



**Directeur d'établissements sanitaires sociaux
et médico-sociaux**

Promotion : 2009-2010

Date du Jury : **décembre 2010**

Initier et structurer une démarche de coopération
pour un établissement public médico-social :

L'exemple de l'Etablissement Public Saint-Antoine.

Emmanuel ANDRE

Remerciements

*Je tiens à remercier toutes les
personnes qui, d'une manière ou
d'une autre m'ont accompagné
dans ce travail.*

Sommaire

Introduction.....	3
1. La coopération inter établissements : du concept à la mise en œuvre.....	9
1.1. Un concept à multiples facettes	9
1.1.1 Coopérer c'est développer des partenariats.	9
1.1.2 Mais c'est également mutualiser.....	10
1.1.3 Coopérer c'est promouvoir et organiser des complémentarités.....	10
1.2. Coopérer dans le secteur médico-social...dans quels buts?	11
1.2.1 Pour accompagner les évolutions du secteur.....	12
1.2.2 Coopérer pour répondre aux besoins des usagers.....	13
1.2.3 Pour faire face à un contexte budgétaire de plus en plus contraint !.....	14
1.3. Une boîte à outils adaptée aux exigences du secteur.	15
1.3.1. Les coopérations fonctionnelles.....	15
1.3.2. Les coopérations institutionnelles	18
2. La coopération au sein du territoire, quelle réalité aujourd'hui ?	25
2.1. Le choix d'une méthodologie adaptée à l'enquête de terrain.....	25
2.1.1 Les acteurs cibles de la démarche.....	25
2.1.2 Des recherches complémentaires.....	26
2.1.3 L'utilisation de la grille d'entretien	26
2.2. Présentation des résultats	27
2.2.1. Pour les autorités de tarification et de contrôle,	27
2.2.2. Pour les responsables d'établissement ou de service :	31
2.3. Des éléments qui viennent confirmer les hypothèses.....	32
2.3.1. Bien se connaître, un préalable essentiel aux actions de coopération	32
2.3.2. Partager un intérêt à agir : moteur essentiel du projet de coopération.	33
2.3.3. Une réalité locale marquée par des expériences mal digérées.....	34
3. Du lien informel au lien conventionnel, quelles pistes d'amélioration pour une coopération renforcée ?.....	39
3.1. La mise en œuvre d'une stratégie d'action visant à développer une politique de coopération.	39
3.1.1 Quelques éléments théoriques... ..	39
3.1.2 Pour éclairer une situation locale.....	40

3.2. Par le renforcement de coopération filière visant l'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers.	42
3.2.1. Le Centre Ressource Départemental (CRD), un outil stratégique pour le développement d'action de coopération.	42
3.2.2. Le conventionnement avec des structures d'aval.	46
3.3. Par la structuration de coopérations gestionnaires avec d'autres établissements :	49
3.3.1. Réflexions autour d'un partenariat avec l'H.L. de l'Isle sur la Sorgue.....	49
3.3.2. Une réflexion stratégique autour d'un rapprochement avec l'ALIZARINE .	53
Conclusion :	57
Bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A.F.T.C	: Association Française des Traumatisés Crâniens
A.N.A.P	: Agence Nationale d'Appui à la Performance
A.N.E.S.M	: Agence nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
A.P.E.I	: Association de Parents d'Enfant Inadaptés
A.R.H	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.R.I.S.M.S	: Association Régionale des Responsables d'Institutions Sociales et Médico-Sociales
A.R.S	: Agences Régionales de Santé
A.V.E.P.H	: Association Vauclusienne d'Entraide aux Personnes Handicapées
C.F.A-F.A	: Centre de Formation, d'Apprentis- Formation Adaptée
C.H.T	: Communautés Hospitalières de Territoire
C.P.O.M	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
C.R.OS.M.S	: Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
D.D.A.S.S	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.T.A.R.S	: Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
E.H.P.A.D	: Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
E.P.S.A	: Etablissement Public Saint-Antoine
E.S.A.T	: Etablissement et Service d'Aide par le Travail
F.A.M	: Foyer d'Accueil Médicalisé
F.O	: Foyer Occupationnel
G.C.S	: Groupement de Coopération Sanitaire
G.C.S.M.S	: Groupement de Coopération Social et Médico-Social
G.I.E	: Groupement d'Intérêt Economique
G.I.P	: Groupement d'Intérêt Public
H.L	: Hôpital Local
H.P.S.T	: Hôpital Patients Santé Territoire
I.M.E.D	: Institut Médico- Educatif Départemental
I.M.Pro	: Institut Médico-Professionnel
R.G.P.P	: Révision Générale des Politiques Publiques
SAVS	: Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
U.S.L.D	: Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

La thématique de la coopération dans les établissements médico-sociaux est une question souvent abordée par les élèves directeurs, mais pour autant suffisamment prégnante dans nos environnements pour que l'on s'y arrête.

Les différentes réformes depuis les lois hospitalières de 1970 jusqu'à la loi HPST proposent, incitent, voire obligent les directions à penser leurs organisations à la lumière de cette approche. Les outils sont nombreux, parfois très anciens, et de dimensions très différentes : participation, convention, GIE¹, GIP², GCS³, GCSMS⁴... et offrent une large gamme de possibilités permettant aux établissements la mutualisation de leurs actions.

Les évolutions législatives s'accroissent et viennent restructurer le paysage sanitaire et médico-social.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dans son article 21 précise qu' « *afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement,..., les établissements et services mentionnés à l'article L312-1, peuvent : « conclure des conventions, créer des groupements, d'intérêt économique et d'intérêt public et y participer, créer des syndicats inter établissements ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale, - procéder à des regroupements ou à des fusions... »*

Par ailleurs, l'ordonnance du 04 septembre 2003 autorise les établissements sociaux et médico-sociaux à adhérer à des GCS. Les outils ainsi à disposition des établissements et services visent tout d'abord l'amélioration de la qualité de la prise en charge en favorisant le décloisonnement des services et des structures.

D'autres éléments extérieurs vont peser sur l'organisation médico-sociale, parmi les plus importantes, la loi Organique relative aux Lois de Finances, (LOLF, 2001), la directive service de l'Union Européenne⁵, mais également la multiplication d'Agences Nationales, sans oublier la Révision Générale des Politiques Publiques, traduite dans la dernière réforme sanitaire : la loi Hôpital Patients Santé Territoires.

De la RGPP à la loi HPST:

Annoncée par le Président de la République lors de sa campagne et lancée dès le 20 juin 2007, la démarche de la RGPP bénéficie d'un appui politique extrêmement fort au plus haut niveau de l'État. Elle est portée conjointement par le Président de la République et le Premier ministre. Elle se veut « *une approche novatrice, structurée et cohérente* ».

¹ Groupement d'intérêt économique

² Groupement d'intérêt public

³ Groupement de coopération sanitaire

⁴ Groupement de coopération sociale et médico-sociale

⁵ Directive 2006/123/CE du 15 novembre 2006

La RGPP constitue une démarche de modernisation inégalée qui vise à concilier l'amélioration du service public lorsqu'elle est nécessaire avec l'économie de moyens dès lors qu'elle est possible. C'est une réforme qui exige d'adapter les politiques menées aux besoins des citoyens et des usagers, de valoriser le potentiel humain de l'administration, pour dégager des marges de manœuvre permettant de financer les priorités de l'action publique.

Ces dimensions nationales sont reprises dans la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire⁶ qui en décline la nouvelle organisation avec la mise en place de nouveaux outils de coopération que sont les Communautés Hospitalières de Territoire et le GCS « établissement de santé ».

Ces nouveaux modes de coopérations visent à « offrir à l'ensemble de la population...dans une logique de filières, une palette de soins adaptés et complémentaires... La mise en œuvre d'une logique de coopération renforcera par ailleurs la démarche de performance dans laquelle doit s'inscrire l'ensemble des établissements... »⁷

Les apports de la loi HPST.

Si la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 se veut avant tout d'ordre sanitaire, son article 118 prévoit cependant la création des agences régionales de santé (ARS) dont le champ de compétence intègre le secteur médico-social :

« La création des ARS, qui assurera une régulation territoriale et "décloisonnée" de l'offre de soins et du secteur médico-social permettant de renforcer la logique de filières autour du parcours patient⁸ ».

Quant à l'article 124, il inclut de nombreuses dispositions applicables aux établissements et services médico-sociaux, dont la suppression des Comités Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS). Les modalités d'élaboration du volet médico-social du schéma sont depuis établies par le directeur général de l'ARS⁹. Il en va de même concernant les modalités de délivrance des autorisations qui s'appuient aujourd'hui sur une commission de sélection d'appel à projets y associant des représentants des usagers¹⁰.

Le calendrier des évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux est par ailleurs revu. Ceux-ci rendent compte de la démarche d'évaluation interne qu'ils

⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁷ Circulaire DHOS/E1/F2/O3 n° 2009-292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé.

⁸ Claude EVIN le 12/08/2009

⁹ Art. L.1434-12 du CSP

¹⁰ Art. L.313-3 du CASF

ont engagé. Ils sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci.

Enfin, la loi introduit et définit la notion d'établissement et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif¹¹.

Le secteur social et médico-social est ainsi concerné par des dispositions communes au secteur sanitaire en matière de procédure d'autorisation, de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), de calendrier des évaluations, de statut pour les établissements et services privés, etc.

La loi Hôpital Patient Santé Territoires postule le principe de décloisonnement des acteurs en introduisant dans les compétences de l'ARS le secteur médico-social. Les ARH avaient déjà initié le mouvement, les ARS vont l'accélérer en favorisant la mise en place de stratégies de groupe : adhésion à des groupements, contractualisation avec des CHT¹².

La mise en place d'outils convergents avec des attributions de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), qui couvrent désormais les champs sanitaires et médico-sociaux, mais également la montée en puissance des obligations d'évaluation et de qualité promue par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et Médico-sociaux (ANESMS) constituent des éléments forts de convergence.

La problématique de la coopération dans le milieu social et médico-social : l'exemple de l'établissement public Saint-Antoine.

L'Établissement Public Saint-Antoine (EPSA) : d'une fusion nécessaire à une mutualisation optimisée... présentation du contexte.

L'EPSA est un établissement médico-social autonome. Il prend en charge dans le cadre d'un Institut Médico-Educatif des enfants handicapés, déficients intellectuels, handicapés moteurs ou polyhandicapés pour une capacité totale de 73 places dont 25 en places d'internat de semaine, ouvert 210 jours par an.

Il s'agit de l'activité « historique » de la structure.

Le FAM prend quant à lui en charge 40 personnes traumatisées crâniennes (TC), en internat et dont la provenance dépasse le cadre régional.

Un SAVS de 25 places, ouvert en septembre 2009, couvre les besoins des usagers TC sur un rayon de trente kilomètres. Une partie de son activité (5 places) est ciblée sur le suivi de jeunes adultes déficients intellectuels, en formation ou travaillant en milieu ordinaire.

¹¹ Art. L.311-1 du CASF

¹² Communautés Hospitalières de Territoire.

Quelques mots d'histoire :

L'Établissement Public Saint-Antoine (EPSA) a été créé en 2004 sous la responsabilité du Directeur de l'Institut Médico-Educatif Départemental (IMED) de l'Isle sur la Sorgue à la demande des pouvoirs publics pour assurer l'ouverture d'une structure créée deux ans plus tôt, le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) pour traumatisés crâniens, situé à moins de 2 kilomètres de l'IMED.

Il est à noter que ce projet de création porté par l'Association Française des Traumatisés Crâniens (AFTC 84) dès 1997 n'aboutira qu'en date du 8 décembre 2001 avec la pose de la première pierre.

La construction réalisée, l'autorisation de gestion est retirée à l'association pour des questions de conflits d'intérêt entre les administrateurs. De ce fait, le bâtiment reste inoccupé pendant deux ans.

C'est dans cette situation que la DDASS (DT ARS) de Vaucluse confiera en 2005 l'autorisation d'ouverture à l'EPSA, créé à cet effet.

Une mission de contrôle effectuée en avril 2007 conjointement par la DDASS et le Conseil Général notent un « *historique associatif mal digéré* » faisant référence ici à tout le passif qui a entouré la réalisation du projet d'ouverture.

La prise en compte de la gestion d'une nouvelle structure a évidemment interrogé les pratiques et les organisations antérieures et cela dans un contexte rendu difficile au regard de l'histoire qui a entouré la naissance de la structure.

D'emblée des dispositifs et organisations ont dû être mutualisés, particulièrement dans le secteur de la gestion administrative des ressources humaines, de la direction, et de certaines activités logistiques.

Le rapport conjoint de 2007 pré cité recommande la mise en œuvre d'une logique de mutualisation et en ce sens d'approfondir la dimension EPSA au sein des structures qui le composent tout en conservant à chacune son identité et ses propres potentialités. Cette dimension a depuis été mise en œuvre avec un certain succès. La direction s'organise aujourd'hui d'une directrice et d'une directrice adjointe, chacune intervenant sur l'ensemble des structures. Le service des ressources humaines est positionné sur le Foyer d'accueil médicalisé, le service financier et économique sur l'Institut médico-éducatif. Le personnel ouvrier est également mutualisé. Restent propres à chacune des deux structures les services hôteliers, les lingeeries, les véhicules...

L'établissement se caractérise aujourd'hui par une solidité financière réelle qui lui permet de faire face aux investissements à venir et de pouvoir s'inscrire dans de nouveaux projets.

Après cinq ans d'existence et un fonctionnement stabilisé, l'EPSA souhaite développer une véritable politique de coopération tournée vers les différents acteurs présents sur le territoire.

L'établissement est situé au cœur d'un dispositif médico-social relativement important. Il partage le territoire avec : un Hôpital Local, et une structure associative pour adultes handicapés comportant un foyer de vie, un ESAT, un SAVS (annexe n°1). A ces dispositifs se rajoutent un Foyer logement et un projet de construction d'un EHPAD de 70 places.

Ainsi doté, le territoire semble répondre aux besoins de la population.

Pour autant, malgré les facilités liées à la proximité géographique, j'ai remarqué au cours de mon stage que les relations entre ces différentes structures médico-sociales étaient relativement limitées. Quelques conventions existent, mais ne semblent répondre qu'à des préoccupations spécifiques et ne permettent pas de mettre en oeuvre une réelle politique de coopération.

Il devient alors légitime de s'interroger autour des difficultés rencontrées pour en cerner les dimensions et ainsi tenter de les dépasser. La question de départ de mon travail se pose alors ainsi :

Quels sont les freins et les opportunités à la mise en oeuvre d'une véritable stratégie de coopération dans un établissement médico-social ?

Des hypothèses peuvent déjà, au regard des observations que j'ai pu mener, être formulées:

- Le manque de connaissance et de reconnaissance entre les acteurs est un frein pour l'émergence d'actions communes
- Les expériences antérieures n'ont pas permis de dégager suffisamment d'éléments positifs pour participer à la mise en place d'une véritable politique de coopération.
- La coopération renforce le sentiment de la perte de spécificité des acteurs, et renforce ainsi la crainte de mise en concurrence.

Il conviendra donc dans un premier temps de définir les termes du sujet, et de présenter les différents outils de coopération à disposition (1).

Après avoir procédé au recueil et à l'analyse de la situation sur le territoire je tenterai de repérer les freins et les leviers utiles à la mise en place d'actions de coopération (2).

Enfin, j'exposerai mes préconisations visant à la mise en oeuvre d'une politique de coopération renforcée (3).

