont la déclinaison pratique n'est pas concordante (1.2).

---

<sup>33</sup> « Fluidifier les parcours pour mieux accompagner les usagers », 4<sup>e</sup> partie du Schéma régional de santé juillet 2018 – juin 2023, volume 1, P.R.S. 2, A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, 2 juillet 2018

<sup>34</sup> Appel à projets 2018 de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté « Démocratie en santé 2018. Implication des usagers », sur 13 parcours « prioritaires » dont celui des personnes âgées ; A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, « Usagers et parcours », 27 février 2018, <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/usagers-et-parcours-de-sante>.

<sup>35</sup> GODDARD M. et al., 2017, « Integrated Care : a pill for all ills ? », *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 6, No. 1, p. 1.

<sup>36</sup> KODNER D., 2009, « All together now : a conceptual exploration of integrated care », *Healthcare Quarterly, Special Issue*, Vol. 13, p. 12.

## 1.2 La coopération dans les E.H.P.A.D. de l'Yonne, entre définition convergente et intérêts différents

### 1.2.1 La définition de la coopération selon les différents acteurs, des ingrédients convergents

Dès 1999, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (D.H.O.S.) avait donné sa définition :

*« La coopération consiste pour un groupe d'établissements, à décider de faire ensemble ce que chacun pourrait faire isolément [...] L'activité est déléguée à la communauté réunie des établissements. Il en résulte que la coopération consiste exclusivement en la mise en commun de moyens, [...] ou en la constitution d'un service commun lorsque l'activité peut se déléguer. [...] En d'autres termes, les établissements n'achètent pas une prestation ; ils assurent ensemble le financement de l'activité »<sup>37</sup>.*

La D.H.O.S. fait ainsi de la coopération un outil à destination des acteurs de terrain, donc au niveau micro. Elle fait apparaître les notions de délégation d'activités, de mise en commun, renforçant le caractère concret de la coopération. Elle met en exergue la naissance d'une entité : un groupe au-delà des établissements pris séparément. Elle ne sous-entend pourtant pas la création d'une personnalité morale supplémentaire, elle fait simplement allusion à l'émergence d'une communauté d'établissements mais également d'intérêts, différents des intérêts particuliers de chaque établissement adhérent.

Cependant, cette définition n'a pas de portée normative et l'appropriation de la notion sur le terrain n'est pas aussi limpide. L'un des premiers constats qui a guidé ce travail de mémoire est que la notion de coopération est ambivalente pour les acteurs du secteur médico-social. Si le principe et les besoins de cohérence sous-jacents à la coopération sont partagés par tous les acteurs, ils n'en ont pas la même vision pratique, ils ne visent pas les mêmes réalisations et enjeux. Ce constat s'étend à l'ensemble des outils de l'intégration, entendue au sens large, dont les principes sont « *simples et incontestables* »<sup>38</sup> mais la « *déclinaison opérationnelle n'est pas toujours évidente* »<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup> Circulaire DH/AF 3/Son° 99-225 du 14 avril 1999 relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière.

<sup>38</sup> GODDARD M. et al., 2017, « Integrated Care : a pill for all ills ? », *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 6, No. 1, p. 3.

<sup>39</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 290.

KODNER distingue quatre types d'acteurs aux points de vue différents : les patients, les prestataires, les manageurs et les décideurs politiques<sup>40</sup>. L'étude empirique menée montre toutefois une convergence du point de vue des acteurs. Le résident interrogé à la résidence Gandrille, choisi pour ses capacités cognitives<sup>41</sup>, qualifie la coopération de « *bonne initiative pour s'aider les uns, les autres* »<sup>42</sup>. Cette vision de l'ambition première de la coopération est partagée par un agent de la résidence du Moulin de l'Arche, qui considère que « *la coopération c'est s'aider mutuellement* »<sup>43</sup>. Ils s'accordent tous les deux sur l'idée d'aide, donc d'être utile à l'autre, et y ajoutent la réciprocité. Cette condition est essentielle dans la définition présentée par le directeur de la résidence Gandrille.

*« Pour moi, c'est travailler ensemble. Il faut donc deux parties dans le projet et il y a une notion de réciprocité. [...] La coopération est une notion restreinte. Il faut deux parties identifiées et du concret. [...] La mutualisation est l'inverse de la coopération (qui est la rencontre de deux personnes, pour un projet qui les dépasse). Avec la mutualisation, on enlève une personne, il n'y a pas d'échange d'idées. »*<sup>44</sup>

Au-delà de la réciprocité, il identifie d'autres ingrédients à la coopération. Il précise que la coopération a pour but la poursuite d'un projet, concret, qui dépasse les partenaires. Ainsi, il rejoint la D.H.O.S. sur le caractère concret de la coopération et l'émergence d'une communauté qui dépasse les établissements. Ensuite, il rappelle que la coopération repose sur deux parties, au moins, qui restent autonomes. Ces critères se retrouvent également dans la vision de la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance du Conseil départemental de l'Yonne. Elle retient de la définition du dictionnaire Larousse deux critères : des entités juridiques « *à part* » où « *chacun garde son identité* » et le montage d'un « *projet en commun* »<sup>45</sup>.

Les définitions des acteurs, malgré des rôles différents dans le système de santé, coïncident. En rassemblant les ingrédients qu'ils ont identifiés, la coopération sur ce

---

<sup>40</sup> KODNER D., 2009, « All together now : a conceptual exploration of integrated care », *Healthcare Quarterly, Special Issue*, Vol. 13, p. 8.

<sup>41</sup> La présidente du conseil de la vie social avait démissionné et le poste était vacant. Le résident interrogé ne souhaitait pas candidater. Il assistait au conseil en tant que représentant des usagers.

<sup>42</sup> Entretien mémoire avec un résident de la résidence Gandrille en Bel Air, du 09/05/2018.

<sup>43</sup> Entretien mémoire avec l'adjointe des cadres de la résidence du Moulin de l'Arche, du 28/05/2018.

<sup>44</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>45</sup> Entretien mémoire avec la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne, du 15/06/2018.

territoire qualifie la relation réciproque d'aide entre des entités qui montent ainsi des projets en commun, qui les dépassent, sans pour autant porter atteinte à leur autonomie. Toutefois, les acteurs divergent lors de la mise en œuvre de cet outil, en raison d'enjeux différents.

### **1.2.2 Les intérêts des différents acteurs de l'Yonne à la coopération, des points de vue divergents voire contradictoires**

Les intérêts de la coopération sont multiples et peuvent s'opposer. Quatre catégories d'acteurs peuvent ici se distinguer : les résidents, les personnels, les directeurs et les autorités de tarification – soit, selon la typologie de KODNER, respectivement, les patients, les prestataires, les manageurs et les décideurs politiques locaux.

Le résident de la résidence Gandrille et la Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté se rejoignent sur l'enjeu de visibilité. La coopération « *permet aussi de se faire connaître un petit peu* »<sup>46</sup>, de « *mieux se connaître, [de] mieux se reconnaître sur le territoire* »<sup>47</sup>.

Les visions divergent sur l'objectif de mutualisation des moyens et l'ambition de réalisation d'économies, voire d'efficience. Le résident de la résidence Gandrille y voit une opportunité de mutualisation des moyens, notamment pour « *résoudre les problèmes de manque de personnel* »<sup>48</sup>, s'attachant ainsi à une conception large de la coopération. L'adjointe des cadres de la résidence du Moulin de l'Arche considère que la coopération permet de « *diviser un peu les charges* »<sup>49</sup>. Les autorités de tarification sont en désaccord sur ce point. L'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté reconnaît que la coopération ne permet pas de réaliser des économies mais des gains de qualité, liés à un « *non coût* »<sup>50</sup>. Le Conseil départemental de l'Yonne semble inciter à la coopération dans le but de générer des économies, bien que la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance du Conseil départemental de l'Yonne nuance ces propos. Si au début de l'entretien, elle lie la coopération à « *la question économique* », à la fin, elle précise que « *pour moi la coopération, ce n'est pas lié au financier. La mutualisation oui (des postes,*

---

<sup>46</sup> Entretien mémoire avec un résident de la résidence Gandrille en Bel Air, du 09/05/2018.

<sup>47</sup> Entretien mémoire avec la Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018.

<sup>48</sup> Entretien mémoire avec un résident de la résidence Gandrille en Bel Air, du 09/05/2018.

<sup>49</sup> Entretien mémoire avec l'adjointe des cadres de la résidence du Moulin de l'Arche, du 28/05/2018.

<sup>50</sup> Rencontre d'information avec la déléguée territoriale de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté dans l'Yonne et l'inspectrice de l'action sanitaire et sociale de la Direction de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté rattachée à la délégation territoriale de l'Yonne, du 15/01/2018.

de moyens qui permettent le fonctionnement). »<sup>51</sup> Le directeur de la résidence Gandrille rejoint cette distinction entre les enjeux de la coopération et ceux de la mutualisation :

« La coopération a un objectif de qualité. La mutualisation a un objectif de finances et d'efficience. [...] La coopération ce n'est pas fait pour gagner de l'argent. La mutualisation c'est faire des économies, qui après peuvent être réinvesties dans des projets pour l'utilisateur. »<sup>52</sup>

Pour lui, la mutualisation a un objectif financier clair, alors que la coopération vise surtout des gains de qualité. Les seuls gains financiers résultent de l'absence de surcoût qu'une amélioration de la qualité devrait engendrer, soit la notion de « *non coût* » de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté. Tous les directeurs ne partagent pas le même avis sur l'absence d'ambition financière de la coopération. La déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté, qui a été directrice d'E.H.P.A.D. dans le département, admet que la coopération puisse viser « *la rationalisation des coûts parfois*. »<sup>53</sup>

L'objectif qualitatif de la coopération, ou « *gain [en] confort* » selon les termes d'un agent<sup>54</sup>, est directement dans l'intérêt de l'utilisateur. Bien qu'invisible pour eux, la coopération est dans leur intérêt, *in fine*. En effet, elle permet d'augmenter la qualité des prestations, mais également de leur offrir davantage de prestations. La déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté considère que l'intérêt des usagers se trouve dans « *l'accès à des prestations qu'ils n'auraient pas* »<sup>55</sup> eu autrement.

En raison de la poursuite d'objectifs différents dans l'utilisation de l'outil de la coopération, les acteurs du secteur médico-social rencontrent des difficultés de communication. La terminologie peut alors être un frein dans leur négociation. Pourtant, elle est essentielle. « *A tous les niveaux d'intervention, les pouvoirs publics [...] semblent désormais convaincus que l'implantation d'un nouveau dispositif ne peut pas réussir en l'absence d'une appropriation par les acteurs de terrain*. »<sup>56</sup> La négociation se réalise malgré ou grâce à ce flou sémantique (1.3).

---

<sup>51</sup> Entretien mémoire avec la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne, du 15/06/2018.

<sup>52</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>53</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>54</sup> Entretien mémoire avec une représentante permanente syndicale de la C.F.D.T., détachée de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

<sup>55</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>56</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 139.



## 1.3 Le flou sémantique autour de la coopération, fondement d'une démarche de co-construction

### 1.3.1 Le flou sémantique, entre craintes des professionnels et avantage pour la négociation

Les notions d'intégration, de coordination, de coopération et de mutualisation sont des « *umbrella terms* »<sup>57</sup>, des termes génériques, utilisés pour décrire une large diversité de concepts et de structures organisationnelles. La terminologie est « *élastique* »<sup>58</sup>, selon la doctrine, qui fait ainsi référence au « *tableau surprenant des termes et concepts, vagues et confus, autour de la notion de système intégré* »<sup>59</sup>. Même le législateur utilise les termes de manière imbriquée. A titre d'exemple, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en créant les groupements de **coopération** sociale et médico-sociale, visait la « **coordination, la complémentaire et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement** » et également des fins de **mutualisation** des activités.

La définition même de la coopération est le terrain de « *luttés symboliques* »<sup>60</sup> et sémantiques. Cette notion reste « *passablement floue et polysémique, aux usages sociaux et politiques assez diversifiés* »<sup>61</sup>, à la manière du terme d'évaluation dans les années 1990. En effet, au-delà de la définition qui fait consensus, l'utilisation de l'outil est plus controversée. Cet usage est influencé par les enjeux des acteurs, puisqu'ils l'envisagent à travers le prisme de leurs intérêts propres. La souplesse de l'outil de la coopération offre une palette d'utilisations variées, répondant à de multiples intérêts. Ainsi, les acteurs peuvent entrer en conflit sur la mise en œuvre de l'outil, parce qu'ils n'ont pas les mêmes intérêts à l'utiliser. Ce conflit d'intérêts est permis par la poly-utilisation de la coopération et donc son ambiguïté quant à ses buts. Puisque ses buts ne sont pas suffisamment précis, elle est soumise à interprétations.

Or cette ambiguïté est source de craintes. Lors de l'enquête exploratoire réalisée sur les lieux de stage, l'analyse des réponses aux questionnaires flash proposés à l'ensemble du personnel des deux E.H.P.A.D. m'a fait prendre conscience de l'importance de leurs

---

<sup>57</sup> GODDARD M. et al., 2017, « Integrated Care : a pill for all ills ? », *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 6, No. 1, p. 1.

<sup>58</sup> MACADAM M., 2008, « Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review », Ottawa: Canadian Policy Research Networks, lu dans KODNER D., 2009, « All together now : a conceptual exploration of integrated care », *Healthcare Quarterly, Special Issue*, Vol. 13, p. 8.

<sup>59</sup> KODNER D., 2009, « All together now : a conceptual exploration of integrated care », *Healthcare Quarterly, Special Issue*, Vol. 13, p. 8.

<sup>60</sup> CORCUFF P., 1993, « Un OVNI dans le paysage français ? Eléments de réflexion sur l'évaluation des politiques publiques en France », *Politix, Affaires culturelles*, vol. 6 n° 24, p. 192.

<sup>61</sup> Ibid., p. 195.

craintes (voir l'annexe 6 : Résultats des questionnaires flash). La définition de la coopération et de ses enjeux était loin d'être partagée. Sur 38 répondants, 12 y voyaient « du négatif », 7 l'associaient à une « surcharge de travail », 5 à une fusion d'établissements et du personnel. En dehors du questionnaire, certains agents m'ont confié que leurs collègues craignaient d'être contraints à travailler dans un autre établissement. Les propos les plus surprenants amalgamaient la logique de coopération avec l'instrument des G.H.T., renforçant la crainte d'une mise en place progressive et généralisée de l'exercice multisite. Avec les directeurs, nous avons tiré de ce constat la nécessité de clarifier la notion de coopération et des conséquences qu'elle engendrait précisément pour les deux établissements. Il me semblait essentiel de mieux définir le terme pour apaiser ces craintes. La définition consensuelle mais également les intérêts divergents des acteurs pourraient faire l'objet d'une communication ciblée et interne à l'établissement. Diffuser la conception choisie de la coopération peut contribuer à apaiser les craintes des professionnels.

Toutefois, à un niveau plus stratégique, le flou généré par cette notion élastique peut également être un avantage. En effet, elle s'assimile à un « *consensus ambigu* »<sup>62</sup>, soit « *une mesure qui paraît faire consensus [mais qui] n'est pas nécessairement le fait d'un accord clair entre tous les acteurs sur les buts assignés au dispositif* »<sup>63</sup>. La divergence dans les buts est permise par une ambiguïté initiale sur ceux-ci, qui invite les acteurs stratégiques, ici les directeurs d'E.H.P.A.D. et les autorités de tarification, à « *y trouver une interprétation acceptable* »<sup>64</sup> pour chacun. Le directeur d'E.H.P.A.D. y voit un outil de sa politique d'amélioration continue de la qualité. Le Conseil départemental, dont l'augmentation des ressources ne permet pas de couvrir celle des dépenses, y trouve un levier financier. L'accord ne résulte alors pas d'une « *homogénéité* » de visions, mais bien plus de l'ambiguïté du consensus. L'élasticité de la terminologie incite les acteurs à se rencontrer, dans des buts différents. La négociation, quoique non fluide par la suite, en raison d'incompréhensions, est au moins amorcée. Les acteurs devront réajuster leurs visions et accepter les compromis pour la réalisation de la coopération.

---

<sup>62</sup> PALIER B. et al., 2010, « L'explication du changement dans l'analyse des politiques publiques : identification, causes et mécanismes », introduction de PALIER B. et al., 2010, « Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique », Paris : L'Harmattan, coll. Logiques politiques, p. 36.

<sup>63</sup> PALIER B. et al., 2010, « Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique », Paris : L'Harmattan, coll. Logiques politiques, p. 36.

<sup>64</sup> Ibid.

### 1.3.2 Les négociations pour l'émergence d'une coopération, une co-construction des acteurs

La construction des politiques publiques n'est pas « *une réponse rationnelle apportée par l'Etat* »<sup>65</sup> dans une démarche *top down* uniquement, mais relève davantage d'une « *construction collective d'acteurs en interaction* »<sup>66</sup> avec « *des intérêts propres et parfois contradictoires* »<sup>67</sup>. L'un des facteurs de réussite dans l'implantation d'un dispositif est en effet l'« *appropriation par les acteurs de terrain* »<sup>68</sup>. La coopération, pour exister et se pérenniser, repose alors sur une combinaison de démarches *top down* et *bottom up*<sup>69</sup>, également appelées *make it happen* et *help it happen*. Dans l'approche *make it happen*, l'autorité de tarification impose un modèle, c'est-à-dire « *des outils déjà mis au point et [...] un calendrier* ». <sup>70</sup> Alors que dans l'approche *help it happen*, elle aménage un environnement favorable aux « *initiatives naissantes* », <sup>71</sup> en laissant les acteurs « *s'organiser selon leurs souhaits et à leur rythme [...] en leur fournissant des connaissances et des moyens* »<sup>72</sup>.

