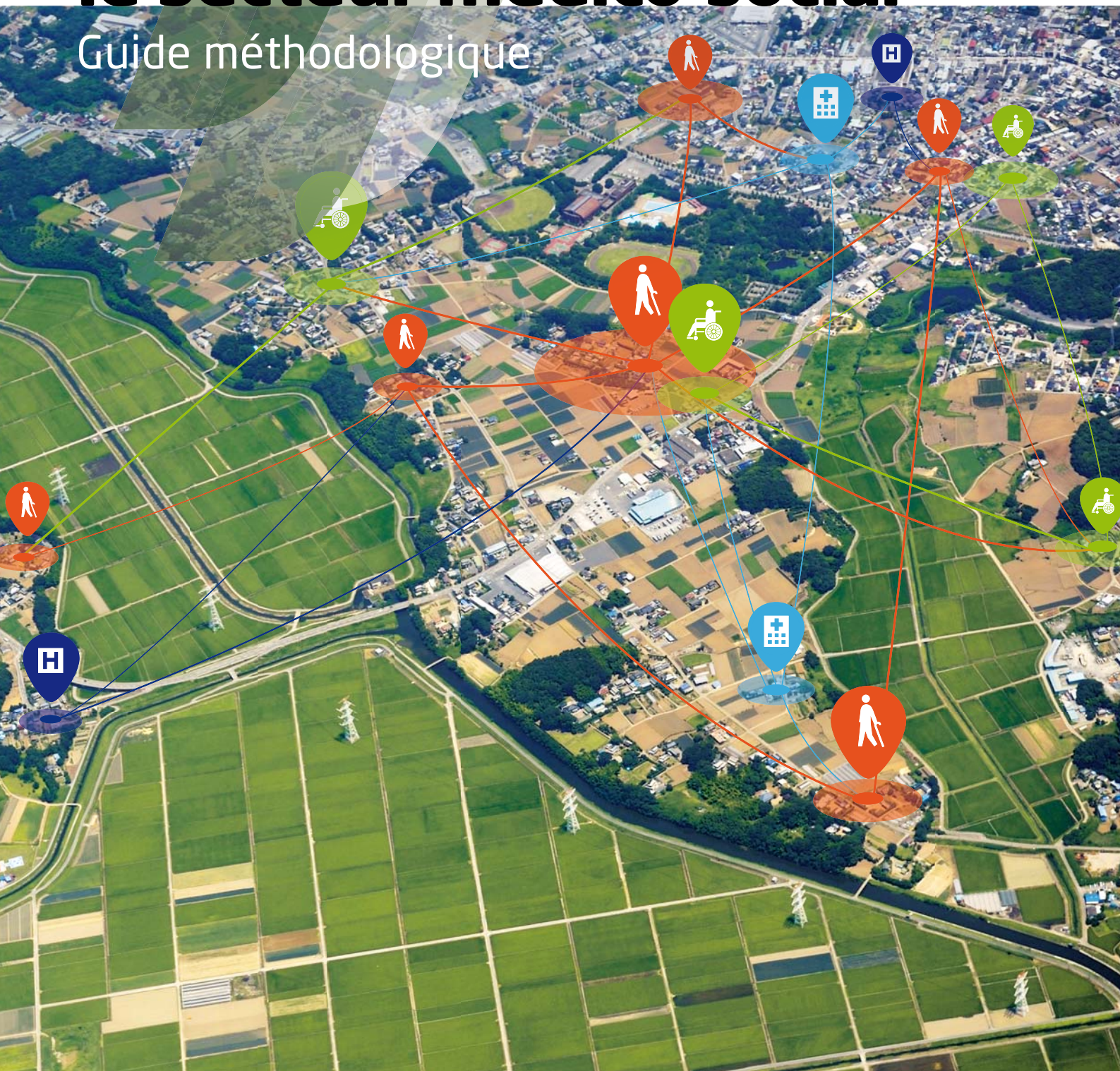
ANAP
appui santé & médico-social

Les coopérations dans le secteur médico-social

Guide méthodologique



Contacts :

Christophe DOUESNEAU
ANAP
christophe.douesneau@anap.fr

Alexandra LAM
ANAP
alexandra.lam@anap.fr

Christian BEREHOUC
Directeur de pôle ANAP
christian.berehouc@anap.fr

Marie-Claude MARAIS
CNSA
marie-claude.marais@cnsa.fr

Résumé

Dans le prolongement du guide méthodologique sur les coopérations territoriales publié en mars 2011 par l'ANAP, le présent document a pour vocation de :
- partager des expériences de coopérations médico-sociales ;
- proposer des démarches méthodologiques communes et duplicables pour des coopérations en gestation ou à venir ;
- contribuer au mouvement d'adaptation du secteur médico-social.

Ce guide présente ainsi successivement :
- des éléments de contexte propres au secteur médico-social visant à éclairer les acteurs les moins familiers de ce domaine ;
- des grands enseignements tirés de douze retours d'expérience, qui intéresseront plus particulièrement les décideurs et professionnels investis dans le secteur médico-social, qu'ils soient financeurs (Agences régionales de santé et Conseils généraux) ou porteurs de projet de coopération ;
- des démarches et outils méthodologiques destinés :
- aux Agences régionales de santé, Délégations territoriales et Conseils généraux pour la partie « Comprendre, l'animation du territoire »,
- aux présidents et administrateurs, aux directeurs généraux et décideurs des structures gestionnaires pour la partie « Décider, la volonté de s'engager dans une logique de coopération »,
- aux porteurs de projet de coopération pour la partie « Mettre en oeuvre, la déclinaison opérationnelle ».

Summary

In keeping with the methodological guide on territorial cooperation the ANAP published in march 2011, the aim of this document is to :
- *share cooperative medico-social experiences ;*
- *suggest common and reproducible methodological procedures at inception or future ones ;*
- *contribute to the process of adapting the medico-social field.*

This guide presents the following successively :
- *background information specific to the medico-social field meant to inform stakeholders less familiar with this field ;*
- *the major lessons learned from twelve experience feedbacks, which shall be of particular interest to decision makers and healthcare professional invested in the medico-social field, whether financiers (Regional health agencies and Regional councils) or cooperation project implementers ;*
- *the procedures and methodological tools intended :*
- for Regional health agencies, Regional delegations/councils for the section "Understanding coordination in the territory",
- for the chairmen, administrators, managing directors for the management structures for the section "Deciding to commit to cooperative efforts",
- and cooperation project implementers for the section "Implementation, operational variation".

Mots-clés

Coopération, Territoire, Parcours, Établissements et services médico-sociaux
Retour d'expérience, Personnes âgées, Personnes handicapées, Convention
Groupement, Groupement de coopération sociale et médico-sociale, GCSMS
Groupement de coopération sanitaire, GCS, Groupement d'intérêt public, GIP
Groupement d'intérêt économique, GIE, Groupement d'employeurs, Association
Fondation, Fonds de dotation, Mandat de gestion

Keywords

Cooperation, Territory, Pathways, Medico-social facilities and services, Feedback, Elderly persons, Disabled persons, Agreement, Consortium, Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS or Medico social Cooperation Consortium), Groupement de coopération sanitaire (GCS or Healthcare Cooperation Consortium), Groupement d'intérêt Public (GIP or Public partnership), Groupement d'employeurs (GIE or Employers Alliance), Association, Foundation, Endowment fund, Management mandate

Sommaire

1. LA COOPÉRATION, UNE RÉFLEXION MAJEURE POUR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL 9
LA COOPÉRATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL, UN IMPÉRATIF LIÉ À L'ATOMICITÉ DES ACTEURS ET À SA COMPLEXITÉ 9
LA COOPÉRATION, UNE RÉFLEXION À FORT ENJEU DANS LE CONTEXTE DE RENFORCEMENT DU NIVEAU RÉGIONAL DES POLITIQUES PUBLIQUES DÉCONCENTRÉES 12

2. LES GRANDS ENSEIGNEMENTS ISSUS DES RETOURS D'EXPÉRIENCE 15
LES PRINCIPAUX FACTEURS CLÉS DE LA COOPÉRATION 15
LE GCSMS, UN OUTIL DE COOPÉRATION SOUPLE ET ADAPTÉ… SOUS CERTAINES CONDITIONS 19

3. RETOURS D'EXPÉRIENCE 23
LES « COOPÉRATIONS-PARCOURS » 26
1 : FIL ROUGE 35 - GCSMS 28
2 : EPNAK ET CHS BARTHÉLEMY-DURAND - PARTENARIAT 32
3 : COORDINATION ET CONTINUITÉ DES SOINS DE HAUTE-LOIRE - CCS 43 GCSMS 34
4 : GROUPEMENT GÉRONTOLOGIQUE DU PAYS DE MORLAIX - GCSMS 38
LES « COOPÉRATIONS-EFFICIENCE » 42
5 : SAGESS - GCSMS 44
6 : ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE L'YONNE - PROJET DE GCSMS 48
7 : ADAPEAI DE L'AVEYRON ET ADAPEI DU TARN-ET-GARONNE - CONVENTION DE MISE À DISPOSITION 52
8 : UDAPEI DU PAS-DE-CALAIS – ASSOCIATION D'ASSOCIATIONS 56
9 : GCSMS DES 9 CANTONS - GCSMS 60
10 : GIAC DES PAYS DE LA LOIRE - ASSOCIATION D'ASSOCIATIONS 64

LES « COOPÉRATIONS-ISOLEMENT » 68
11 : CSMS DU CENTRE DE PICARDIE - GCSMS 70
12 : GECAC – ASSOCIATION D'ASSOCIATIONS 74

4. OUTILS ET DÉMARCHES MÉTHODOLOGIQUES 79
COMPRENDRE, L'ANIMATION DU TERRITOIRE 82
DÉCIDER, LA VOLONTÉ DE S'ENGAGER DANS UNE LOGIQUE DE COOPÉRATION 89
METTRE EN ŒUVRE, LA DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE 91

5. GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS 98

6. BIBLIOGRAPHIE 100

7. REMERCIEMENTS 102

Introduction

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a publié en mars 2011 un guide méthodologique des coopérations territoriales. Celui-ci s'est principalement appuyé sur des expériences issues du secteur sanitaire. Le présent document a vocation à compléter ce guide à partir de coopérations mises en place dans le secteur médico-social avec, notamment, un *focus* sur le Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Les principaux objectifs de cette publication sont :

- de partager des expériences de coopérations mises en place par des acteurs médico-sociaux ;
- d'identifier et élaborer des démarches méthodologiques communes et duplicables pour des coopérations en gestation ou à venir en portant une attention particulière à la performance des organisations et à la valeur ajoutée des coopérations ;
- de contribuer au mouvement d'adaptation du secteur médico-social aux évolutions des besoins des usagers et des politiques publiques ainsi qu'à la contraction de la dépense publique.

Ce guide méthodologique présente ainsi successivement :

- **Partie 1 -** Des éléments de contexte propres au secteur médico-social visant à éclairer les acteurs les moins familiers de ce domaine qui présente une certaine complexité.
- **Partie 2 -** Des grands enseignements tirés de douze retours d'expérience présentés dans la **Partie 3** : ces deux parties s'adressent à l'ensemble des décideurs et professionnels investis dans le secteur médico-social, qu'ils soient financeurs (Agences régionales de santé et Conseil généraux) ou porteurs de projet de coopération.
- **Partie 4 -** Des démarches et outils méthodologiques destinés :
  - aux Agences régionales de santé (ARS), Délégations territoriales et Conseils généraux pour la partie « Comprendre, l'animation du territoire »,
  - aux Présidents, Administrateurs, Directeurs généraux et décideurs des structures gestionnaires pour la partie « Décider, la volonté de s'engager dans une logique de coopération »,
  - aux Porteurs de projet de coopération pour la partie « Mettre en œuvre, la déclinaison opérationnelle ».