1. La coopération inter établissements : du concept à la mise en œuvre....

Il s'agira dans un premier temps de définir le concept de coopération (1.1) avant de s'interroger sur les raisons qui conduisent les pouvoirs publics autant que les directions d'établissement à réfléchir à la mise en place d'une politique de coopération (1.2). Enfin, je choisirai parmi les outils à disposition des managers, ceux qui semblent particulièrement intéressants de développer, soit parce qu'ils sont incontournables dans les processus de mutualisation soit parce qu'ils relèvent d'une conception plus originale (1.3).

1.1. Un concept à multiples facettes

Le terme de coopération renvoie immédiatement à diverses notions : partenariat, mutualisation, adhésion, complémentarité.

Le dictionnaire historique de la langue française d'Alain REY fait apparaître le terme dès 1470. Il passe dans le langage laïc avec le sens « *d'opérer conjointement avec quelqu'un* » en 1525.

Pour le dictionnaire Larousse, c'est « *prendre part, concourir à..., contribuer, participer* ». Des définitions donc très imprécises qui vont laisser une grande place à l'appréciation des acteurs, et source d'une grande diversité d'interprétation (champ d'application très vaste) et de mise en œuvre (large choix d'outils).

Pour autant, on peut déjà noter que pour coopérer il faut déjà être plusieurs, mais surtout partager un projet commun. Ce sont ces deux dimensions que nous allons retrouver tout au long de cette démarche.

1.1.1 Coopérer c'est développer des partenariats.

HIRZLIN¹³ différencie les notions de coopération et de relation de marché. « *Il y a coopération, et non relation de marché ou intégration, quand il y a préservation de l'entité juridique des partenaires, participation à un projet commun dans le cadre d'un engagement ayant une certaine durabilité, énonciation des conditions de partage des risques et responsabilité* » RULLIERE et TORRE (1995).

¹³ HIRZLIN I : « la coopération entre organisation comme indicateur de la performance publique ». Revue politique et management public, sept 1999, vol 17 PP107-124

Cette définition est intéressante parce qu'elle rapproche : des acteurs ayant intérêt à collaborer, un environnement traduisant un besoin, un champ d'intervention délimité, une nécessaire recherche de la préservation de l'altérité des coopérants.

1.1.2 Mais c'est également mutualiser.

C'est pour le dictionnaire Hachette encyclopédique « *partager quelque chose en la faisant passer à la charge d'une collectivité solidaire* ». Cette définition fait donc référence à une solidarité entre les membres, au service de chacun. Elle permet la mise en commun de moyens, et suppose le partage de certaines valeurs, elle génère un sentiment d'appartenance au groupe ainsi constitué. Elle se traduit souvent par une référence à des valeurs morales, portée par le secteur associatif. Ainsi, on trouve dans le rapport d'orientation de l'UNAPEI¹⁴ : « *Les valeurs essentielles de l'UNAPEI sont la dignité de la personne humaine, la famille, la tolérance, la solidarité et la responsabilité. L'UNAPEI considère que la personne handicapée mentale est une personne à part entière, ordinaire et singulière. Ordinaire car elle dispose des droits de tous et accomplit les mêmes devoirs. Singulière parce que, compte tenu de sa déficience, elle a besoin de la compensation qu'il appartient à la solidarité nationale et collective de lui garantir*¹⁵ ».

Par ailleurs, la loi 2002-2 impose aux associations oeuvrant dans le secteur de disposer d'un projet associatif porteur des valeurs qu'elles défendent.

1.1.3 Coopérer c'est promouvoir et organiser des complémentarités.

Le terme de complémentarité est défini par le dictionnaire Hachette encyclopédique comme « *qualité de ce qui est complémentaire. Qui sert à compléter* ».

Une définition là encore suffisamment floue pour laisser aux acteurs le soin de définir eux-mêmes leur propre espace de dialogue. Pour autant, cette définition présuppose que ces éléments complémentaires se rencontrent pour réaliser un tout qui va devoir apporter une plus value à l'ensemble.

La complémentarité s'entend alors comme élément constitutif d'une valeur ajoutée.

1.1.4 Coopérer c'est également adhérer.

C'est à dire pour : le-dictionnaire.com¹⁶ : « *coller fortement, être en adéquation avec, entrer dans une association, un groupe, un parti.* »

Pour le secteur qui nous occupe, cela peut se traduire par le fait de s'inscrire dans un réseau, et on voit là combien les politiques sanitaires et médico-sociales sont porteuses de cette volonté de mise en commun à travers les différentes filières ou réseaux

¹⁴ Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

¹⁵ Texte extrait du Rapport d'Orientation de l'association. 2003-2004

¹⁶ www.le-dictionnaire.com

(Gériatriques, cancer, autisme, réseaux spécialisés ...) mais la définition renvoie également à quelque chose vu précédemment, le partage de valeurs.

Au final, une large palette de définitions pour tenter de cerner un phénomène à géométrie variable qui s'articule autour d'un sujet : l'usager.

Mais l'approche serait incomplète si l'on ne s'intéressait pas aux raisons qui poussent les pouvoirs publics depuis plusieurs années à développer des actions de coopération.

1.2. Coopérer dans le secteur médico-social...dans quels buts?

Le secteur médico-social est caractérisé par une hétérogénéité concernant la taille des associations gestionnaires, 5% des associations gèrent plus de 40 établissements, le nombre moyen par association est de 16 établissements, avec là encore de grandes inégalités, géographiques ou en fonction du secteur d'activité (PA, PH, enfance...)

Répartition des établissements et services sociaux et médico-sociaux

	Nbre d'établissements et services		Répartition %	
	Sept. 2008	Janv. 2010	Sept. 2008	Janv. 2010
Etablissements et services sociaux et médico-sociaux	37 436	38543	100%	100%
Etablissements et services concourant à la protection de l'enfance	3 598	3422	10%	8,9%
Etablissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée	4 422	4 517	11,8%	11,7%
Etablissements et services pour adultes handicapés	7 030	7 405	19%	19,2%
Etablissements d'accueil d'hébergement de réadaptation sociale	2 388	2 945	6,4%	7,6%
Etablissements et services pour personnes âgées	17 090	17 245	45,7%	44,7%
Services multi-clientèle	2 908	3 009	7,8%	7,8%

Source : fichier FINESS, sept. 2008 et janv. 2010

Il n'est donc pas rare de voir coexister, parfois sans aucune relation entre elles deux associations, situées sur un même territoire et prenant en charge de façon identique un même groupe de bénéficiaires. Introduire un peu de complémentarité ne peut qu'être bénéfique pour l'ensemble des usagers. Mais cette pratique ne va pas de soi dans un secteur qui s'est essentiellement structuré sur la concurrence. « *Les associations gestionnaires ont davantage un ancrage historique dans la concurrence que dans la coopération* »¹⁷

¹⁷ ENOT Patrick « La coopération : Quelles questions en termes de dirigeance associative ? ». Les cahiers de l'actif n° 370-371. Mars/avril 2007, p 47-58.

Nous n'échapperons pas, cependant dans les années à venir à une véritable réflexion autour de la dimension d'une offre territorialisée. Les appels à projets des Conseils Généraux, la planification médico-sociale, les ARS et demain les CHT vont appeler à cette réflexion.

« La coopération relève d'une stratégie que l'Etat doit promouvoir pour mieux faire face aux exigences de qualité et aux besoins de développement des prises en charge tout en garantissant l'utilisation optimum des ressources disponibles. »¹⁸

1.2.1 Pour accompagner les évolutions du secteur

L'objectif premier de toute coopération reste donc l'amélioration de la réponse aux besoins des usagers. Le mode de coopération doit donc apporter une plus value à la personne.

Dans un autre champ, le développement des normes de sécurité, de qualité, l'émergence et le renforcement des exigences des usagers vont également contraindre les directeurs d'établissements à réfléchir à leur organisation :

- Faire seul ? Faire sans ? Ou alors faire avec ?

Pour accompagner cette évolution, la loi et le règlement¹⁹ mettent en place à l'intention des promoteurs des outils « à la carte » qui leur permettront de mieux faire face à ces enjeux dans un secteur qui intègre, on vient de le voir, des tendances socio démographiques majeures, caractérisées par une dispersion des 32 000 établissements et services à dimension souvent limitée. L'évolution vers une réelle diversité de l'éventail des prises en charge, une approche de plus en plus globale et transversale de celles-ci est nécessaire.

Outre ces raisons d'ordre structurel, les coopérations se justifient également par des causes conjoncturelles mais aussi financières. Les difficultés de recrutement ou la pénurie de certains professionnels, l'insuffisance du nombre de directeurs, les contraintes réglementaires, l'évolution vers plus de compétences techniques, l'augmentation des coûts dans des enveloppes fermées nécessitent également une profonde réorganisation du secteur médico-social.

¹⁸ Circulaire n° DGAS/SD/5B/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluri annualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.

¹⁹ Articles L. 312-7 et R. 312 - 194-1 du CASF et suivants

1.2.2 Coopérer pour répondre aux besoins des usagers.....

L'enjeu majeur de la démarche de coopération s'inscrit directement dans la continuité des Lois de 2002 et de 2005²⁰ qui replacent l'utilisateur au cœur des dispositifs de l'action sociale et médico-sociale. Les outils mis en œuvre répondent donc en premier lieu à la recherche de l'amélioration continue des conditions d'accompagnement des usagers. Les différents modes de coopérations constituent en effet une réponse adaptée et opérationnelle à la complexité croissante des problématiques de prise en charge : multidisciplinarité, qualité, sécurité... Ils permettent d'améliorer l'efficacité dans la prise en charge et l'accompagnement des publics tout en garantissant des performances meilleures, par la mutualisation des moyens, l'échange de pratiques, l'ouverture aux autres acteurs.

Parce que la coopération permet de faire à plusieurs ce que l'on ne peut pas faire seul, elle va permettre de la même façon aux usagers d'accéder à une plate-forme de service mieux à même de répondre à ses attentes.

L'exemple de la mise en œuvre d'une convention entre l'IME de l'EPSA et l'association APEI de Carpentras répond à cette problématique de fluidité du parcours du jeune. Cela, en lui proposant des périodes d'évaluation de mise en situation professionnelle sur l'ESAT de Carpentras tout en organisant la continuité de l'accompagnement par l'IME.

L'objet de la convention vise à préciser les conditions d'adaptation de l'offre en emploi protégé des jeunes à la sortie de la plate-forme d'évaluation de l'EPSA par :

- accompagnés dans le cadre de l'Institut Médico-Professionnel (IMPRO) et du Centre de Formation d'Apprentis-Formation Adaptée (CFA-FA)
- une présentation des ateliers à visée occupationnelle
- et ainsi organiser une présélection des futurs travailleurs en ESAT.

Cette convention permet des échanges de compétences en facilitant la mise en stage des jeunes de l'EPSA en situation d'apprentissage ou de préapprentissage vers l'ESAT mais également des travailleurs de l'ESAT vers la plate-forme d'évaluation de l'EPSA en cas de recherche de reconversion professionnelle. Elle offre également la possibilité de délocalisation de certaines activités, particulièrement celles de conditionnement vers l'EPSA pour permettre aux jeunes, dont l'orientation pourrait être celle d'un Foyer Occupationnel (FO), de disposer sur site d'un atelier délocalisé.

Ainsi, chacun des co-contractants montre, dans la formalisation de cette coopération un intérêt à agir, différent pour chacun mais utile à tous...

²⁰ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Et loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

1.2.3 Pour faire face à un contexte budgétaire de plus en plus contraint !

RGPP, HPST, CPOM,...Plusieurs raisons poussent au rapprochement :

a) Une recherche de réduction des dépenses

Constat : 50% de l'ONDAM²¹ est couvert par l'Assurance maladie (CNAM). Pour le secteur médico-social celui-ci représente environ 10 milliards d'euros.

Occupant une place stratégique importante au sein des commissions exécutives des ARS, les représentants de l'assurance maladie cherchent avant tout à « optimiser » les ressources et donc les dépenses, par exemple en mettant l'accent sur des modes de prise en charge mieux adaptées aux personnes âgées ou handicapées (transfert de la moitié des résidents en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) vers les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en 3 ans de 2006 à 2009, soit plusieurs dizaines de milliers de personnes...)

L'assurance maladie favorise les alternatives à l'hébergement complet, les rapprochements entre les établissements.

Par ailleurs, le passage des EHPAD au tarif global au lieu du tarif partiel, largement encouragé à partir de 2011, forcera les établissements à « rester » dans leur enveloppe et donc à arbitrer entre professionnels du soin ou entre dépenses médicales et pharmaceutiques.

Le développement de la contractualisation²² (déjà contenue dans les conventions tripartites concernant les EHPAD), vise à renforcer la dimension contractuelle entre les pouvoirs publics et les gestionnaires. Le tout dans une enveloppe négociée.

b) Le partage de ressources en diminution

Les établissements de santé, mais également les établissements sociaux et médico-sociaux à travers leur Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), sont invités à promouvoir des filières de prise en charge et à s'inscrire dans un schéma d'offre graduée.

L'offre médico-sociale, tout autant que sanitaire ne suit pas le rythme d'évolution de la demande : le vieillissement de la population, la répartition inégale des effectifs soignants et médicaux sur le territoire, la baisse des ressources financières de la sécurité sociale sont autant de causes à l'origine des réorganisations affectant le secteur.

Dans ce contexte, la mise en commun de moyens, l'organisation en réseau et la recherche constante d'économies d'échelle ont la faveur des décideurs.

L'heure est au partage de ressources en diminution : personnel, logistique, administration, système d'information....

²¹ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

²² Article L. 313-11 du CASF

Afin de faciliter les partenariats, les pouvoirs publics ont développé, depuis plusieurs années des outils diversifiés et de mieux en mieux adaptés au secteur médico-social. Pour ne pas faire un inventaire exhaustif des différents outils à disposition, je choisis ici d'aborder quelques-uns des outils les plus appropriés à la mise en œuvre d'une politique de coopération.

1.3. Une boîte à outils adaptée aux exigences du secteur.

Le choix des outils à mettre en œuvre doit répondre avant tout à l'objet même de la coopération. Se pose alors la question du pourquoi on veut faire ensemble, du sens que l'on veut donner à notre projet. On les distingue généralement en deux catégories. Les coopérations fonctionnelles et les coopérations institutionnelles, qui répondent à des objectifs différents que je vais développer.

1.3.1. Les coopérations fonctionnelles

Elles répondent aux besoins des établissements d'exercer en commun des activités en gardant leur personnalité juridique, leur fonctionnement propre. Elles existent sous plusieurs formes, dont les conventions et les réseaux que je traiterai plus particulièrement.

a) La « convention informelle » :

Sûrement le mode de coopération le plus pratiqué dans le secteur médico-social, même si leur nombre exact n'est pas déterminé.

Il s'agit pour les promoteurs, de se rencontrer pour des échanges de savoir-faire, conduire des actions en commun tout en garantissant à chacun sa liberté d'agir ou pas.

C'est par exemple le cas des projets élaborés dans le cadre des associations de dirigeants telles que l'ARRISMS. Des directeurs partagent des informations, une problématique et mutualisent leurs actions pour y répondre. La souplesse de la structure étant un atout dans ce cadre non formalisé, mais très réactif.

Ce dispositif nécessite une bonne connaissance des acteurs, une confiance partagée car les engagements qui pourront être pris par les uns ou les autres ne sont pas opposables. Ce type de relation coopérante vise particulièrement le domaine de la formation continue, mais également des achats groupés de logiciels par exemple.

L'objectif est une mutualisation pour peser sur les coûts d'achat par économie d'échelle. Ces groupements de dirigeants peuvent également apporter une expression collective pour peser dans les choix et décisions.

Mais pour ma part, leur rôle essentiel est de permettre le désenclavement des dirigeants dans un secteur où les conditions d'exercice sont souvent solitaires.