Le cas du G.E.P.Y. est un exemple de cette imbrication des logiques, permettant l'émergence d'une structure innovante, adaptée aux besoins du territoire. La démarche *bottom up* est dominante. Les acteurs de terrain, les directeurs, ont pris l'initiative du mode de coopération, pour se positionner en tant que force de proposition auprès des acteurs institutionnels que sont les autorités de tarification. Ainsi, ils espéraient anticiper<sup>73</sup> et participer aux démarches de coopération, considérée comme « *inéluçtables* »<sup>74</sup>. Cette ambition perdue : le G.E.P.Y. est un moyen de contrôler la relation des E.H.P.A.D. publics autonomes avec les G.H.T. de l'Yonne. Le G.C.S.M.S. est un acteur de poids face au G.H.T., certains directeurs ont même pu dire que c'était un moyen de résister à l'intégration au G.H.T. Il s'agit bien d'une initiative locale, soutenue par les autorités de tarification – représentées aux assemblées générales, promotrices du modèle.

---

<sup>65</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 43.

<sup>66</sup> HASSENTEUFEL P., 2008, « Sociologie politique : l'action publique », Paris, Armand Colin, U-Sociologie, lu dans BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 43.

<sup>67</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 43.

<sup>68</sup> Ibid., p. 139.

<sup>69</sup> TROUVE H. et al., 2014, « L'intégration des services gérontologiques en France et au Québec : le rôle des agences régionales de santé », *Vie sociale*, Vol. 2, No. 6, p. 72.

<sup>70</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 158.

<sup>71</sup> Ibid., p. 157.

<sup>72</sup> Ibid., pp. 157-158.

<sup>73</sup> « *La coopération permet de se prémunir d'autres coopérations. Est-ce anticiper, faire à notre manière ?* », entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>74</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

Le G.E.P.Y. relève également de la logique *top down*, puisque l'outil est d'origine législative et que le calendrier a été largement impacté par les autorités de tarification.

*« [La création du G.C.S.M.S.] a pris un à deux ans. Le plus long a été les statuts, le dépôt à la préfecture, l'arrêté de création. Ce n'est pas uniquement l'arrêté qui a été long, mais tout le processus. »<sup>75</sup>*

Les touches d'innovation sont multiples. Le financement pour trois ans non reconductibles du poste de délégué général à 50% est bien un exemple d'aménagement innovant par les autorités.

Le concept de coopération est toujours au centre des orientations de politique publique, malgré l'évolution des approches. Sur le territoire du département de l'Yonne, la définition est consensuelle mais les intérêts à l'utilisation de cet outil divergent. Ainsi, sur ce territoire, la coopération résulte d'un « consensus ambigu » qu'il convient de clarifier sur le terrain, auprès des agents, mais dont le flou sémantique est moteur dans la négociation avec les autorités de tarification. En effet, la coopération revêt des représentations différentes selon les acteurs (2).

---

<sup>75</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

## **2 Les modalités de coopération, lieux d'expression des rationalités des acteurs**

A travers la démarche de définition de la coopération et de ses utilisations, les rationalités des acteurs de l'Yonne, leur jeu d'actions apparaissent. L'un des intérêts pour les directeurs est « *l'effet d'affichage* »<sup>76</sup>. La coopération permet de valoriser « *auprès des médias, des élus et des autorités* »<sup>77</sup> les projets qui sont menés par les établissements. Pour les autorités de tarification, la coopération est un levier de rationalisation et de centralisation de l'offre du secteur. En effet, avec une structure de coopération tel un G.C.S.M.S., elles peuvent avoir un interlocuteur unique. Les professionnels, plus craintifs face aux changements induits par la coopération, souhaitent défendre leurs pratiques et leurs établissements. Les jeux des acteurs entrent alors en « *tension* »<sup>78</sup>, créant la dynamique de coopération.

Ces différentes rationalités se révèlent dans trois questions fondamentales autour de la coopération : le territoire pertinent (2.1), le degré de formalisation (2.2) et la participation à la redéfinition de l'offre (2.3).

### **2.1 Le territoire adéquat de la coopération, une large variable englobant les actions visées et les partenaires**

Pour la plupart des directeurs interrogés, le territoire de la coopération est une « *grosse* »<sup>79</sup>, « *vraie question* »<sup>80</sup>. En effet, son ampleur tant en termes de nombre d'adhérent que d'étendue géographique influence la dynamique de la coopération. Pour l'administrateur du G.E.P.Y., « *c'est une question très intéressante et d'actualité aujourd'hui avec le développement du G.C.S.M.S.* »<sup>81</sup>. Tous les acteurs interrogés sont unanimes : l'extension du G.E.P.Y., qui est passé de 12 à 21 membres au 1<sup>er</sup> janvier 2018, a changé la dynamique du groupement.

---

<sup>76</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>77</sup> Ibid.

<sup>78</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 137.

<sup>79</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>80</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>81</sup> Entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.

### 2.1.1 Plusieurs périmètres de coopération, selon les acteurs

Certains acteurs ont défini un périmètre idéal pour la coopération. Pour l'adjointe des cadres de la résidence du Moulin de l'Arche, « *il faut rester dans le département* »<sup>82</sup>. Pour l'infirmière coordinatrice de la résidence du Moulin de l'Arche, le rayon pertinent est « *autour de 10-15 km* »<sup>83</sup>. Pour le délégué général du G.E.P.Y., la coopération doit garder une « *dimension humaine* »<sup>84</sup>. La cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance du Conseil départemental de l'Yonne considère que le territoire pertinent, pour « *répondre [aux besoins de] proximité* »<sup>85</sup> des usagers, est l'intercommunalité. Elle anticipe toutefois une évolution vers l'échelon régional. Pour le directeur de la résidence Gandrille, le territoire adéquat de la coopération évolue avec les mentalités. Il parle de « *distance imaginaire* », la coopération devant « *également coller à la réalité de vie des usagers et des agents.* »<sup>86</sup> Ainsi, pour lui, si le canton était le territoire naturel de la coopération « *dans un rayon de 10 kilomètres* »<sup>87</sup>, l'intercommunalité est en passe de devenir l'échelle adaptée.

L'échelle intercommunale est également reprise par le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche. « *La coopération la plus intéressante pour l'E.H.P.A.D. de Saint-Fargeau ça serait la communauté de communes [soit] dans un rayon de 20 kilomètres* »<sup>88</sup>. Il ne généralise toutefois pas ce périmètre : il ne se prononce que sur la pertinence de cet échelon pour les besoins en coopération de son établissement en particulier. Il rejoint ainsi la Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté et la déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté, en considérant que le périmètre spatial de la coopération dépend du territoire d'implantation. Pour lui, la « *densité en établissements* »<sup>89</sup> est un critère décisif pour déterminer le territoire de la coopération. Pour l'administrateur du G.E.P.Y., cette délimitation se dessine par rapport au territoire du centre hospitalier le plus proche ou par rapport à « *l'ancrage des élus locaux* »<sup>90</sup>. Il rejoint ainsi l'approche « *réalité de vie* ».

---

<sup>82</sup> Entretien mémoire avec l'adjointe des cadres de la résidence du Moulin de l'Arche, du 28/05/2018.

<sup>83</sup> Entretien mémoire avec l'infirmière coordinatrice de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

<sup>84</sup> Entretien mémoire avec le délégué général du G.E.P.Y., du 02/05/2018.

<sup>85</sup> Entretien mémoire avec la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne, du 15/06/2018.

<sup>86</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>89</sup> Ibid.

<sup>90</sup> Entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.

En outre, le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche identifie trois échelles de coopération pour répondre aux besoins de son établissement : départementale (le G.E.P.Y.), intercommunale (avec les E.H.P.A.D. proches dont la résidence Gandrille) et en interne à l'établissement.

*« Il ne s'agit pas d'une coopération sur les mêmes choses. Le GCSMS c'est l'échange d'informations, une coopération entre directeurs, et sur certains gros projets (ex. : télémédecine). Pour mutualiser du personnel et des formations, ça doit être avec des EHPAD proches. [...] Le territoire ça dépend donc : de la densité en établissements, de la présence de professionnels et sur quoi on coopère. »<sup>91</sup>*

## 2.1.2 Le territoire pertinent de la coopération, en interaction avec d'autres critères

- **Le critère de l'objet de la coopération :**

Ainsi, à la proximité géographique s'ajoutent d'autres critères pour déterminer le territoire adapté. La Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté et la déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté se rejoignent sur le critère des actions de coopération, du « *but à atteindre* »<sup>92</sup>. Or les objets de la coopération peuvent être multiples, ils dépendent des besoins des établissements. En général, la coopération est utilisée pour la mise en commun de matériels, de formation, d'activités d'animation<sup>93</sup> - même si l'intérêt de cette action de coopération est contesté par certains acteurs<sup>94</sup> - des fonctions supports, des fonctions mobiles et isolées et des personnels spécialisés.

Les acteurs interrogés sont divisés sur la possibilité de mutualiser les équipes de soins. Pour les directeurs des résidences Gandrille et du Moulin de l'Arche, cette coopération n'est pas pertinente, en raison d'un « *risque de perdre en qualité* »<sup>95</sup>, les soignants étant au chevet du résident. La déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté considère que la coopération sur le soin interviendra « *dans un second temps* »,

---

<sup>91</sup> Ibid.

<sup>92</sup> Entretien mémoire avec la Directrice de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018.

<sup>93</sup> Entretien mémoire avec l'infirmière coordinatrice de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

<sup>94</sup> Entretien mémoire avec un résident de la résidence Gandrille en Bel Air, du 09/05/2018 et entretien mémoire avec la cadre de santé de la résidence Gandrille en Bel Air, du 09/05/2018.

<sup>95</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

après les « *fonctions supports, logistiques et administratives* »<sup>96</sup>. Pour le résident de la résidence Gandrille et l'adjointe des cadres du même établissement, la coopération sur la fonction soin répondrait au manque d'attractivité de certaines professions avec la création d'un « *pool de remplacement* »<sup>97</sup>.

- **Un territoire variant selon les acteurs :**

Au critère de l'objet de la coopération, certains interlocuteurs y ajoutent celui des acteurs sollicités pour déterminer le territoire pertinent.

*« Pour les directeurs : ça peut être le département voire la région. Pour les cadres intermédiaires, ce sont les voisins directs (en termes de caractères et de kilomètres), soit l'échelle cantonale. Pour les agents (même le service technique), il ne faut que quelques kilomètres. Même 10 kilomètres, ça fait trop [... plutôt] dans un rayon de 2 kilomètres. »*<sup>98</sup>

Le directeur de la résidence Gandrille nuance toutefois ses propos. Tous les acteurs de terrain ne participent pas aux logiques de coopération. Il identifie des « *paliers de prise d'initiative* »<sup>99</sup>, en lien avec les fonctions. Les professionnels de l'E.H.P.A.D. sont peu impliqués dans la coopération externe à l'établissement, alors que pour ceux des services à domicile « *mobiles, la coopération est plus naturelle, elle fait partie de leur fiche de tâches* »<sup>100</sup>.

La coopération, dans le but d'améliorer la qualité des prestations, ne se réalise pas uniquement entre E.H.P.A.D. Elle peut s'opérer entre différents acteurs. Pour développer l'aspect milieu de vie et l'ouverture de l'E.H.P.A.D. sur la cité, la cadre de santé de la résidence Gandrille « *rêve* » d'une coopération avec « *les maires, [...] la jeunesse [voire] une crèche* »<sup>101</sup>. Dans la « *logique de parcours* »<sup>102</sup>, la coopération pourrait viser

---

<sup>96</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>97</sup> Entretien mémoire avec l'adjointe des cadres de la résidence Gandrille en Bel Air, du 25/05/2018.

<sup>98</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>99</sup> Ibid.

<sup>100</sup> Ibid.

<sup>101</sup> Entretien mémoire avec la cadre de santé de la résidence Gandrille en Bel Air, du 09/05/2018.

<sup>102</sup> Entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.



les services à domicile, les « *services actifs* »<sup>103</sup>, le « *secteur libéral [...] telles les maisons de santé pluridisciplinaires* »<sup>104</sup>.

Toutefois, la coopération repose sur la réciprocité. « *La comparabilité des établissements, ça peut être un critère* », tant en termes de taille que « *d'approche, d'attitude* »<sup>105</sup>, c'est-à-dire qu'ils partagent des valeurs. La coopération renforcée entre deux établissements n'est pas optimale si les établissements sont trop différents. « *Il faut que ce soit des EHPAD de tailles similaires. On est presque à la limite avec 62 et 93 lits* »<sup>106</sup>, capacités d'hébergement respectives des résidences du Moulin de l'Arche et Gandrille. La coopération entre les secteurs publics et privés n'est pas très poussée, puisqu'ils ont « *des affinités et méthodes de travail différentes* »<sup>107</sup>. En effet, ils ne partagent pas les mêmes valeurs, du service public, et leurs employés répondent à un droit différent. Les agents des E.H.P.A.D. publics sont régis par le même statut de la fonction publique hospitalière, facilitant les mises à disposition. Pour les professionnels interrogés, la comparabilité des établissements se mesure davantage à la similitude des profils des usagers et aux normes applicables. Pour l'adjointe des cadres de la résidence du Moulin de l'Arche, une coopération au-delà du département serait compliquée, notamment en raison des règles d'aide sociale différentes.

Sur la question du territoire, une différence d'échelle entre les catégories d'acteurs était attendue : les professionnels de terrain avec une vision de proximité et les autorités de tarification tendant à un territoire plus large. Les réponses apportées sont toutefois plus nuancées. Elles permettent d'identifier les critères pertinents pour définir le territoire adéquat de la coopération. Ils peuvent être regroupés et faire émerger une matrice : la composition du territoire (densité en établissements notamment), les actions de coopération, les partenaires identifiés et leur comparabilité.

Une fois le champ de la coopération identifié (le territoire spatial, les objets et partenaires), la question de la forme la plus appropriée se pose (2.2).

---

<sup>103</sup> Entretien mémoire avec l'infirmière coordinatrice de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

<sup>104</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>105</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>106</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>107</sup> Ibid.

## 2.2 Le degré de formalisation de la coopération, de nombreuses opportunités

### 2.2.1 Une multitude de formes de coopération, une appropriation par les acteurs

Le législateur offre une palette d'instruments de coopération aux acteurs du secteur médico-social. Les instruments de coopération sont généralement divisés en deux catégories, selon la création d'une nouvelle personnalité morale. La coopération institutionnelle ou organisationnelle se caractérise par la naissance d'une personnalité juridique, qui représentera la communauté d'intérêts. Des modalités de gouvernance doivent être mises en place et des documents rédigés pour établir les règles de gestion. En effet, de par sa personnalité morale propre, la coopération organisationnelle bénéficie d'une autonomie financière. Ces instruments apportent ainsi davantage de « *sécurité juridique et d'affichage* »<sup>108</sup> à la volonté de coopérer. La coopération organisationnelle dans le secteur médico-social, ce sont le groupement d'intérêt économique, le G.I.P. et le G.C.S.M.S.

A l'inverse, la coopération fonctionnelle ne repose pas sur une personnalité juridique supplémentaire. Ainsi, l'instrument est considéré comme moins visible et encadré, mais il offre davantage de souplesse. L'instrument phare de ce type de coopération est la convention, qui n'a pas de contenu minimal, ni de régime réglementaire autre que le droit des contrats.

En dehors de ces instruments formalisés et reconnus par le législateur, la coopération peut également reposer sur des échanges informels. A titre d'exemple, les deux E.H.P.A.D. sous la direction de l'administrateur du G.E.P.Y. sont amenés à coopérer régulièrement – postes mutualisés, tendance à mutualiser les fonctions supports, échanges de matériels, de personnels et de compétences – sans que cette logique ne soit formalisée. « *Il n'y a pas de convention, donc pas de limitation* »<sup>109</sup>.

Le législateur, comme les autorités de tarification notamment à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.), peut inciter à la coopération. Toutefois, pour la déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté, il n'est pas judicieux d'imposer « *un type de coopération* ». La logique choisie pour le secteur sanitaire, d'imposer et de généraliser une forme de coopération, le G.H.T., ne serait alors

---

<sup>108</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>109</sup> Entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.

pas pertinente pour le secteur. « *Il n'y a pas de diktat. [...] C'est ça la coopération : pas de prérequis, à part une volonté de travailler ensemble. Il n'y a pas de dogme.* »<sup>110</sup> Les acteurs de terrain choisissent donc la forme de coopération qui leur convient le plus.