Les retours d'expérience de coopérations visitées ont constitué la matière première pour formaliser les grands enseignements et démarches méthodologiques. Nous remercions donc très sincèrement celles et ceux qui ont bien voulu mettre leur expérience au profit de tous ainsi que les membres du comité technique composé de représentants d'Agences régionales de santé, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) :

- M. Jean-Paul AUBRUN, ARS Languedoc-Roussillon ;
- M^me^ Maritxu BLANZACO, ARS Pays de la Loire ;
- M^me^ Marjolaine CASSAN, ARS Aquitaine ;
- M^me^ Caroline COLIN, ARS Bretagne ;
- M. Hervé DROAL, CNSA ;
- M^me^ Laurence FAIGT, ARS Poitou-Charentes ;
- M^me^ Élise LAURENT, ARS Rhône-Alpes ;
- M^me^ Marie-Claude MARAIS, CNSA ;
- M^me^ Charlotte PENTECOUTEAU, DGCS ;
- Mme Laurence TANDY, ARS Limousin.

Ce comité technique s'est prononcé sur la pertinence des coopérations proposées au regard du périmètre du projet et a validé les différents outils.

Précautions de lecture

Les douze retours d'expérience de coopérations présentés dans ce document diffèrent à la fois sur leur objet, leur statut, leur environnement, leur taille et leur maturité. Néanmoins :

- l'exhaustivité n'a pas été recherchée, notamment au niveau des supports juridiques : convention, groupement – Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), Groupement de coopération sanitaire (GCS), Groupement d'intérêt public (GIP), Groupement d'intérêt économique (GIE), groupement d'employeurs –, association, fondation, fonds de dotation, mandat de gestion… L'acte juridique ne fait que traduire une volonté, elle-même conditionnée à l'identification d'un besoin sur un territoire et à une orientation commune à plusieurs entités gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux ;
- il ne s'agit pas d'un recueil de « belles histoires » : les retours d'expérience mettent en évidence les réussites mais également les limites de ces démarches de coopération ;
- les démarches méthodologiques proposées ne constituent que des cadres aux acteurs de terrain, en aucun cas des normes.

1 LA COOPÉRATION, UNE RÉFLEXION MAJEURE POUR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

LA COOPÉRATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL, UN IMPÉRATIF LIÉ À L'ATOMICITÉ DES ACTEURS ET À SA COMPLEXITÉ

La multiplication des contraintes de gestion, la mise en place d'économies d'échelle, une nouvelle dynamique de projet associatif ou d'établissement public, la relève des générations d'administrateurs ou de professionnels, des accompagnements à adapter pour répondre à une logique de parcours des usagers… sont autant d'éléments militant en faveur de la coopération dans le secteur médico-social. La dispersion et la complexité du secteur ne facilitent cependant pas la prise en compte de ces enjeux.

UN NOMBRE (PLUS DE 30 000) ET UNE DIVERSITÉ IMPORTANTS D'ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES INTERVIENNENT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) recense **30 316 établissements et services intervenant auprès des personnes âgées et handicapées.**(1)
Parmi ceux-ci :
- 12 251 sont financés par les Conseils généraux ;
- 18 065 sont financés ou cofinancés par l'Assurance maladie (ou l'Aide sociale de l'État pour les ESAT).

À ce nombre, s'ajoute **la diversité des établissements et des services ;** ceux-ci sont répartis en 40 catégories dont les plus importantes sont :
- les « maisons de retraite » ..... 24 % ;
- les « services d'aide ménagère à domicile » ..... 14 % ;
- les « SSIAD », Services de soins infirmiers à domicile ..... 7 % ;
- les « SESSAD », Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile ..... 5 % ;
- les « foyers de vie pour adultes handicapés » ..... 5 % ;
- les « ESAT », Établissements et services d'aide par le travail ..... 5 %.

Si la typologie des établissements et services reprise dans le tableau de la page suivante permet de cibler des besoins précis et de mieux identifier les spécialisations et expertises, elle contribue à segmenter les interventions.

(1) FINESS : Catégorie 4000 "Établ. serv. soc. d'accueil hébergement assistance réadaptation" du FINESS hors "Établ. et serv. concourant à la protection de l'enfance" et "Autres établ. Accueil, hébergement, réadaptation et services" - sauf les "Établissements et services multi-clientèles"

Répartition des établissements et services médico-sociaux par catégorie et mode de financement

Catégories (source : FINESS)	Nb struct.	En %
4100 Établ. et Serv. Pour l'Enfance et la Jeunesse Handicapée		
4101 Établ. d'Éduc. Spéciale pour Déficients Mentaux et Hand.	1 455	5 %
183 Institut Médico-Éducatif (IME)	1 248	4 %
188 Établ. pour Enfants ou Adolescents Polyhand.	197	1 %
402 Jardin d'Enfants Spécialisé	10	0 %
4102 Établ. d'Éduc. Spéciale pour Enfants Tr. Cond. et Comport.	421	1 %
186 Institut Thérapeutique Éducatif et Pédag. (ITEP)	421	1 %
4103 Établ. d'Éduc. Spéciale pour Handicapés Moteurs	144	0 %
192 Établ. pour Déficients Moteurs (I.E.M.)	144	0 %
4104 Établ. d'Éduc. Spéciale pour Déficients Sensoriels	126	0 %
194 Institut pour Déficients Visuels	33	0 %
195 Institut pour Déficients Auditifs	79	0 %
196 Institut d'Éducation Sensorielle Sourds/Aveugles	14	0%
4105 Établ. et Serv. Hébergement Enfants Hand.	130	0 %
238 Centre d'Accueil Familial Spécialisé	89	0 %
390 Établ. d'Accueil Temporaire d'Enfants Handicapés	15	0 %
396 Foyer Héberg. Enfants et Adolescents Handicapés	26	0 %
4106 Services à Domicile ou Ambulatoires pour Handicapés	2 302	8 %
182 Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile	1 526	5 %
189 Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)	472	2 %
190 Centre Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.)	304	1 %
4107 Établ. Expérimentaux en Faveur de l'Enfance Hand.	65	0 %
377 Établ. Expérimental pour Enfance Handicapée	65	0 %
4300 Établ. et Serv. pour Adultes Handicapés		
4301 Établ. et Serv. d'Hébergement pour Adultes Hand.	4 316	14 %
252 Foyer Hébergement Adultes Handicapés	1 286	4 %
253 Foyer d'Accueil Polyvalent pour Adultes Handicapés	109	0 %
255 Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)	596	2 %
382 Foyer de Vie pour Adultes Handicapés	1 550	5 %
395 Établ. d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés	38	0 %
437 Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Hand. (FAM)	737	2 %
4302 Établ. et Serv. de Travail Protégé pour Adultes Hand.	2 035	7 %
246 Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	1 494	5 %
247 Entreprise adaptée	541	2 %
4303 Établ. et Serv. de Réinsertion Prof. pour Adultes Hand.	135	0 %
198 Centre de Préorientation pour Handicapés	41	0 %
249 Centre Rééducation Professionnelle	94	0 %
4304 Établ. Expérimentaux en Faveur des Adultes Hand.	161	1 %
379 Établ. Expérimental pour Adultes Handicapés	161	1 %
4305 Services de Maintien à Domicile pour Handicapés	1 185	4 %
446 Serv.d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	1 185	4 %
4400 Établ. et Serv.pour Personnes Âgées		
4401 Établ. d'Hébergement pour Personnes Âgées	7 237	24 %
200 Maison de Retraite	7 141	24 %
394 Établ. d'Accueil Temporaire pour Personnes Âgées	96	0 %
4402 Services Sanitaires de Maintien à Domicile	236	1 %
207 Centre de Jour pour Personnes Âgées	236	1 %
4403 Services Sociaux en Faveur des Personnes Âgées	6 754	22 %
205 Foyer Club Restaurant	607	2 %
208 Service d'Aide Ménagère à Domicile	4 197	14 %
212 Alarme Médico-Sociale	69	0 %
368 Service de Repas à Domicile	434	1 %
450 Service d'Aide aux Personnes Âgées	1 447	5 %
4404 Établ. Expérimentaux en Faveur des Personnes Âgées	16	0 %
381 Établ. Expérimental pour Personnes Âgées	16	0 %
4600 Autres Établ. Accueil, Hébergement, Réadaptation et Services		
4605 Établ. et Serv. multi-clientèles	3 598	12 %
209 Service Polyvalent Aide et Soins à Domicile (SPASAD)	79	0 %
354 Service de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D)	2 081	7 %
460 Service Presataire d'Aide à Domicile (S.A.D.)	1 019	3 %
462 Lieux de vie	419	1 %
Total (nombre d'ESMS FINESS) =	**30 316**	**100 %**
Financement AM (ou Aide Sociale d'État) même partiel =	**18 065**	**60 %**
Financement conseils généraux =	**12 251**	**40%**

Financement Conseil général

Financement ou cofinancement État (Assurance maladie ou aide sociale)

Les structures gestionnaires des établissements et services présentent également **une grande hétérogénéité en ce qui concerne leur taille et leur statut** avec néanmoins :

- un secteur public majoritaire pour l'accompagnement des personnes âgées ;
- un secteur à but non lucratif majoritaire pour l'accompagnement des personnes handicapées.

Ces données (plus de 30000 structures) n'intègrent pas l'existence d'associations gestionnaires de plusieurs établissements et services qui peuvent disposer des services d'un siège social. Les charges de ce dernier, sous réserve de son autorisation par les autorités compétentes, étant réparties au prorata des charges brutes d'exploitation de chacun des établissements et services gérés.