Ces modes de relations sont très dynamiques dans le secteur médico-social et leur rôle n'est pas négligeable.

b) La « convention traditionnelle » :

C'est l'outil de formalisation sûrement le plus utilisé par nos établissements. On en recense environ 40 000, et, après l'association c'est la forme la plus répandue et une des plus anciennes car issues des lois hospitalières de 1970.

La coopération a pour objet d'éviter les doublons par la mise en commun de matériel, de personnels, d'activité, et vise une optimisation de l'utilisation des moyens. C'est le développement des pratiques de convention qui va amener à la création de nouveaux outils de plus en plus adaptés aux situations.

Sa réalisation est aisée, ne nécessitant « que » la bonne volonté des acteurs...Pour autant, l'absence de textes législatifs suffisamment précis peut s'avérer être un véritable frein à leur mise en œuvre dès que son objet devient un peu complexe.

Les conventions restent l'outil privilégié de mise en commun de locaux et de matériel (véhicules, gymnase,...) ou de personnels, généralement qualifiés et difficilement disponibles sur le marché ou dont le temps de travail ne peut permettre un recrutement satisfaisant pour une seule structure (diététicienne, préparatrice en pharmacie, médecins spécialisés...).

La convention peut-être également l'outil le mieux adapté dès lors que l'on désire mettre en place un cadre de mutualisation suffisamment large et évolutif.

Par exemple une convention peut définir que deux établissements s'engagent à mettre en place un échange de personnels ou de pratiques, dont les modalités « *seront définies par ailleurs* »... ainsi l'EPSA dispose de conventions de mises à disposition d'un temps de diététicienne, détachée de l'Hôpital local voisin, pour un temps qui ne serait pas possible de trouver autrement (20%) et qui suffit aujourd'hui pour couvrir les besoins de l'établissement.

Dans un autre domaine, nous avons également une convention d'échange de personnel entre le FAM et un autre foyer voisin qui permet uniquement les échanges de savoir-faire et de pratiques entre les professionnels de nos deux structures qui rencontrent des problématiques de prises en charge similaires mais dont les réponses peuvent être différentes.

Pour ces prestations, la convention par sa souplesse de mise en œuvre est l'outil le mieux adapté parce que contrairement à la *convention informelle* elle permet l'engagement des acteurs et ainsi la continuité des actions au-delà des personnes.

c) Les réseaux:

L'histoire des réseaux est attachée, comme la plupart des outils de coopération, au domaine sanitaire. A partir de 85-86, la prise en charge des malades atteints du SIDA pose problème. C'est une maladie chronique et l'on ne peut hospitaliser le patient pour le reste de sa vie. Ces malades nécessitent une prise en charge quotidienne par la médecine de ville, une véritable révolution.

Le but alors, est de dépasser le clivage médecine de ville / médecine hospitalière.

Ces réseaux seront consacrés dans les ordonnances de 1996. La circulaire du 25 novembre²³ définit les grandes règles auxquelles les réseaux doivent se conformer, particulièrement s'ils bénéficient de financement de l'Etat.

La loi de rénovation du 2 janvier 2002 marque la volonté explicite des pouvoirs publics de favoriser le développement des réseaux sociaux et médico-sociaux.

Cette mise en lien doit permettre de favoriser la coordination et la complémentarité des différents opérateurs afin de garantir la continuité de l'accompagnement des usagers.

Dans le secteur médico-social, c'est le réseau gérontologique qui est le premier expérimenté et qui va se développer à partir de 2003, toujours adossé à un Centre Hospitalier de référence.

Il constitue alors un moyen d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et de fluidifier les passages dans les services d'urgence des hôpitaux.

L'intérêt particulier des réseaux est de permettre de dépasser l'enchevêtrement des territoires entre découpage politique, découpage administratif, schémas départementaux, régionaux, schémas gérontologiques... « *L'imbroglia atteint son comble et démobilise les acteurs* »²⁴

L'EPSA s'est engagé avec l'ouverture en septembre 2009 du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) dans une démarche de prise en charge dans le cadre d'un réseau interrégional du traumatisme crânien, telle que souhaitée par les pouvoirs publics.²⁵

²³ Circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

²⁴ Jean-Pierre HARDY repris dans, « Les Cahiers de l'Actif » n° 324/325. Travail en réseau et logiques de territoire. Pages 49 à 57.

²⁵ Circulaire DHOS/SDO/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/N°280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires

Par ailleurs développe une filière d'accompagnement qui prend la forme d'une prise en charge hébergement à temps plein ou en séquentiel, des résidents dans le cadre du FAM spécialisé et, d'un accompagnement individualisé des usagers vivant chez eux, dans le cadre du suivi SAVS pour une part et pour l'autre l'accompagnement dans le cadre d'un Centre Ressource Départemental des équipes et des professionnels intervenant auprès de ces publics.

Cette plate-forme de service au bénéfice d'adultes traumatisés crâniens ou cérébro-lésés, devant évoluer encore vers la transformation pour partie d'un nombre de places SAVS vers des places en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

Ces modes de coopérations répondent donc à une volonté d'inscrire dans la durée une démarche de coopération commune, tout en garantissant l'autonomie des acteurs.

Pour certains, cette démarche ne peut pas être suffisante, car nous l'avons vu sa simplicité de mise en œuvre se traduit également par une certaine fragilité juridique. Les pouvoirs publics mettent alors à disposition des outils plus structurés, mieux adaptés aux situations complexes.

1.3.2. Les coopérations institutionnelles²⁶

Elles répondent au besoin de travailler ensemble, tout comme les coopérations fonctionnelles dont on vient de voir quelques exemples, mais cette fois ci, dans le cadre d'une personne juridique nouvelle.

Elles s'articulent autour des groupements souvent inspirés du secteur sanitaire mais proposent depuis la loi du 2 janvier 2002 un nouvel outil juridique propre au secteur médico-social, le GCSMS.

Un autre mode de coopération mérite à mon sens une attention particulière c'est celui de la direction commune parce que bien que très spécifique, il reste un outil auquel tout directeur risque d'être un jour confronté.

a) Un outil spécifique au secteur médico-social : Le groupement de coopération sociale et médico-sociale

La coopération entre structures sociales et médico-sociales était déjà illustrée par la signature de conventions. Cependant – même si le principe de coopération était déjà

²⁶ Textes de référence : code de l'action sociale et des familles : articles L. 312-7, R. 312-194-1 et suivants

contenu dans la loi du 30 juin 1975– il s'était peu traduit dans les textes depuis. Il aura fallu attendre la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale pour que le secteur social et médico-social se dote de son propre instrument de coopération devant offrir un cadre juridique plus sûr et pérenne.

Celle-ci réaffirme les objectifs de la coopération et institue de nouveaux mécanismes de coopération en matière sociale et médico-sociale afin de « *favoriser la coordination, la complémentarité, garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, dans le cadre de réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés* ».

La loi handicap du 11 février 2005 est ensuite venue préciser les missions spécifiques de ce nouvel outil. L'année 2006 est venue marquer une étape majeure pour le secteur par la parution de deux textes, un décret²⁷ et une circulaire²⁸ – et le lancement par la DGAS d'une véritable campagne de promotion de ce nouvel outil largement inspiré des Groupements de coopération sanitaire.

Le GCSMS, un outil à géométrie variable...

Le GCSMS permet aux établissements sociaux et médico-sociaux, quel que soit leur statut juridique, et éventuellement avec un ou plusieurs établissements sanitaires, de rassembler une partie, voire toutes leurs activités sociales et médico-sociales, pour les gérer en commun

Une panoplie de missions élargie

Le GCSMS exerce l'ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale. Il peut créer ou gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à ses activités. Il peut faciliter ou encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité de leurs membres et de la qualité de leurs prestations. Il définit ou propose des actions de formation.

Il peut également permettre les interventions communes des professionnels (salariés du groupement et/ou professionnels associés par convention), des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Il peut être autorisé, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services et à assurer directement, à la demande de l'un ou de plusieurs de leurs membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée.

Le GCSMS peut enfin être agréé, à la demande de l'un ou de plusieurs de ses membres, pour exploiter directement l'agrément, après accord de l'autorité l'ayant délivré. Il peut

²⁷ Décret n° 2006-413 du 6 avril, JO du 8 avril 2006.

²⁸ Circulaire n°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006.

être chargé de procéder à des fusions et des regroupements d'établissements et de services

Composition et nature juridique

Le GCSMS permet de rassembler des structures de droit public et de droit privé mais également de faire participer à titre individuel des personnes physiques telles que des médecins, des infirmières ou des personnels paramédicaux...

C'est une structure à but non lucratif dotée : si le groupement est composé d'établissements de droit public => d'une personnalité morale de droit public, et si le groupement est composé d'établissements de droit privé => d'une personnalité morale de droit privé. Enfin, si le groupement est mixte (partenaires publics et privés) => libre choix de la nature de la personnalité.

Le GCSMS ne possède pas de Conseil d'Administration, ni d'organe directorial. Son organisation repose sur une assemblée composée de l'ensemble des partenaires, un administrateur bénévole nommé pour trois ans renouvelables par cette assemblée

Une convention constitutive est nécessaire. Elle est soumise au Préfet de département dans le cadre d'un simple contrôle de légalité

Personnels du GCSMS

Deux possibilités concernant le statut du personnel sont prévues par le décret du 6 avril 2006 relatif aux groupements. Des personnels mis à disposition par les membres du groupement, ou des personnels propres (salariés du groupement).

Des apports identifiés...

En terme d'organisation, un meilleur ancrage des établissements dans le bassin social et le territoire géographique, le développement d'une forme de proximité organisationnelle entre les établissements membres et entre les établissements en réseaux. Une proximité géographique pour les usagers qui vont voir se développer sur un territoire reconstruit et géographiquement proche, des paniers de services ou des filières organisées (offres complètes intégrant les différentes séquences de prises en charge).

En terme d'emplois pour le recruteur par un ajustement plus souple de la masse salariale, la constitution d'un « vivier » élargi de compétences, une certaine stabilité des ressources humaines disponibles.

La création d'un espace dynamique d'échanges des expériences professionnelles entre les salariés, une plus grande maîtrise dans le recrutement et dans la gestion, ainsi qu'un potentiel accru de développement et d'ajustement de la formation des personnels.

En terme d'emploi pour les salariés : plus forte « attractivité » plus grande sécurité par la constitution d'un « vivier » d'emploi diversifié et « territorialisé ».

Plus grande motivation dans l'intérêt de l'emploi avec des possibilités accrues d'assouplissement dans la gestion du temps travaillé, une mobilité plus aisée.

Quel est l'intérêt de constituer des GCSMS ?

L'intérêt de ce nouvel outil vise à répondre à l'extrême dispersion du secteur. Mais également aux besoins d'une population qui vieillit, où l'exclusion croît, aux besoins des personnes handicapées vieillissantes, et aux besoins de la petite enfance.

Mais aussi pour répondre au fait que les professionnels qualifiés (infirmiers, médecins, directeurs...) vont massivement partir à la retraite. Les besoins de mutualisation des moyens seront par conséquent importants.

Mais également pour permettre le développement de compétences très spécifiques liées à l'inflation réglementaire, notamment en terme de sécurité : ingénieur sanitaire, qualificateur, ... qui permettront aux établissements de partager des postes de manière plus pérenne que par simple convention.

Cela peut prendre la forme d'une mise en commun de moyens comme : le recrutement de personnel administratif, social, médical, soignant. Par exemple, l'acquisition et le partage de moyens logistiques ou techniques. Ou encore pour l'acquisition et le développement de services communs : restauration, service à domicile comme le portage de repas aux Personnes Handicapées ou âgées.

Le groupement peut également apporter une réponse aux nouvelles stratégies de prise en charge. Par exemple, la mise en œuvre et le développement des services à la personne qui peuvent être facilités par le recours à la coopération. Le groupement permet plus aisément de favoriser l'emploi et le dynamisme économique, d'améliorer les conditions de travail et la qualification des salariés.

Le GCSMS un outil de reconfiguration du paysage médico-social ?

La grande souplesse dont ils font preuve devrait favoriser leur appropriation par les acteurs. Il est par ailleurs indéniable que la coopération présente de nombreux atouts.

Elle offre en effet de nouvelles perspectives de développement aux structures sociales et médico-sociales en permettant la mise en place de nouveaux projets associant divers opérateurs.

La mutualisation des ressources (humaines et matérielles) devrait ensuite contribuer à améliorer la qualité des prises en charge (par l'acquisition de nouveaux postes, le rapprochement de compétences complémentaires et les échanges de savoir-faire) tout en permettant aux structures de réduire leurs coûts par économie d'échelle.

Cependant, le groupement ne saurait être la solution à tous les problèmes que rencontrent les directeurs dans la gestion des structures sociales et médico-sociales. Il

constitue avant tout un outil technique au service d'un projet et de la prise en charge des personnes fragiles et, comme tout nouvel outil, le GCSMS reste à expérimenter.

Des interrogations persistent quant à certains aspects de son fonctionnement et particulièrement sur le régime fiscal qui lui est applicable.

Dans le département de Vaucluse, il n'existe à ce jour qu'une seule expérimentation de ce type, entre deux associations médico-sociales.

L'exemple local de la constitution d'un groupement sous forme de GCSMS entre l'Association de Parents d'Enfants Inadaptés (APEI) de Cavaillon et l'Association Vauclusienne d'Entraide aux personnes Handicapées (AVEPH) de Robion -le seul aujourd'hui en cours de réalisation sur le département- répond bien à cette ambition de construire, à partir d'une situation donnée un projet collectif.

Au départ le Conseil Général de Vaucluse lance un appel à projet pour l'extension de la capacité d'hébergement d'adultes travaillant en ESAT, au niveau du département. Des zones prioritaires sont définies dont le secteur de Cavaillon sous doté.

Indépendamment, les deux associations répondent par un projet d'extension pour l'AVEPH et pour la création de place pour l'APEI. Situées à moins de 10 km de distance, le service du Conseil Général chargé du projet demande aux associations de se rapprocher, il n'y aura pas deux autorisations données pour un même territoire !

Les deux associations qui entretenaient par ailleurs des liens de complémentarités anciens, construisent un projet alternatif, sous la forme d'un GCSMS que l'on qualifiera de moyen. *« Le groupement va permettre la construction et la gestion d'un lieu de vie en réponse à l'appel à projet du CG, il gèrera par la suite le siège social inter associatif, puis le plateau technique puis....Le tout en gardant à chacun son identité mais en avançant ensemble !²⁹ ».*

Mais dans la perspective dans un deuxième temps d'aller vers une fusion accompagnée des deux acteurs. *« Le groupement est un outil très souple, qu'il est possible de faire évoluer en fonction des besoins, il peut également préfigurer une recomposition de l'offre sur le territoire car la question du maintien de 2 associations se posera sûrement à terme ».*

A coté de ce nouvel outil, et parmi ceux mis à disposition des dirigeants, la direction commune apparaît comme l'un des plus adapté particulièrement dans le cadre d'une préparation de fusion entre deux établissements.

²⁹ Monsieur EDOUARD, Directeur APEI Cavaillon.

b) La direction commune : un outil original au service de la coopération inter établissement...

La mise en place de direction commune entre plusieurs établissements est originale en ce qu'elle n'est régit par aucun cadre légal. Aucun texte, aucune loi ne vient préciser ni donner un contenu à une pratique pourtant bien installée.

La direction commune, un outil souple et adapté au secteur sanitaire social et médico-social.

Le code de l'action sociale et des familles ne précise en rien de ce qu'est une direction commune. Il faut aller chercher dans le statut des directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux une référence à cette coopération. C'est dans l'arrêté du 14 avril 2008 relatif à l'indemnité de direction commune versée aux directeurs. Ainsi, le directeur D3S qui dirige deux établissements perçoit une indemnité fonction du nombre de lits ou places représentées par lesdits établissements.