## **2.2.2 Une complémentarité des formes de coopération, pour un agencement adapté**

Les directeurs interrogés sont unanimes : la coopération « *c'est d'abord dans l'informel. [...] C'est ce qui est le plus intéressant dans une coopération.* »<sup>111</sup> « *J'ai l'impression qu'on gagne beaucoup plus avec ce qui est informel, ce qui n'est pas visible. Par exemple, j'appelle un collègue pour un conseil en ressources humaines, sur un investissement, ça fait des gains financiers.* »<sup>112</sup> « *C'est l'exemple du dépannage entre les services techniques de la municipalité et de l'établissement. Ça s'est toujours fait naturellement, sur la base des bonnes volontés.* »<sup>113</sup> La coopération informelle se retrouve à tous les niveaux, entre les directeurs lors d'échanges, mais aussi chez les agents. « *Parfois les agents font beaucoup de coopération mais sans le savoir* »<sup>114</sup>, parce que la coopération n'étant pas formelle, elle n'est pas identifiée comme telle. Elle est naturelle. « *C'est mieux que d'avoir une belle convention mais qui n'existe pas dans la réalité.* »<sup>115</sup>

Toutefois, l'inconvénient de la coopération informelle c'est justement qu'elle n'est pas visible. Elle n'est alors pas perceptible ni évaluable par les autorités de tarification. Elle n'est pas prise en compte dans leurs indicateurs de coopération et n'est alors pas récompensée par les différents mécanismes incitatifs. En outre, les agents ressentent un besoin de formalisation. « *Il vaut toujours mieux l'écrit, comme ça, c'est formalisé et on sait où on va, avec toute la structuration derrière et ça permet d'avoir des garde-fous.* »<sup>116</sup> La coopération informelle ne peut alors se suffire à elle-même, elle doit être soutenue par des instruments de coopération formelle. Ainsi, les acteurs peuvent choisir leur mode de coopération selon leurs besoins. « *La coopération informelle est souple et à l'initiative de l'agent. Les problèmes sont les risques de débordement et l'absence de garanties. On ne*

---

<sup>110</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>111</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>112</sup> Ibid.

<sup>113</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>114</sup> Ibid.

<sup>115</sup> Ibid.

<sup>116</sup> Entretien mémoire avec une représentante permanente syndicale de la C.F.D.T., détachée de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

*peut pas la pérenniser, ni s'y projeter. La coopération formelle c'est tout l'inverse. Cela permet d'ancrer les choses, de les clarifier.* »<sup>117</sup>

Les différentes formes de coopération ne doivent pas être opposées. En pratique, elles sont complémentaires. « *La coopération informelle [...] est permise par une coopération formelle.* »<sup>118</sup> Si la déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté considère que « *les rencontres entre directeurs auraient pu être possibles sans G.C.S.M.S.* »<sup>119</sup>, pour le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche, le G.E.P.Y. lui a fourni l'occasion de rencontrer ses collègues directeurs, pour ensuite développer différentes actions de coopération. Ces formes de coopération s'inscrivent dans un cercle vertueux : le G.E.P.Y., coopération formelle et organisationnelle, est né d'une rencontre de directeurs, coopération informelle, et aujourd'hui il entretient la coopération informelle entre directeurs. Toutes les formes de coopération sont liées. Le G.E.P.Y. n'a pas pour objet d'encadrer le partage des astreintes de direction, pourtant en mettant en relation les directeurs du territoire, il leur a fourni le périmètre des conventions dites de gardes de direction. Elles s'inscrivent dans le territoire du G.E.P.Y. Ainsi, coopérations informelles et formelles, organisationnelles et fonctionnelles se combinent, avec fluidité.

Les acteurs choisissent donc pour chaque action envisagée le type de coopération adéquat, pouvant éventuellement le rattacher à un instrument déjà existant. A titre d'exemple, le G.E.P.Y. a développé un nouvel axe de coopération, la télémédecine en prévision d'un appel à projet de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté. Les directeurs ont identifié les meilleures conditions pour le développement de cette action<sup>120</sup> : que le projet soit porté par les gros établissements adhérents dans un premier temps, que la candidature soit présentée par le G.E.P.Y., pour l'effet d'affichage. Ils auraient également pu choisir de candidater individuellement, mais cette modalité ne leur a pas paru la plus pertinente. Ainsi, les instruments de coopération évoluent en fonction des actions de coopération, du contexte des établissements et du territoire.

Au-delà de l'effet d'affichage des instruments de coopération, ils permettent aux acteurs de participer à l'évolution du secteur médico-social (2.3).

---

<sup>117</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>118</sup> Entretien mémoire avec le délégué général du G.E.P.Y., du 02/05/2018.

<sup>119</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>120</sup> Extraits du journal de terrain, bureaux du G.E.P.Y. des 07/12/02017 et 17/05/2018.

## 2.3 La coopération comme levier de participation à la modernisation du modèle de l'E.H.P.A.D.

### 2.3.1 La coopération, un moyen de participer à l'évolution de l'offre

- **Une tendance au regroupement de l'offre médico-sociale :**

L'Yonne est un département rural confronté à des problématiques d'attractivité des professionnels, non seulement médicaux et paramédicaux, mais également de direction. Selon les autorités de tarification, les difficultés à recruter des directeurs pour tous les postes vacants sont dues au nombre important de structures médico-sociales. De nombreux postes étant vacants, les intérim de direction se sont multipliés et, lorsqu'ils se prolongeaient, ils ont été transformés en directions communes<sup>121</sup>. Actuellement, sur les 23 E.H.P.A.D. publics autonomes, 7 partagent un directeur via un intérim, 10 sont concernés par une convention de direction commune les liant à un ou deux autres établissements et un résulte de la fusion de deux E.H.P.A.D. autonomes. Ces dispositifs relèvent de la logique de coordination dans le secteur médico-social, au sens de l'article L312-7 4° du Code de l'action sociale et des familles qui vise spécifiquement les « regroupements ou [...] fusions. ».

Au-delà des difficultés de recrutement, les logiques de regroupement sont encouragées par une approche économique des E.H.P.A.D. Pour les autorités de tarification, il existerait des seuils de rentabilité des E.H.P.A.D., dont la pertinence serait renforcée par la réforme de la tarification.

*« En dessous de 80 lits, [un E.H.P.A.D.] n'est pas forcément à l'équilibre. Après il faut de la qualité. Le seuil de 80 est établi au niveau national. En dessous de 60 lits, un E.H.P.A.D. n'est pas viable. De 60-80 lits, c'est ric-rac. [...] L'agence nationale d'appui à la performance a établi qu'un seuil de 110-120 lits n'est pas bon non plus. Après, les excédents sont réalisables. »<sup>122</sup>*

Le seuil d'une capacité d'hébergement de 80 lits est opposé aux directeurs, notamment pour les inciter aux regroupements des structures.

---

<sup>121</sup> Rencontre d'information avec la responsable du Département Organisation de l'Offre Personnes Agées - Direction de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 16/02/2018.

<sup>122</sup> Entretien mémoire avec la Directrice de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018.

Le modèle de l'E.H.P.A.D., petit établissement familial autonome, est amené à évoluer.

*« En milieu rural, l'E.H.P.A.D. peut devenir le plateau technique (salle de téléconsultation, parking commun avec la maison de santé pluridisciplinaire, le SSIAD). [...] La coopération permet à l'EHPAD de devenir un plateau de services. »<sup>123</sup>*

- **La coopération, un moyen de ralentir les regroupements imposés :**

Toutefois, les acteurs de terrain ne sont pas aussi favorables que les autorités de tarification aux regroupements. Les directeurs sont partagés sur l'exercice multisite. Pour certains<sup>124</sup>, *« il y a besoin d'un directeur sur site, pour l'autorité et la confiance »<sup>125</sup>*. D'autres tirent de l'exercice multisite une richesse dans leurs pratiques. Les agents sont défavorables à une direction commune ou aux intérim de directeurs. Ils ont *« besoin d'un directeur à plein temps. [...] C'est quand même le pilote. [...] On veut une présence humaine, c'est rassurant. [...] Pour les résidents aussi c'est important un directeur. »<sup>126</sup>*

Pour ne pas se voir imposer un modèle d'E.H.P.A.D. ne répondant pas à leur perception des besoins du territoire, les acteurs de terrain deviennent force de proposition. Ce *« rôle d'acteur plutôt que de subir »<sup>127</sup>*, est à la fois revendiqué par les directeurs et encouragé par les autorités de tarification. A cette fin, les directeurs utilisent les instruments de coopération comme levier stratégique. En se regroupant en G.C.S.M.S., c'est-à-dire en créant une nouvelle personnalité morale autonome, représentant les intérêts communs des adhérents, tout en conservant l'autonomie des établissements, ils améliorent leur visibilité et renforcent leur poids dans les négociations sur l'avenir du secteur. Cet enjeu est l'un des axes d'actions du G.C.S.M.S. handicap de l'Yonne. Il regroupe les acteurs du handicap du territoire, associatifs et publics. Il répond à une logique de *« parcours et politique »<sup>128</sup>*.

---

<sup>123</sup> Ibid.

<sup>124</sup> Dont le délégué général du G.E.P.Y., le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche, le directeur de la résidence Gandrille et la directrice du foyer de l'enfance d'Auxerre.

<sup>125</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>126</sup> Entretien mémoire avec la cadre de santé de la Résidence Gandrille en Bel Air, du 09/05/2018. Dans le même sens : *« Je ne suis pas contre une coopération, mais pas un directeur pour deux établissements. »*, entretien mémoire avec l'adjointe des cadres de la résidence Gandrille en Bel Air, du 25/05/2018.

<sup>127</sup> Entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.

<sup>128</sup> Repas de travail avec la directrice du foyer de l'enfance d'Auxerre et administratrice du G.C.S.M.S. Handicap, du 26/04/2018

Ce rôle n'est pas la vocation première du G.E.P.Y. Toutefois, de par son poids, tant en termes de lits et de personnels, que par sa stabilité, il participe aujourd'hui à l'évolution du secteur. Outre les candidatures via le G.E.P.Y. à des appels à projets visant la modernisation de l'offre, type télémédecine, et l'amélioration des pratiques des établissements grâce au personnel spécifique commun (conseillère hôtelière et informaticien), le G.E.P.Y. représente ses membres sur le territoire. Son administrateur et son délégué général assistent à des réunions où l'évolution de l'offre se dessine, soit avec les autorités de tarification ou dans des instances de consultation, soit auprès d'autres groupements de coopération. Le G.E.P.Y. est ainsi en relation avec le G.C.S.M.S. Handicap, notamment dans le cadre de l'organisation d'un évènement sur le parcours des personnes âgées vieillissantes.

Le G.E.P.Y. est également en lien avec le G.H.T. Sud Yonne Haut Nivernais (voir l'annexe 9 : Carte des G.H.T. de Bourgogne Franche-Comté). Les E.H.P.A.D. publics autonomes de l'Yonne ne sont pas associés aux G.H.T. Les établissements du Nord sont en contact direct avec le G.H.T. Nord Yonne. Les établissements du Sud, membres fondateurs du G.E.P.Y., n'ont pas de lien direct avec le G.H.T. Sud Yonne Haut Nivernais, auprès duquel le G.E.P.Y. les représente. Il n'en est pas partenaire, mais il participe à la rédaction du projet médical partagé. Ainsi, l'un des apports du G.E.P.Y. est « *la valorisation de la notion d'établissement public autonome, et la reconnaissance également auprès des différents interlocuteurs.* »<sup>129</sup>

### **2.3.2 Les compromis nécessaires à la coopération, frein à une évolution précipitée du modèle de l'E.H.P.A.D.**

- **Les limites du G.E.P.Y., entre compromis et respect de l'autonomie :**

Toutefois, l'approfondissement de cet axe de coopération n'est pas encore acté. Le G.E.P.Y. doit d'abord résoudre des enjeux de stabilisation, suite à son extension. 4 des acteurs interrogés la conditionne à « *une sectorisation des interventions* »<sup>130</sup>. Comme pour les astreintes, certaines actions, telles la mutualisation de professionnels et les formations, ne peuvent couvrir le territoire dans sa globalité. Les territoires des astreintes « *peuvent permettre une sectorisation des autres actions, avec deux critères : la proximité et l'existence même des territoires* »<sup>131</sup>.

---

<sup>129</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>130</sup> Entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.

<sup>131</sup> Ibid.

Certains acteurs voient dans le G.E.P.Y. un tremplin pour orienter l'offre. L'administrateur du G.E.P.Y. « *ressen[t] [le] besoin [...] de réfléchir au partage de l'offre* »<sup>132</sup>, entre les établissements adhérents. Le délégué général du G.E.P.Y. Selon lui, les autorités de tarification seraient tentées par une expérimentation en faisant du G.E.P.Y. une « *grosse structure dans le style associatif* »<sup>133</sup>, en charge de l'ensemble des places, du « *développement de certaines compétences (Alzheimer) et au-delà de fédérer, de gérer les établissements viables ou non.* »<sup>134</sup> Toutefois, les récents échanges des directeurs lors de bureaux du G.E.P.Y. ne s'orientent pas vers cette logique. Le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche alerte sur le danger à transformer les directeurs « *en directeur de site [...] Le directeur pourrait également avoir un désintérêt pour le métier.* »<sup>135</sup> Le manque d'attractivité de la profession dans le département en serait renforcé.

Par ailleurs, la participation du G.E.P.Y. à l'évolution du secteur est limitée par son essence même. Le compromis fondateur du G.E.P.Y. est le maintien de l'autonomie des établissements. Lors de la création du G.C.S.M.S., les directeurs « *craignaient une perte d'identité ou de se faire absorber par un plus gros établissement [il a donc] fallu lever [cette] ambiguïté* »<sup>136</sup>. La volonté toujours actuelle est « *de respecter l'autonomie de chacun. Chaque établissement conserve sa pleine et entière autonomie dans l'organisation, le fonctionnement, les relations avec qui que ce soit ; c'est une grande force.* »<sup>137</sup> Ainsi, lors de la création du poste de délégué général du G.E.P.Y. en 2017, « *le débat a tourné autour du fait que ce n'était pas un chef* »<sup>138</sup> qui aurait autorité sur les autres directeurs. Le rapport hiérarchique est d'ailleurs plutôt inversé, puisqu'il doit exécuter la feuille de route du G.E.P.Y., votée par les directeurs en bureau.

---

<sup>132</sup> Ibid.

<sup>133</sup> Entretien mémoire avec le délégué général du G.E.P.Y., du 02/05/2018.

<sup>134</sup> Ibid.

<sup>135</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>136</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>137</sup> Entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.

<sup>138</sup> Entretien mémoire avec la Directrice de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018.



- **L'autonomie des établissements, facteur de résistances et bouclier contre la standardisation des pratiques :**

Le respect de l'autonomie, de « l'identité »<sup>139</sup> de l'établissement semble fondamental. Cependant, la déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté s'interroge :

*« Que veut-dire perdre son identité ? Est-ce son numéro de FINESS ou une identité dans l'accompagnement au quotidien auprès des personnes âgées ? Est-ce la fusion (pas d'autorisation autonome d'exercer) ? Pour les professionnels, l'identité se retrouve-telle derrière des pratiques partagées ou derrière le nom de l'établissement ? Si l'autonomie, c'est le travail tout seul et sans accès à certains professionnels, à quoi sert-elle ? [...] Aujourd'hui, un établissement isolé empêche un accès aux soins des personnes accueillies. »<sup>140</sup>*

Mais derrière la revendication de l'autonomie ou de l'identité d'un établissement, il n'y a pas que la crainte de « la perte de pouvoir »<sup>141</sup>. Elle reflète la tension entre standardisation des pratiques et personnalisation de l'accompagnement. Certes le G.E.P.Y. a permis une harmonisation et un nivellement par le haut des conditions de l'accompagnement<sup>142</sup>, mais il n'a pas vocation à homogénéiser les pratiques jusqu'à « déshumaniser les petits E.H.P.A.D., qui ont un côté familial, une atmosphère. »<sup>143</sup> Il faut également éviter « un déracinement »<sup>144</sup> des usagers, c'est-à-dire « coller à la réalité de vie des usagers »<sup>145</sup>, respecter leurs habitudes de vie qui peuvent varier sur un territoire. L'infirmière coordinatrice de la résidence du Moulin de l'Arche dresse une différence dans le profil des usagers de Puisaye et de ceux d'Auxerre. En évitant une standardisation de l'offre, chaque établissement garde une identité propre, caractérisée par « ce que les

---

<sup>139</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018 et entretien mémoire avec une représentante permanente syndicale de la C.F.D.T., détachée de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

<sup>140</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>141</sup> Entretien mémoire avec la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne, du 15/06/2018.

<sup>142</sup> L'intérêt de la coopération pour l'utilisateur c'est « d'avoir une offre de qualité quel que soit l'établissement dans lequel il vit. [...] c'est la recherche d'une qualité de vie très proche (conditions d'hygiène, d'accompagnement, de lien social, les capacités d'hébergement). », entretien mémoire avec l'administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y., du 18/05/2018.

<sup>143</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>144</sup> Ibid.

<sup>145</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

*agents ont mis dedans, l'histoire de l'établissement* »<sup>146</sup> et qui offre une plus large variété de choix à la personne qui s'oriente vers un E.H.P.A.D.

Ainsi, la coopération permet aux acteurs de terrain de renforcer le poids de leurs propositions pour l'évolution du secteur. Ils sont toutefois aux prises avec les mêmes difficultés que les pouvoirs publics. La modernisation du modèle de l'E.H.P.A.D., qui semble passer par une approche économique, ne doit pas revenir sur les avancées en termes de personnalisation de l'accompagnement. Le juste équilibre reste encore à trouver et le dialogue entre acteurs de terrain et pouvoirs publics semble le meilleur moyen d'y parvenir.