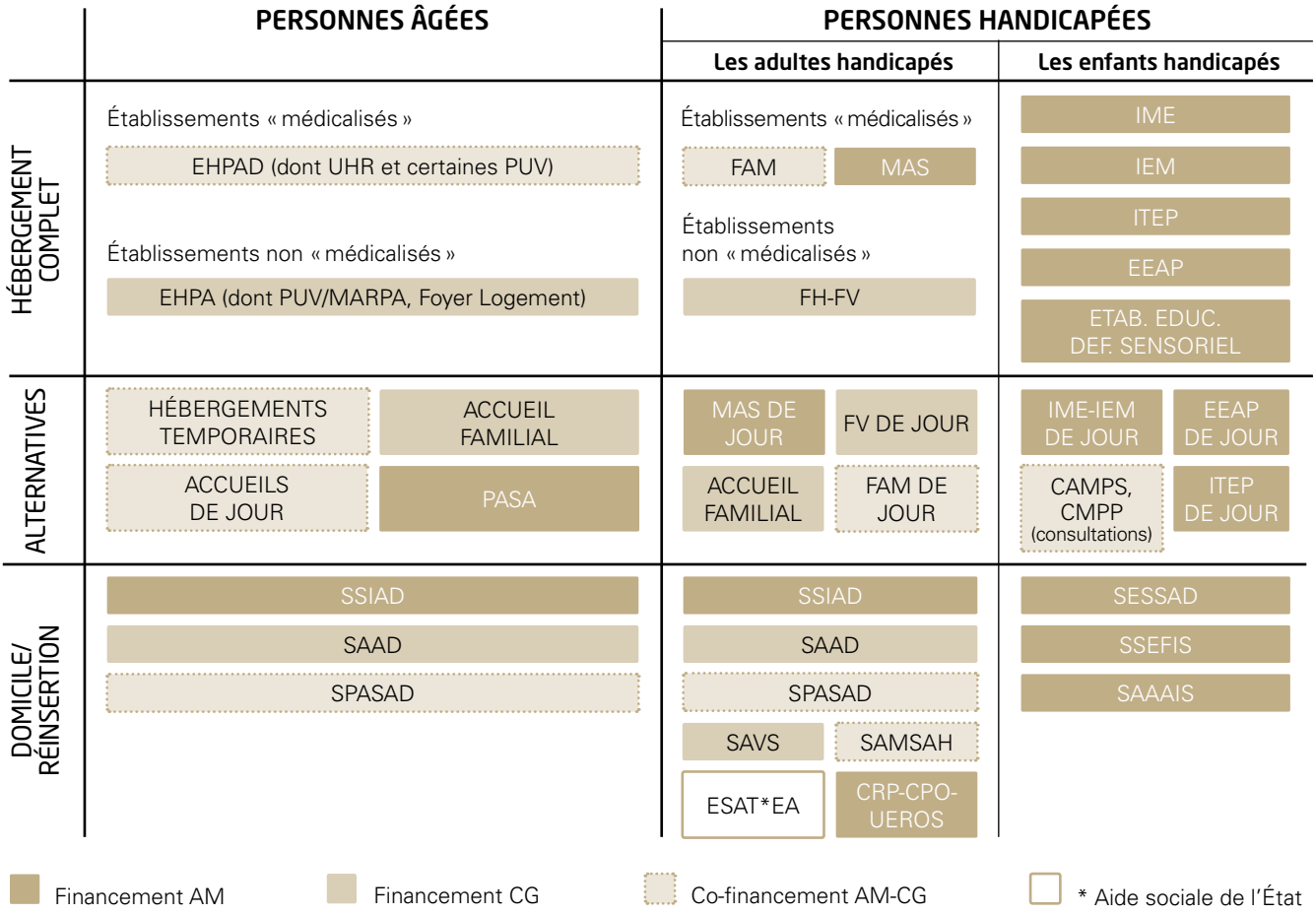
La cartographie de la représentation nationale des gestionnaires, unions, fédérations et syndicats employeurs[2] corrobore cette atomicité avec une quarantaine d'acteurs recensés dont une très grande partie dans le champ associatif, quelques-uns dans le secteur public et un dans le secteur privé à but lucratif.

UNE RÉELLE COMPLEXITÉ DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

La complexité et le défaut de lisibilité du secteur médico-social sont le fait d'une prise en compte progressive de besoins émergents de populations fragiles. Une lecture à trois entrées est possible :

- **les modes d'accompagnement** concernent les personnes âgées ou handicapées et, pour ces dernières, les adultes ou les enfants ;
- **les modalités de prise en charge** ont évolué de l'hébergement vers l'insertion en passant par des alternatives de types hébergements temporaires ou accueils de jour ;
- **les financements** relèvent de l'Assurance maladie, de l'Aide sociale de l'État, des Conseils généraux ou de cofinancements, par exemple Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)…

Modes de financement par type d'établissement et service médico-social



(2) Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Jean-Pierre HARDY*

Cette diversité contribue à la richesse du secteur médico-social. Elle est à l'image de sa construction, faite d'initiatives locales au plus proche de l'évolution des besoins des personnes en situation de fragilité. Elle n'en constitue pas moins un frein à la mise en place d'outils communs et partagés, et à la cohérence des dispositifs autour des personnes accompagnées.

LA COOPÉRATION, UNE RÉFLEXION À FORT ENJEU DANS LE CONTEXTE DE RENFORCEMENT DU NIVEAU RÉGIONAL DES POLITIQUES PUBLIQUES DÉCONCENTRÉES

UN CONTEXTE EN FORTE MUTATION POUR LES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

Les organismes gestionnaires et leurs établissements et services médico-sociaux, compte tenu notamment de leur multiplicité et de leur émiettement, sont amenés à opérer d'importants changements dans leurs modalités de gouvernance, de gestion et d'organisation. Ces changements sont induits par :

- les multiples réformes entreprises dans le secteur depuis 2001 (loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance de mars 2007, loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires…) ;
- l'évolution des politiques publiques (loi organique relative aux lois de finances, Révision générale des politiques publiques, nouvelles modalités de planification-programmation-régulation, démarche d'évaluation interne et externe, nouvelles agences autour de l'efficience et de la performance – ANESM et ANAP), avec, en particulier, un renforcement du niveau régional dans la déconcentration des politiques de santé et des politiques médico-sociales (mise en place des Agences régionales de santé) ;
- l'évolution des besoins et de la demande des usagers et de leur famille.

Ce dernier point apparaît essentiel pour les acteurs médico-sociaux en raison de l'allongement de l'espérance de vie et en meilleure santé, l'accroissement des maladies chroniques et des polypathologies, et l'exigence du citoyen au regard de la santé et non pas uniquement de sa maladie ou de son handicap. Il s'agit de « vivre avec » et non pas « vivre sans » avec une volonté d'accès au droit commun. D'où un double mouvement :

- patient/usager/client ;
- personne fragile, qu'elle soit handicapée ou âgée qui exprime le souhait de vivre au maximum de son autonomie et hors de l'institution.

DEUX ENJEUX MAJEURS

Dans ce contexte, les acteurs médico-sociaux doivent répondre à deux enjeux majeurs. Il s'agit en premier lieu **d'initier une nécessaire évolution et adaptation de l'offre individuelle et collective d'accompagnement** poursuivant un double objectif :

- réduire les inégalités de ressources à l'intérieur des régions comme entre régions (ex. : adaptation et transformation des prestations à assurer dans le cadre de coopérations avec différents offreurs, trouver un équilibre entre domicile et établissement) ;
- développer une offre de services qui dépasse l'approche segmentée par structure pour promouvoir une logique de parcours de vie et de soins dans le cadre de coopérations et d'une approche territorialisée (ex. : plateforme de services avec une plus grande souplesse, modularité des réponses pour répondre à l'évolution des besoins et des attentes des usagers et de leur entourage : services rendus en milieu ordinaire, accueil de jour/hébergement temporaire, accueil séquentiel, séjour de répit, logement permettant l'organisation d'un ensemble de réponses au profit de l'accompagnement global du projet individualisé de la personne).

Cette évolution nécessaire de l'offre de services va impliquer pour les professionnels de connaître leur territoire, de se faire connaître, de questionner leurs pratiques professionnelles avec aussi l'apparition de nouveaux métiers qui comprendront demain formation et professionnalisation des personnels intervenant auprès des usagers.

En second lieu, il s'agit d'intégrer **la rénovation du processus d'autorisation** issu de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dorénavant, selon l'article L. 313-1-1 du Code de l'action sociale et des familles, les projets de création, de transformation et d'extension qui font appel à des financements publics sont autorisés par l'autorité compétente après mise en œuvre de la procédure d'appel à projets. Il s'agit de passer

d'une pression des projets en attente de financement à un affichage par les autorités compétentes en matière d'autorisations des priorités régionales et départementales ; l'allocation des ressources est ainsi guidée par une logique d'appels à projets avec un objectif orienté vers la régulation de l'offre de service et la capacité à faire des promoteurs.

Ce nouveau processus d'autorisation va d'emblée conduire les institutions gestionnaires à privilégier la recherche de coopération et de complémentarité, au-delà de la mise en concurrence. Il s'agit, au final, de se préparer à répondre à plusieurs à des appels à projets transversaux correspondant à des besoins globaux d'une population en situation de vulnérabilité sur des territoires, prenant ainsi en compte la prévention des risques de morbidité, les soins et l'accompagnement médico-social. Cette vision transversale, rejoignant ainsi la définition de la santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé, implique une mise en synergie des ressources locales multiples, qu'elles soient sanitaires, sociales, éducatives ou médico-sociales, au service de la population dans le cadre de projets de territoire.

DES PERSPECTIVES DE MUTUALISATION RÉPONDANT À DE NOMBREUX ENJEUX

Dans ce contexte d'évolution des politiques publiques, **la perspective des organismes gestionnaires est de s'engager dans une logique de mutualisation** qui passe notamment par :

- une adaptation de l'organisation et des modes de gouvernance avec un renforcement du siège social sur les aspects administratifs, comptables et gestion de la paie, une responsabilisation accrue, une plus grande autonomie de gestion, des arbitrages qui se feront en termes d'orientations stratégiques et une véritable politique de recrutement ;
- une Gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) en lien avec l'évolution de l'offre et des publics et l'analyse des départs à la retraite ;
- un développement de l'équipe de direction et un renforcement de l'encadrement de proximité,
- une optimisation des moyens de formation et des moyens matériels (ex. : négociation des plans de formation permettant d'élargir l'offre et d'initier une dynamique entre les professionnels ; partage de locaux pour des services avec temps de secrétariat, médical ou paramédical à mettre en commun sur un territoire) ;
- une centralisation des services logistiques (ex. : politique d'achats groupés, négociation des contrats d'assurance et de maintenance, location de véhicules).

Ces dynamiques constituent assurément des opportunités pour :

- un renforcement de la fonction du Conseil d'administration avec le pilotage d'un projet plus large au service d'une stratégie plus adaptée aux besoins des usagers et aux politiques publiques ;
- une meilleure gestion des ressources humaines du point de vue de l'employeur et du point de vue des salariés favorisant leur mobilité (gestion des carrières) et l'attractivité en termes d'emplois : offrir des postes plus attractifs sur des compétences parfois difficiles à recruter, tendre vers des temps de travail plus conséquents avec une organisation par pôles ;
- des gains de productivité pour un redéploiement de moyens au bénéfice des usagers ;
- des stratégies d'investissement avec un seul Plan pluriannuel d'investissement ;
- un développement d'une logique de service au détriment d'une logique de structure.

Ainsi, les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), l'organisation des sièges sociaux ne sont que des outils de pilotage pour accompagner la mise en œuvre de ces politiques publiques. Ils constituent une stratégie d'intervention que la puissance publique souhaite promouvoir pour faire face à ces enjeux de qualité des prestations servies aux usagers et aux besoins de développement des prises en charge, dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires.

Cette démarche de coopération, de mutualisation des moyens et des méthodes, se heurte à des difficultés d'ordre juridique, social et comptable. Des avocats, des experts comptables peuvent constituer des ressources à mobiliser pour lever certains freins et accompagner ce changement de logique, même si certains points nécessitent des précisions au niveau national.