La procédure de nomination des directeurs dans ces conditions est cependant précisée.

Les directeurs adjoints sont nommés dans l'équipe de direction par arrêté. Si la convention de direction commune prend fin, son directeur est alors nommé directeur d'un des établissements qui la composaient. Ces nominations ne procèdent pas à un avis de vacance de poste³⁰.

La gestion dans le cadre d'une direction commune est décidée sur délibérations identiques des Conseils d'administration (C.A) de tous les établissements.

Elle est précisée sur une simple convention et donc, parallélisme des formes oblige, elle peut être dénoncée de la même façon.

Mais au-delà des CA respectifs, les autorités de contrôle et de tarification ont un rôle clé à jouer, particulièrement en terme stratégique. Elles peuvent se saisir de cette opportunité pour procéder à des rapprochements entre les divers établissements et ne pas laisser des situations difficiles perdurer, ce que ne permet pas l'intérim.

Pour le directeur chargé de mettre en place cette configuration, l'attention doit être portée sur la nécessité d'équité entre les établissements, mais également œuvrer pour une égalité de traitement surtout si les établissements sont très différents en terme de taille, d'activité de représentation. Développer une culture partagée est l'étape obligatoire à la bonne intégration des établissements au sein du groupement ; les mêmes objectifs doivent habiter les membres des CA.

La direction commune est donc dotée d'une grande souplesse, pas de textes réglementaires spécifiques, un champ d'application excessivement large, elle permet des économies d'échelle, d'atteindre une taille critique permettant de faire véritablement face aux décideurs, elle permet d'avoir un interlocuteur unique et clairement identifié, elle

³⁰ Décret n°2005-921 du 02 août 2005/ statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements

permet également, pour les petits établissements d'avoir accès à des techniques professionnelles (souvent par l'utilisation de temps incomplet) pas toujours facile à obtenir par ailleurs.

Pour autant, le fait même de sa souplesse induit une certaine fragilité, la dénonciation de la convention entraînant la fin de la coopération. Ce mode de coopération n'apporte pas plus de souplesse concernant les modes de fonctionnement. Les instances sont conservées, créer une culture commune se révèle parfois très difficile notamment du fait que chaque structure conserve ses propres instances (CA, CTE, CME, CHSCT...), cela ne facilitant pas la mobilité des personnels à l'intérieur du groupement.

Dans le cas où les établissements se retrouvent éloignés les uns des autres, on peut avoir l'impression que les décisions sont prises loin de leur lieu d'application, le sentiment d'abandon, d'isolement, peut également être un facteur de démobilité des personnels. Enfin, pour être efficace, le choix de mettre en place une direction commune doit être un système du type « gagnant/gagnant ».

Après avoir vu que le terme de coopération est un concept très large qui regroupe tout un processus qui va d'une dimension micro-économique comme le partage de savoir-faire par exemple à des dimensions beaucoup plus larges qui vont avoir un impact sur l'organisation de la structure.

Après s'être interrogé sur les raisons qui conduisent les pouvoirs publics et les acteurs à réfléchir sur cette problématique, avoir fait le point sur les différents dispositifs de coopération à disposition, je vais, dans une deuxième partie repérer comment ces dispositifs se développent et s'articulent sur le territoire, en prenant pour exemple le département de Vaucluse, et le territoire de l'Isle sur la Sorgue en particulier.

2. La coopération au sein du territoire, quelle réalité aujourd'hui ?

Afin d'avoir une vision juste de la réalité des acteurs sur le territoire, j'ai décidé, à partir de mes expériences tirées de mon lieu de stage de rencontrer différents acteurs choisis pour leur expertise, leur expérience, le regard qu'ils portent sur les enjeux de la coopération dans le secteur médico-social, mais également sur les difficultés qu'ils rencontrent.

Après avoir présenté et justifié la méthodologie choisie (2.1), je présenterai les résultats de l'enquête (2.2) afin d'en tirer une analyse qui viendra confirmer ou pas les hypothèses de départ (2.3).

2.1. Le choix d'une méthodologie adaptée à l'enquête de terrain.

Le choix du recours à l'entretien semi directif vise à mobiliser une position d'empathie vis à vis des interviewés c'est-à-dire une grande disponibilité sans préjugé ni a priori, une manière d'être et de faire qui soit un encouragement continu à l'expression spontanée.

L'objectif de cette forme d'entretien répond à la nécessité de donner un cadre à l'échange tout en laissant un espace suffisamment large, propice à un échange.

2.1.1 Les acteurs cibles de la démarche

Afin d'aborder d'une façon globale la problématique de la mise en œuvre d'action de coopération dans le domaine médico-social, j'ai fait le choix de questionner différents acteurs du territoire :

- Les autorités de tarification et de contrôle : délégation départementale de l'ARS et Conseil Général de Vaucluse par le chef de bureau du service des Moyens et des Etablissements. Parce qu'ils sont chargés de traduire au niveau du territoire les politiques publiques. Leur rôle en matière de tarification, de contrôle et d'animateur de projet en fait des acteurs incontournables du secteur médico-social.
- Les chefs d'établissements médico-sociaux publics présents sur le territoire: Hôpital Local de l'Isle sur la Sorgue, Institut Médico Educatif de l'Alizarine à Avignon.
- Les chefs d'établissements associatifs œuvrant dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées :
 - ADAPEI de Carpentras et de Cavaillon
 - Le moulin de l'Auro à Pernes les fontaines
 - FAM de la Garance à Althen les Paluds

En amont de ces entretiens, j'ai eu recours à l'étude de documents tels que les schémas départementaux des personnes handicapées, le Document d'Orientation Régional Personnes âgées, Personnes handicapées 2009, le PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) PACA 2009-2013.

L'étude de ces documents m'a permis d'avoir une vision prospective sur les besoins à couvrir sur le secteur, au regard des moyens déjà déployés.

2.1.2 Des recherches complémentaires

J'ai par ailleurs fait des recherches sur les différentes conventions signées aujourd'hui entre l'EPSA et d'autres partenaires. J'ai échangé avec la directrice de l'EPSA, les représentants du personnel, les agents eux-mêmes sur leur expérience suite à l'intégration du FAM en 2005.

J'ai abordé également cette problématique avec une administratrice de l'EPSA qui se trouvait à l'origine de la création du foyer, ainsi qu'un conseiller général concerné de près cette situation.

J'ai également pu échanger avec une collègue elle-même stagiaire D3S sur l'IME de l'Alizarine autour d'une étude prospective pour la mise en œuvre d'une formalisation de coopération entre nos deux établissements.

Les personnes ont été interviewées (annexe n°3) sur les thèmes suivants :

- l'existence ou pas de coopérations engagées ou en cours de réalisation
- les raisons de ce choix, qu'est-ce qui a concouru à cette démarche ?
- quelles plus values ont été réalisées, correspondent-elles au projet initial ?
- quels sont les freins à leur mise en place, les opportunités rencontrées?
- quelles propositions pour un développement de ces actions ?

Le questionnaire d'entretien à destination des autorités de tarification (annexe n°2) intègre en plus, des questions de stratégie territoriale ainsi que de politique de développement.

Une grille d'analyse (annexe n°4) permet, suite à la retranscription des entretiens, de procéder à leur analyse.

2.1.3 L'utilisation de la grille d'entretien

Remarque : cette grille d'entretien m'a été utile, sous plusieurs aspects. Le premier est de me permettre de questionner les personnes sur une base commune, même si parfois la discussion s'écartait un peu du sujet. Elle m'a permis également de repérer des manques,

des questions que je pensais importantes mais qui dès les premiers entretiens d'essai ont été évacuées.

Par exemple le questionnaire destiné aux directeurs d'établissements ou de services (annexe n° 3) était fortement bâti sur les coopérations existantes, alors qu'en fait, au fil des entretiens avec les acteurs je me suis rendu compte qu'il y en avait finalement peu.

Le questionnaire a permis également aux personnes rencontrées de me renvoyer vers d'autres acteurs, directement concernés par cette problématique, mais que je n'avais pas repéré. Ainsi le chef de service rencontré au Conseil Général m'invite à questionner le directeur de l'APEI de Cavillon sur le projet de GCSMS...

2.2. Présentation des résultats

L'ensemble des acteurs sollicités, ont tous participé de façon très volontaire au recueil d'information, je les en remercie, facilitant ainsi le recueil des données.

2.2.1. Pour les autorités de tarification et de contrôle,

Le premier élément qui ressort des entretiens réalisés c'est qu'à ce jour, les autorités concernées n'ont pas de vision globale des actions de coopération réalisées ou en cours : *« Même si on ambitionne de pouvoir à terme s'y atteler. Pour autant, on connaît bien les acteurs, les associations et les difficultés qu'ils rencontrent pour s'ouvrir. Des outils sont mis en place, tels que les conventions tripartites (C.T) passées entre les EHPAD et les autorités de tarification mais cette dimension de coopération n'est pas aujourd'hui contraignante ».*

Pour le Conseil Général, une première analyse de l'application de cette clause dans les CT est en cours, mais *« les premiers indicateurs confirment le manque d'ouverture des structures Médico-sociales, même si les choses semblent bouger³¹ ».*

Les CPOM pourraient également être des leviers de développement des complémentarités, comme les PRIAC qui peuvent avoir un rôle incitateur.

L'outil de coopération le plus utilisé par les directions d'établissements ou de services, reste la convention simple, qui permet souplesse et garanti de la pérennité des actions.

³¹ Madame GAULT. A, chargée de la politique des personnes handicapées, DDASS (DT ARS), Vaucluse.

Elle acte une démarche en lui donnant une dimension juridique et la stabilise puisqu'elle introduit une dimension contractuelle indépendante des acteurs (elle continue de s'appliquer même si les signataires ne sont plus présents, jusqu'à ce qu'elle soit dénoncée).

Les autorités de contrôle reconnaissent des difficultés à avoir une vision fine des choses. Difficultés liées au manque d'outils (seuls les CT permettent d'inclure dans les indicateurs cette dimension, les CPOM compléteront prochainement ce dispositif). Mais surtout au fait que la coopération n'est pas quelque chose qui structure aujourd'hui les associations et particulièrement dans le secteur du handicap....Celles-ci gardent une vision micro économique dans les réponses qu'elles apportent aux usagers, vision que les autorités ne peuvent pas partager au regard des enjeux de territoire.

Sur un autre point, le département du Vaucluse se caractérise comme un département étendu, essentiellement rural, avec une grande ville : Avignon, située en bordure du département avec une zone d'influence débordant largement sur les départements limitrophes (13 et 30).

De ce fait, la réponse aux besoins se doit d'être vue de façon globale, permettant un égal accès sur tout le territoire.

Une autre caractéristique réside dans la petite taille des partenaires associatifs. Seules deux associations se démarquent : l'ARI³² avec une dizaine de structure et l'APEI Cavaillon avec 5 structures. 90% des autres associations sont constituées seulement de une ou deux structures.

Quels sont les moyens d'actions des autorités sur les associations ?

Concernant les leviers d'action, les autorités peuvent agir sur les associations, les directions, au moment du renouvellement de l'autorisation, en incitant les associations à travailler de concert. Le passage à 15 ans depuis 2002 de la durée de validité des autorisations a, de ce point de vue facilité la démarche.

La position de financeurs, permet aux autorités d'intervenir pour peser sur les choix des associations. Particulièrement lorsque la qualité des prestations ne répond pas aux attentes, que ce soit en termes de coût ou d'offre de prise en charge.

La réforme du statut des sièges des associations va également permettre de peser sur les associations gestionnaires pour les inviter à collaborer entre-elles.

Un autre moyen d'action est également lié aux appels à projets du Conseil Général qui peut « convier » deux associations à mutualiser leurs actions pour avoir accès au marché.

³² Association pour l'Intégration des personnes en situation d'handicap

C'est le cas par exemple, le projet de GCSMS en cours sur le foyer de vie de l'APEI Cavailon et de l'AVEPH.

Le département de Vaucluse affiche une volonté politique forte de faire évoluer l'organisation sociale et médico-sociale dans le domaine de la mutualisation. C'est indéniable.

Pour autant, les choses ne vont pas de soit, la culture médico-sociale a longtemps été plus dans le domaine du travail chacun dans son coin, se préoccupant de la réponse aux usagers sans avoir une dimension plus large, de la place de l'association dans le tissu médico-social, cela traduit une approche trop souvent aut centrée.

Des actions sont menées pour décroiser ces modes de fonctionnement. Cela se traduit par exemple avec l'augmentation régulière des CPOM signés avec la DDASS, 2 en 2008, 5 en 2009 et quelques-uns en attente de signature pour ce début d'année.

Ce sont plus particulièrement les ESAT qui sont signataires, mais également un IME public l'année dernière, l'ESAT du Centre Hospitalier de Montfavet (CHS) étant lui également à l'étude, ainsi que celui d'un autre FAM.

Par ailleurs, il faut noter que la solidité financière de l'établissement, est un facteur favorisant de la contractualisation.

Les dispositifs incitatifs n'ont eu paradoxalement que peu d'effets, les acteurs qui ont signé dans ce cadre ont, en fait, avancé leur décision, qu'ils auraient prise de toute façon. Demain, les ARS disposeront au niveau régional d'une cellule d'accompagnement, administratif et juridique, pour aider les acteurs à s'inscrire dans la démarche de pluri annualité, les DDASS (futurs D.T. ARS) seront alors recentrées sur l'accompagnement et le suivi au sein du territoire.

Il ne faut pas perdre de vue, s'accorder à rappeler les autorités, que l'objet de toute action de coopération reste en premier lieu l'optimisation de la réponse aux besoins des usagers. Dans le domaine de l'accès aux prestations, dans le domaine de la qualité, dans celui de la sécurité également.

Elles doivent alors s'inscrire dans une dimension territoriale qui prend en compte les spécificités locales.

On ne peut faire coopérer que dans un cadre géographique pertinent.

Regrouper par exemple des actions spécifiques sur une seule partie du département n'a pas de sens, les besoins doivent être couverts de la même façon sur tout le territoire : Par exemple, incitation à mettre en commun des temps de certains professionnels, difficilement accessibles comme les kinésithérapeutes, les psychiatres, permettant ainsi qu'un maximum de structures soient couvertes par ces spécialistes...

Mais elles peuvent avoir également un intérêt pour les professionnels en terme de partage des compétences, de savoir-faire, de mobilité voire même d'évolution de carrière.

Le partage de coûts est également un objectif réel par le phénomène d'économie d'échelle, mais pas seulement.

Dans la fusion des deux ESAT de Bollène et Lapalud (Nord Vaucluse), le gain financier est globalement nul, mais il s'est traduit par une offre de prise en charge de meilleure qualité, locaux, encadrement, diversité des actions et des postes de travail...permettant une meilleure qualité de vie au travail et de relations sociales.

Pourtant des difficultés perdurent.

Un des premiers freins aux développements d'actions de coopération est le manque de connaissance réciproque. Si on ne se connaît pas, difficile de travailler ensemble !!!

Par exemple, sur l'initiative de la DDASS, un groupe de travail entre le secteur psychiatrique et les établissements médico-sociaux s'est mis en place, pour dans un premier temps faire se rencontrer les acteurs. L'objectif à terme est de gagner en lisibilité et développer une charte de partenariat !

Des difficultés ont été évoquées, qui tiennent en particulier à la culture associative qui jusqu'à présent ne laissait pas de place aux dispositifs d'ouverture. On est encore aujourd'hui sur les mêmes représentations même si les choses commencent à changer.