Si l'un des freins à la coopération est la peur de la perte d'identité des structures, des éléments facilitateurs sont également identifiés. Outre la confiance<sup>147</sup> inhérente à toute entreprise de travail en commun, l'initiative doit reposer sur un acteur charismatique et moteur, « *capable de fédérer* »<sup>148</sup>. Cette condition peut être généralisée : « *la plupart des études monographiques rapportant l'histoire de structures innovantes [de coordination] souligne le rôle joué par une personnalité en particulier.* »<sup>149</sup>

Après avoir identifié les conditions pour construire une coopération adaptée, en termes de territoire, de formalisme et d'impact sur l'évolution du secteur, la mission de stage et le rôle stratégique du directeur peuvent être analysés avec une prise de recul (III).

---

<sup>146</sup> Ibid.

<sup>147</sup> Entretien mémoire avec la cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne, du 15/06/2018, entretien mémoire avec l'adjointe des cadres de la résidence du Moulin de l'Arche, du 28/05/2018 et entretien mémoire avec l'infirmière coordinatrice de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

<sup>148</sup> Entretien mémoire avec le délégué général du G.E.P.Y., du 02/05/2018.

<sup>149</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « *Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 141.

### **3 Le développement de la logique de coopération, une mission stratégique du directeur**

Au regard des éléments d'analyse développés précédemment, la mission de stage de professionnalisation peut être évaluée sous un nouvel angle (3.1). Cette étude me permet également d'aborder différemment le secteur médico-social (3.2).

#### **3.1 La mission de formalisation de la coopération renforcée entre les résidences Gandrille et du Moulin de l'Arche**

##### **La coopération renforcée entre les résidences Gandrille et du Moulin de l'Arche**

La résidence du Moulin de l'Arche et la résidence Gandrille ont le même statut juridique d'E.H.P.A.D. publics autonomes, ils sont distants de 11 kilomètres mais n'appartiennent pas au même canton. De 2012 à 2014, la directrice de la résidence du Moulin de l'Arche a été nommée sur résidence Gandrille et a assuré l'intérim sur la résidence du Moulin de l'Arche. Après son départ fin 2014, l'A.R.S. a recruté sur les deux postes des directeurs sortants de l'E.H.E.S.P., issus de la même promotion.

Pour ces raisons de proximité géographique et de direction, les E.H.P.A.D. sont amenés à coopérer depuis de nombreuses années.

- En 2017, ils coopéraient sur les fonctions supports.

- o Ils mutualisaient des agents hôteliers. Ils avaient un responsable hôtelier en commun. Certains cuisiniers, agents de restauration et agents bio-nettoyage travaillaient en alternance dans les deux E.H.P.A.D.

- o La résidence Gandrille a apporté son soutien matériel à la création du service de portage de repas de la résidence du Moulin de l'Arche, en lui louant le véhicule de portage et en laissant le personnel de la résidence du Moulin de l'Arche produire et mettre en conditionnement les repas livrés, dans les locaux de la résidence Gandrille.

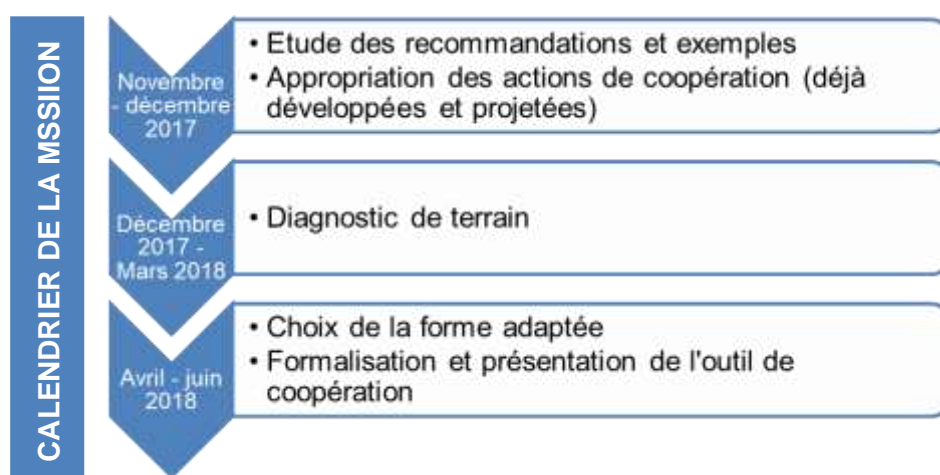
- o Durant les périodes estivales de congés, ils ont mutualisé les astreintes techniques.

- Les directeurs montent des projets en commun. Ils ont répondu et été choisis en commun pour un appel à projet sur un café des aidants, qui a ouvert en 2018 et est géré par les psychologues des établissements. Ils ont un projet de portage de courses avec les supermarchés de leurs villes d'implantation ; les supermarchés étant des franchises de la même enseigne, ils ont présenté un projet commun.

- Les directeurs échangent régulièrement, sur la base d'une coopération informelle très fructueuse. Ils ont choisi le même architecte pour réaliser l'étude de faisabilité de leurs projets de travaux respectifs. Le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche a donné les documents de son projet de circuit court, retenu pour le projet Leader, au directeur de la résidence Gandrille pour l'aider à formuler son propre projet.

D'autres actions de coopération sont envisagées. Face à la vétusté de la blanchisserie de la résidence du Moulin de l'Arche et du coût des travaux de mise aux normes, les directeurs souhaitent développer un service de blanchisserie mutualisé, dans les bâtiments de la résidence Gandrille. Ils envisagent de proposer aux soignants volontaires de travailler sur les deux établissements, pour créer un pool de remplacement commun.

Les deux E.H.P.A.D. lieux du stage de professionnalisation sont dans une logique de coopération, qui va au-delà de leur participation au G.E.P.Y. Ils coopèrent avec les établissements proches et particulièrement entre eux. Cette coopération « renforcée », de proximité se développe au gré des besoins, sans un formalisme particulier pour garder une certaine souplesse, chaque projet faisant l'objet d'une convention circonstanciée. Ainsi, cette logique de coopération n'était pas visible. Les autorités de tarification semblaient attendre des preuves de son existence. Le Conseil départemental de l'Yonne souhaite même qu'elle fasse partie des objectifs mentionnés dans les C.P.O.M. de chaque établissement<sup>150</sup>. Pour cet « effet d'affichage »<sup>151</sup>, les directeurs ont souhaité formaliser la démarche de coopération renforcée entre leurs deux établissements. Ils avaient choisi la forme du G.C.S.M.S. pour sa « sécurité juridique »<sup>152</sup>. Ils m'ont confié cette mission de formalisation pendant mon stage de professionnalisation.



<sup>150</sup> Réunion de travail avec le Conseil départemental et l'A.R.S. sur la coopération entre les résidences du Moulin de l'Arche et Gandrille en Bel Air, du 09/03/2018.

<sup>151</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>152</sup> Ibid.

### 3.1.1 Un diagnostic nécessaire pour déterminer les variables de la coopération

Pour éviter de proposer « *un bel [instrument de coopération] mais qui n'existe pas dans la réalité* »<sup>153</sup>, la phase de diagnostic était essentielle. J'ai ainsi demandé d'y consacrer une partie du temps du stage.

- **La place de la coopération renforcée parmi les autres logiques de coopération :**

Comme pour la plupart des établissements du secteur médico-social aujourd'hui, le G.C.S.M.S. qui devait être créé n'était pas le premier instrument de coopération auquel les établissements participeraient. Ils font déjà partie de différentes logiques de coopération, souvent par le biais de conventions.

Une coopération horizontale, entre E.H.P.A.D., existe déjà avec le G.E.P.Y. « *Pour l'E.H.P.A.D. de Saint-Fargeau, la coopération passe à 60-70% (tant en termes de quantité que de qualité) par le G.C.S.M.S. et à 20% avec l'E.H.P.A.D. de Saint-Sauveur-en-Puisaye* »<sup>154</sup>. Pour « *l'E.H.P.A.D. de Saint-Sauveur en dehors de Saint-Fargeau, nous ne coopérons avec personne d'autre* »<sup>155</sup>. Le G.E.P.Y. et la coopération renforcée entre les résidences Gandrille et du Moulin de l'Arche représentent différents niveaux de coopération. Certaines actions ont davantage intérêt à être portées à un niveau départemental, alors que pour d'autres le territoire local est pertinent. Cette coopération renforcée repose sur l'intervention régulière des professionnels des établissements, qui ne peuvent pas parcourir de nombreux kilomètres, pour des raisons de « *distance imaginaire* »<sup>156</sup> mais également de prises en charge des frais kilométriques par les établissements.

Par exemple, les formations sont gérées par le G.E.P.Y. : elles sont ponctuelles et peuvent être organisées à l'échelle départementale. En effet, le nombre d'agents potentiellement concernés, 1 000 en 2018, permet de bénéficier d'économies d'échelle, et la constitution de groupes diversifiés permet aux agents d'échanger sur leurs pratiques et de partir plus nombreux, puisque plusieurs dates dans l'année sont proposées. La mutualisation des agents hôteliers par contre est plus pertinente à une échelle locale. Les agents doivent être mobiles plus régulièrement et ils doivent bien connaître les établissements, tant en termes de locaux, que de pratiques et de résidents.

---

<sup>153</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>154</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>155</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.

<sup>156</sup> Ibid.

J'ai ainsi compris en quoi une coopération renforcée était utile, alors que les établissements participaient déjà à une logique de coopération poussée avec le G.E.P.Y. « *Il ne s'agit pas d'une coopération sur les mêmes choses.* »<sup>157</sup> Les instruments de coopération ne se superposent pas.

**Recommandation 2 :** Réaliser un diagnostic des besoins en coopération, notamment par rapport aux instruments de coopération déjà existant.

Après avoir compris la place de la coopération renforcée, les éléments cardinaux de cette coopération ont dû être identifiés : le territoire, l'objet et la forme. Ces éléments ont été déterminés dans cet ordre, même si l'objet, c'est-à-dire les actions de coopération répondant aux besoins identifiés, devrait précéder le territoire.

- **Le territoire prédéterminé de la coopération :**

Le territoire, entendu au sens large, de la coopération préexistait : les résidences Gandrille et du Moulin de l'Arche. Toutefois, le territoire pertinent pour une coopération renforcée selon les acteurs interrogés au titre du mémoire est un peu plus étendu : il couvre l'intercommunalité. Le critère de comparabilité des partenaires incite à se concentrer sur les E.H.P.A.D. publics autonomes. L'intercommunalité de Puisaye Forterre comprend également les E.H.P.A.D. publics de Champcevrains, de Toucy, de Pourrain et de Charny. Cependant, l'objet de la mission était de pérenniser le lien existant entre les seuls E.H.P.A.D. de Saint-Sauveur-en-Puisaye et de Saint-Fargeau. En outre, une coopération formalisée entre ces deux établissements est peut-être « *suffisante* »<sup>158</sup> dans un premier temps pour construire une « *base solide* »<sup>159</sup>, avant d'envisager une extension.

Par ailleurs, la formalisation de la coopération n'a pas vocation à restreindre les autres opportunités de coopération. Elle n'en fera pas un instrument de coopération exclusive, mais privilégiée. Ainsi, les deux résidences continueront à coopérer avec les autres E.H.P.A.D. publics autonomes de l'intercommunalité en fonction de leurs besoins.

**Recommandation 4 :** Déterminer le territoire pertinent, au regard des contraintes liées aux actions de coopération (mobilité des acteurs) et de la comparabilité des partenaires.

---

<sup>157</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>158</sup> Entretien mémoire avec l'adjointe des cadres de la résidence Gandrille en Bel Air, du 25/05/2018.

<sup>159</sup> Entretien mémoire avec une représentante permanente syndicale de la C.F.D.T., détachée de la résidence du Moulin de l'Arche, du 30/05/2018.

- **L'objet de la coopération, non pas centré sur les actions mais sur la volonté de maîtriser l'évolution des établissements :**

L'objet de la coopération par contre était plus difficile à synthétiser. D'un point de vue historique, les projets s'étaient développés au gré des besoins des établissements et des orientations des directeurs, sans qu'une ligne directrice ne se dégage particulièrement, ni de la mutualisation de matériels ou de personnels en priorité, ni des réponses à appels à projet. Cette « *coopération de directeurs* »<sup>160</sup>, en faveur des agents et des résidents, est une coopération de moyens. Mais ce qui lie réellement les résidences est la « *volonté de travailler ensemble* »<sup>161</sup> et le partage de valeurs : le service public, l'entraide entre établissements publics et l'intérêt de l'usager qui est au cœur de leur philosophie d'accompagnement.

La formalisation de la coopération n'avait pas pour but de changer les actions mais de les rendre plus visibles. La mission n'était pas d'encourager la coopération, mais d'en maîtriser l'évolution. En effet, certains acteurs interrogés voient la coopération telle que développée actuellement entre les deux établissements comme une première étape vers une « *réelle coopération renforcée* » que serait la fusion. « *Dès qu'on commence à coopérer, les étapes suivantes sont : la direction commune puis la fusion.* »<sup>162</sup>

*« Tant qu'il y a deux directeurs, il n'est pas question de coopération renforcée. La question se posera quand un des directeurs partira : il y aura un intérim, se posera ensuite la question de la direction commune, dans un intérêt financier mais qui n'a pas d'autre sens, et enfin on arrivera à la coopération renforcée. La direction commune [...] c'est un intérim stable. [...] La coopération renforcée c'est la fusion. »*<sup>163</sup>

Or l'analyse des directeurs des deux établissements est différente. La coopération renforcée actuellement développée est suffisante pour répondre aux besoins des établissements. Elle n'est pas une étape vers une direction commune, ni vers la fusion. Ils ne sont pas favorables à une équipe de direction commune à plusieurs sites ; ils voient l'intérêt d'un directeur par site, pour éviter notamment de « *déshumaniser les petits*

<sup>160</sup> Entretien mémoire avec l'adjointe des cadres de la résidence Gandrille en Bel Air, du 25/05/2018.

<sup>161</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>162</sup> Entretien mémoire avec la Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018.

<sup>163</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

E.H.P.A.D. »<sup>164</sup>. Comme avec le G.E.P.Y., la coopération renforcée est un levier stratégique pour les directeurs. Elle leur permet de proposer une évolution de leurs établissements en accord avec les besoins qu'ils perçoivent sur le territoire. La formalisation devait donc permettre de stabiliser la démarche de coopération, de la clarifier. En la rendant plus visible, les directeurs souhaitaient prouver aux autorités de tarification qu'ils suivaient leurs orientations, mais également prévenir une évolution non souhaitable de leurs établissements.

**Recommandation 3 :** Déterminer les axes de coopération synthétisant les principales actions envisagées.

- **La forme de la coopération renforcée, une réflexion aboutie :**

Le cœur de la mission se trouvait alors dans le choix de la forme. La réflexion sur la forme de la coopération renforcée a évolué au cours du stage de professionnalisation. Elle relève d'un équilibre délicat entre stabilité et souplesse. Si la coopération surtout informelle qui s'était développée n'était plus suffisante, les formes de coopération formelle sont multiples. Pour stabiliser la coopération sans l'alourdir inutilement, l'erreur à éviter était de choisir un instrument de coopération qui ralentirait la chaîne de décisions et pourrait empêcher la réalisation d'initiatives venant du terrain.

La première idée était de créer un G.C.S.M.S., choisi pour sa rigidité. *« Au départ, l'idée était de jouer aux bons élèves pour avoir des moyens supérieurs pour les travaux. Maintenant que l'éventualité de ce financement s'est effacée, nous avons changé d'idée. »*<sup>165</sup> Autre instrument de coopération organisationnelle qui a été envisagé fut le G.I.P. En effet, trois E.H.P.A.D. du département se sont déjà regroupés sous la forme d'un G.I.P., employeur de l'ensemble du personnel, devenu mobile sur les trois établissements. Cependant, le régime du G.I.P. n'apportait pas plus de souplesse ni de simplicité à la coopération et, ne pouvant être à durée indéterminée, il aurait appelé à un renouvellement explicite régulièrement. A choisir une coopération organisationnelle, le G.C.S.M.S., conçu pour le secteur médico-social, semblait plus adapté.

Toutefois, cette forme de coopération est lourde, notamment par sa gouvernance (une assemblée délibérante et un administrateur). En outre, une seule action de coopération renforcée nécessitait une telle sécurité juridique : la mutualisation des blanchisseries. Ce

---

<sup>164</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>165</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y., du 31/05/2018.



n'était pas suffisant pour imposer un lourd dispositif. Le choix final s'est donc porté sur un instrument plus souple : la convention de coopération. Son contenu n'étant pas fixé réglementairement, il a pu être adapté à la situation existante.

**Recommandation 5 :** Choisir une forme de coopération adaptée aux besoins. Les instruments de coopération organisationnelle répondent à une attente de sécurité juridique, alors que la coopération fonctionnelle vise une souplesse de gestion.

### **3.1.2 La convention cadre proposée, une délimitation de la coopération renforcée pour répondre aux nombreux enjeux**

Plutôt que de rassembler toutes les actions de coopération existantes et envisagées dans un seul document, le choix a été fait de rédiger une convention cadre (voir l'annexe 8 : Projet de convention de coopération entre les résidences du Moulin de l'Arche et Grandille). Elle pose les principes et la méthode de la coopération renforcée qui guideront l'ensemble des projets de coopération à venir entre les deux résidences. La convention cadre a ainsi vocation à être déclinée par des conventions circonstanciées et davantage limitées dans le temps. Par exemple, pour la mutualisation des blanchisseries, deux conventions seront rédigées : l'une sur la mise à disposition des personnels, l'autre pour encadrer l'organisation du service mutualisé, et notamment la facturation des frais à la résidence du Moulin de l'Arche.