2 LES GRANDS ENSEIGNEMENTS ISSUS DES RETOURS D'EXPÉRIENCE

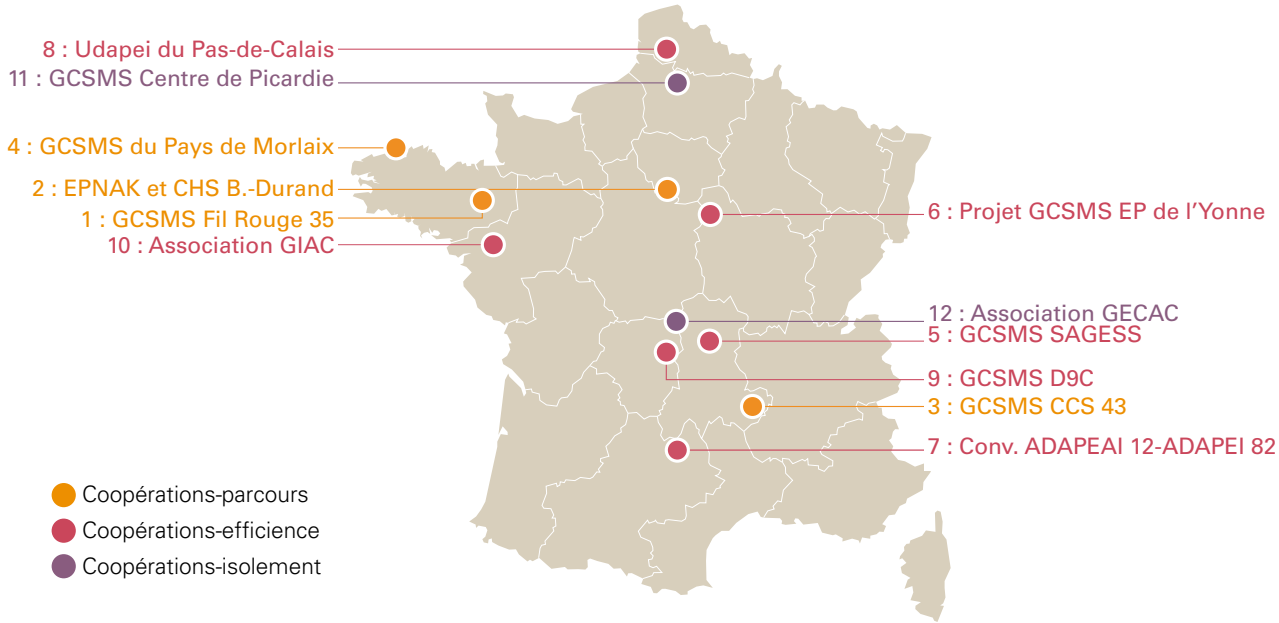
La mise en valeur de douze coopérations médico-sociales permet la diffusion et le partage d'expériences, qu'elles soient une réussite ou source d'enseignements. Les organisations rencontrées ont ainsi permis d'identifier des axes structurants pour la coopération médico-sociale. Ceux-ci sont présentés ci-dessous en fonction du type de coopérations (Les principaux facteurs clés de la coopération). Le nombre de GCSMS intégrés au projet a également permis de faire un *focus* sur cet outil (Le GCSMS, un outil de coopération souple et adapté… sous certaines conditions : cf. page 19).

LES PRINCIPAUX FACTEURS CLÉS DE LA COOPÉRATION

Dans le prolongement du Guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP, **trois grandes catégories de coopération** ont été identifiées :

- des « coopérations-parcours » qui tendent à structurer l'offre de services pour s'adapter à l'évolution des besoins des usagers ;
- des « coopérations-efficience » qui cherchent à améliorer l'efficience de leurs organisations à partir d'une mutualisation de moyens ;
- des « coopérations-isolement » qui visent à faire face à une pénurie de personnels qualifiés.

Les douze retours d'expérience présentés dans la partie suivante du document permettent de dégager des facteurs clés de succès pour chacune de ces trois catégories.



LES « COOPÉRATIONS-PARCOURS »

Les « coopérations-parcours » visent à répondre à l'évolution des besoins des usagers liée notamment à l'allongement de l'espérance de vie et en meilleure santé, l'accroissement des maladies chroniques et des polypathologies et à l'exigence du citoyen fragile, qu'il soit handicapé ou âgé, de vivre au maximum de son autonomie et hors de l'institution. Ce type de coopération se traduit généralement par une implication d'acteurs médico-sociaux et sanitaires, voire sociaux, professionnels de l'habitat, de l'éducation, de l'insertion…

Quatre coopérations issues du retour d'expérience relèvent de cette catégorie :
- le GCSMS Fil rouge 35 qui articule les interventions d'acteurs mobilisés auprès de la personne handicapée psychique et visant à son insertion sociale et professionnelle ;
- le partenariat entre l'EPNAK et le Centre hospitalier Barthélémy-Durand qui permet de coordonner les accompagnements de personnes accueillies en ESAT avec le suivi d'un CMP ;
- le GCSMS Coordination et continuité des soins de Haute-Loire qui vise à assurer un accompagnement dans la durée des personnes souffrant de troubles psychiatriques et accueillies en ESAT en lien avec le centre hospitalier spécialisé en santé mentale ;
- le GCSMS du Pays de Morlaix qui tend à mettre en place une meilleure coordination des acteurs intervenant auprès de la personne âgée.

D'autres coopérations visent également à mieux structurer le parcours des usagers mais au travers de la réponse aux appels à projets. Il s'agit en particulier du GCSMS SAGESS, du projet de GCSMS des établissements publics de l'Yonne et du GCSMS D9C. Celles-ci ont été classées dans la rubrique « coopérations-efficience » au regard de leurs caractéristiques principales.

Les quatre retours d'expérience qualifiés de « coopérations-parcours » visent essentiellement deux types de publics :
- les personnes âgées fragiles ou vulnérables ;
- les personnes handicapées psychiques ou souffrant de troubles psychiatriques.

Ces coopérations permettent la mise en évidence de plusieurs facteurs contribuant à leur réussite.
- Dans tous les cas, **les acteurs ont mobilisé un temps conséquent pour atteindre une certaine maturité et décliner de manière opérationnelle la coopération.** Des durées supérieures à une année ont systématiquement été nécessaires. Pendant cette période, on assiste généralement à une appropriation des missions respectives des partenaires ainsi que des capacités d'accompagnement et de prise en charge du ou des partenaires (ex. : niveau de médicalisation d'un EHPAD, durée des hospitalisations…).
- **La formalisation de documents de référence tout au long de la phase de réflexion apparaît essentielle.** Il peut s'agir de documents liés à la gestion du projet de coopération (ex. : matrice identifiant les points forts/points faibles de chaque partenaire et opportunités de la coopération/risques à ne pas prendre, comptes rendus d'instance de pilotage) ou d'outils visant à la déclinaison opérationnelle de la coopération (ex. : grille d'évaluation du niveau de complexité des situations permettant d'identifier l'acteur compétent pour intervenir, formalisation du niveau d'engagement de chaque acteur, formalisation du ou des services potentiellement rendus). Pour faire l'objet d'une appropriation par les acteurs, ces documents doivent présenter un caractère synthétique et opérationnel.
- **Les parties prenantes doivent clairement afficher leurs engagements respectifs afin de sécuriser la coopération sur une base « gagnant-gagnant ».** Il peut s'agir d'un engagement de réadmission au sein d'un ESMS à l'issue d'une hospitalisation avec, parallèlement, une prise en compte sans délai par l'établissement de santé psychiatrique de la sollicitation de cette structure médico-sociale lors d'une situation de crise.

Les « coopérations-parcours » se heurtent en parallèle :
- **à un manque de formalisation** mettant en péril la pérennité de la coopération qui repose sur l'implication d'individus ;
- **à la difficulté d'étayer la coopération par un financement pérenne,** elle-même liée au manque d'objectivation des impacts de celle-ci. Les réseaux de santé ou les MAIA sont néanmoins de nature à permettre une amélioration du parcours des personnes ;
- **au devenir de la coopération** mise en place, en particulier pour celles œuvrant auprès de publics présentant des besoins émergents qui ont vocation, à terme, à être intégrés dans les dispositifs de droit commun (ex. : prise en compte dans la loi du 11 février 2005 du handicap psychique).

Les retours d'expérience tendent également à montrer que :
- le développement **des appels à projets** est de nature à accélérer ce type de coopérations en privilégiant une approche par territoire ou par type de besoins ;
- **le GCSMS** apparaît comme un outil pertinent pour ces « coopérations-parcours » puisqu'il permet de sécuriser et pérenniser le partenariat sans entrer dans une logique d'intégration avancée entre les acteurs impliqués.

LES « COOPÉRATIONS-EFFICIENCE »

Les « coopérations-efficience » sont fondées sur une recherche d'efficience, s'appuyant sur une mutualisation de moyens. En fonction du niveau de maturité atteint, ces coopérations peuvent être réduites à la co-utilisation d'une fonction logistique jusqu'à comporter des prises en charge déléguées de tout ou partie de l'activité.

Six coopérations issues du retour d'expérience relèvent de cette catégorie :

- le GCSMS SAGESS mettant en synergie trois associations avec l'objectif d'un CPOM unique porté par le groupement ;
- le projet de GCSMS des établissements publics de l'Yonne visant à structurer l'offre publique de services et initier une dynamique de mutualisation ;
- la convention de mise à disposition de personnel du siège de l'ADAPEAI de l'Aveyron à l'ADAPEI du Tarn-et-Garonne qui permet de structurer le rapprochement de deux associations ;
- l'Udapei du Pas-de-Calais qui fédère huit associations ;
- le GCSMS des 9 Cantons qui permet de mutualiser les moyens de trois SSIAD situés en zone rurale ;
- le GIAC, association d'associations, souhaitant proposer une alternative à la logique de fusion-absorption.

Le GECAC, association d'associations, qui vise également à l'efficience de ses membres, est classé dans la rubrique « coopérations-isolement ».

Ces coopérations permettent de mettre en évidence plusieurs facteurs contribuant à leur réussite.

- Systématiquement, ces coopérations sont motivées par **la difficulté à faire face seul aux évolutions législatives et réglementaires** notamment celles liées à la gestion des ressources humaines (ex. : taille trop modeste pour créer un siège, taille trop modeste pour renégocier des contrats de prestation, difficulté à maîtriser l'ensemble des obligations législatives et réglementaires concernant le droit social, impossibilité de satisfaire aux obligations de formation).
- Dans de très nombreux cas, les acteurs ont cité **un ou plusieurs facteurs exogènes qui ont contribué à accélérer le processus de coopération.** Citons, à titre d'illustrations, un différend de plusieurs associations avec leur fédération nationale, l'implantation d'une association nationale sur le territoire de plusieurs associations, le message de l'ARS et du Conseil général de ne pas créer de nouvel ESMS obérant toute possibilité de développement pour une association, une situation de risque juridique pour un gestionnaire illustrant sa difficulté à faire seul ou une dynamique forte de territorialisation de l'offre médico-sociale de l'ARS.
- De même, la mise en place de « coopérations-efficience » est facilitée par **l'existence de points communs** (ex. : proximité des projets institutionnels, accompagnement de publics comparables, conventions collectives identiques, palettes de services complémentaires…) **ou le constat partagé de difficultés communes** (ex. : impossibilité d'agréer un siège faute de tailles trop modestes, difficultés organisationnelles liées à la ruralité du territoire, isolement des dirigeants et cadres du fait de structures mono-établissement…).
- Les coopérations les plus intégrées sont facilitées par **un partenariat « gagnant-gagnant » avec l'ARS et le Conseil général.** En effet, les économies potentiellement générées par la mise en place d'un GCSMS impliquant plusieurs associations peuvent permettre à cette coopération de consolider cette dynamique à moyen terme (ex. : pour soutenir l'évolution organisationnelle d'un établissement en difficulté, pour faciliter une convergence des accords d'entreprise des associations, pour anticiper un futur appel à projets…). Ce partenariat suppose la définition d'objectifs de résultats partagés et valorisés entre les autorités publiques et les porteurs du projet de coopération. Il peut être mis à mal par une attente de retour sur investissement à court terme.
- Dans plusieurs cas, **des départs de dirigeants ou administrateurs** (départs en retraite, départs volontaires, fins de mandat) ont permis de relancer ou accélérer un processus de coopération. Des associations ont par exemple initié la réflexion sur la coopération par une anticipation des départs en retraite ; cette projection a conduit à associer des acteurs à forte potentialité mais *a priori* non impliqués.
- **Le secteur public présente des particularités** qui tendent à faciliter le processus de coopération une fois que son principe est acté au niveau « politique ». Ce constat peut en partie être expliqué par la grande autonomie dont disposent les directions, leur culture commune et un réseau structuré.