Les expériences antérieures, avec par exemple la « dé fusion³³ » du Centre Gériatrique Intercommunal de l'Ouvèze (CGIO), l'expérience de la mise en place de la direction commune entre les EHPAD de Courtézon et de Jonquières ne facilitent pas les choses et marquent quelque part un échec des dispositifs de fusion.

« Concernant les CHT, difficile aujourd'hui d'anticiper ce qu'elles seront et la place qu'elles tiendront dans le paysage social et médico-social, sachant que le paysage, sanitaire mais également médico-social vont probablement encore évoluer³⁴ »....

³³ Il s'agit d'une étape qui vise à séparer deux établissements fusionnés en 1996.

³⁴ Madame GAULT. A, chargée de la politique des personnes handicapées. DDASS (DT ARS) de Vaucluse.

2.2.2. Pour les responsables d'établissement ou de service :

La plupart des acteurs ont engagé des modes de coopération avec d'autres partenaires. On retrouve chez toutes les personnes interrogées les mêmes raisons : volonté de travailler ensemble, apporter des complémentarités, mettre en commun des moyens...

Ces coopérations sont lorsqu'elles sont formalisées essentiellement sous le mode de la convention et visent la mise à disposition de personnels ou de ressources.

Les raisons évoquées sur ce choix reposent sur l'impossibilité de faire seul : partager des temps de professionnels, des matériels impossibles à avoir, ou dont l'utilisation ponctuelle ne permettrait pas l'obtention en fond propre.

Les plus value apportées reposent sur une amélioration de l'offre de prestations pour l'utilisateur. Par exemple la présence d'une diététicienne à temps partiel permet de donner au groupe chargé d'animer la commission menu une approche professionnelle respectant les besoins de la personne.

Un Groupement d'Intérêt Public propose, sur l'initiative du CH de Montfavet (établissement Psychiatrique) une prestation de blanchisserie à laquelle participent des établissements publics du territoire (EPSA, Alizarine, HL...).

Pour autant les personnes auditionnées font part de difficultés de mise en œuvre. Qui peuvent tenir de plusieurs causes. Si la mise en œuvre de conventions ne pose pas de difficulté particulière, l'engagement sur un groupement semble plus délicat. Certains font part de difficultés juridiques dans la rédaction des conventions constitutives, mais ils sont plus nombreux à mettre en avant l'absence de visibilité budgétaire qui rend difficile un engagement à long terme.

Notons également que pour les personnels rencontrés, ce qui est régulièrement mis en avant ce sont les craintes liées à l'emploi, aux qualifications, aux conditions de travail. Mais également des craintes liées à l'abandon d'une « culture d'entreprise ».

Ce dernier point s'exprime sous la forme « nous on ne travaille pas pareil ! » Ou encore sur un sentiment d'impossibilité de relier public/privé, sans que les uns ou les autres ne perdent un peu de leur identité ou ne soit absorbé par l'autre.

2.3. Des éléments qui viennent confirmer les hypothèses

L'ensemble des personnes interrogées s'accorde à dire que ce n'est pas une question d'outil, dont les difficultés peuvent être dépassées, mais plus de volonté. Le moteur essentiel des actions de coopération réside dans la conviction des dirigeants à s'engager dans ce processus.

Pour être efficace, une action commune exige deux choses :

- se connaître
- avoir un intérêt à coopérer.

2.3.1. Bien se connaître, un préalable essentiel aux actions de coopération

Le premier axe de réflexion de l'analyse des résultats c'est que malgré une volonté affichée des pouvoirs publics depuis 30 ans de vouloir faire travailler ensemble les différents acteurs du secteur, force est de constater que les résultats ne sont pas à la hauteur.

Se connaître et être reconnu. Cela peut sembler facile et pourtant... Sur le territoire de l'Isle sur la Sorgue cohabitent 5 établissements médico-sociaux, qui, sans forcément avoir les mêmes populations à prendre en charge partagent toutes les mêmes missions et les mêmes contraintes. A l'occasion de ce questionnaire j'ai pu me rendre compte combien chacun ne se préoccupait que de son institution.

Les choses s'expliquent de plusieurs façons, les difficultés rencontrées par les uns et les autres dans la gestion des questions courantes, l'articulation du temps entre les acteurs n'est pas toujours facile, la culture médico-sociale pour reprendre le Directeur de l'APEI Carpentras s'est constituée et s'est développée de façon égocentrée. Et on sait bien que, dans la conduite du changement, la culture est l'un des facteurs les plus difficiles à faire évoluer...

Le directeur de l'APEI de Cavailon, lorsqu'il me présente le projet de GCSMS rappelle volontiers cette première règle et soulignant que « *Les deux associations APEI et AVEPH sont situées à moins de 6 km l'une de l'autre, et sont inscrites dans le paysage social depuis plus de 30 ans. Je connais bien le Directeur de l'association AVEPH pour avoir, à de nombreuses reprises travaillé des dossiers en communs* ».

L'objectif clairement affiché est bien une mutualisation des moyens pour asseoir les activités des deux associations dans le domaine de l'hébergement des travailleurs handicapés pour, ensuite, même si les choses sont étroitement liées, pouvoir développer

les activités de production. Posséder un lieu d'hébergement adapté et de qualité représente une plus value non négligeable pour les associations.

« Un scénario donc en deux temps, qui posera à terme la pérennisation de deux associations à une philosophie très proche sur un même territoire, avec les mêmes usagers... »

Pour reprendre l'image de Pierre THEPOT³⁵, je dirais que comme dans un couple, ce qui compte au départ c'est de se connaître. Il en va de la construction de la coopération comme de la construction du couple : c'est l'histoire d'une rencontre et d'un projet...

2.3.2. Partager un intérêt à agir : moteur essentiel du projet de coopération.

Comme j'ai pu m'en rendre compte tout au long de mon cheminement avec les acteurs, coopérer s'appuie avant tout sur une forte volonté des Directeurs de faire un chemin à plusieurs. Pour cela, il faut que les protagonistes y trouvent une raison suffisante pour ne pas le faire seul. Les organismes de contrôle dans ce domaine doivent être facilitateurs, les dispositifs réglementaires des outils. Mais le socle de base doit rester une politique d'établissement.

L'intérêt à agir peut-être de différente nature, répondre à des besoins nouveaux, améliorer l'efficacité, ...

Dans la fusion des deux ESAT de Bollène et Lapalud (Nord Vaucluse), ce qui a prévalu au départ, c'est le maintien de l'activité.

Les deux structures, gérées séparément par deux associations n'avaient pas ni l'une ni l'autre la taille critique suffisante pour faire face aux besoins et pérenniser leur activité. Ce mariage de raison s'est transformé en mariage d'intérêt, chacun ayant trouvé des éléments favorables à cette situation.

Comme le soulignait les autorités de tarification et de contrôle, le gain financier est globalement nul, mais l'offre de prise en charge s'est améliorée : Locaux, encadrement, diversité des actions proposées pour les travailleurs et amélioration de la qualité de vie au travail et de relations sociales pour les personnels.

Aujourd'hui la pérennité de l'activité est assurée, son développement est permis.

L'ensemble des protagonistes doit avoir intérêt dans l'affaire au risque sinon que *« ces unions, loin d'être fusionnelles, se limitent encore quelques années après, à une cohabitation et suscitent des conflits permanents ³⁶»*.

³⁵ THEPOT Pierre : « couples et communauté » gestions hospitalières n° 491 décembre 2009, pages 641-643

C'est l'exemple de la mise en place de la direction commune entre les EHPAD de Courthézon et de Jonquières, imposée pour des raisons de rationalisation des dépenses, elle n'a jamais été portée par un projet autre que financier. Aujourd'hui la question du maintien de l'établissement de Courthézon se pose, les travaux d'humanisation sont en suspend, il n'y a pas de véritable projet commun entre les deux structures.

Le climat social est délétère (dixit les représentants du personnel), les maires des deux communes se renvoyant l'un à l'autre les responsabilités.

Véritablement donc, après l'étape de connaissance mutuelle et de reconnaissance des acteurs, construire un projet répondant aux aspirations de l'ensemble des acteurs est gage de réussite dans un dispositif de coopération.

2.3.3. Une réalité locale marquée par des expériences mal digérées...

Les autorités de tarification font également le lien entre les difficultés rencontrées aujourd'hui par les acteurs et l'histoire locale des échecs des coopérations. C'est vrai que les deux situations décrites ci dessus n'engagent pas au développement de coopérations. Cependant les contextes sont bien différents.

Concernant le CGIO et pour reprendre les propos de P. THEPOT, « *le premier moteur des rapprochements – entre hôpitaux-, parfois assez éloigné de l'efficience, a souvent été l'égo du directeur. Pour passer de la 3° à la 2° classe, ou de la 2° à la 1° classe il fallait étendre son territoire...* ». C'est pour certains des acteurs rencontrés ce qui a prévalu dans la construction de ce projet...qu'il faut aujourd'hui, « *une première sur la région et peut-être en France*³⁷ », s'appliquer à déconstruire. Un divorce consommé qui traduit le fait que l'intérêt seul d'une personne ne suffit pas à rendre un projet solide et durable !

Au-delà de l'anecdote, cette expérience n'est pas très rassurante pour les acteurs qui voient là, un risque à courir important. Car chacun peu s'imaginer la complexité de la dé fusion en terme juridique, politique, organisationnel, social... du coté des professionnels mais encore plus du coté des usagers, la confusion que cela engendre et de l'image négative que cela peut avoir sur les prochains rapprochements !

Il est ici important de noter que les établissements médico-sociaux publics de Vaucluse, tournés vers la prise en charge des personnes handicapées, ont vécu également une

³⁶THEPOT Pierre. Couples et communauté, la convention de direction commune. Gestions hospitalières n°491 décembre 2009 Page 641.

³⁷ Dixit Madame GAULT, DDASS de Vaucluse (DT. ARS)

expérience de coopération avec la création en 1990 d'un Etablissement Public Départemental regroupant la maison d'Enfant à Caractère Social de Carpentras, l'Accueil Départemental Enfance Famille d'Avignon, le Réseau Villa situé sur Avignon, L'IME de l'Alizarine également situé à Avignon et l'IME de l'Isle sur Sorgue.

Cette aventure n'a duré que 3 ans, l'établissement public départemental étant dissout en 1993. Les établissements deviennent alors autonomes et acquièrent la personnalité morale.

De cette expérience commune il reste aujourd'hui une culture d'échange entre les personnels administratifs des divers établissements, rencontres plus ou moins régulières, partage d'information.

Mais cela reste informel et surtout ne s'inscrit pas une recherche réelle de complémentarité. Les personnes se connaissent, échangent mais c'est tout.

...Des éléments importants qui ne se sont pas traduits dans les entretiens !

Au cours de la synthèse des entretiens réalisés j'ai observé qu'aucune des personnes interviewées ne faisait état de la question des enjeux de pouvoirs susceptibles d'apparaître.

Collaborer c'est mettre en commun. Mais c'est également perdre, ou du moins partager un peu de son pouvoir.

Cela peut signifier, déléguer à un autre des éléments de son patrimoine.

Ce sentiment de perte pour l'un, de gain pour l'autre, peut également devenir un frein dans le processus de mutualisation.

Ceci est encore plus vrai lorsque la collaboration engendre une fusion...

Cet aspect ne doit pas être évacué trop facilement au risque de rester dans des conservatismes peu favorables à une évolution des stratégies.

Les projets finaux doivent pour cela être clairement établis.

Les conventions constitutives de groupement peuvent justement rééquilibrer le partage des pouvoirs au sein de la nouvelle structure.

Elles peuvent donc rassurer les acteurs, mais surtout fixer les règles de gouvernance en tenant compte de la nouvelle situation générée.

Parallèlement à la question du pouvoir, celle de la culture me semble importante à prendre en compte. C'était ma troisième hypothèse que je n'ai véritablement sentie comme un enjeu important des coopérations.

Pour autant, il me semble que la perte de l'identité fondatrice de l'association, la perte de sa culture est un risque réel particulièrement dans une inscription dans un réseau.

La mutualisation nécessaire se traduit par un mélange des représentations qui peuvent être très différentes.

Une fois cette question dépassée, les outils de collaboration peuvent être mis en forme, la coopération être mise en œuvre.

Quelques éléments de conclusion...

L'expérience démontre plusieurs choses intéressantes et qu'il faudra prendre en compte pour mener à bien un projet de coopération.

La première c'est que ce n'est pas parce que l'on dispose d'une boîte à outils performante que le projet que l'on mène va aboutir. Il n'y a vraisemblablement pas d'outils idéaux. Certains sont plus ou moins adaptés aux projets, mais aucun ne viendra à bout, tout seul des écueils que l'on pourra rencontrer.

L'outil seul ne permet pas de garantir l'effectivité du projet.

La seconde idée c'est que ce n'est pas parce que l'on décide à quelque niveau que se soit qu'il faut coopérer que les choses vont se faire. Une leçon que je tirerais de la situation c'est que malgré les politiques continues dans ce sens, les acteurs n'ont pas développé pour autant un tissu coopératif important.

Les coopérations mises en place sont le plus souvent d'ordre opérationnel (réponse à un besoin urgent ou important) et ne s'inscrivent pas véritablement dans une politique de coopération. La situation est d'ailleurs la même qu'elle que soit la nature de l'opérateur.

A ces points, il convient d'y rajouter une dimension supplémentaire liée à la notion de territoire. La coopération s'inscrit dans un dispositif déjà existant et doit apporter une plus value au regard de la globalité du territoire. Cela reprend le point abordé par la DDASS. Il est aujourd'hui important que le développement de l'offre s'effectue en fonction des besoins recensés, mais de façon harmonieuse sur le territoire. Au risque sinon de retrouver des zones où l'offre serait pléthorique à côté de déserts médico-sociaux.

Enfin pour être efficace et efficient, le projet doit répondre à des enjeux partagés. L'intérêt de construire ensemble pour être plus fort est essentiel. Cela nécessite de bien se connaître, mais également être reconnu comme un partenaire à part entière, et surtout que chacune des parties ait un intérêt propre au travail ensemble, même si les intérêts des uns ne sont pas forcément les mêmes que ceux des autres.

Ces conditions réunies, le projet a des chances d'être mené jusqu'au bout, et ainsi, pour finir avec Pierre THEPOT, « *construire des unions à géométrie variable, dominées par l'envie de travailler ensemble, d'être féconds et unis A la vie à la mort. Etre un couple épatant, un couple complice !* »

Après avoir pu repérer au travers de l'enquête, des observations effectuées sur les freins et les leviers rencontrés, je vais proposer quelques pistes d'améliorations. Pour cela, je prendrai l'exemple de l'Etablissement Public Saint-Antoine qui s'inscrit pleinement dans cette dynamique.

3. Du lien informel au lien conventionnel, quelles pistes d'amélioration pour une coopération renforcée ?

Comme nous l'avons vu, le passage d'une relation à une coopération plus structurée répond avant tout à un besoin de continuité de l'action. Par la formalisation de leur engagement, les acteurs s'engagent d'une part à préciser leurs objectifs et d'autre part à leur donner une pérennité.

Après avoir défini une stratégie d'action (1), je proposerai des pistes d'amélioration, vers d'une part, des coopérations répondant à l'amélioration de l'accompagnement (2), puis tournées vers une dimension plus gestionnaire (3).

3.1. La mise en œuvre d'une stratégie d'action visant à développer une politique de coopération.

Dans son ouvrage « *Grandeur et décadence de la planification stratégique*³⁸ », Mintzberg passe rapidement en revue les différentes significations qu'on accorde au mot stratégie.

La stratégie peut être un plan, une direction, une trajectoire ou un guide pour l'action orientée vers le futur.