Le préambule de la convention rappelle l'historique et les valeurs de la coopération renforcée. Il insiste sur ce que cette convention n'est pas. « *Cette convention n'a pas vocation à être un outil de l'organisation de l'offre, qui reste de la compétence des autorités de tarification. Elle n'est pas une étape vers une direction commune ou une fusion. Cette convention n'est également pas un contrat de prestation. Si le principe de la coopération est un objectif fixé par les autorités de tarification, auquel la présente convention répond, l'objet et les modalités de cette coopération restent à l'initiative des Résidences.* »<sup>166</sup>

La définition de la coopération est également clairement établie dès le préambule, pour rassurer notamment les agents des deux établissements. « *La coopération s'entend ici comme une modalité de collaboration entre des entités juridiques autonomes, concrétisée par un projet, des valeurs et une gouvernance partagés et traduite par des instruments*

---

<sup>166</sup> Projet de convention de coopération entre les résidences du Moulin de l'Arche et Grandille, proposé à leurs directeurs en juin 2018, p. XV.

*juridiques appropriés.* »<sup>167</sup> L'article 2 de la convention « Objet » rappelle la distinction entre coopération, visant à « *promouvoir la qualité de l'accompagnement des usagers de leurs établissements ou concernés par leur projet* »<sup>168</sup>, et mutualisation. « *Les projets de mutualisation pour des raisons strictement budgétaires sont légitimes mais ils s'inscrivent dans un cadre autre. Les projets de coopération se réaliseront donc à moyens constants ou grâce à de nouveaux moyens (par la réponse à des appels à projet notamment).* »<sup>169</sup>

**Recommandation 6 :** Définir avec précision la coopération, dans la rédaction des documents, pour la clarifier auprès des interlocuteurs (agents et autorités de tarification).

Pour assurer l'ancrage de la convention dans la réalité de la coopération et des établissements, l'article 4 « Méthode » prévoit une co-construction des nouveaux projets avec les équipes à toutes les étapes de la gestion de projet. L'initiative peut venir des équipes ou des directeurs. Des porteurs de projet seront identifiés parmi le personnel pour servir de relais. Le projet est soumis aux équipes avant que des tests ne soient mis en place. Une évaluation de chaque projet est prévue, soutenue par les porteurs de projets. Par ailleurs, la coopération renforcée fera également l'objet d'une évaluation, à mi-parcours de la convention, puis avant la reconduction expresse, au bout de cinq ans.

Pour stabiliser la coopération et renforcer sa visibilité, une gouvernance minimale est prévue avec un bureau de directeurs et une assemblée générale incluant les présidents de conseil d'administration. En outre, un rapport annuel d'activité de la coopération sera rédigé par le bureau, dont une synthèse figurera dans les rapports d'activité de chaque établissement, donc présentée à leurs instances.

Si les règles de la convention de coopération s'inspirent des instruments de coopération organisationnelle type G.C.S.M.S., la souplesse de la convention allège son utilisation. Elle a vocation à être transmise pour information aux autorités de tarification, mais sa validité ne repose que sur l'approbation des conseils d'administration et la signature des présidents de conseil d'administration et des directeurs des deux résidences. Elle est également modifiable par simple avenant, adopté dans les mêmes conditions que la convention initiale<sup>170</sup>.

**Recommandation 7 :** Adapter l'instrument de coopération choisi aux besoins, dans les limites du cadre réglementaire.

<sup>167</sup> Ibid.

<sup>168</sup> Ibid., p. XVI.

<sup>169</sup> Ibid.

<sup>170</sup> Ibid., p. XVIII.

A la fin du stage de professionnalisation, les directeurs ont validé le projet de convention mais il n'avait pas été présenté aux conseils d'administration. Il va sûrement évoluer, comme la mission pendant les 8 mois de stage. En effet, la vision des directeurs doit composer avec les réalités des différents acteurs : les autorités de tarification ne trouveront pas forcément la convention suffisante pour s'inscrire dans leurs objectifs de coopération, les conseils d'administration pourraient trouver la logique de coopération trop contraignante, les agents pourraient ne pas être suffisamment rassurés par cet écrit et demander une clarification plus poussée. Cette mission m'a ainsi permis d'appréhender différemment la dimension stratégique des fonctions de directeur (3.2).

**Recommandation 8** : Prévoir un échéancier suffisamment souple pour adapter l'instrument choisi aux conseils des autres acteurs du territoire.

## 3.2 L'impact de la coopération dans le futur exercice du métier de directeur

### 3.2.1 Le rôle stratégique du directeur d'établissement soutenu par la coopération

Le regroupement des établissements est une tendance qui se dessine au niveau national. Plusieurs formes de regroupement sont mises en œuvre : les intérimis qui se prolongent, les directions communes en progression « de 42% sur 2014-2017 »<sup>171</sup>, les fusions d'établissements. « *Le jeu des remplacements de directeurs permet également aux A.R.S. de construire des coopérations en nommant des directeurs sur des directions communes.* »<sup>172</sup> Dans le secteur sanitaire, les G.H.T. bien qu'instruments de coopération fonctionnelle forcent le paysage hospitalier à se redessiner. Avec le développement d'une approche par le seuil capacitaire, les orientations des pouvoirs publics à tous les niveaux s'accordent à encourager ces regroupements. Cette tendance n'est-elle que passagère ou va-t-elle inspirer un changement de modèle des E.H.P.A.D. ? Elle pourrait signer la fin des petits E.H.P.A.D. familiaux, leur déshumanisation.

Impulsées par la réforme de la tarification et soutenues par une évolution de la politique vers le maintien à domicile, les réflexions sur la modernisation des E.H.P.A.D. abondent. Au premier semestre 2018, les rapports institutionnels se sont multipliés. Le « rapport Ricordeau » constate un renforcement du mouvement de coopération dans le secteur public et recommande à la ministre des solidarités et de la santé de « *soutenir [cette] réflexion stratégique engagée [...] car le risque existe que le mouvement naturel soit trop lent en regard des enjeux à venir* ». <sup>173</sup> Cependant, imposer un modèle de coopération, comme dans le secteur sanitaire, serait malvenu, car il ne permettrait pas une adaptation aux enjeux de chaque territoire. Le législateur pourrait « *impulser sur la trajectoire de la coopération, mais il doit laisser aux acteurs de terrain, en fonction des actions, le choix du mode de coopération. Ou alors il [pourrait] proposer une arborescence : pour tel type d'action, il indique le mode de coopération le plus adapté* »<sup>174</sup> sur le modèle du guide de la coopération de la F.H.F.<sup>175</sup>.

---

<sup>171</sup> QUEGUINER T., 2018, « Le nombre de directions communes ne cesse de croître progressant de 42% sur 2014-2017 », *Hospimedia*, [visité le 31/05/2018], disponibilité : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180531-gestion-le-nombre-de-directions-communes-ne-cesse>.

<sup>172</sup> RICORDEAU P., 2018, *Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)*, Inspection générale des affaires sociales, p. 30.

<sup>173</sup> Ibid., p. 41.

<sup>174</sup> Entretien mémoire avec la déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y., du 15/05/2018.

<sup>175</sup> FEDERATION FRANCAISE DE FRANCE, 2017, *Boîte à outils des coopérations à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux*, Les éditions de la Fédération Hospitalière de France, 72 p.

Toutefois, cette recommandation n'est pas à destination des directeurs, dont le rôle n'est pas de définir les politiques publiques. La dimension stratégique de leurs fonctions est davantage liée au terrain. Ils doivent jongler avec différentes injonctions paradoxales : « *mutualisation et proximité* »<sup>176</sup>, standardisation et personnalisation. Les normes réglementaires qui se multiplient et la tendance aux mutualisations orientent les prestations vers une qualité standardisée. Toutefois, la personnalisation de l'accompagnement des résidents est au cœur de l'approche parcours, encouragée par les pouvoirs publics. Elle repose sur une adaptation des pratiques aux besoins de chaque résident. Les directeurs doivent construire leur propre équilibre entre ces injonctions paradoxales et peuvent le diffuser à travers les instruments de coopération. En effet, en se regroupant à leur « *manière* »<sup>177</sup>, les directeurs proposent un modèle d'E.H.P.A.D. adapté aux besoins du territoire, tels qu'ils les identifient.

### **3.2.2 Une logique de coopération à adapter au territoire**

Si la coopération peut être encouragée, les pouvoirs publics ne doivent pas céder à la tentation de « *généralisation* »<sup>178</sup> de ces innovations. Le modèle du G.E.P.Y. est pertinent sur le département de l'Yonne mais ne le serait pas forcément ailleurs. L'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté et la F.H.F. ont tenté d'impulser une logique de coopération similaire sur les autres départements de la région, mais les résultats sont mitigés.

*« Dans la Nièvre, il y a beaucoup de directeurs d'E.H.P.A.D. autonomes, ce message n'a pas pris, ça a fait un flop. En Côte d'Or, les directeurs d'E.H.P.A.D. autonomes sont très peu nombreux et éparpillés, ils ont donc adhéré au G.H.T. En Saône-et-Loire ça a pris, pour tous les directeurs, mais c'était l'initiative de la F.H.F. et de l'A.R.S., pas celle des directeurs, qui ont demandé un grand appui. La F.H.F. a repris le dossier, en assurant les réunions. La mise en place du G.C.S.M.S. a été longue. [...] La coopération ne se décrète pas aussi. »*<sup>179</sup>

---

<sup>176</sup> LESPEZ V., 2018, « Les directeurs d'EHPAD, entre mutualisation et proximité », *Gerontonews*, [visité le 05/03/2018], disponibilité : <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ1P3J5JH>.

<sup>177</sup> Entretien mémoire avec le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y., du 30/05/2018.

<sup>178</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p. 139.

<sup>179</sup> Entretien mémoire avec la Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018.

Pour la déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté<sup>180</sup>, le G.C.S.M.S. est adapté pour les départements avec beaucoup d'E.H.P.A.D. publics autonomes, soit l'Yonne et la Saône-et-Loire (voir l'annexe 10 : Carte des E.H.P.A.D. publics de Bourgogne Franche-Comté). Lorsque les E.H.P.A.D. sont majoritairement rattachés aux hôpitaux, comme en Côte d'Or, dans le Doubs et dans le Jura, la coopération s'organise avec le secteur sanitaire. Dans la Nièvre, en raison de l'éparpillement des E.H.P.A.D. publics autonomes, le choix a été fait de lier leur coopération au G.H.T. En Haute-Saône, il n'y a plus d'E.H.P.A.D. publics autonomes depuis que « *le Président du Conseil départemental a fait le choix* » de rattacher tous les E.H.P.A.D. publics au Centre hospitalier, parce que « *c'est un territoire très rural* »<sup>181</sup>.

**Recommandation 5 bis :** Choisir une forme de coopération adaptée aux caractéristiques du territoire, notamment la densité en établissements comparables.

Tant que le législateur ou les autorités de tarification n'imposeront pas un modèle de coopération, les directeurs pourront choisir leur propre modèle. Il n'y a pas un modèle type de coopération, une solution miracle, l'adaptation aux enjeux du terrain est une vraie force. Ce rôle de proposition relève bien des fonctions du directeur, puisque l'établissement qu'il dirige est un « *acteur économique* »<sup>182</sup> du territoire. Pour la F.H.F., le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social est un acteur de territoire, parmi d'autres, soumis à une « *responsabilité populationnelle* »<sup>183</sup>. Ainsi, « *la première mission à la prise de poste est de déterminer quel type ou modèle de coopération est le plus adapté à l'établissement* », en commençant par « *déterminer les axes de coopération* », qui permettront de « *déterminer la structure de coopération adaptée* »<sup>184</sup>. La coopération est ainsi un enjeu prégnant. Le directeur doit se préoccuper de développer les logiques de coopération existantes dès son arrivée dans un nouveau poste. Au-delà de la coopération avec les autres directeurs d'E.H.P.A.D., il doit s'interroger sur l'inscription de l'établissement dans son territoire et de son ouverture, c'est-à-dire de ses liens avec les autres acteurs du territoire (école, mairie, trésorerie, etc.).

**Recommandation 1 :** Dès l'arrivée sur un nouvel établissement, se renseigner sur son inscription dans le territoire, ses liens avec les autres acteurs du territoire.

<sup>180</sup> Intervention à l'E.H.E.S.P. sur les « GCSMS - Comment lutter contre l'isolement à la prise de poste ? », du 12/07/2018.

<sup>181</sup> Entretien mémoire avec la Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté, du 06/06/2018.

<sup>182</sup> Ibid.

<sup>183</sup> Déléguée générale adjointe de la F.H.F. Bourgogne Franche-Comté lors de l'intervention à l'E.H.E.S.P. sur les « GCSMS - Comment lutter contre l'isolement à la prise de poste ? », du 12/07/2018.

<sup>184</sup> Ibid.

## Conclusion

La coopération est un outil de l'intégration du système de santé, au même titre que la coordination, utilisé à un niveau macro, et la mutualisation. La coopération, outil de terrain, a une visée qualitative. Dans le département de l'Yonne, elle se définit comme l'aide que s'apporte réciproquement des entités autonomes et qui montent ainsi des projets en commun, les dépassant, sans pour autant porter atteinte à leur autonomie. Si les acteurs s'accordent sur la définition, leurs intérêts divergent, créant un espace de négociation. Une fois les acteurs prêts à négocier, une coopération peut naître. Il reste alors à en déterminer les actions, découlant des besoins, puis le territoire et enfin le degré de formalisation. En créant un outil de coopération, les acteurs de terrain promeuvent une certaine vision du secteur auprès des pouvoirs publics. Ainsi, la coopération entre la résidence Gandrille et la résidence du Moulin de l'Arche se développe à travers deux outils : le G.E.P.Y., G.C.S.M.S. couvrant la quasi-totalité des E.H.P.A.D. publics autonomes du département, et une coopération renforcée. La formalisation de cette dernière pourrait aboutir à une convention de coopération encadrant les futurs projets. L'objectif des directeurs de ces deux E.H.P.A.D. est d'améliorer la visibilité de leur coopération renforcée mais également de sanctuariser l'autonomie de leurs établissements.

Cette mission et ce mémoire m'ont ainsi permis de découvrir un nouvel aspect des fonctions de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Il est un acteur du territoire : ses actions ont un impact sur le territoire, lui conférant ainsi une certaine responsabilité. Dans une logique de parcours, les acteurs du territoire ont la responsabilité de fournir aux usagers un accompagnement fluide. Ainsi, le directeur d'E.H.P.A.D. a un rôle à jouer dans l'organisation de l'offre médico-sociale. Il est de sa responsabilité de coopérer avec les autres acteurs du secteur, qu'ils opèrent au même niveau que lui – autres E.H.P.A.D. – ou à des moments différents du parcours de la personne âgée – hôpital, secteur libéral, services à domicile et ensemble des acteurs participant au volet social de l'offre, telles les associations des aînés. Au-delà de cette coopération de terrain, il doit se faire force de proposition pour remonter les tendances et besoins qu'il observe du terrain aux pouvoirs publics, les éclairant ainsi dans leurs politiques.

La mise en place de coopérations pertinentes avec ses partenaires répond à une démarche de gestion de projet. Ainsi, cette dimension stratégique des fonctions de directeur se confronte aux enjeux opérationnels. Le directeur compose avec différents acteurs, tant externes qu'internes à l'établissement. A sa vision, il doit intercaler : les objectifs et décisions des autorités de tarification, les contraintes de l'établissements (notamment en termes financiers et de personnels). Pour que la mise en place d'un projet, même aussi stratégique qu'une coopération, soit un succès, le directeur doit prévoir une co-construction avec ces acteurs. A travers la validation par les instances, il s'assure qu'il n'y a pas d'obstacles prégnants. En restant disponible pour les agents, il améliore les conditions de réalisation des projets. Le directeur de la résidence du Moulin de l'Arche m'a appris que le directeur doit tenir ses décisions, en gardant toujours en tête son objectif final, mais qu'il doit être souple sur les modalités de mise en œuvre.



---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

Code de l'action sociale et des familles.

Loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

Question orale n° 1195S, DELFAU G., « Avenir des groupements de coopération sociale et médico-sociale », JO Sénat du 21/12/2006, p.3131.

## Rapports

AGENCE REGIONALE DE SANTE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE, Projet Régional de Santé 2018-2028 (P.R.S. 2), 2 juillet 2018.

RICORDEAU P., 2018, *Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)*, Inspection générale des affaires sociales, pp. 1-56.

## Ouvrages

BLOCH M.-A. et HENAUT L., 2014, « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, 336 p.

FEDERATION FRANCAISE DE FRANCE, 2017, *Boîte à outils des coopérations à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux*, Les éditions de la Fédération Hospitalière de France, 72 p.

PALIER B. et al., 2010, « Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique », Paris : L'Harmattan, coll. Logiques politiques.

## Articles

CASANOVAS G., 2009, « L'imposition des activités commerciales du Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale », *Actualités JuriSanté*, n° 64, pp. 12-15.

CORCUFF P., 1993, « Un OVNI dans le paysage français ? Eléments de réflexion sur l'évaluation des politiques publiques en France », *Politix, Affaires culturelles*, vol. 6 n° 24, pp. 190-209.