Les « coopérations-efficience » se heurtent en parallèle :

- à la crainte des acteurs de voir le processus de coopération remettre en cause **un projet débuté depuis plusieurs dizaines d'années** sans percevoir les adaptations potentiellement envisageables avec un ou plusieurs partenaires ;
- à la difficulté des acteurs, principalement administrateurs et directeurs, **de se projeter dans une nouvelle gouvernance.** Les retours d'expérience illustrent ce point de manière très diverse avec notamment un accompagnement extérieur permettant de médiatiser la réflexion, la définition précise très en amont des missions de chacun, l'opportunité d'un départ pour faciliter un changement d'organigramme ou de présidence ou une anticipation des départs en retraite ;
- **à une limite haute en termes de développement territorial :** à cet égard, plusieurs exemples militent en faveur de coopérations présentant au maximum une correspondance avec le territoire régional ou départemental. En effet, les gestionnaires souhaitent rester force de proposition en ce qui concerne les besoins d'accompagnement et conserver une réelle proximité avec les établissements et services gérés. De plus, l'articulation avec les politiques publiques départementales et régionales est essentielle et constitue même un des moteurs de certaines coopérations. Enfin, une coopération de taille trop conséquente est susceptible de générer des surcoûts très importants (ex. : organisation d'une assemblée générale de plus de 1 000 salariés sur une journée à l'occasion de l'actualisation du projet associatif représente au total plus de 5 ETP, mise en place de charges de *reporting* faute de maturité des systèmes d'information…).

Les retours d'expérience tendent également à montrer que :

- **les coopérations facilitent l'évolution des organigrammes** en permettant la mise en place d'organisations transversales, souvent par pôles, conformes à une dynamique de parcours des personnes accompagnées. Lorsque la coopération est mise en place concomitamment à un ou des départs de salariés, les évolutions permettent parfois une responsabilisation accrue de certains professionnels (ex. : positionnement d'éducateurs spécialisés comme coordinateurs de projet). L'adaptation des compétences (formations, qualifications), la promotion et l'implication des professionnels aux travaux concernant la coopération (ex. : groupe de réflexion, visites, stages…) ressortent comme des éléments facilitant sa réalisation. L'encadrement intermédiaire joue ici un rôle essentiel ;
- l'approche sur **la notion de seuil de gestion** est très hétérogène selon les interlocuteurs. En effet, seul le seuil de 80 places pour un EHPAD est généralement admis par les acteurs avec une tendance à la hausse (100 places voire 120 dans certains modèles) en vue de limiter le reste à charge des résidents. Ce seuil de 80 places est également retenu par certains gestionnaires du secteur du handicap pour les structures d'hébergement dans lesquelles sont intégrées quelques places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. Si l'hétérogénéité des types d'ESMS et des modes d'accompagnement rend complexe l'approche par seuil de gestion, plusieurs éléments guident les logiques de « coopérations-efficience » : la capacité globale de lits et places gérés au regard du *turn over* des professionnels (ex. : un *turn over* annuel de 3-4 % sera plus facile à gérer sans recrutement supplémentaire avec 350 ETP qu'avec 30), la diversité du type d'ESMS afin de faciliter les parcours professionnels (ex. : possibilité de passage d'un professionnel d'une MAS vers un foyer de vie en cas d'usure professionnelle), le nombre d'ESMS de même type pour faciliter la mobilité tout en valorisant des expertises professionnelles (ex. : gestion de deux MAS permettant le passage d'un professionnel de la première vers la seconde) et la tendance à mutualiser le poste de direction pour des structures de taille limitée (de l'ordre de 20 à 40 places).

LES « COOPÉRATIONS-ISOLEMENT »

Les « coopérations-isolement » permettant de faire face à l'isolement géographique d'un ou plusieurs établissements et/ou services sur leur territoire où la pénurie de personnel qualifié peut engendrer une forme de concurrence. Les coopérations établies visent à rechercher une masse critique permettant d'attirer et stabiliser des professionnels qualifiés. L'attractivité permet le recrutement de personnels qualifiés mais également de développer la mobilité géographique, la mobilité professionnelle et des parcours professionnels.

Deux coopérations issues du retour d'expérience relèvent de cette catégorie :

- le GECAC, association d'associations, qui développe des parcours professionnels qualifiants en s'appuyant sur les établissements médico-sociaux du bassin montluçonnais ;
- le GCSMS du Centre de Picardie qui facilite le recrutement de professionnels qualifiés.

Le GCSMS des 9 Cantons, qui vise également à répondre à l'isolement des services qui le composent, est présenté dans la rubrique des « coopérations-efficience ».

Elles permettent la mise en évidence de plusieurs facteurs contribuant voire conditionnant leur réussite :

- **la proximité géographique** des établissements et services impliqués dans la coopération dans la mesure où le personnel recruté est amené à intervenir sur plusieurs sites ;
- **l'équilibre économique,** le recours à la coopération ne devant pas générer un surcoût pour le ou les bénéficiaires des interventions.

Les « coopérations-isolement » se heurtent en parallèle :

- à la nécessité de disposer **d'une implication des directions d'ESMS** amenées à perdre une partie de la maîtrise du processus lié aux ressources humaines notamment au niveau du recrutement ou pour une partie de l'évaluation ;
- **à la réticence de certains financeurs** à perdre de la lisibilité sur les ressources humaines mobilisées, notamment pour les crédits de remplacement.

Les retours d'expérience tendent également à montrer que, une fois intégrés au sein des équipes, **les professionnels impliqués dans ce type de « coopérations-isolement » se sentent valorisés,** soit en raison de modalités de rémunération qui intègrent les contraintes liées au partage du temps sur plusieurs structures, soit du fait d'une expertise plus riche car plus diverse.

LE GCSMS, UN OUTIL DE COOPÉRATION SOUPLE ET ADAPTÉ… SOUS CERTAINES CONDITIONS

Le Groupement de coopération sociale et médico-sociale est l'un des groupements proposés par les textes législatifs et réglementaires. Les retours d'expérience ont permis d'identifier quelques points saillants sur cet outil. Dans tous les cas, il apparaît essentiel que **le GCSMS soit soutenu par un projet commun et précisément défini.** Sa dynamique sera limitée si sa vocation « préventive » ne vise qu'à répondre à de futurs appels à projets. Ce point est souvent mis en évidence par une rédaction imprécise de l'article « objet » de la convention constitutive.

LE CADRE JURIDIQUE

Le Guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP (volume 2) présente les caractéristiques du GCSMS en abordant successivement :

- les textes et dispositions applicables ;
- l'objet de la coopération ;
- le capital social ;
- la durée ;
- l'adhésion/retrait/exclusion ;
- l'identification des membres ;
- les formalités préalables ;
- les modalités de création ;
- la détermination du statut juridique (public ou privé) ;
- la gouvernance ;
- les instances obligatoires/facultatives ;
- la patrimonialité des autorisations et agréments ;
- le statut du personnel ;
- les institutions représentatives du personnel ;
- le mode de rémunération du personnel ;
- la gestion immobilière ;
- le mode de financement ;
- le régime comptable ;
- le régime fiscal ;
- la responsabilité entre membres vis-à-vis des tiers ;
- la nature juridique de la relation avec les patients ;
- les modalités de dissolution et conséquences sur les personnels, les biens et les autorisations d'activité de soins ou d'équipements lourds ;
- l'évaluation des domaines d'activité potentiels de cette forme de coopération.

Les retours d'expérience permettent de compléter ces éléments à trois niveaux.

- Il n'existe pas d'obligation de constituer un capital social lorsque le GCSMS n'engendre pas de coût de fonctionnement. Le guide note à cet égard que cette option est purement théorique car un groupement génère inévitablement un coût de fonctionnement (à titre d'exemple, il convient de faire certifier les comptes par un commissaire aux comptes, ce qui génère un coût lié au fonctionnement du groupement). Cependant, le GCSMS des 9 Cantons intégré aux retours d'expérience a été créé sans constitution de capital social.

- Au niveau législatif, **la rédaction de l'article L. 312-7 du CASF a été modifiée par l'article 34 de la loi dite Fourcade[3]** *(Après le sixième alinéa du 3° de l'article L. 312-7 du Code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social. »).* Cette même loi modifie le régime juridique des GCS de moyens qui impacte aussi les GCSMS puisque l'article 312-7 du CASF renvoie à l'article L.6133-3 du CSP modifié. Cette rédaction suscite un questionnement quant à sa déclinaison pratique. À cet égard, le rapport du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé présidé par Jean-Pierre Fourcade éclaire cette rédaction à la lumière du GCS :

> *Le GCS est « érigé» en établissement de santé dès lors que lui est délivrée une autorisation d'activité de soins. Dans son principe, cette érection permet logiquement de soumettre le GCS à l'ensemble des règles qui s'imposent à l'organisation des activités de soins hospitaliers. Elle permet au GCS de facturer directement à l'Assurance maladie les activités de soins autorisées.*
> *Le problème réside dans le fait que, dès qu'un GCS de droit public est érigé en établissement de santé, il devient un établissement public de santé, emportant l'application de l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement interne de ces établissements. La conséquence de cette mutation est la disparition de la participation des éventuels partenaires privés dans les instances du nouvel établissement. Disparaît de ce même fait la dimension de coopération entre les établissements à l'origine de la création du GCS.*
> *La liberté d'option du statut du GCS réintroduite par la proposition de loi, atténue les inconvénients de l'érection en établissement de santé. Il serait cependant souhaitable de revenir à la situation antérieure dans laquelle le GCS, sans être un établissement de santé pouvait en assurer les missions. Il devrait en être de même pour le Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).*

Sur ces bases, il apparaît que la modification législative a peu de conséquence dans la mesure où le GCSMS peut assurer les missions liées à la gestion d'ESMS et faire l'objet d'une tarification ; néanmoins, selon l'interprétation stricte de l'article L 312-7 du code de l'action sociale et des familles, il n'est pas lui-même titulaire des autorisations, il assure l'exploitation des autorisations détenues par ses membres. Il laisse en parallèle toute sa place aux entités juridiques adhérentes, notamment associatives même si l'outil aurait pu disposer d'une crédibilité accrue dans un contexte de recomposition de l'offre de service médico-sociale.

- **L'articulation opérationnelle entre l'ARS et le Préfet** pour l'approbation de la convention constitutive du GCSMS n'est pas clairement définie puisque l'article R.312-194-18 du CASF donne compétence au Préfet alors que l'ARS dispose des éléments de décision.

UN OUTIL SOUPLE AU SERVICE D'UNE STRATÉGIE...