3.1.1 Quelques éléments théoriques...

Mintzberg parle alors de "stratégie délibérée" qui précède l'action.

La stratégie peut aussi constituer une forme, une structure cohérente qui émerge de l'action au cours du temps.

Signalons, que pour les organisations publiques, la notion de position est beaucoup plus large que celle à laquelle Mintzberg se réfère :

- Elle ne vise pas un marché particulier mais plutôt un secteur d'activité entier,
- Elle ne se résume pas uniquement à la dimension concurrence mais englobe toutes les dimensions et pressions externes qui façonnent et influencent ce secteur d'activité,
- Elle ne se limite pas à une brochette de produits mais englobe toutes les formes d'interactions que l'organisation publique développe avec ce secteur d'activité.

³⁸ MINTZBERG Henry. « Grandeur et décadence de la planification stratégique. Dunod, 1994.

La stratégie d'entreprise est faite de choix portant sur le long terme. Les choix doivent être cohérents avec l'évolution prévisible de l'environnement. Ils se traduisent dans des décisions, des politiques et des plans d'action.

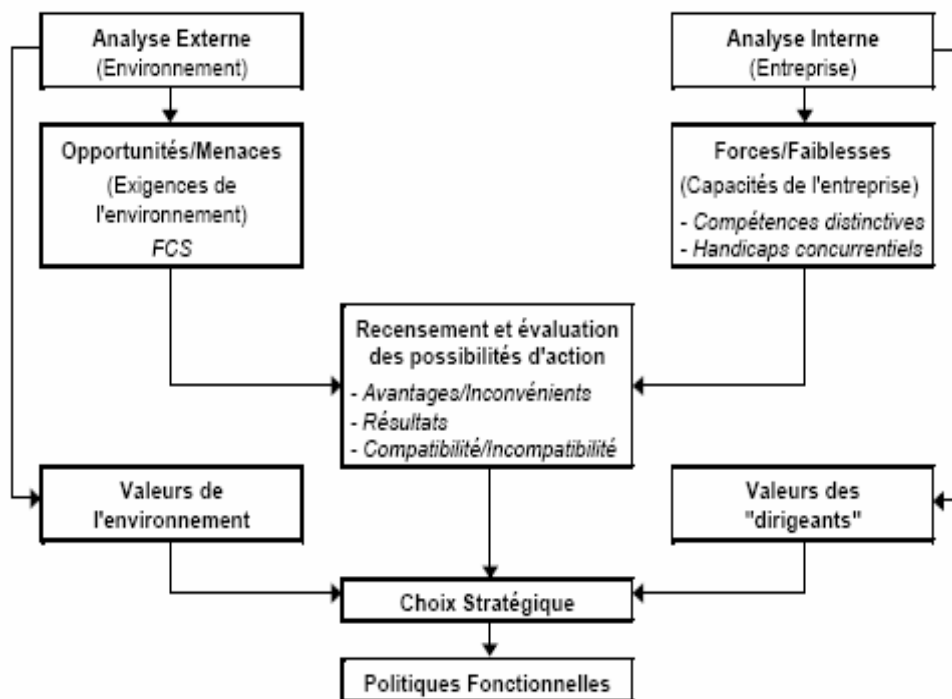
Se fixer des objectifs et se donner les moyens d'y arriver est essentiel pour conduire un projet stratégique.

Faire de la stratégie c'est répondre à trois questions :

- où sommes-nous ? (état des lieux)
- où voulons-nous aller ? (la visée)
- comment voulons-nous y aller ? (les moyens)

La méthodologie de travail que j'appliquerai ici sera le modèle développé par HARVARD, car même s'il est construit pour le secteur commercial, sa méthodologie s'applique également pour notre secteur.

Le modèle stratégique de HARVARD



3.1.2 Pour éclairer une situation locale...

Analyse de l'environnement : Celui-ci a fait l'objet d'une présentation réalisée plus tôt. Pour synthétiser, on rappellera que l'EPSA se situe au cœur d'un dispositif médico-social, varié et concentré sur une même commune. Une volonté des pouvoirs publics de développer des formes de coopérations entre les structures existantes (développement

d'appels à projet, mis en place de CPOM³⁹,...) volonté de l'établissement de développer une stratégie en complémentarité avec les moyens existants sur le territoire.

Dans l'environnement je rappellerai également les évolutions contenues dans le PRIAC qui vont avoir un effet sur le positionnement de l'IME (prise en charge par exemple des enfants autistes, développement d'autres modes alternatifs d'accompagnement...)

Opportunités/menaces : des expériences difficiles de fusion d'établissement. Un contexte budgétaire serré. Des besoins satisfaits mais qui devront répondre à des évolutions à venir avec par exemple l'évolution de la population de l'IME se traduisant par la prise en charge d'une population différente (poly-handicap, troubles du comportement, difficulté d'accompagner les enfants vers la sortie de l'IME...).

Je pense également au vieillissement de la population du FAM qui nécessitera sous peu une adaptation de l'offre et de la qualification des personnels pour faire face au besoin de médicalisation en constante hausse.

En terme de menace, je rappellerai que l'on se situe sur un secteur de plus en plus concurrentiel, et que de notre capacité d'adaptation dépendra notre position dans cet espace médico-social. Voire la survie de l'établissement.

La situation interne a également fait l'objet d'une analyse avec une situation budgétaire très bonne, une activité installée et reconnue qui répond aux besoins de la population, une niche d'activité centrée sur le traumatisme crânien qui donne à l'établissement une spécificité départementale. On note toutefois une mobilité très forte particulièrement dans l'équipe de direction avec 5 directeurs différents en 5 ans, ce qui ne facilite pas le développement d'une stratégie d'établissement.

Les Forces et faiblesses de l'institution, ont été abordées, les forces reposent sur une activité implantée et reconnue, une situation budgétaire stabilisée, des professionnels compétents, et une dynamique institutionnelle reconnue tant par les autorités que par les usagers.

Des faiblesses notées par ailleurs autour de la nécessaire adaptation de l'institution aux besoins nouveaux des usagers, et donc la diversification des prises en charge qu'il faut développer.

Au regard de ces constats et analyses, des choix stratégiques doivent être conduits.

Le passage d'un simple lien relationnel non formalisé à une action de coopération structurée répond aujourd'hui à une position stratégique de l'EPSA.

Des possibilités d'action émergent.

Je vais choisir de développer ici des modes de coopération qui visent des objectifs un peu différents mais complémentaires. Mais qui surtout vont initier une véritable politique de coopération.

³⁹ Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

Il s'agira de la coopération filière, directement axée sur l'amélioration de la prise en charge des populations, et la coopération gestionnaire répondant, elle, d'avantage à des impératifs économiques.

3.2. Par le renforcement de coopération filière visant l'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers.

Deux points me semblent importants d'être abordés, car ils positionnent l'EPSA sur une dimension singulière au niveau de l'offre d'accompagnement des populations :

- Le positionnement stratégique du Centre Ressource Départemental sur la prise en charge du traumatisé crânien,
- la prise en charge spécifique des jeunes sortis de l'IME, via notamment la plate-forme d'évaluation, et le CFA-FA

3.2.1. Le Centre Ressource Départemental (CRD), un outil stratégique pour le développement d'action de coopération.

Avec l'autorisation d'ouverture du SAVS spécialisé, le Conseil Général a souhaité que soit développé un outil de référence à dimension départementale sur les spécificités de ce handicap.

Le Centre de Ressource doit développer des missions d'accueil, d'information, de formation et de conseil envers les acteurs impliqués dans la prise en charge des usagers.

a) Définition et présentation du C.R.D

Le CRD n'assure donc pas directement les prises en charge. Il intervient en articulation avec les dispositifs existants et particulièrement les dispositifs médico-sociaux spécialisés (FAM, SAVS...).

Il s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire, formée de professionnels ayant une expertise dans le domaine de la prise en charge de ces personnes. La plupart d'entre eux ayant eu une expérience au Foyer d'Accueil Médicalisé, et ayant bénéficié d'une formation spécifique dispensée sur site par des professionnels détenteurs du diplôme universitaire du traumatisme crânien.

L'équipe du CRD développe deux actions majeures :

- Des Conseils techniques : Le Centre de Ressources TC/CL de l'EPSA est amené à renseigner, conseiller ou orienter les équipes amenées à intervenir auprès de ces

personnes, ainsi que les familles et les associations. Le CRD peut-être dispensateur de formation dans le cadre d'un agrément formation continue.

- Un Centre de documentation. Le CR met à la disposition du public, à l'échelon départemental (familles, chercheurs, professionnels de santé et médico-sociaux, étudiants...) un fonds documentaire constitué de livres, thèses, mémoires, vidéos et DVD... spécialisés dans le domaine de l'accompagnement des personnes présentant des séquelles de TC ou CL.

Ces revues spécialisées et bulletins d'associations sont consultables sur place.

b) Un fonctionnement actuel peu satisfaisant

Or, depuis son ouverture, conjointe avec celle du SAVS, seulement deux services ont fait appel au CRD pour des suivis réalisés par leur soin auprès de personnes traumatisées crâniennes. Alors que dans le même temps, et sur un rayon de trente kilomètres autour de son lieu d'implantation, le SAVS à quasiment à charge les 20 situations prévues dans le cadre de sa montée en charge.

Mon objectif aujourd'hui c'est de procéder au développement de ce dispositif dans le cadre d'une stratégie de filière dans le sens où il « *permet à des personnes handicapées de demeurer dans la même structure...* ⁴⁰ ».

Tout l'intérêt du CRD c'est que les personnes peuvent continuer leur prise en charge avec leur service de proximité, ou même rester à leur domicile, tout en bénéficiant de source d'information et de savoir-faire des professionnels.

Pour l'EPSA le développement de cette activité spécifique répond à une stratégie de diversification.

En apportant à l'EPSA une dimension départementale intéressante, mais également complémentaire de l'activité du FAM sur laquelle il doit être adossé pour bénéficier d'un plateau technique spécialisé.

c) Des pistes d'amélioration

Trois champs sont à explorer pour un développement de la stratégie autour du CRD.

Pour reprendre J.M MIRAMON, « *la stratégie dans nos organisations se situe au carrefour de trois grands champs d'investigation. La communication, les réseaux et la perception que l'on a de l'environnement*⁴¹ ».

La communication, un domaine clé de la réussite du projet qui vise deux objectifs majeurs : impliquer, rassembler, fédérer les équipes, les partenaires, les acteurs autour du projet. Mais également informer et promouvoir l'activité auprès du public, donc à

⁴⁰ Jean-Marie MIRAMON, « Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Presse EHESP. 2009

⁴¹ Ibid.

l'extérieur de l'Etablissement. L'objectif est d'apporter une information mais également se construire ou développer son image sur le territoire.

La stratégie de communication est à optimiser pour qu'une information circule sur les enjeux du CRD, son activité recherchée, ses objectifs et ses missions.

Je pense pour ma part, que les enjeux sont forts et doivent être pris en compte à leur juste niveau. Forts parce que le service se situe sur une niche d'activité bien spécifique, qu'il est susceptible de dépasser les clivages sanitaire/médico-social, public/privé, services d'hébergement/services à domicile⁴²...

La communication managériale doit pouvoir répondre à tous ces enjeux, par l'utilisation d'outils de communication interne « traditionnels » : notes, compte-rendu et rapports annuels d'activité...

Mais surtout externe. La création d'une plaquette de présentation à destination des partenaires permettrait d'informer les structures du département des missions qui nous sont confiées, mais elle serait également une opportunité pour aller à la rencontre de ceux-ci.

L'expérimentation d'une journée d'étude sur le thème de la prise en charge du TC, ouverte vers l'extérieur (professionnels, associations, usagers...), pourrait être organisée par le CRD, en s'appuyant sur les ressources internes à disposition.

La communication doit également être portée vers tous ceux qui œuvrent sur la politique du handicap sur le département, Conseil Général, mais également la MDPH qui aujourd'hui n'utilise pas suffisamment cette nouvelle ressource.

Le fonctionnement en réseau permet d'apporter une offre de prise en charge particulièrement adaptée aux situations évolutives. Le traumatisme crânien s'inscrit totalement dans cette dimension, surtout pour les traumatismes légers.

Sa souplesse permet une adaptation rapide aux besoins nouveaux. « *L'idée centrale du réseau est celle de connexions irrégulières entre différents éléments* »⁴³. Les acteurs du réseau se reconnaissent une certaine expertise dans le domaine considéré, ici, le traumatisme crânien. C'est un lieu d'échange, mais également d'apprentissage.

Le CRD dans ce cadre, pourrait travailler à la reconnaissance par les autorités de sa dimension organisme de formation, sur cette question du TC.

Il s'appuie sur l'expertise développée depuis plusieurs années par les personnes travaillant sur le FAM et, titulaires pour trois d'entre-elles du Diplôme Universitaire sur le

⁴² DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/ N° 280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires

⁴³ Jean-Marie MIRAMON, « Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Presse EHESP. 2009

traumatisme crânien. Mais également par un savoir-faire mis en œuvre depuis 5 ans par les agents du FAM.

L'obtention de cette reconnaissance permettra au CRD de développer des actions de formation pour les autres professionnels du département, concernés par cette problématique. Cette dimension inscrira plus encore le CRD dans une dimension de réseau.

Une perception juste de l'environnement, permet de situer la position de l'établissement, du service, de l'activité par rapports aux besoins, par rapport aux autres acteurs, par rapport à un territoire. Pour être pertinente cette perception doit être régulièrement évaluée. L'établissement remplit-il bien ses missions ? Quel est le degré de satisfaction des usagers ? ...

Etre également capable d'évaluer les rapports de forces, les opportunités, les acteurs, favoriser les alliances, construire des partenariats sont des éléments de conduite de projet qui participent de la vision globale au service de la stratégie.

Aujourd'hui il existe peu d'outils capables de fournir des informations fiables sur cette question. Un questionnaire de satisfaction est difficilement envisageable sur le seul CRD. Un tableau de bord des actions engagées, des sollicitations, des accompagnements permettrait d'avoir une première vision de l'action du service.

On mesure bien les enjeux que représente pour l'EPSA le CRD même s'il n'est pas encore une activité majeure de l'établissement. Sa définition même le situe d'emblée dans une stratégie de partenariat qui le place en dehors du secteur concurrentiel par sa spécificité. Sa dimension départementale permet de dépasser le périmètre d'action traditionnel de l'EPSA.

Donner une réelle dimension au CRD va ensuite permettre de faire valoir nos savoir-faire, d'initier et de développer le secteur formation, apporter une plus value au SAVS par éventuellement la prise en charge du suivi de certaines personnes et l'accompagnement de leur famille, et compléter l'action du FAM.

Sur ce secteur de la prise en charge médico-sociale des traumatisés crâniens en Vaucluse, l'EPSA sera en capacité de proposer un panier global de service.

Le développement d'action de coopération filière est donc essentiel pour la prise en compte des besoins des usagers.

Mais cela peut prendre une toute autre forme. Afin de présenter des propositions d'amélioration, j'ai choisi d'aborder une autre situation prise dans le cadre de l'accompagnement des enfants à la sortie de l'IME. Un autre secteur d'activité de l'EPSA.

3.2.2. Le conventionnement avec des structures d'aval.

Cet axe d'amélioration vise à faciliter la transition entre l'IME et les différents dispositifs de prise en charge.

a) le constat d'un fonctionnement perfectible

Actuellement, le passage des jeunes adultes sortis de l'IME vers le monde du travail protégé, n'est pas satisfaisant. Le nombre de places en ESAT est insuffisant, le secteur devenu depuis quelques années de plus en plus concurrentiel peine à trouver des travailleurs en capacité de fournir une activité suffisante. De ce fait, une évaluation in situ des capacités d'adaptation des futurs travailleurs sur leur poste de travail s'avère indispensable.