- COUTURIER Y. et al., 2011, « Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie », *Management & Avenir*, Vol. 7, No. 47, pp. 133-146.
- DE LARD B., 2009, « Les modalités de coopération dans le secteur médico-sociale », *Actualités JuriSanté*, n° 64, pp. 4-7.
- FRAZIER C., 2009, « Un exemple de Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale : le GCSMS du Centre Picardie, Un partenariat au service de nos aînés », *Actualités JuriSanté*, n° 64, pp. 21-23.
- GODDARD M. et al., 2017, « Integrated Care : a pill for all ills ? », *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 6, No. 1, pp. 1-3.
- HEMERY P., 2018, « Les acteurs de la santé doivent « retrouver l'esprit collectif » et « sortir de leurs postures » », *Hospimedia*, [visité le 16/01/2018], disponibilité : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180112-politique-de-sante-les-acteurs-de-la-sante>.
- KODNER D., 2009, « All together now : a conceptual exploration of integrated care », *Healthcare Quarterly, Special Issue*, Vol. 13, pp. 6-15.
- LESPEZ V., 2018, « Les directeurs d'EHPAD, entre mutualisation et proximité », *Gerontonews*, [visité le 05/03/2018], disponibilité : <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ1P3J5JH>.
- LEUTZ W., 1999, « Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom », *The Milbank Quarterly*, Vol. 11, No. 1, pp. 77-110.
- MARZOUG S., 2009, « Le GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale », *Actualités JuriSanté*, n° 64, p.3.
- MARZOUG S., 2009, « De l'objet du GCSMS, textes et exemples », *Actualités JuriSanté*, n° 64, pp. 8-11.
- MORET A., 2018, « Les professionnels sanitaires et médico-sociaux interrogent la pertinence de la réforme des Ehpads », *Hospimedia*, [visité le 06/07/2018], disponibilité : [http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180706-finance-les-professionnels-sanitaires-et-medico-sociaux-interrogent?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180706-finance-les-professionnels-sanitaires-et-medico-sociaux-interrogent?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget).
- QUEGUINER T., 2018, « Le nombre de directions communes ne cesse de croître progressant de 42% sur 2014-2017 », *Hospimedia*, [visité le 31/05/2018], disponibilité : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180531-gestion-le-nombre-de-directions-communes-ne-cesse>.
- SEGUI-SAULNIER S., 2009, « GCS ou GCSMS : quel choix pour les dirigeants des établissements médico-sociaux ? », *Actualités JuriSanté*, n° 64, pp. 16-20.

TROUVE H. et al., 2010, « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? », *Géographie, économie, société*, Vol. 12, No. 1, pp. 31-52.

TROUVE H. et al., 2014, « L'intégration des services gérontologiques en France et au Québec : le rôle des agences régionales de santé », *Vie sociale*, Vol. 2, No. 6, pp. 55-72.

VALENTIN P. P., 2013, « Understanding integrated care : a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care », *International Journal of Integrated care*, Vol. 13, p. 1-12.

### **Mémoires**

ALILI S., 2008, *Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale, un outil fonctionnel de coopération ? L'exemple du GCSMS « Les EHPAD publics du Val-de-Marne*, Mémoire DESS, EHESP, 122 p.

MARMOUSET J., 2010, *Quelle place pour l'établissement médico-social dans la filière de soins gériatriques ? L'incidence des groupements de coopération sur le territoire de l'Auxerrois et de la Puisaye*, Mémoire DESSMS, EHESP, 74 p.



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Arborescence des recommandations.

Annexe 2 : Fiche établissement – Résidence Gandrille en Bel Air.

Annexe 3 : Fiche établissement – Résidence du Moulin de l'Arche.

Annexe 4 : Liste des matériaux empiriques.

Annexe 5 : Questionnaire flash à destination du personnel de la résidence Gandrille en Bel Air.

Annexe 6 : Résultats des questionnaires flash.

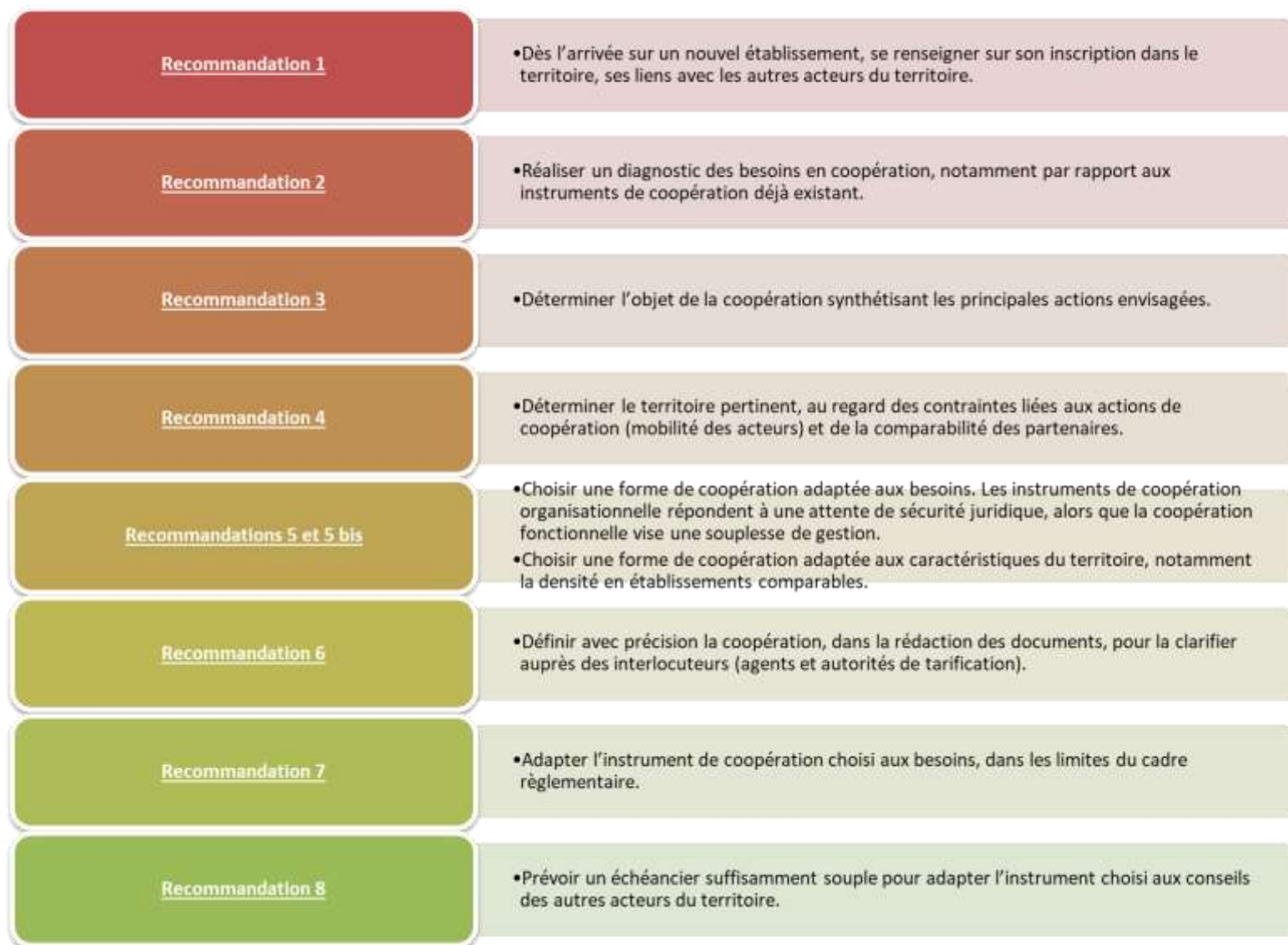
Annexe 7 : Grilles d'entretiens.

Annexe 8 : Projet de convention de coopération entre les résidences du Moulin de l'Arche et Grandille.

Annexe 9 : Carte des G.H.T. de Bourgogne Franche-Comté.

Annexe 10 : Carte des E.H.P.A.D. publics de Bourgogne Franche-Comté.

Annexe 1 : Arborescence des recommandations.





Nom : Résidence Gandrille en Bel Air.

Type d'établissement : E.H.P.A.D. public autonome.

Présidence du Conseil d'administration : Président du syndicat Gandrille.

Localité : Saint-Sauveur-en-Puisaye, commune de 900 habitants.

Offre		
Type d'offre	Nombre de lits/places	Taux d'occupation en 2017
Hébergement permanent	91	99,45%
Hébergement temporaire	2	77%
Pôle d'activités et de soins adaptés	14	Non applicable
Accueil de jour Alzheimer	6	91,53%
Equipe spécialisée Alzheimer	10	106,55%
Service de soins infirmiers à domicile	32	
Service de portage de repas à domicile	60	Non applicable
Café des aidants Alzheimer	8	Création en 2018

Profil du public accueilli à l'E.H.P.A.D., en hébergement permanent, données validées au 21 juin 2018 :

- GMP : 735.
- PMP : 263.

ETP globaux de l'établissement (toutes offres confondues) : 82,45 (dont 11,50 pour le service de soins infirmiers à domicile et l'équipe spécialisée Alzheimer).

- Administration : 4,50.
- Médecin coordonnateur : 0,40.
- Cadre de santé et infirmières coordinatrices : 1,50.
- Kinésithérapeute : 0,10.
- Psychologue : 0,65.
- Assistants de soins en gérontologie : 5,50.
- Agents des services hospitaliers : 19 dont 10,50 faisant fonction d'aides-soignants.
- Agents du service technique : 2.
- Agents de la cuisine : 11.
- Aides-soignants : 24,50.
- Infirmiers diplômés d'Etat : 6,50.
- Agents du service animation : 1,80.
- Contrats aidés : 5.

Budget :

- Principal (E.H.P.A.D. et accueil de jour Alzheimer) : 4 070 000€ ; dont 2 070 000€ pour la section hébergement, 600 000€ pour la section dépendance et 1 400 000€ pour la section soins.
- Annexe (service de soins infirmiers à domicile et équipe spécialisée Alzheimer) : 600 000€.
- Annexe (dotation non affectée : exploitation du domaine et service de portage de repas) : 100 000€.

Annexe 3 : Fiche établissement – Résidence du Moulin de l'Arche

Nom : Résidence du Moulin de l'Arche.  
Type d'établissement : E.H.P.A.D. public autonome.  
Président du Conseil d'administration : maire de Saint-Fargeau.  
Localité : Saint-Fargeau, commune de 1 650 habitants.



Offre		
Type d'offre	Nombre de lits/places	Taux d'occupation en 2017
Hébergement permanent	62	99,80%
Service de portage de repas à domicile	50	Non applicable
« Pause Café des Aidants de Puisaye » (café des aidants Alzheimer)	8	Création en 2018

Profil du public accueilli à l'E.H.P.A.D., en hébergement permanent, dernières données prises en compte pour la tarification (2014) :

- GMP : 787.
- PMP : 179.

ETP globaux de l'établissement (toutes offres confondues) : 41,80.

- Administration : 3.
- Animation : 1,60.
- Médecin coordonnateur : 0,30.
- Psychologue : 0,20.
- Infirmière coordinatrice : 0,50.
- Infirmiers diplômés d'Etat : 2,80.
- Aides-soignants : 13.
- Agents des services hospitaliers : 12,70 dont 7,80 faisant fonction d'aides-soignants.
- Agents du service technique : 2.
- Agents de la cuisine : 5,70.

Budget : 2 500 000€.

- Section hébergement : 1 260 000€.
- Section dépendance : 400 000€.
- Section soins : 780 000€.



Annexe 4 : Liste des matériaux empiriques

Enquête exploratoire		
Matériaux	Date	Fonction de ou des interlocuteur(s)
Rencontres d'information avec les autorités de tarification	15/01/2018	Déléguée territoriale de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté dans l'Yonne
		Inspectrice de l'action sanitaire et sociale de la Direction de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté rattachée à la délégation territoriale de l'Yonne
	16/02/2018	Responsable du Département Organisation de l'Offre Personnes Agées - Direction de l'autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté
	23/02/2018	Cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne
Cheffe du service aide sociale à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne		
Entretiens avec des professionnels mutualisés du G.E.P.Y.	16/01/2018	Infirmière hygiéniste de l'équipe mobile de territoire de l'Yonne (financement A.R.S.)
	17/01/2018	Conseillère hôtelière du G.E.P.Y.
	22/01/2018	Informaticien du G.E.P.Y.
Questionnaire flash sur la coopération	Du 15/01/2018 au 15/02/2018	Personnels des Résidences du Moulin de l'Arche et Gandrille en Bel Air

Extraits du journal de terrain		
Matériaux	Date	Fonction de ou des interlocuteur(s)
Bureaux du G.E.P.Y.	07/12/2017 17/05/2018	Directeurs des E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y.
Anniversaire de la M.A.I.A. de l'Yonne	27/02/2018	Déléguée territoriale de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté dans l'Yonne
		Directeur Autonomie Handicap Dépendance du Conseil départemental de l'Yonne
		Pilote M.A.I.A. de l'Yonne
Réunion de travail avec le Conseil départemental et l'A.R.S. sur la coopération entre les Résidences du Moulin de l'Arche et Gandrille en Bel Air	09/03/2018	Directeur Autonomie Handicap Dépendance du Conseil départemental de l'Yonne Cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne Inspectrice de l'action sanitaire et sociale de la Direction de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté rattachée à la délégation territoriale de l'Yonne
Repas de travail	26/04/2018	Directrice du foyer de l'enfance d'Auxerre et administratrice du G.C.S.M.S. Handicap

Assemblée générale du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie	19/06/2018	Directeur d'un E.H.P.A.D. privé lucratif
Intervention à l'E.H.E.S.P. sur les « GCSMS - Comment lutter contre l'isolement à la prise de poste ? »	12/07/2018	Déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y.
		Directrice du foyer de l'enfance d'Auxerre et administratrice du G.C.S.M.S. Handicap
		Administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y.

Entretiens mémoire		
Catégorie d'acteurs	Date de l'entretien	Fonction de l'interlocuteur
Autorités de tarification	06/06/2018	Directrice de l'Autonomie de l'A.R.S. Bourgogne Franche-Comté
	15/06/2018	Cheffe de la tarification à la Direction Autonomie Handicap Dépendance, Pôle des Solidarités Départementales du Conseil départemental de l'Yonne
Directeurs	02/05/2018	Délégué général du G.E.P.Y.
	15/05/2018	Déléguée générale adjointe F.H.F. Bourgogne Franche-Comté et première administratrice du G.E.P.Y.
	18/05/2018	Administrateur du G.E.P.Y. et directeur de deux E.H.P.A.D. adhérents au G.E.P.Y.
	30/05/2018	Directeur de la résidence du Moulin de l'Arche et par intérim d'un autre E.H.P.A.D. adhérent au G.E.P.Y.
	31/05/2018	Directeur de la résidence Gandrille en Bel Air et administrateur suppléant du G.E.P.Y.
Personnels	09/05/2018	Cadre de santé de la résidence Gandrille en Bel Air
	25/05/2018	Adjointe des cadres de la résidence Gandrille en Bel Air
	28/05/2018	Adjointe des cadres de la résidence du Moulin de l'Arche
	30/05/2018	Infirmière coordinatrice de la résidence du Moulin de l'Arche
	30/05/2018	Représentante permanente syndicale de la C.F.D.T., détachée de la résidence du Moulin de l'Arche
Usagers	09/05/2018	Résident de la résidence Gandrille en Bel Air
	05/06/2018	Présidente du Conseil de la vie sociale de la résidence du Moulin de l'Arche

Annexe 5 : Questionnaire flash à destination du personnel de la résidence Gandrille en Bel Air.



RESIDENCE GANDRILLE EN BEL AIR  
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

18 Route de Ouanne • 89520 Saint-Sauveur-en-Puisaye  
Tél : 03.86.45.51.32 Fax : 03.86.45.66.59  
Email : contact@residence-gandrille.fr

QUESTIONNAIRE SUR LA COOPERATION ENTRE SAINT-SAUVEUR ET SAINT FARGEAU

POUR LE 15 FEVRIER

*Ce questionnaire a pour but de rendre compte des besoins de l'ensemble des services. Il est anonyme et à retourner dans l'urne en salle à manger du personnel. Je suis disponible pour échanger à ce propos.*

*Mme Colletto*

**Le rapprochement entre les EHPAD de Saint-Sauveur et Saint Fargeau**

Le rapprochement entre les deux EHPAD est guidé par la proximité géographique.

Sur ces deux territoires proches interviennent déjà des services uniques (ESA, SSIAD, ADJA).

L'intérêt pour les EHPAD est de développer l'entraide, de mettre en commun les idées et les ressources.

La coopération en 2017 : le partage de ressources

Animations en commun

Repas à domicile

Responsable hôtelier

Agents contractuels hôteliers (remplacement)

Astreintes (direction et technique)

Appels à projet → café des aidants

Des pistes éventuelles pour 2018 :

Recruter un soignant volontaire pour assurer les remplacements sur les deux EHPAD ?

Mutualiser certaines pratiques, en augmentant les stages dans l'établissement voisin et les moments de convivialité entre professionnels ?

**Questionnaire flash**

Qu'est-ce que le rapprochement avec l'EHPAD de Saint-Fargeau vous évoque ?

Y a-t-il un intérêt pour le résident, le personnel et/ou l'établissement ?

Quelles sont vos craintes liées à ce rapprochement ?

Pour vous, quels projets ou activités doivent être rapprochés ?

Les pistes pour 2018 vous semblent-elles intéressantes ?

## Annexe 6 : Résultats des questionnaires flash

- Méthode :

Des questionnaires « flash » similaires ont été distribués dans les 2 EHPAD, mi-janvier. Le questionnaire repose sur des questions ouvertes, pour inviter à la réflexion, il est anonyme. Les agents avaient jusqu'au 15 février pour y répondre. Une communication a été faite lors de la distribution puis 15 jours avant l'échéance (communication orale + écrite via les logiciels et les cahiers de transmission).