Les retours d'expérience mettent en évidence que le GCSMS :

- **présente une certaine souplesse** lorsqu'il convient de définir les modalités de sa gouvernance. Il permet par exemple une répartition des parts sociales en fonction des besoins en recrutement, des détachements de chaque membre ou du nombre de lits et places gérés. Il rend également possible une stricte égalité entre les acteurs impliqués. Sur ces bases, le processus décisionnel et de vote reflète les choix de gouvernance. **Il apparaît particulièrement adapté pour des « coopérations-parcours » ou des « coopérations-isolement » impliquant des partenaires issus de champs d'intervention parfois cloisonnés** (ex. : sanitaire/médico-social, public/privé…). Il permet de donner un cadre à une collaboration ciblée permettant une prise en charge innovante, une coordination d'acteurs autour de l'usager-patient ou une mise en commun de difficultés de recrutement. Chaque acteur impliqué, généralement des structures gestionnaires de taille modeste, poursuit ou consolide son développement sans questionner sa stratégie ;

- **permet au travers de sa validation par le Préfet (et généralement par l'ARS) d'acter une orientation** qui peut potentiellement générer dans un second temps un financement ou une négociation financière. Il peut s'agir par exemple d'un GCSMS portant en germe un CPOM commun, un siège inter-associatif ou une fusion. Dans ce cas, le GCSMS n'est qu'un jalon (qui peut risquer parfois de figer tout processus d'intégration plus avancé).

(3) Loi n° 2011-940 du 10 août 2011.

...MAIS PRÉSENTANT CERTAINES INCERTITUDES ET CONTRAINTES POUR UN GESTIONNAIRE

En contrepoint, les retours d'expérience montrent que **le GCSMS présente des limites majeures à deux niveaux :**

⇢ **juridique : il n'est pas dénué d'incertitudes en comparaison des autres outils existants** (ex. : nécessité de réunir une assemblée générale se prononçant à l'unanimité pour un nouveau membre, définition limitative des membres potentiels) et doit faire l'objet de précisions aux niveaux fiscal (ex. : gestion d'une activité commerciale), social (ex. : gestion du droit à la formation ou tenue du registre des salariés pour des salariés détachés) ou de son approbation (Préfet *vs* ARS). De même, si la loi autorise les GCSMS à porter des PUI, cette disposition n'entre en vigueur qu'au 1er janvier 2013. Ces éléments d'incertitude sont plus marqués si un partenaire montre une certaine réticence au projet de coopération ;

⇢ **gouvernance : elle peut être incertaine** au sein d'un GCSMS gestionnaire d'autorisations. C'est plus particulièrement le cas si la direction générale du groupement ne dispose pas de pouvoirs hiérarchiques sur les salariés des ESMS ou si le CPOM du groupement nécessite d'être décliné pour chaque membre resté titulaire des autorisations (ex. : délégation de pouvoir du directeur général d'un GCSMS à un salarié d'une association B supposant que le Président de l'association A ait préalablement délégué au Directeur général, questionnements relatifs aux Document Uniques des Délégations, Directeur général d'un groupement souffrant de divergences d'orientations des présidents d'associations membres du groupement elles-mêmes employeurs des salariés des ESMS…).

Il peut ainsi s'avérer plus pertinent dans de nombreuses hypothèses de « coopérations-efficience » de consolider un projet commun et s'engager dans une logique de fusion. L'impact de la coopération et la cohérence de la gouvernance en seront facilités, surtout si l'entité a en charge la gestion de ressources humaines et d'autorisations.

3 RETOURS D'EXPÉRIENCE

Afin de faciliter le partage des expériences et mettre en évidence les éléments saillants des coopérations, chacune des douze monographies suit un plan identique en 7 parties :

- **une fiche synthétique** avec des données sur :
  - la structure (porteur de la coopération-structure juridique, ETP, ESMS gérés, territoire, partenaires, budget),
  - le projet (objectifs principaux de la coopération),
  - les personnes ressources à contacter pour en savoir plus ;
- **une partie objectifs** qui décrit l'historique de la coopération et reprend ses objectifs globaux ;
- **une partie modalités de mise en œuvre** décrivant son fonctionnement en axant sur l'organisation de la coopération, les ressources humaines qui y sont affectées et, si nécessaire, son activité ou ses modes d'accompagnement ;
- **une partie enseignements** mettant en exergue les spécificités ou points saillants de la coopération ;
- **une partie gains obtenus** listant les principaux indicateurs d'activité mais également lorsque des éléments sont disponibles, les indicateurs objectivant l'impact de la coopération pour les usagers, au niveau des ressources humaines, de l'implication sur le territoire ou de l'efficience économique ;
- **une partie outils mis en œuvre** au sens d'outils de coopération (GCSMS, convention…) et d'accompagnement extérieur (ex. : expertise technique, consultant…) ;
- **une partie perspectives** mettant en exergue les axes de développement ou les limites de la coopération.

Ce retour d'expériences n'a pas pour vocation de représenter de manière exhaustive tous les types de coopérations. Néanmoins, pour mettre en valeur des coopérations diverses et disposer d'éléments pertinents pour enrichir les enseignements transversaux et élaborer des outils, quatre critères de choix ont été privilégiés :

- le statut juridique (public, privé non-lucratif, privé lucratif) ;
- la maturité (en cours de réflexion, en cours de mise en place, en place) ;
- la catégorie de coopération (parcours, efficience, isolement) ;
- le secteur d'intervention (personnes âgées, personnes handicapées).

La liste des coopérations a été établie à partir de prises de contact par des opérateurs du champ médico-social suite à la publication du guide des coopérations territoriales ANAP, de coopérations identifiées par des membres du Conseil d'administration de l'ANAP ou de représentants d'ARS. Aucune coopération portée par le secteur privé à but lucratif n'a pu être intégrée, les logiques développées étant souvent propres à un groupe.

Le tableau ci-dessous cote chacune des caractéristiques et organise les coopérations selon leur objectif principal :

- **orange :** « coopérations-parcours » ;
- **rouge :** « coopérations-efficience » ;
- **violet :** « coopérations-isolement ».

Coopération		Caractéristique 1	Caractéristique 2 maturité				Caractéristique 3	Caractéristique 4
		Statut	Formalisme des relations		Effectivité	Champ couvert	Ancienneté	Catégorie	PA/PH
			+ : réflexion/projet ++ : convention +++ : GCSMS/asso		++ : vivante + : en construction	un + par champ (hôpital, médico-social, méd. de ville, services sociaux)	- : < 3 ans + : 3 < < 6 ++ : 6 < <10 +++ : > 10 ans	un + par champ (parcours, efficience, isolement)	
1	GCSMS Fil Rouge 35	PNL	+++	GCSMS	++	+++	+	+	PH
2	EPNAK et CHS B.- Durand	EP	+	Projet	++	++	++	+	PH
3	GCSMS CCS 43	PNL	+++	GCSMS	++	++	+	+	PH
4	GCSMS géront. Morlaix	PNL	++	GCSMS	+	+++	-	+	PA
5	GCSMS SAGESS	PNL	+++	GCSMS	++	+	-	++	PH
6	EP de l'Yonne	EP	+	Réflexion	+	+	+	++	PH
7	ADAPEAI 12 et ADAPEI 82	PNL	++	Convention	+	+	-	++	PH
8	Udapei Pas-de-Calais	PNL	+++	Union	++	+	+++	+	PH
9	GCSMS D9C	PNL	+++	GCSMS	++	+	-	++	PA
10	GIAC	PNL	+++	Association	++	+	+	+	PH
11	GCSMS Centre de Picardie	EP	+++	GCSMS	++	++	+	++	PA/PH
12	GECAC	PNL	+++	Gt employeurs	++	+	+++	++	PH