Cette situation est le plus souvent le résultat d'un clivage entre le monde de l'IME, et celui de l'entreprise, de l'ESAT, du Foyer Occupationnel. D'autre part, l'offre de places, quelle que soit d'ailleurs sa catégorie est suffisamment rare pour ne pas être mise en danger par une orientation mal préparée. L'échec pouvant remettre en cause le projet de l'enfant.

La loi du 2 janvier 2002 reprise dans la loi de février 2005, réaffirme que l'utilisateur, quel que soit son handicap, doit pouvoir, en fonction de ses capacités accéder à la scolarité, au logement, aux soins, au travail pour assumer une vie la plus autonome possible....Elles mettent également l'accent sur la coopération entre les opérateurs en vue d'établir des partenariats durables.

b) des pistes d'amélioration

Afin de développer ce type de relation et de les inscrire dans la durée, il est intéressant de mettre en place une convention cadre entre les établissements, associations, entreprises présentes sur le territoire afin de pouvoir créer des relations privilégiées avec l'EPSA au bénéfice des usagers. Ce dispositif peut se présenter sous forme d'une convention dans un premier temps pour évoluer en fonction du bilan qui sera fait vers un partenariat de type groupement.

Une des associations les plus présentes sur le territoire sur ce domaine d'activité est l'APEI. Située sur la commune de Carpentras, celle-ci bénéficie depuis le printemps 2010 d'une capacité d'accueil de travailleurs sur l'ESAT augmentée de 20 places. Cette augmentation fait suite à un appel d'offre du Conseil Général.

L'association est en recherche de nouveaux travailleurs au profil aujourd'hui un peu différent.

Il faut se rappeler que ce secteur, hier protégé, est en proie aujourd'hui à une concurrence qui ne va que s'amplifier dans les années à venir. Ce phénomène a un impact direct sur l'activité de l'ESAT mais également sur le profil des travailleurs.

La diversification de l'activité, hier tournée uniquement vers la mono activité de production de palettes et de cagettes s'oriente sous l'impulsion du nouveau directeur vers une activité diversifiée, ouverte vers l'extérieur. L'ouverture de l'activité espace vert modifie les relations entre travailleurs et clients.

Dans ce sens, une coopération étroite entre d'un côté les structures chargées de la formation et de l'éducation des jeunes et d'un autre les futurs employeurs semble nécessaire.

c) vers un projet de coopération

Un projet de coopération entre l'APEI de Carpentras et l'EPSA paraît donc tout à fait intéressant.

Pour ce faire, une présentation de la situation actuelle des deux établissements est nécessaire.

L'EPSA, établissement public autonome, diversifie depuis plusieurs années ses actions pour répondre aux besoins des enfants et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle.

L'IMPRO permet aux jeunes un accompagnement à la vie socioprofessionnelle par la participation à des ateliers professionnels et pédagogiques. Ces ateliers d'IMPRO préparent une orientation en milieu ordinaire, en ESAT ou en CFA-FA.

Parmi les nouvelles offres de service la mise en place et le développement d'une plateforme d'évaluation permet une évaluation fine des capacités des personnes à s'inscrire dans une dimension professionnelle.

L'ouverture du CFA-FA depuis un peu plus d'un an permet par la suite de dispenser une formation diplômante réalisée en alternance, adaptée aux projets des personnes. Ces éléments constituent une plus value importante pour répondre aux besoins de notre population.

De son côté, l'association APEI concourt à « *apporter par tous les moyens, aide, secours, assistance et protection aux adultes et jeunes adultes présentant une déficience mentale ou une inadaptation physique, morale ou intellectuelle* »

Pour ce faire, l'association dispose aujourd'hui de 3 établissements, un ESAT, un Foyer de vie, une entreprise adaptée et un SAVS.

Le projet de convention doit traduire l'engagement fort des deux institutions à porter une image d'ouverture et de complémentarité afin de répondre au mieux aux exigences des usagers.

Cette complémentarité s'exerce sur, d'un côté les forces de l'EPSA en matière d'évaluation des compétences sociales, techniques et de formation des jeunes déficients

intellectuels, et d'autre part, la capacité d'évaluation sur un poste de travail, présent aujourd'hui sur les sites de l' APEI.

Ce rapprochement concerne les travailleurs handicapés ou jeunes adultes en formation accompagnés dans le cadre de l'IME de l'EPSA, de l'IMPRO, du CFA-FA, d'un côté et par les établissements et services de l'APEI de Carpentras de l'autre.

La convention qui servira de base à ce rapprochement devra préciser les conditions d'adaptation de l'offre en emploi protégé des jeunes à la sortie de la plate-forme d'évaluation de l'EPSA.

Cela se déroulera en plusieurs phases

- une phase de présentation des différents ateliers pour les jeunes en IMPRO et CFA-FA
- Une phase de présentation des ateliers à visées occupationnelles
- Une procédure de présélection des futurs travailleurs en ESAT.

Ces dispositions pourront permettre des échanges de compétences en facilitant la mise en stage des jeunes de l'EPSA en situation d'apprentissage ou de préapprentissage vers l'ESAT mais également des travailleurs de l'ESAT vers la plate-forme d'évaluation de l'EPSA en cas de projet de reconversion professionnelle.

L'intérêt de ce projet repose sur un partenariat gagnant/gagnant, chacun trouvant un intérêt à agir.

Pour l'IME la fluidification des parcours des jeunes permet d'éviter des situations d'échec dues à une « mauvaise orientation ». Le projet permet une évaluation en condition réelle des capacités de la personne au travail mais également de son adaptabilité dans un univers pour lui inconnu.

Pour l'APEI c'est une garantie de disposer de jeunes travailleurs formés qui vont s'inscrire en connaissance de cause dans un projet. Mais également de tirer partie de l'expérience de l'EPSA en matière de formation des jeunes, pour une meilleure adéquation avec le futur poste de travail.

Après une période d'essai, une évaluation sera faite.

Cette phase est essentielle car elle va permettre de tester le désordre engendré par la nouvelle organisation, rendue nécessairement plus complexe. Une efficacité qu'il faudra mesurer, des charges supplémentaires (transport des travailleurs, accompagnement, participation aux réunions...). Des réticences pourront voir le jour qu'il faudra anticiper par une communication adaptée...

Dans un deuxième temps, il serait intéressant de donner à ce projet une dimension plus importante et on pourrait envisager d'élargir ce partenariat à d'autres institutions : IME présents sur le territoire, ainsi qu'à d'autres ESAT intéressés.

La meilleure forme de coopération à ce niveau est le GCSMS car il ne pose pas de problème pour faire cohabiter des établissements aux statuts juridiques différents. Il peut également s'adapter à l'évolution des besoins.

Le mode de coopération basée sur une convention est donc une première étape vers un partenariat plus structuré.

A coté de ces coopérations filières dont on voit qu'elles recherchent l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des usagers, il existe d'autres partenariats qui visent une rationalisation de la gestion des établissements.

3.3. Par la structuration de coopérations gestionnaires avec d'autres établissements :

Ce type de coopération ambitionne avant tout la recherche de l'efficience. C'est à dire le meilleur accompagnement au meilleur coût. Il répond donc à des impératifs économiques, mais pas seulement...

Deux pistes d'amélioration semblent opportunes.

La première vise à développer des actions autour de l'Hôpital local de l'Isle sur la Sorgue. C'est un établissement médico-social de proximité qui a développé une expertise médicale sur laquelle pourrait s'appuyer particulièrement le FAM où les besoins des résidents sont en évolution vers plus de médicalisation de la prise en charge.

L'EPSA porte un intérêt particulier à la question de l'utilisation de la PUI⁴⁴, pour faire face à un développement de ses dépenses pharmaceutiques.

La seconde vise à amorcer une réflexion plus globale autour d'un partenariat avec l'autre IME public, l'Alizarine. Les activités sont communes, chacun ayant développé de son coté des actions que l'on pourrait aujourd'hui mutualiser.

3.3.1. Réflexions autour d'un partenariat avec l'H.L. de l'Isle sur la Sorgue.

Les deux structures sont donc situées sur la même commune, distantes d'environ 1 km. Une convention ancienne et toujours en cours relie les deux établissements pour la mise à disposition d'un temps (20%) de diététicienne au profit de l'EPSA. L'Hôpital Local a, par ailleurs été à plusieurs reprises lieu de stage pour des jeunes de l'EPSA en apprentissage.

⁴⁴ Pharmacie à Usage Intérieur

a) Une situation favorable à la mise en œuvre d'un mode de coopération entre les deux établissements

La proximité, le fait de déjà avoir travaillé ensemble sont des éléments favorables à une nouvelle coopération.

D'un autre côté, les deux établissements ont des intérêts communs à agir.

- Pour le FAM :

L'évolution des besoins médicaux, particulièrement liés au vieillissement des résidents se fait déjà ressentir. Les éléments ci-après montrent l'augmentation des dépenses pharmaceutique du Foyer.

Un travail identique sur l'IME montrerait sans doute la même évolution (augmentation des dépenses de soin liée à la prise en charge des enfants polyhandicapés par exemple).

EVOLUTION DES DEPENSES PHARMACEUTIQUES DU FAM ENTRE 2006 ET 2009

	2007	2008	2009
forfait total soin	858 190,00	875 461,00	927 891,00
budget médicament	63 097,65	49 774,35	66 875,00
Autres fournitures médicales	7 382,25	10 618,93	11 669,14
forfait journalier soin	47,03	59,96	63,55

Ce tableau permet de mesurer l'évolution des besoins en produits pharmaceutiques du FAM (médicaments et dispositifs médicaux).

Cette évolution, si elle n'est pas contenue risque de conduire l'établissement à adopter une stratégie de sélection des résidents prenant en compte la dimension de besoin en soins.

Pour éviter cette option et dans le cadre d'une gestion optimale de ces dépenses de soins une piste d'amélioration passe par un rapprochement avec l'Hôpital local de la même commune possédant quant à lui une pharmacie à usage intérieur.

Par ailleurs, on note une organisation de la pharmacie de l'établissement qui ne donne pas entière satisfaction.

- Le recours aux prestataires se fait à « tour de rôle » avec les 7 officines de la commune. Sans mise en concurrence.

- La présence infirmière sur le FAM ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins (absence de personnel infirmier les week-ends, les soirs entre 19 heures et 8 heures du matin).

- L'analyse des tâches que j'ai effectuée durant mon stage montre un temps de préparation des piluliers estimé à 1,5 jours/semaine.

- Un circuit du médicament qui ne permet aujourd'hui de satisfaire aux exigences, en termes de sécurité et de contrôle.

- Pour l'Hôpital Local :

Des contraintes légales de plus en plus prégnantes, avec la nécessité d'augmenter le temps du pharmacien de 2 demi-journées par semaine comme cela était autorisé précédemment à 5 demi-journées aujourd'hui⁴⁵.

De ce fait, l'Hôpital doit rechercher d'autres partenaires pour maintenir son activité pharmaceutique. Ce besoin rencontre le souhait d'autres partenaires de participer à cette réflexion (EHPAD du Thor, HL de Gordes, EPSA...).

Une contractualisation avec l'EPSA permet de tester avec un partenaire une coopération organisée autour d'une convention qui pourrait ensuite évoluer vers une convention constitutive de groupement de coopération sociale et médico-sociale⁴⁶.

L'objectif aujourd'hui est d'initier une démarche de rapprochement afin de maximiser les potentialités à disposition. Les deux établissements y ont un intérêt différent mais chacun devra s'y retrouver.

b) des pistes d'amélioration se dessinent

A ce niveau, plusieurs options s'offrent aux établissements. Le statut quo n'étant pas souhaitable, il convient de mettre en place les différents scénarii.

Au regard de ce que j'ai démontré dans mon travail, il apparaît que pour que le projet aboutisse, il doit être initié sur un nombre restreint d'acteurs pour dans un deuxième temps être élargi.

Je retiendrai donc deux options

- Une première consistera à mettre en œuvre une convention d'utilisation de la Pharmacie à Usage Intérieur de l'Hôpital local par l'EPSA. L'objectif étant de rationaliser les dépenses de soin pour l'un et d'utiliser au mieux le temps de pharmacien pour l'autre. Ce dispositif permettrait d'améliorer le circuit du médicament.
- Une seconde option, plus large inclura dans la convention une mise à disposition d'un temps de préparateur en pharmacie. Celui-ci assurant alors le suivi des commandes, la gestion des stocks, la préparation des piluliers. Le temps infirmier ainsi dégagé pourrait être consacré sur

⁴⁵ Art R. 5104-38 du Code de la Santé Publique

⁴⁶ L'article 54 complète l'article L. 312-7 du CASF pour permettre aux groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) de gérer une pharmacie à usage intérieur (PUI) à partir du 1er janvier 2011.

⁴⁶ Dossier « groupements de coopération, apprendre à jouer collectif », Revue Directions, n°46 de novembre 2007 p.24.

d'autres moments et ainsi améliorer globalement leur temps de présence auprès des usagers.

La seconde option plus complète est à privilégier.

Une évaluation annuelle sera faite. Celle-ci permet de mieux comprendre, mieux intervenir et mieux décider. Elle va permettre de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Elle devra mesurer les écarts entre les objectifs fixés et les résultats obtenus et ainsi déterminer les actions d'amélioration à mettre en œuvre.

Le bénéfice attendu est substantiel. Avec les économies engendrées sur les tarifs des produits médicaux, évaluées à environ 30%, se rajoute une amélioration du circuit du médicament, une meilleure information sur le bon usage des produits pharmaceutiques, une rationalisation de l'activité infirmière et donc au total une amélioration du service rendu aux usagers. Pour l'H.L, c'est la sécurisation de l'activité pharmaceutique sur site qui se retrouve améliorée.

c) vers une ouverture du partenariat à d'autres structures

Au regard des résultats obtenus et des actions d'amélioration menées, la convention pourrait servir de base à la constitution d'un groupement.

L'intérêt du recours à un GCSMS s'explique par ses possibilités d'adaptation, sa relative simplicité de mise en œuvre, qui est tout à fait adaptée à ce type de projet.

Enfin, il dispose d'un cadre juridique stable, rassurant pour les directions d'établissement.⁴⁷

Le dernier point d'amélioration que je souhaite aborder et qui viendra conclure cette analyse repose sur un projet plus large que ceux abordés jusqu'ici.

Dans la présentation des acteurs faite au tout début, je notais sur le territoire la présence de deux IME publics.

Il me semble tout à fait opportun que l'on se pose la question de la pertinence de cette organisation, et de voir quelles seraient les préconisations à apporter pour envisager un rapprochement entre les deux établissements.

3.3.2. Une réflexion stratégique autour d'un rapprochement avec l'ALIZARINE

La réflexion autour d'un partenariat entre les deux établissements est facilitée par la présence de deux stagiaires directeurs sur les deux structures. Les directeurs se connaissent bien, puisqu'ils travaillent déjà ensemble sur de nombreux dossiers qu'ils partagent dans le cadre de l'association régionale des directeurs ou dans celui du GEPSO. Par ailleurs, les directeurs sont l'un et l'autre administrateur de l'autre établissement, ce qui est un élément très favorable au rapprochement.

a) Deux établissements aux activités proches et complémentaires

Les deux établissements partagent des valeurs identiques : valeurs du service public, modes de prise en charge, la plupart des outils utilisés sont les mêmes (RH, Finances, descripteur des compétences sociales (Promoqualts),...). Les enjeux sont de même nature : évolution des besoins de la population, secteur de plus en plus concurrentiel particulièrement visible aujourd'hui dans les appels à projet du Conseil Général.