- Participation :

Sur 82 ETP à Saint-Sauveur (pour 98 agents, en comptant ceux en CLM), il y a eu 27 réponses ; soit un taux de réponse de 33% (sur les ETP).

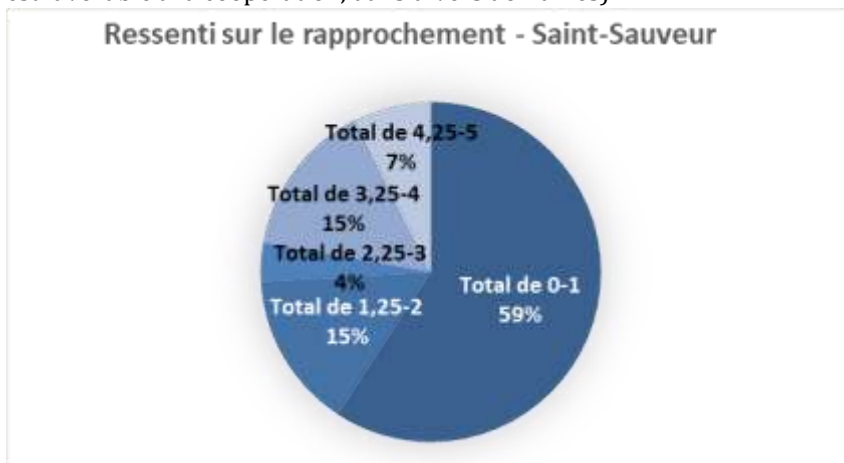
A Saint Fargeau, avec 41 ETP (pour une cinquantaine d'agents), il y a eu 11 réponses ; soit un taux de 27%.

L'abstention assez conséquente est classique pour ce type d'enquête (questionnaire anonyme, pour recueillir l'avis des agents sur le cadre de leur travail). En raison de la longue période laissée pour répondre, l'absence d'un agent (sauf CLM ou autre type d'absence longue) ne peut expliquer son absence de réponse. L'abstention peut alors exprimer un désintérêt pour le sujet ou un refus de se prononcer sur ce sujet.

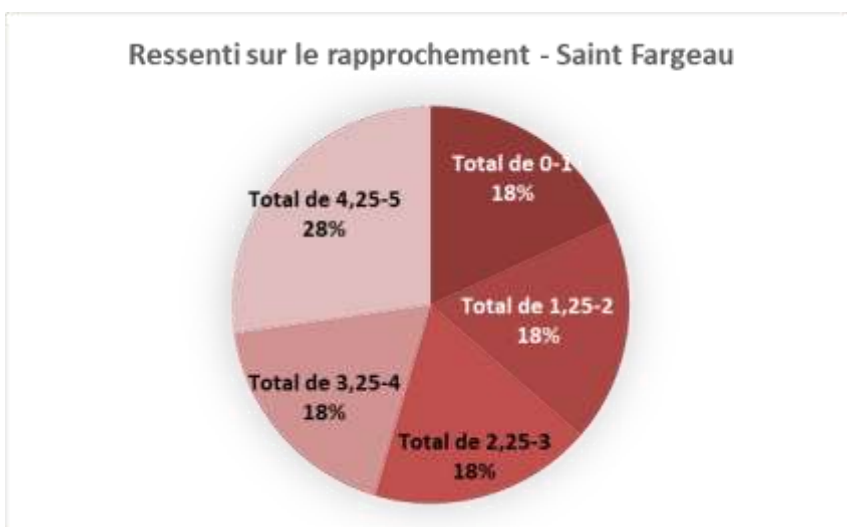
- Analyse des résultats :

### Avis global sur la coopération

En fonction des réponses, j'ai noté l'avis global sur le principe de la coopération entre les 2 EHPAD. Notation de 1 (l'agent n'est favorable à aucune forme de coopération, dans aucun domaine) à 5 (l'agent est favorable à la coopération, dans divers domaines).



A Saint-Sauveur, la moyenne des notes est de 1,55 ; les agents ayant répondu sont défavorables à la coopération. En effet, 16 des 27 répondants ont un avis très négatif (note 1) et 7 ont un avis positif à très positif (notes 3 à 5).



A Saint Fargeau, la moyenne des notes est de 3 ; les agents ayant répondu sont plutôt neutres face à la coopération. La répartition des notes est plutôt équilibrée, avec 2 agents par tranche de notes et 3 pour plus de 4.

Au total, la moyenne des notes est de 2 ; les agents sont plutôt défavorables à la coopération.

### Analyse par questions

#### Qu'est-ce que le rapprochement vous évoque ?

12/38 : « du négatif ».

7 agents l'associent à une « surcharge de travail ».

5 y voient une fusion d'établissement et du personnel.

4 considèrent que cela annonce une mutualisation des contractuels remplaçants.

4 agents y voient une source d'économies.

#### Y a-t-il un intérêt pour le résident, le personnel et/ou l'établissement ?

Dans la globalité	Pour le résident	Pour le personnel	Pour l'établissement
<b>19/38 : pas d'intérêt</b>	4 agents soulignent que les résidents n'aiment pas le changement et qu'ils pourraient en ressentir une perte de repères.	7/38 : amélioration/échange des pratiques	5/38 : partager les projets, investissements, ressources
	2/38 : rencontres et activités en commun	2/38 : offrir un temps plein aux personnels contractuels	
	2/38 : échanges, changement temporaire d'environnement		

#### Quelles sont vos craintes liées à ce rapprochement ?

8/38 : dysfonctionnement dans le service.

8/38 : sentiment négatif.

3/38 : des iniquités financières. Un agent a explicitement écrit qu'il craignait que Saint-Sauveur ne supporte financièrement des charges ne concernant pas l'EHPAD.

2/38 : une perte d'identité et du rythme de chaque établissement.

2/38 : des pratiques (trop) uniformisées.

2/38 : la mobilité obligeant à faire de nombreux déplacements avec le véhicule personnel.

#### Pour vous, quels projets ou activités doivent être rapprochés ?

14/38 : aucun.

9/38 : animation et sorties.

2/38 : réunions d'échanges de pratiques.

2/38 : tout ce qui peut être mutualisé.

2/38 : l'achat de matériel.

2/38 : les services de lingerie, de cuisine, technique, de bio-nettoyage.

#### Les pistes pour 2018 (Recruter un soignant volontaire pour assurer les remplacements sur les deux EHPAD ? – Mutualiser certaines pratiques, en augmentant les stages dans l'établissement voisin et les moments de convivialité entre professionnels ?) vous semblent-elles intéressantes ?

21/38 : non.

9/38 : oui.

Un agent reconnaît qu'il ne sait pas. Un autre qu'il est prêt à essayer. Un autre que ces pistes ne soient basées que sur le volontariat.

Certains agents ont soumis des idées :

- développer le culturel
- uniquement la formation pool de remplacement.

1. Pour les autorités de tarification

*La coopération entre EHPAD peut revêtir de multiples formes. Dans l'Yonne, le GEPY (Groupement des EHPAD Publics de l'Yonne) s'étend sur tout le département et regroupe 21 établissements. Les EHPAD de Saint-Sauveur et de Saint-Fargeau sont amenés à coopérer de façon plus étroite. Leurs directeurs souhaitent formaliser cette coopération pour la pérenniser. Pour mieux comprendre les enjeux de la coopération pour ces deux EHPAD, je souhaite recueillir le point de vue de différents acteurs : autorités de tarification, directeurs, personnels et usagers.*

**La coopération en général :**

Dans le contexte réglementaire actuel, quelle est la place de la coordination entre établissements dans l'Yonne ?

A votre sens, quel est le territoire le plus pertinent pour la coopération (canton, département) ?

De quelle manière votre institution contribue-t-elle à cette coopération ? Quel est son rôle dans cette coopération ? Quelles sont les directions/services investis dans la coopération ? De quelle manière ? Quelle est la place de votre poste/travail dans cette coopération ?

Quel est l'historique des dynamiques de coopération sur le territoire ? A quel niveau se retrouvent ces dynamiques de coopération ? Quelles sont les institutions impliquées ?

**Le GEPY :**

Avez-vous connaissance du GEPY ? Si oui, quel est son principal objet ?

Quel est le principal apport du GEPY ? Et pour qui ?

Comment pensez-vous que le GEPY a évolué depuis sa création en 2009 ?

A l'origine, le GEPY regroupait 11 EHPAD, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, il regroupe 21 EHPAD. Que pensez-vous de l'extension du GEPY ?

Quelles sont les limites du GEPY ?

**La coopération au concret :**

D'après votre expérience, quel est l'intérêt pour les établissements de coopérer ?

Quels sont les services qui ont le plus intérêt à coopérer de façon formelle ? Des services différents (EHPAD, CH, écoles, mairies, etc.) auraient-ils intérêt à coopérer ?

Quel est l'intérêt de la coopération pour les usagers ?

Avez-vous identifié des freins, des craintes à la coopération ? Des facteurs facilitateurs ?

Avez-vous connaissance d'une coopération renforcée entre les EHPAD de Saint-Sauveur et de Saint-Fargeau ?

En quoi une coopération plus resserrée entre ces deux établissements est-elle une opportunité ?

Quels sont les activités, les projets pour lesquels une coopération resserrée est plus avantageuse ?

Quelle forme la coopération entre les 2 EHPAD pourrait-elle revêtir (formalisme, souplesse, durabilité) ?

Quel lien pourrait-il exister entre le GEPY et une coopération renforcée ?

Quel territoire est-il le plus pertinent pour une coopération rapprochée (nombre d'établissements, en termes de km, de comparabilité d'établissement) ?

2. Pour les directeurs

*La coopération entre EHPAD peut revêtir de multiples formes. Dans l'Yonne, le GEPY (Groupement des EHPAD Publics de l'Yonne) s'étend sur tout le département et regroupe 21 établissements. Les EHPAD de Saint-Sauveur et de Saint-Fargeau sont amenés à coopérer de façon plus étroite. Leurs directeurs souhaitent formaliser cette coopération pour la pérenniser. Pour mieux comprendre les enjeux de la coopération pour ces deux EHPAD, je souhaite recueillir le point de vue de différents acteurs : autorités de tarification, directeurs, personnels et usagers.*

**La coopération en général :**

Pourriez-vous m'expliquer succinctement vos fonctions et me décrire les établissements que vous dirigez ?

Quelle place la coopération (entendue largement) occupe-t-elle dans votre activité professionnelle ?

Quelles sont les différentes formes sous lesquelles la coopération peut exister (*non seulement celles dans les textes, mais aussi les formes de coopération informelles*) ?

Sous quelles formes les établissements que vous dirigez coopèrent-ils entre eux ? *Avec d'autres établissements sur le territoire ? Comment ces coopérations se sont-elles construites ?*

Quel est le territoire pertinent de la coopération ? *Y a-t-il un seul territoire pertinent ou des territoires pertinents ?*

Quels sont les établissements/services qui ont le plus intérêt à coopérer de façon formelle/informelle ? *Des services différents (EHPAD, CH, écoles, mairies, etc.) auraient-ils intérêt à coopérer ?*

Quels sont les avantages des coopérations formelles/informelles ?

### Le GEPY :

Quel est le principal objet du GEPY ?

Quel est le principal apport du GEPY pour votre établissement ?

Pourquoi et comment votre établissement a-t-il adhéré au GEPY ?

Comment pensez-vous que le GEPY a évolué depuis sa création en 2009 ?

Que pensez-vous de l'extension du GEPY ?

Quelles sont les limites du GEPY ?

### La coopération au concret :

Avez-vous connaissance d'une coopération renforcée entre les EHPAD de Saint-Sauveur et de Saint-Fargeau ? *Votre établissement coopère-t-il avec un autre établissement en particulier ?*

En quoi une coopération plus resserrée entre ces deux établissements est-elle une opportunité ?

Quels sont les activités, les projets pour lesquels une coopération resserrée est plus avantageuse ?

Quelle forme la coopération entre les 2 EHPAD pourrait-elle revêtir (formalisme, souplesse, durabilité) ?

Quel lien pourrait-il exister entre le GEPY et une coopération renforcée ?

Quel territoire est-il le plus pertinent pour une coopération rapprochée (nombre d'établissements, en termes de km, de comparabilité d'établissement) ?

D'après votre expérience, quelles sont les freins, des craintes à la coopération ? Les éléments facilitateurs ?

Quels sont les leviers pour un directeur pour agir sur ces craintes, sur ces freins ?

Quel est l'intérêt/le sens des coopérations ? *Est-ce quelque chose d'inéluctable dans le contexte actuel ? (Raisons stratégiques, financières, ...)*

Et l'usager dans tout ça ? Quel est l'intérêt de la coopération pour les usagers ?

### 3. Pour les personnels

*Chaque coopération est différente. Dans l'Yonne, le GEPY (Groupement des EHPAD Publics de l'Yonne) s'étend aujourd'hui sur tout le département et regroupe de nombreux établissements (21). Les EHPAD de Saint-Sauveur et de Saint-Fargeau sont amenés à coopérer plus particulièrement. Leurs directeurs souhaitent formaliser cette coopération pour la pérenniser. Pour mieux comprendre les enjeux de la coopération pour ces deux EHPAD, je souhaite recueillir le point de vue de différents acteurs : autorités de tarification, directeurs, personnels et usagers. Les réponses que vous m'apporterez n'engagent que votre avis personnel et sont anonymes.*

### La coopération en général :

Pourriez-vous me décrire votre poste et vos missions au sein de l'établissement ?

Dans le contexte réglementaire actuel, quelle est la place de la coordination entre établissements sur le territoire de l'Yonne ? Quel est le territoire pertinent de la coopération ?

Quel est l'historique des coopérations sur le territoire ? Quelles ont été les évolutions ?

### Le GEPY :

Avez-vous connaissance du GEPY ? Si oui, quel est son principal objet ?

Quel est le principal apport du GEPY ? Et pour qui ?

Comment pensez-vous que le GEPY a évolué depuis sa création en 2009 ?

A l'origine, le GEPY regroupait 11 EHPAD, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, il regroupe 21 EHPAD. Que pensez-vous de l'extension du GEPY ?

Quelles sont les limites du GEPY ?

### La coopération renforcée :

D'après votre expérience, quel est l'intérêt pour les établissements de coopérer ?

Quels sont les services qui ont le plus intérêt à coopérer de façon formelle ? Des services différents (EHPAD, CH, écoles, mairies, etc.) auraient-ils intérêt à coopérer ?

Quel est l'intérêt de la coopération pour les usagers ?

Avez-vous identifié des freins, des craintes à la coopération ? Des facteurs facilitateurs ?

Comment les EHPAD de Saint-Sauveur et de Saint-Fargeau travaillent-ils en commun ?

En quoi une coopération plus resserrée entre ces deux établissements est-elle avantageuse ?

Quels sont les activités, les projets pour lesquels une coopération entre ces deux EHPAD est nécessaire ?

La coopération qui existe entre les 2 EHPAD a-t-elle intérêt à se formaliser ? Quelle forme la coopération entre les 2 EHPAD pourrait-elle revêtir (formalisme, souplesse, durabilité) ?

Quel lien pourrait-il exister entre le GEPY et une coopération renforcée ?

La coopération renforcée entre ces deux EHPAD devrait-elle dépasser les 2 établissements ou au contraire se concentrer sur ces 2 établissements ?

#### 4. Pour les usagers

*Dans le cadre de ma formation de directrice de maison de retraite, je dois rédiger un mémoire. J'ai choisi le thème de la coopération entre les maisons de retraite. J'ai des entretiens avec différentes personnes (conseil départemental, directeurs, soignants, ...). Je souhaiterais connaître votre avis.*

Depuis combien de temps êtes-vous à la maison de retraite ?

Savez-vous que la maison de retraite coopère avec d'autres maisons de retraite ? Elles ont des projets en commun (blanchisserie) et du personnel en commun (informaticien). Elles organisent aussi des rencontres pour les professionnels (formation, échanges).

Pensez-vous que la coopération entre maisons de retraite soit utile ?

La coopération permet aussi de faire des animations en commun, de visiter d'autres maisons de retraite. Avez-vous déjà été invité dans d'autres maisons de retraite ? Appréciez-vous les activités en commun ?

Pensez-vous que la maison de retraite puisse coopérer dans d'autres domaines ?

Y a-t-il des domaines pour lesquelles il est mieux que la maison de retraite reste autonome ?



Annexe 8 : Projet de convention de coopération entre les résidences du Moulin de l'Arche et Grandille.



*Résidence du Moulin de l'Arche*  
*EHPAD de Saint-Fargeau*

---



**RESIDENCE GANDRILLE EN BEL AIR**

# CONVENTION DE COOPERATION

Convention en date du [INSERER LA DATE]

## Table des matières

Préambule .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>	XV
Article 1 – Identification des membres .....		XVII
Article 2 – Objet .....		XVII
Article 3 – Durée .....		XVIII
Article 4 – Méthode .....		XVIII
Article 5 – Gouvernance .....		XVIII
Article 6 – Avenir de la convention .....		XVIII
Article 7 – Litiges .....		XIX

Vu l'article L312-7 du Code de l'action sociale et des familles

Vu la délibération du Conseil d'administration de la Résidence du Moulin de l'Arche du  
[INSERER LA DATE]

Vu la délibération du Conseil d'administration de la Résidence Gandrille en Bel Air du  
[INSERER LA DATE]

## **Préambule**

De par leur proximité géographique et du partage de visions des établissements, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.) de Saint-Fargeau et de Saint-Sauveur-en-Puisaye sont amenés à coopérer depuis de nombreuses années. Ces Résidences partagent des valeurs, celles du service public et de l'entraide ; l'intérêt de l'utilisateur est au cœur de leur philosophie d'accompagnement.