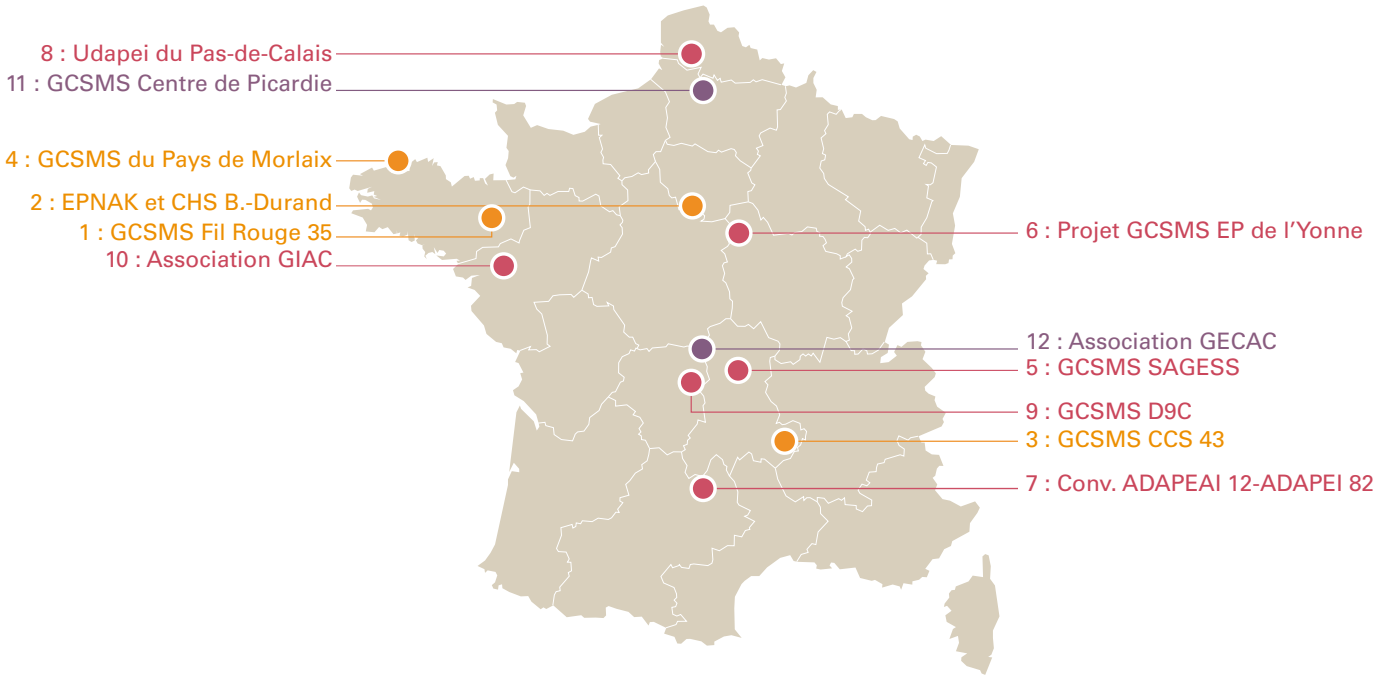
PNL : privé non lucratif

EP : établissement public

PA : personnes âgées

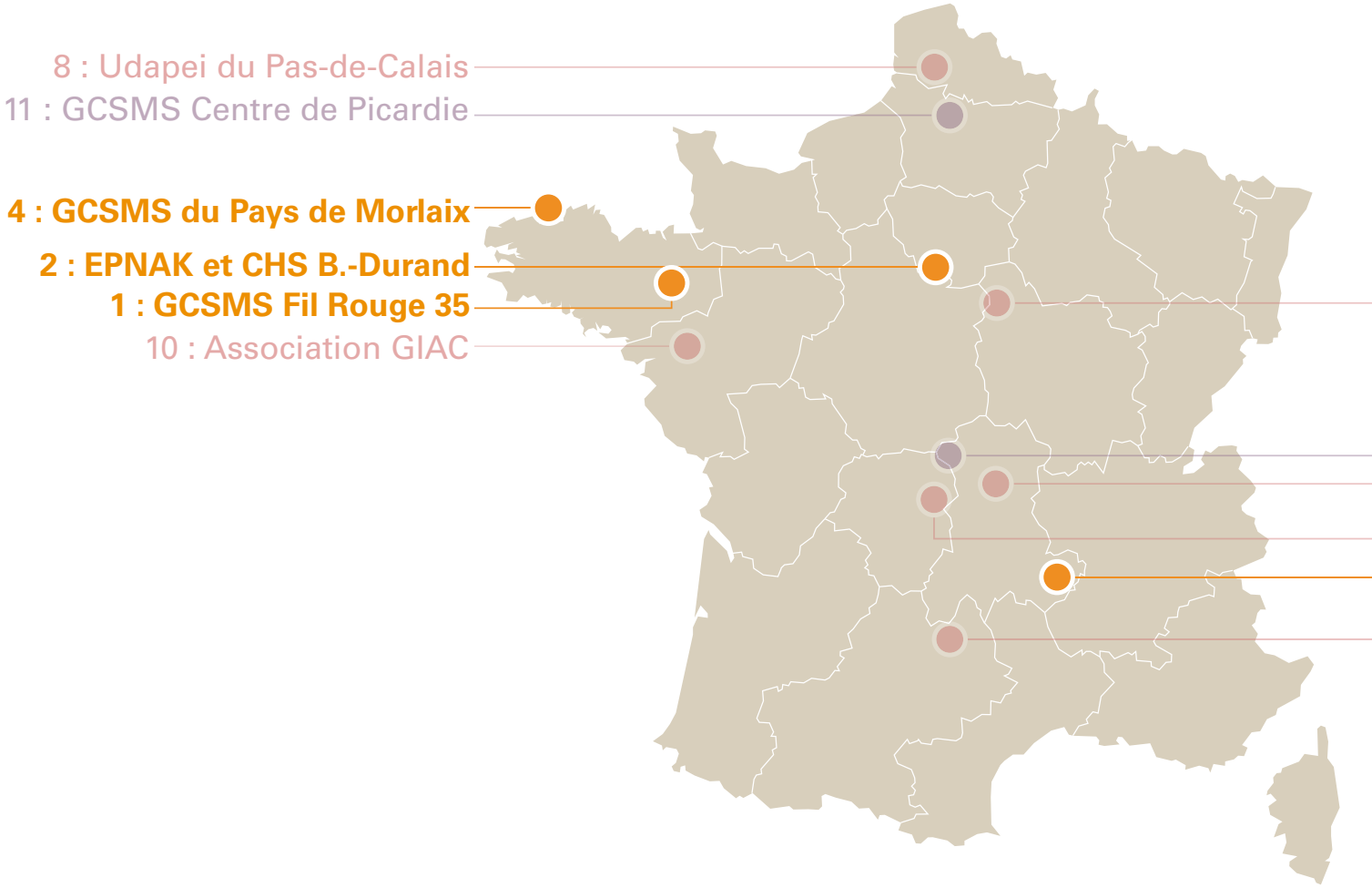
PH : personnes handicapées

Sur ces bases, douze monographies sont présentées dans ce document :



- Coopérations-parcours
- Coopérations-efficience
- Coopérations-isolement

LES « COOPÉRATIONS-PARCOURS »



6 : Projet GCSMS EP de l'Yonne

12 : Association GECAC

5 : GCSMS SAGESS

9 : GCSMS D9C

3 : GCSMS CCS 43

7 : Conv. ADAPEAI 12 ADAPEI 82

Quatre coopérations issues du retour d'expérience relèvent de cette catégorie :

- **le GCSMS Fil rouge 35** qui articule les interventions d'acteurs mobilisés auprès de la personne handicapée psychique et visant à son insertion sociale et professionnelle ;
- **le partenariat entre l'EPNAK et le Centre hospitalier Barthélémy-Durand** qui permet de coordonner les accompagnements de personnes accueillies en ESAT avec le suivi d'un CMP ;
- **le GCSMS Coordination et continuité des soins de Haute-Loire (CCS 43)** qui vise à assurer un accompagnement dans la durée des personnes souffrant de troubles psychiatriques et accueillies en ESAT en lien avec le centre hospitalier spécialisé en santé mentale ;
- **le GCSMS du Pays de Morlaix** qui tend à mettre en place une meilleure coordination des acteurs intervenant auprès de la personne âgée.

D'autres coopérations visent également à mieux structurer le parcours des usagers mais au travers de la réponse aux appels à projets. Il s'agit en particulier du **GCSMS SAGESS, du projet de GCSMS des établissements publics de l'Yonne et du GCSMS D9C.**

1 Fil rouge 35 - GCSMS

OBJECTIFS

Disposer d'un cadre pour une coopération pérenne entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux

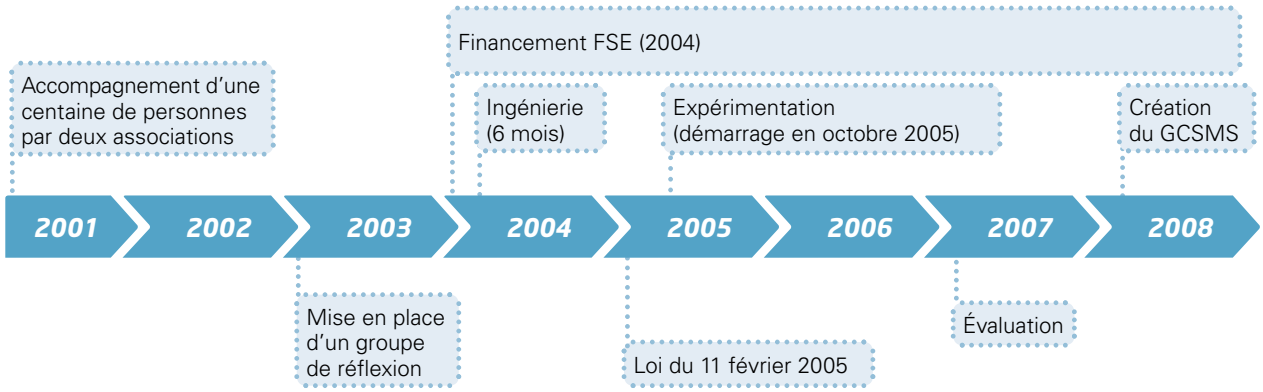
Le GCSMS est le fruit d'une réflexion commune puis d'une expérimentation entre partenaires mobilisés auprès de personnes handicapées psychiques

Plusieurs associations départementales investies dans le champ de l'insertion professionnelle et sociale ont été confrontées dans les années 2000 à la limite des accompagnements proposés aux personnes handicapées psychiques malgré un besoin prégnant. Dans les faits, une centaine de personnes étaient accompagnées en 2001-2003. La mise en place d'un groupe de travail commun autour de la double thématique « handicap psychique » et « emploi » a constitué le noyau de la coopération. En 2004, une demande de financement est formalisée dans le cadre de l'initiative communautaire EQUAL visant à promouvoir des pratiques nouvelles de lutte contre les discriminations et les inégalités de toute nature sur le marché du travail (FSE).

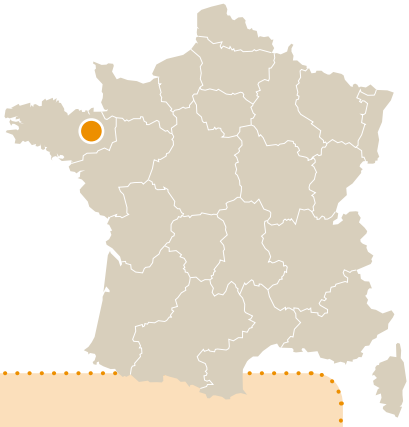
L'obtention de ce financement permet une expérimentation en deux phases :

- une phase d'ingénierie ayant permis à chacune des parties prenantes de s'impliquer dans la démarche d'expérimentation. Elle a par exemple permis aux acteurs issus de secteurs hétérogènes de s'accorder sur les termes utilisés ;
- une phase d'expérimentation débutée en 2005 avec la constitution d'une équipe pluri-institutionnelle. La volonté de mobiliser les différents acteurs autour de la personne dans un objectif d'insertion professionnelle tout en maintenant un lien étroit entre chaque professionnel et son employeur a conduit à privilégier les détachements (par opposition à des recrutements directs par le groupement).

Actuellement, la coopération, constituée sous forme de GCSMS, a pour objectif d'articuler les interventions des acteurs mobilisés auprès de la personne handicapée psychique pour son insertion sociale et professionnelle. De manière opérationnelle, le groupement donne un cadre à cette coordination qui, à la différence des différents dispositifs mobilisables, ne fait pas l'objet de financement spécifique.



Articuler les interventions des acteurs mobilisés auprès de la personne handicapée psychique pour son insertion sociale et professionnelle



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : GCSMS Fil rouge 35
- ETP : 7 ETP par détachement
- ESMS gérés : pas de gestion d'ESMS ; accompagnement de personnes handicapées psychiques
- Territoire : département d'Ille-et-Vilaine
- Partenaires :

- membres sociétaires : GIP le Placis Vert-Maffrais Services – GIP constitué du Centre hospitalier Guillaume-Régnier de Rennes, l'association « Le Domaine » gestionnaire d'un ESAT, de l'UNAFAM – Union nationale des familles et amis des malades mentaux - section d'Ille-et-Vilaine, de la FNAPSY – Fédération nationale des associations de patients ou d'anciens patients en psychiatrie – structures médico-sociales accompagnant des personnes handicapées psychiques (ESAT, SACAT, SAT hors les murs et SAVS) –, le Centre hospitalier Guillaume-Régnier – qui intervient sur 8 des 11 secteurs du département pour la psychiatrie générale –, L'ADAPT - Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées, gestionnaire en Ille-et-Vilaine d'ESSOR 35, dispositif de préorientation spécialisée –, l'ATI – Association de tutelle et d'intégration – et l'APASE – Association pour l'action sociale et éducative, intervenant pour la protection des majeurs et la protection de l'enfance, et l'aide aux familles ;
- membres associés : Mission locale du bassin d'emploi de Rennes, Union des entreprises 35, AIMT – Service de santé au travail –, ADIPH 35 – Association départementale pour l'insertion des personnes handicapées gérant le CAP Emploi et un SAMETH – et l'Autre regard – association gestionnaire d'un GEM et d'un accueil de jour.

- Budget : 450 K€ (200 K€ au titre du FSE, 100 K€ pour des prestations assurées au profit de l'AGEFIPH, 100 K€ de subventions du Conseil général sur des crédits d'insertion – avec soutien du FSE – et 50 K€ du Centre hospitalier Guillaume-Régnier via des mises à disposition) avec des avances de trésorerie des sociétaires.