Dans le même temps chacune des institutions a développé des savoir-faire spécifiques. L'EPSA est plus tournée vers l'apprentissage des jeunes déficients intellectuels grâce à une convention avec le CFA-FA des Marronniers. Il dispose aujourd'hui d'une plate-forme d'évaluation des compétences à destination de ces jeunes, d'un IMPRO, de la possibilité de délivrer plusieurs types d'enseignement visant l'obtention d'un diplôme professionnel. Un écueil pourtant, la situation de l'établissement dans une zone plutôt rurale rend difficile l'accès des jeunes aux entreprises.

L'Alizarine a développé des savoir-faire dans le domaine de la prise en charge des enfants polyhandicapés et offre aujourd'hui une palette de prise en charge intéressante de l'internat au semi-internat et projette de compléter cette offre par le recours à des familles d'accueil formées dans l'accompagnement de ces enfants. Sa situation urbaine est un atout dans ce développement

En conclusion, il s'agit de deux établissements concurrents sur certains aspects (distants de quelques kilomètres), mais ayant tous deux développés des actions dans différents axes aujourd'hui complémentaires.

b) L'accompagnement vers un rapprochement des deux établissements

Pour aborder ce projet, il va falloir mettre en place une stratégie visant en particulier à accompagner un processus de changement.

Afin d'engager un processus de réflexion, une première rencontre avec les directeurs des établissements fixera le cadre de cette démarche ainsi que les différentes possibilités de développement qui s'offrent aux structures.

Les axes d'amélioration sont nombreux, mutualisation de personnels, prestations de services et assistance technique, formation continue, échanges de pratiques, organisation de séjours de rupture, réseaux de famille d'accueil.

L'objectif est de partager des compétences, réaliser des économies d'échelle et de conduire les deux établissements vers leur rapprochement.

A cette étape il ne s'agit que de mettre en œuvre une vision prospective du rapprochement.

Différents scénarii peuvent d'ores et déjà être évoqués : conventionnement, groupement, direction commune, fusion.

Cette démarche traduit la volonté des directions, d'être force de proposition pour développer conjointement lorsque cela est possible des actions visant à maintenir ou à améliorer l'offre de prise en charge et ainsi apporter une réponse adaptée aux besoins des usagers. Tout en recherchant une meilleure utilisation des moyens à disposition.

Déjà, des actions communes sont entreprises entre les deux établissements au niveau de la formation, de l'utilisation d'un même logiciel de gestion des dossiers des usagers, la démarche qualité, ... Des synergies existantes qu'il va falloir développer et structurer.

La première phase de ce projet consiste à passer de rencontres ou échanges réguliers à un véritable travail de coopération.

Pour se faire, un groupe projet, constitué de membres des deux établissements, aura pour mission de faire des propositions concrètes d'amélioration.

Le choix de traiter en premier les dimensions administratives paraît le plus judicieux car sûrement le plus facile à faire évoluer. Pour commencer ce travail et être rapidement opérationnel, trois axes principaux de travail seront retenus, parce qu'ils présentent à ce moment un intérêt particulier

- Les indicateurs de gestion
- La dématérialisation/gestion des achats
- Travail commun sur la formation pour arriver à un planning d'action de formation permettant la mise en commun de formation.

. Le pilotage opérationnel sera confié conjointement par le directeur de l'Alizarine et le responsable du service ECOFI.

Ce groupe mis en place dès juin 2010 est chargé de fixer un calendrier d'action. Une série de rencontres sera fixée, un compte-rendu est prévu pour le mois d'octobre.

Après cette première phase, une deuxième à destination des chefs de service éducatif courant sur une période de six mois aura pour objectif d'harmoniser les pratiques éducatives, de mettre en commun les outils (particulièrement celui relatif à l'évaluation des compétences sociales).

Sur cette période, les réunions des commissions d'étude des candidatures seront mutualisées. L'objectif recherché ici est de recentrer les admissions sur l'établissement de référence. Aujourd'hui, il y a sur l'EPSA des enfants provenant d'Avignon alors que l'institution la plus proche est l'Alizarine. Et vice-versa. Ainsi nous pourrions harmoniser nos admissions, et éviter de faire supporter aux enfants des déplacements inutiles.

c) une projection vers l'avenir...

Une réflexion doit être également menée en commun sur les évolutions contenues dans le PRIAC PACA⁴⁸. En effet, comme je l'ai noté par ailleurs, des évolutions sont à prendre en compte :

- La demande d'accompagnement d'enfants autistes est une priorité contenue dans le Plan autisme 2008-2010.⁴⁹
- La diversification des modalités d'accompagnement.

Une proposition commune des deux établissements est primordiale concernant ces deux projets. En travaillant ces questions de concert, nous pourrions nous positionner sur ce secteur en rationalisant les investissements.

Les deux établissements en engageant dès à présent une stratégie commune pourront alors se positionner plus facilement et plus efficacement.

Ce rapprochement des deux établissements permettra d'avoir une taille critique suffisante pour faire face à la concurrence du secteur associatif, très présent aujourd'hui et lui-même en cours de restructuration.

Il permettrait ainsi de disposer d'un « pôle public » tout à fait intéressant et à même d'être force de proposition sur le territoire.

Egalement, ce dispositif serait en capacité d'offrir aux usagers une palette de services de proximité et diversifiée, capable de répondre aux attentes des populations et des pouvoirs publics.

Les économies engendrées par la mise en commun des services administratifs (paie, RH, achats publics,...), logistiques (personnels ouvriers, flotte de véhicules,...), pourront également permettre le redéploiement de postes sur des métiers essentiels aujourd'hui (responsable de travaux, responsable des achats, qualitatif,...).

Une troisième phase vise à concrétiser le mode de coopération choisit.

De la coopération au rapprochement ...vers l'intégration ?

Plusieurs scénarii pourront alors se présenter. Du plus opérationnel au plus restructurant, de l'association conventionnelle à la fusion d'établissement... Cela dépendra également des opportunités.

⁴⁸ PRIAC PACA 2009-2013, Arrêté 2009-340 du 28 octobre 2009

⁴⁹ Objectif 7, mesure n° 25 Renforcer l'offre d'accueil en établissements et services et mesure n° 26 Adapter la prise en charge en établissements médico-sociaux aux aspirations nouvelles des personnes TED et de leur famille. Mesure

Il me semble au regard de l'histoire des établissements, de leur expérience que le point d'équilibre se situe aujourd'hui au niveau de la mise en place d'une direction commune.

L'avantage d'une telle démarche est qu'elle permet dans un premier temps de conserver à chaque établissement sa propre culture, sa propre gouvernance tout en facilitant l'organisation collective.

A l'efficiace des réponses viennent se rajouter les économies d'échelle réalisables.

Cette étape pouvant être un point de passage vers une fusion à venir des deux structures.

Conclusion :

Mon choix de traiter cette délicate question de la coopération dans le secteur médico-social correspond un questionnement issu de l'expérience originale de fusion des établissements qui composent aujourd'hui l'Etablissement Public Saint-Antoine.

Cette expérience appréhendée au cours de mon stage, m'a permis de mesurer toutes les difficultés liées à sa réalisation mais également toutes les potentialités qu'elle offrait aujourd'hui. Le décloisonnement des pratiques est un formidable vecteur de progrès.

La politique menée dans l'établissement, portée vers l'ouverture sur les autres partenaires m'a beaucoup intéressée au point de souhaiter me confronter à ce travail de mémoire.

Au cours de ce travail, j'ai rencontré des professionnels conscients des enjeux, volontaires, ambitieux dans leurs projets laissant penser qu'un mouvement est amorcé, porté, il est vrai, par les pouvoirs publics mais appuyés par les acteurs de terrain.

J'y ai vu des réussites, mais également des échecs. J'en ai mesuré également toutes les difficultés, les « risques à prendre », mais également les opportunités que cela crée.

Au terme de ce travail, je partage l'idée que la coopération, loin d'être synonyme de concentration peut-être un vecteur de développement important.

Pour ma part j'ai pris conscience qu'aujourd'hui, il est impossible de continuer à travailler seul dans son coin. L'évolution des contraintes techniques, la raréfaction de certains professionnels, la montée en puissance du secteur concurrentiel,...tout pousse à plus de mise en commun. Passer d'un mode relationnel à une politique de coopération amène une sécurisation du dispositif, une garantie de continuité de la démarche.

Mais la coopération ne peut être productrice de valeur ajoutée que si elle est adossée à un véritable projet institutionnel, l'outil ne servant qu'à sa mise en œuvre.

Demain, en prenant mon poste, je serai confronté, nécessairement, à cette situation.

J'aurai à mettre en œuvre une stratégie de coopération avec d'autres partenaires, publics ou privés d'ailleurs. La réflexion que j'ai engagé pour la réalisation de ce mémoire, les expériences accumulées, les rencontres effectuées sont pour moi des éléments importants.

Celles-ci vont nourrir et guider mes approches, orienter mes choix. Oser décloisonner nos pratiques, mutualiser nos savoir-faire pour améliorer les conditions

d'accompagnement des usagers est l'enjeu de ces prochaines années. Mettre en place une dynamique de coopération structurée est un atout pour y arriver.

Riche de son histoire, l'Etablissement Public Saint-Antoine a fait, pour ces mêmes raisons, le choix de s'inscrire dans une démarche de coopération.

Le projet doit alors mettre l'accent sur les éléments essentiels que sont le fait « *de mettre l'utilisateur au cœur du système, être capable de se remettre en cause, être en accord sur le mode de gouvernance, être acteur et pas seulement prestataire, que le projet représente une plus-value pour les usagers, les personnels, et pour les territoires sur lesquels nous travaillons*⁵⁰ ».

Mais pour autant, coopérer ne va pas de soi.

Pour une organisation, tout changement introduit des éléments d'instabilité. Le dirigeant a la responsabilité d'orchestrer cette mutation. Le management de projet apparaît alors comme un outil conceptuel indispensable, permettant de structurer ces évolutions. « *Environnement, acteurs et organisations constituent les influences et les stratégies possibles pour faire face aux situations. Diriger, c'est pouvoir analyser, anticiper et préparer l'avenir, c'est donc être confronté à la compréhension et à la gestion du changement*⁵¹ ».

⁵⁰ Monsieur MOUSSEAU, président de l'association «Enfance et familles ». Congrès de l'UNIOPSS, atelier B6. Le 28 janvier 2010.

⁵¹ LEFEVRE Patrick, « Diriger, le changement dans la stratégie de direction », in MANAGEMENT SANITAIRE ET SOCIAL, n° 14, mai 2001, P20.

Bibliographie

Ouvrages :

1. LEFEVRE Patrick, « Diriger, le changement dans la stratégie de direction », in MANAGEMENT SANITAIRE ET SOCIAL, n° 14, mai 2001.
2. MIRAMON J.M « Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Presse de l'EHESP. 2009
3. FENNETEAU H « Enquête : entretien et questionnaire ». Paris : Dunod, 2007.

Revue et périodiques:

4. ADSP n°143, 2003
5. Directions n° 46, 2007/11 Pages 25 à 29.
6. Juris-Handicaps, UNAPEI n°153, 2006/12
7. Parents et gestionnaires, n°143, 2003/07-08
8. Les cahiers de l'Actif. Principes et réalités de la coopération en action sociale et médico-sociale. N° 370-371 mars/avril 2007.
9. « La revue Française de gestion », n°150, 204/05-06. « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? » pp 29-53.

Mémoires :

10. Les GCSMS, comme outils de référence pour une recombinaison de l'offre médico-sociale : Un démarrage difficile en Ile de France. B. COSTA, IASS 2009.
11. La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient. C. EPISSE, DESS 2007.

Site web :

12. www.fonction-publique.gouv.fr
13. www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles
14. www.sante-sports.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-territoires
15. www.uriopss-paca.asso.fr/resources/paca/documents

Liste des annexes

ANNEXE n°1 : Carte des acteurs médico-sociaux participant à l'animation du territoire.

ANNEXE n°2 : Questionnaire à destination des autorités de tarification

ANNEXE n°3 : Questionnaire à destination des responsables d'établissements ou de service.

ANNEXE n°4 : Grille d'analyse des résultats

ANNEXE n°2 :

GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES RESPONSABLES DES SERVICES DE TARIFICATION ET DE CONTRÔLE

Dans le cadre de ma formation de directeur, je réalise un mémoire professionnel sur la question de la mise en œuvre des coopérations entre les différents acteurs intervenants dans le secteur médico-social et plus particulièrement sur le territoire d'attraction de l'EPSA.

A partir de votre expérience, je souhaiterais vous interroger pour recueillir votre avis et vos impressions sur l'organisation et le fonctionnement de ces coopérations, mais aussi sur les atouts et les limites qu'elles offrent en terme de plus value sur la prise en charge des usagers.

Présentation du service et du domaine de compétence du service :

Thèmes	Relances verbales prévues
Quelle vision avez-vous du développement des actions de coopération sur le territoire ? (isle/sorgue)	Quels en sont les points forts et les points à améliorer ? Le territoire relève-t-il d'une spécificité particulière ? population/ capacité de l'offre...
Quelle est la politique de votre service au regard de cette dimension ?	Sur quelles types d'activité ? dans quels buts ? Entre qui ? Sous quelles formes ? (conventions, groupements, fusions....)
Ces coopérations visent pour vous à apporter une plus value dans quels domaines ?	Prestations de services/ savoirs faire/ amélioration de la pec ? Aspects économiques, de sécurité.... Une meilleure adaptation de l'offre aux besoins ?
Quelles sont les difficultés rencontrées à leur mise en œuvre ? Pensez-vous que la constitution de C H T pourrait modifier le paysage médico-social ? en quoi ?	Complexité des outils/pb organisationnels (statut des personnels, culture d'entreprise)/enjeux maîtrisés... ?

ANNEXE n°3 :

GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES RESPONSABLES DE STRUCTURES OU DE SERVICE

Dans le cadre de ma formation de directeur, je réalise un mémoire professionnel sur la question de la mise en œuvre des coopérations entre les différents acteurs intervenants dans le secteur médico-social et plus particulièrement sur le territoire d'attraction de l'EPSA.

A partir de votre expérience, je souhaiterais vous interroger pour recueillir votre avis et vos impressions sur l'organisation et le fonctionnement de ces coopérations, mais aussi sur les atouts et les limites qu'elles offrent en terme de plus value sur la prise en charge des usagers.

Présentation de l'établissement ou du service

Activité principale

Activité annexe

Thèmes	Relances verbales prévues
Avez-vous engagé des modes de coopération avec d'autres partenaires, sous quelles formes ? qu'est-ce qui à prévalu à ce choix ?	Sur quelles types d'activité ? Avec qui ? public/privé/libéraux A l'initiative de qui ? vous/ d'autres/ des autorités.... ? Conventions/ groupements.... ? Des problématiques financières, organisationnelles, stratégiques ...?
Ces coopérations visent a apporter une plus value dans quels domaines ?	Prestations de services/ savoirs faire/ rationalisation/amélioration de la pec ?
Quelles ont été les difficultés rencontrées à leur mise en œuvre ?	Volonté des acteurs ? Complexité des outils/pb organisationnels (statut des personnels, culture d'entreprise)/enjeux maîtrisés... ?
Quelles observations pourriez-vous apporter pour améliorer la mise en œuvre de partenariat entre les différents acteurs ?	

ENTRETIEN

THEMES ABORDES

1

Thèmes **sous questions** **synthèse** **citations** **résurgences /mots clés** **nouveautés**

Coopérations engagées pourquoi?
 synthèse

Plus value apportée dans quels
 domaines

Les difficultés
rencontrées liées aux outils?

Les pistes d'amélioration

Observations