Cette coopération s'est développée de façon informelle, projet par projet, au gré des besoins. Pour plus de lisibilité et pour apporter un cadre, les directeurs ont choisi de la formaliser. Après une phase de réflexion, le choix s'est porté sur une coopération fonctionnelle (sans création d'une personnalité juridique) plutôt qu'une coopération institutionnelle (type groupement de coopération sociale et médico-sociale ou groupement d'intérêt public). Malgré l'avantage de stabilité et de sécurité juridique qu'apporte la création d'une personnalité juridique, la convention de coopération a été préférée. Elle permet de garder souplesse et adaptabilité à l'évolution des besoins des établissements.

Cette convention n'a pas vocation à être un outil de l'organisation de l'offre, qui reste de la compétence des autorités de tarification. Elle n'est pas une étape vers une direction commune ou une fusion. Cette convention n'est également pas un contrat de prestation. Si le principe de la coopération est un objectif fixé par les autorités de tarification, auquel la présente convention répond, l'objet et les modalités de cette coopération restent à l'initiative des Résidences.

Cette coopération n'est pas exclusive, les établissements peuvent coopérer individuellement avec d'autres acteurs. Toutefois, la coopération entre la Résidence du Moulin de l'Arche et la Résidence Gandrille est un objectif privilégié.

La coopération s'entend ici comme une *modalité de collaboration entre des entités juridiques autonomes, concrétisée par un projet, des valeurs et une gouvernance partagés et traduite par des instruments juridiques appropriés.*

## **Article 1 – Identification des membres**

La présente convention est établie entre :

### **D'une part,**

La Résidence du Moulin de l'Arche/EHPAD de Saint-Fargeau, représentée par son Directeur,

Sise 6, rue du Moulin de l'Arche, 89170 SAINT-FARGEAU,

Ci-après désignée par « la Résidence du Moulin de l'Arche »

### **Et**

La Résidence Gandrille en Bel Air, représentée par son Directeur,

Sise 18 route de Ouanne, 89520 SAINT-SAUVEUR-EN-PUISAYE,

Ci-après désignée par « la Résidence Gandrille ».

### **D'autre part.**

## **Article 2 – Objet**

La coopération entre la Résidence du Moulin de l'Arche et la Résidence Gandrille vise à promouvoir la qualité de l'accompagnement des usagers de leurs établissements ou concernés par leur projet. La convention n'encadre donc que les projets de création de services ou d'amélioration de l'existant.

Cette coopération ne vise pas à réaliser des économies par la mutualisation. Les projets de mutualisation pour des raisons strictement budgétaires sont légitimes mais ils s'inscrivent dans un cadre autre. Les projets de coopération se réaliseront donc à moyens constants ou grâce à de nouveaux moyens (par la réponse à des appels à projet notamment).

La présente convention a pour objet d'encadrer l'ensemble des projets de coopération à venir entre la Résidence du Moulin de l'Arche et la Résidence Gandrille.

Comme un contrat cadre en marché public, les nouveaux projets communs à ces deux établissements devront se référer à la présente convention et en respecter l'ensemble des stipulations. Cette convention est ainsi amenée à être déclinée par des conventions circonstanciées et davantage limitées dans le temps.

## Article 3 – Durée

La présente convention est conclue pour cinq ans. Elle débute à la date où la convention a été validée par les deux conseils d'administration et signée par les présidents de conseils d'administration et les directeurs des Résidences. Elle pourra être reconduite, expressément après une évaluation du dispositif.

## Article 4 – Méthode

La présente convention servant de base aux projets de coopération à venir entre les Résidences, elle définit la méthode qui devra être appliquée pour la construction de ces projets.

La coopération ne doit pas être le « fait du prince », c'est-à-dire une décision unilatérale des directeurs, conseils d'administration ou autorités de tarification. Pour que les projets soient adaptés aux besoins des Résidences et mis en place avec efficacité, la coopération doit reposer sur un processus participatif, co-construit avec les équipes.

Les équipes doivent ainsi être associées à toutes les étapes du processus :

- Initiative du projet. L'idée peut venir des directeurs ou des équipes. Le directeur identifie les besoins des équipes, notamment en termes de coopération. Toute idée est soumise au bureau des directeurs qui en examine la faisabilité, en termes de moyens financiers, matériels et humains. Pour chaque idée de projet retenue, un porteur de projet par Résidence est identifié.
- Validation du projet. L'idée est ensuite travaillée entre les directeurs et les porteurs du projet. Les porteurs peuvent se rencontrer, au cas par cas, pour construire un projet.  
  
Lorsque le projet est construit, il est soumis aux équipes des deux Résidences. Après réajustements si nécessaires, le projet est présenté aux instances des Résidences.
- Phase de test. Des tests sont organisés par les porteurs de projet. Les tests permettent de réajuster le projet. Ils sont aussi nombreux que nécessaires ; un seul test peut être suffisant. Pour les projets de petite envergure ou si l'objet du projet ne s'y prête pas (type café des aidants), la phase de test n'est pas obligatoire.
- Évaluation. Lors de la mise en œuvre du projet, les équipes pourront faire remonter leurs observations auprès des porteurs de projet. Après quelques mois de mise en œuvre du projet, de 2 à 6 mois selon l'envergure du projet, les porteurs de projet évalueront le projet, auprès des équipes. Après avoir mis en commun leurs conclusions, ils présenteront leur évaluation conjointe aux directeurs, soit lors d'une réunion du bureau des directeurs, soit individuellement dans chaque Résidence.

Le directeur de chaque Résidence communique dans son établissement sur les projets de coopération, à chaque étape du processus de co-construction.

## Article 5 – Gouvernance

La coopération est soutenue par deux instances : un bureau des directeurs et une assemblée générale.

Le bureau des directeurs est composé des deux directeurs. Il est chargé du respect de la présente convention et d'impulser la dynamique de coopération. Il rédige un rapport annuel d'activité de la coopération. Une synthèse de ce rapport sera intégrée au rapport d'activité de chaque Résidence, présentée aux instances des Résidences. Il est en charge de l'évaluation à mi-parcours et avant reconduction de la convention. Le bureau se réunit pour faire le point sur les projets de coopération passés, en cours et à venir.

L'assemblée générale se compose des présidents du conseil d'administration et des directeurs des deux Résidences. Elle se réunit tous les ans pour faire le point sur les projets de coopération passés, en cours et à venir.

## Article 6 – Avenir de la convention

Des évaluations à mi-parcours puis avant la reconduction de la convention, soit tous les deux ans et demi, seront conduites. Elles porteront sur l'application de la convention et son utilité pour encadrer les projets de coopération entre les Résidences. Elles pourront aboutir à des ajustements matérialisés par avenant ou à une résiliation de la convention, si la coopération et les principes définis ne font plus sens.

Sauf évaluation contraire, la présente convention de coopération n'a pas vocation à s'étendre à d'autres établissements.

La présente convention peut être modifiée par avenant, adopté dans les mêmes formes que la convention initiale. Tout avenant devra donc être validé par les deux conseils d'administration et signé par les présidents de conseils d'administration et les directeurs des Résidences.

La fin de la présente convention peut intervenir pour différents motifs :

- Le retrait d'une des Résidences, validé par son conseil d'administration et après un préavis de trois mois. L'autre Résidence restant seule, la convention serait *de facto* vide de sens.
- La non reconduction de la convention après 5 ans.
- La résiliation de la convention en raison d'une évaluation non concluante.

Pour ces deux dernières modalités de fin de convention, les modalités à appliquer sont celles de la conclusion de la présente convention : accord des présidents de conseils d'administration et des directeurs des Résidences, validé par les deux conseils d'administration.

## **Article 7 – Litiges**

En cas de litige entre la Résidence du Moulin de l'Arche et la Résidence Gandrille, en lien avec la présente convention, chacune des parties s'efforce d'aboutir à un règlement amiable en concertation avec l'autre partie.

Les contentieux nés de l'application de la présente convention relèvent de la compétence du Tribunal administratif de Dijon (sis 22 rue d'Assas, BP 61616, 21000 DIJON).

Convention établie en deux exemplaires,

Signatures précédées de la date, du lieu et de la mention « lu et approuvé »

**Pour la Résidence Gandrille  
l'Arche**

**Pour la Résidence du Moulin de  
l'Arche**

Le Président du Conseil d'Administration  
d'Administration

Le Président du Conseil

Claude MILLOT

Jean JOUMIER

Le Directeur

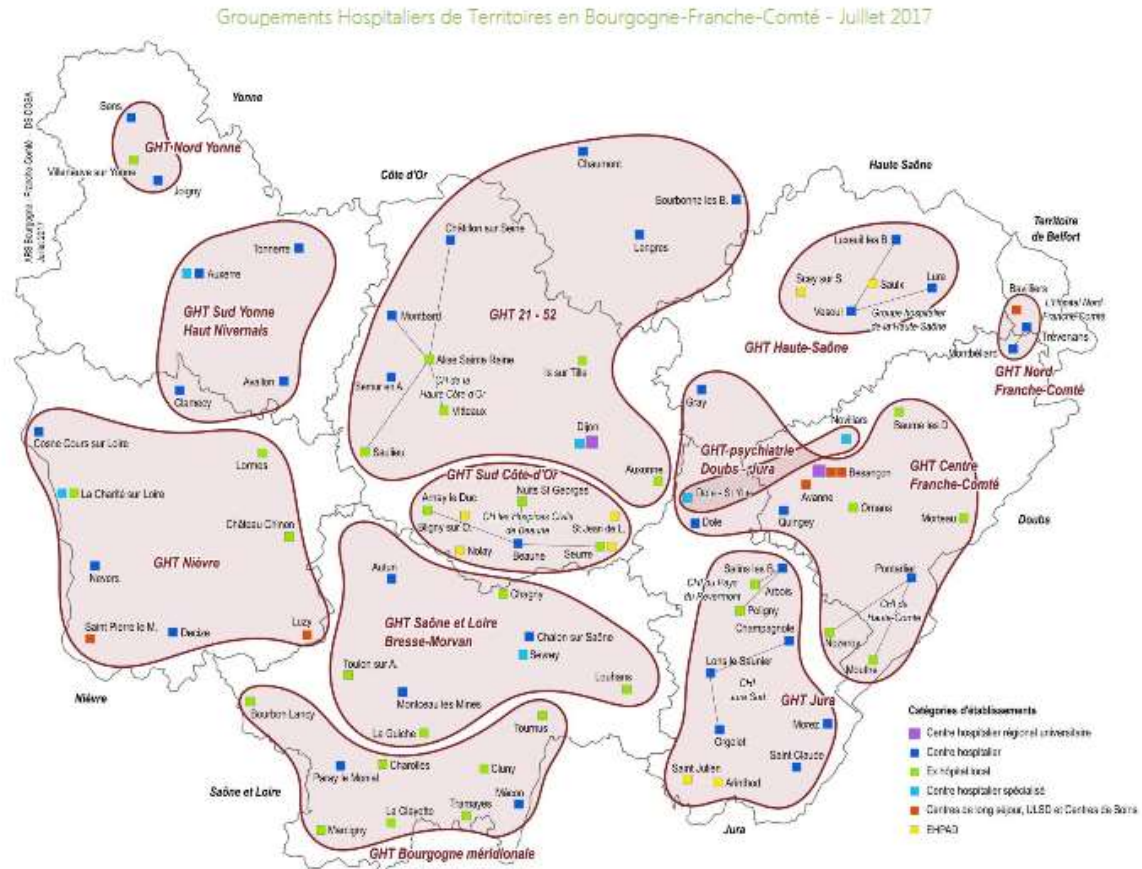
Le Directeur

François-Xavier LEJEUNE

Olivier GOMAND

Annexe 9 : Carte des G.H.T. de Bourgogne Franche-Comté

Source : Diagnostic P.R.S. 2 – ARS BFC, p. 103, mai 2017

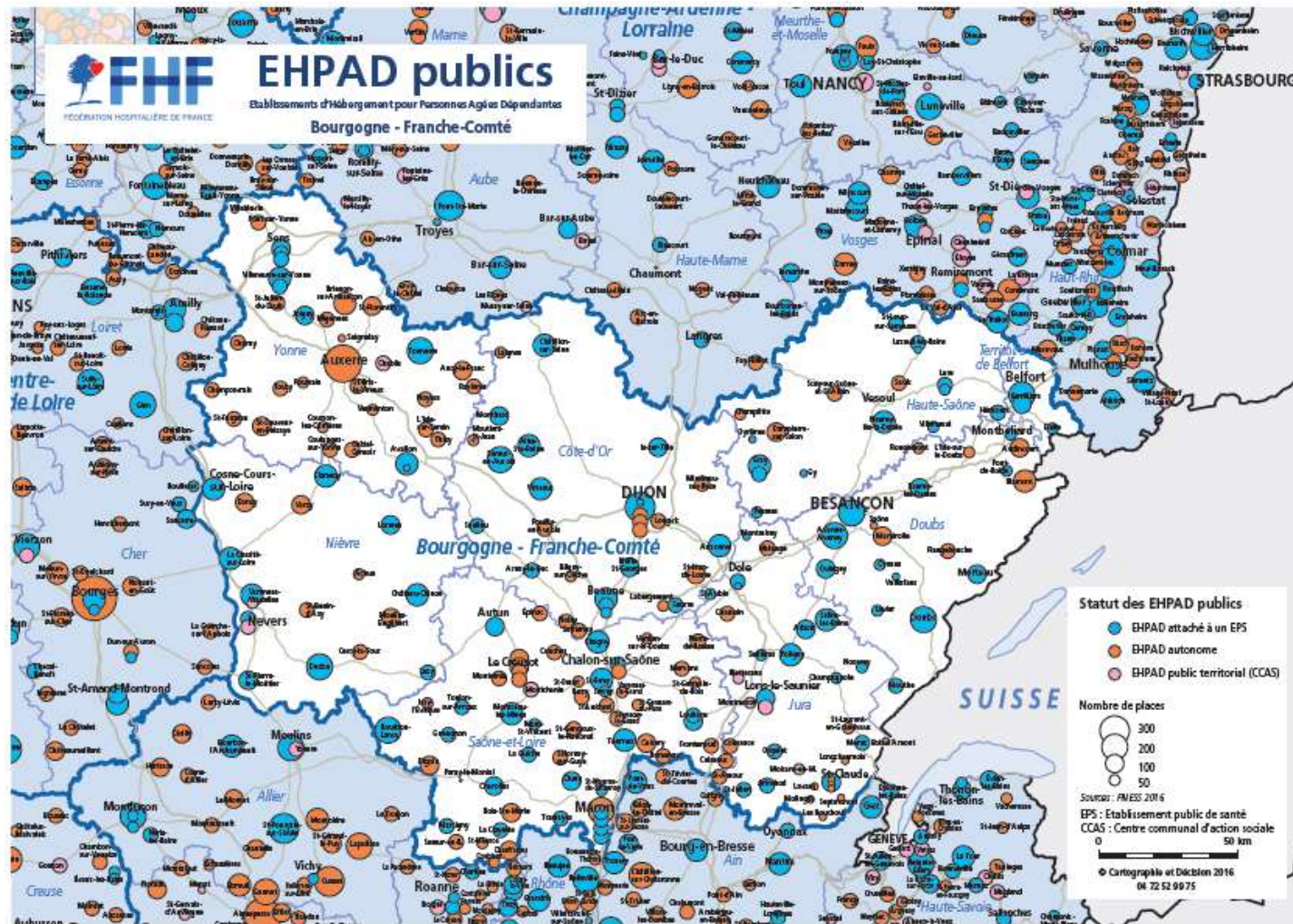


Diagnostic PRS2 - ORS BFC, ARS BFC - 2017



Annexe 10 : Carte des E.H.P.A.D. publics de Bourgogne Franche-Comté.

Source : F.H.F.





COLLETTA

Auréli

Décembre 2018

## DESSMS

Promotion 2017-2018

# LES LOGIQUES DE COOPERATION AUXQUELLES LES RESIDENCES GANDRILLE ET DU MOULIN DE L'ARCHE ADHERENT

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

### **Résumé :**

Le stage de professionnalisation de novembre 2017 à juin 2018 a permis une analyse des logiques de coopération des lieux de stage.

La coopération est un terme générique, dont la représentation varie en fonction des acteurs. Pour les acteurs interrogés dans le département de l'Yonne, elle se définit comme la relation réciproque d'aide entre des entités qui montent des projets en commun, les dépassant, sans pour autant porter atteinte à leur autonomie. Les intérêts à coopérer divergent, des compromis émergent pour déterminer les variables de la coopération : l'objet, le territoire et la forme.

Les résidences Gandrille et du Moulin de l'Arche adhèrent à deux instruments de coopération en particulier : le G.E.P.Y., G.C.S.M.S. couvrant la quasi-totalité des E.H.P.A.D. publics autonomes du département, et une coopération renforcée entre elles deux.

Les instruments de coopération peuvent permettre aux acteurs de terrain de promouvoir leur vision du secteur auprès des pouvoirs publics.

### **Mots clés :**

COOPERATION, G.C.S.M.S., CONVENTION, E.H.P.A.D., DIRECTEUR, STRATEGIE, TERRITOIRE, OBJET, FORME.

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