Le projet

- Accompagner les personnes handicapées psychiques dans leur insertion sociale et professionnelle
- Mobiliser les partenaires autour d'une dynamique commune

En savoir plus

- M. André BICHE,
Coordinateur Fil rouge 35
andre.biche@filrouge.info

Fil rouge 35 - GCSMS

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

La convention constitutive distingue membres sociétaires et membres associés afin d'impliquer le maximum de partenaires

Le groupement dispose de personnels, tous détachés des membres adhérents

Le GCSMS, qui a vocation à intervenir sur l'ensemble du département d'Ille-et-Vilaine, distingue les membres sociétaires – signataires de la convention constitutive – des membres associés – qui n'ont pas de parts sociales et disposent d'un droit de vote consultatif. Cette distinction a permis d'impliquer des partenaires non gestionnaires d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux ; le groupement bénéficie ainsi d'expertises et de ressources dans des champs indispensables à l'insertion des personnes handicapées psychiques.

Les 10 personnes détachées relèvent de 6 conventions collectives ou statut :

Effectif détaché	Employeur	Remarque
0,7 ETP	Mission Locale	0,2 ETP par ailleurs financé par la Mission Locale
0,4 ETP	Maffrais Services	
1 ETP	CH Guillaume-Régnier	Sans refinancement au profit du CH Des psychiatres interviennent également en vacation
0,4 ETP	L'ADAPT	
0,2 ETP	ATI	
4,3 ETP	APASE	Par ailleurs, 1 CUI est également détaché

Au niveau de l'accompagnement, Fil rouge 35 est prestataire du Conseil général de l'Ille-et-Vilaine et de l'AGEFIPH. Les personnes sont orientées principalement par CAP EMPLOI (près de 50 %), mais également par les services sociaux départementaux et communaux (près de 25 %), le Centre hospitalier Guillaume-Régnier, la Mission locale et, dans une moindre mesure, par des structures médicales, Pôle emploi ou des structures d'insertion. Trois fonctions principales sous-tendent la « prise en charge » : l'analyse, l'accompagnement et l'appui à l'environnement.

ENSEIGNEMENTS

Fil rouge 35 est une illustration de la création d'un groupement de coopération visant à pérenniser un partenariat, et bâti à partir d'un projet commun d'accompagnement de personnes fragiles (coopération filière ou parcours) :

- son aboutissement a été rendu possible avec une phase de maturation (ingénierie puis expérimentation) et d'accompagnement (en particulier juridique) ainsi qu'avec la recherche de compromis (personnel détaché, absence de majorité pour l'acteur le plus impliqué) ;
- il montre également que le GCSMS permet des ajustements facilitant la réalisation du projet (ex. : distinction entre membres sociétaires et membres associés permettant d'impliquer des acteurs *a priori* non mobilisables dans un GCSMS).

La multiplicité des partenaires impliqués rend néanmoins la démarche de coopération complexe, notamment au niveau des financements. En effet, à titre d'exemples :

- l'AGEFIPH finance des prestations (X analyses de demande, Y heures d'accompagnement et Z heures de suivi en emploi) pour des travailleurs handicapés en recherche d'emploi et sur « prescription » de CAP EMPLOI et du SAMETH ;
- le FSE finance des accompagnements pour tout prescripteur ;
- l'ARS, via le Centre hospitalier, met à disposition une assistante sociale pour des travailleurs handicapés ;
- le Conseil général finance des prestations de 6 mois renouvelables pour 50 suivis sur « prescriptions » des agents du Conseil général pour des personnes « en souffrance psychique ».

GAINS OBTENUS

En 2010, Fil rouge 35 a enregistré 273 ouvertures de dossiers pour 264 sorties avec 280 dossiers actifs (soit un « coût à la place » qui peut être estimé à environ 1 600 €) :

- à ce jour, l'impact du dispositif est mesuré, en premier lieu, au regard des outils d'évaluation ; ceux-ci permettent d'objectiver des changements ressentis de manière globalement favorable par les personnes accompagnées. En second lieu, il l'est au regard des effets sur l'emploi. En 2010, 140 contrats de travail ont été suivis ou mis en œuvre pour plus de 100 personnes (une personne pouvant être concernée par plusieurs contrats), 88 % des personnes étant sans emploi lors de l'ouverture de leur dossier. Notons à cet égard que les financements du FSE permettent d'intégrer des personnes très éloignées de l'emploi, l'AGEFIPH axant ses financements sur des personnes en situation de retour à l'emploi ;
- une réflexion pourrait être approfondie sur la base du constat d'un réengagement dans un processus de soins pour environ 25 % des personnes en file active, démarche probablement de nature à éviter des hospitalisations.
- Fil rouge 35 est également identifié par les partenaires comme un espace de conseil à forte valeur ajoutée pour les professionnels confrontés à une problématique d'inclusion pour des personnes présentant des troubles psychiques ;
- enfin, les interventions sont structurées sur un modèle comparable à celui d'un réseau de santé avec des outils partagés entre les acteurs (orientation via une fiche de liaison, critères d'inclusion, analyse de la demande et des besoins, restitution des propositions de la commission d'orientation, convention d'accompagnement…).

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Trois outils ont été successivement mobilisés par les acteurs pour concrétiser la coopération :

- le partenariat informel sous forme de groupe de travail ;
- l'accord de partenariat de développement défini dans le cadre de la convention avec le FSE et comparable, dans les faits, à un groupement solidaire ;
- le GCSMS qui recouvre lui-même trois niveaux :

- la convention constitutive signée en 2008 (après adaptations à la demande de la DGCS) et permettant de pérenniser les détachements, les financements et donc la coopération. Les parts sociales ont été définies en fonction de l'engagement réel de chaque partenaire (niveau des apports eux-mêmes fonction des détachements) ; néanmoins, les délibérations supposent l'accord d'au moins trois membres sociétaires, évitant que l'Association majoritaire ne décide seule. Cette convention est complétée par un règlement intérieur signé par l'ensemble des adhérents,
- une convention cadre, signée avec chaque membre du groupement,
- une convention particulière pour préciser les missions relatives à chaque détachement. Par ailleurs, chaque employeur s'engage à élaborer une annexe au contrat de travail du salarié détaché. Notons que le détachement de salariés impose une vigilance particulière, par exemple sur le droit à la formation, le registre des salariés… notamment pour une articulation entre le groupement et l'employeur.

Le groupement a bénéficié d'un accompagnement juridique en deux temps :

- pour la rédaction de la convention constitutive ;
- pour les questions liées à chaque détachement.

PERSPECTIVES

L'objectif originel du partenariat visait à rendre effectif le droit à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. Celui-ci a évolué suite à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le handicap psychique ayant été intégré aux programmes de Pôle emploi et de l'AGEFIPH, Fil rouge 35 s'est mué, pour une partie de ses interventions, en « prestataire de services ». Deux axes de développement sont par conséquent étudiés pour pérenniser le partenariat et limiter les risques liés aux financements sur subventions ou prestations annuelles :

- une extension des interventions au profit de personnes souffrant de troubles psycho-sociaux à partir de l'expertise acquise dans le champ du handicap psychique ;
- la création d'un service médico-social (ex. : SAMSAH) en développant les missions.

2 EPNAK et CHS Barthélemy-Durand - Partenariat

OBJECTIFS

Bâtir un partenariat entre l'ESAT et le CMP

Le partenariat permet de partager les accompagnements des personnes accueillies à l'ESAT et faisant l'objet d'un suivi sur le versant de la santé mentale

L' Établissement public national Antoine-Koenigswarter (EPNAK) gère 844 lits et places dont 300 dans le département de l'Essonne. Parmi celles-ci, l'ESAT Les ateliers de Chagrenon situé à Auvers-Saint-Georges accueille 98 personnes (agrément de 92 places). Environ 40 % des personnes accompagnées font l'objet d'un suivi sur le volet de la santé mentale.

L'Établissement public de santé Barthélémy-Durand, spécialisé en psychiatrie, gère 9 des 16 secteurs de psychiatrie générale du département de l'Essonne et 3 des 5 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Ces deux établissements ont mis en place un partenariat visant spécifiquement les personnes travaillant à l'ESAT et faisant l'objet d'un suivi sur le volet psychiatrique.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Organiser hebdomadairement des rencontres entre les équipes des deux établissements pour adapter l'accompagnement

Une relation basée sur le « gagnant-gagnant »

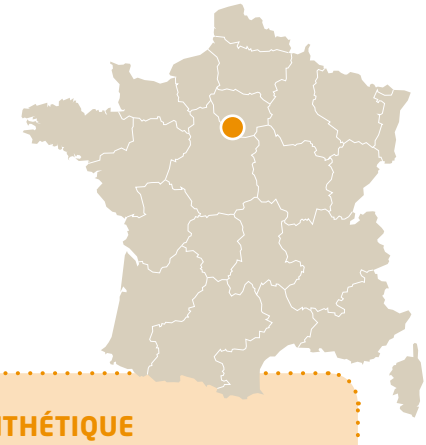
Le partenariat se traduit par des synthèses régulières sur la situation et le projet des personnes travaillant à l'ESAT en présence de représentants des deux établissements (ESAT et Centre hospitalier). Dans les faits, une demi-journée par semaine, au CMP ou à l'ESAT, quatre situations sont évoquées en présence :

- d'une assistante sociale, d'un médecin psychiatre et, si possible, d'un infirmier du Centre hospitalier ;
- du psychiatre, du chef de service éducatif et du directeur de l'ESAT.

Ces échanges permettent :

- de partager les évolutions du projet des personnes accompagnées ;
- de disposer, pour l'ESAT, d'une attention particulière auprès du Centre hospitalier (CMP) lorsque la situation l'exige. Cette sollicitation peut se traduire par un conseil, un accompagnement voire une hospitalisation ;
- d'être assuré, pour le Centre hospitalier, de voir la prise en charge au sein de l'ESAT poursuivie après la période d'hospitalisation quelle que soit sa durée.

Articuler les interventions sanitaires et médico-sociales



ENSEIGNEMENTS

Si le partenariat donne satisfaction aux acteurs impliqués, il repose encore sur des relations interpersonnelles. En effet, il est la résultante de liens peu à peu mis en place, notamment :

- des interventions d'un psychiatre chef d'unité du Centre hospitalier au sein de l'ESAT ;
- de la participation de l'EPNAK à une commission pilotée par l'ARS et facilitant les liens avec les médecins psychiatres ;
- de l'implication d'un des directeurs de l'EPNAK au Conseil de surveillance du Centre hospitalier.

GAINS OBTENUS

L'absence de formalisation du partenariat et le nombre limité d'écrits pour ces suivis partagés rendent difficiles l'objectivation de son impact. Le conventionnement envisagé pourrait néanmoins prévoir d'approfondir le recueil de données pour mesurer si le recours à l'hospitalisation est moindre lorsqu'un tel partenariat est mis en place. Cette étude suppose un comparatif sur le recours aux hospitalisations avec les autres ESAT du département et une certaine comparabilité dans les profils des personnes.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Le partenariat se concrétise par des réunions hebdomadaires entre les deux équipes.

PERSPECTIVES

Une convention pourrait être prochainement signée afin de formaliser ce partenariat, en intégrant éventuellement le champ de l'enfance ; les liens entre les établissements de l'enfance de l'EPNAK et le Centre hospitalier restant encore limités. À titre d'exemple, sur les 80 enfants accompagnés au sein de l'IME-SIFPRO de Gillevoisin, une vingtaine fait l'objet d'un suivi sur le versant de la santé mentale ; cependant, les synthèses partagées ne sont organisées qu'annuellement.

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : partenariat informel
- ETP : aucun ETP dédié (partenariat estimé à 0,18 ETP)
- ESMS gérés : aucun ESMS
- Territoire : sud Essonne
- Partenaires :
  - EPNAK – Établissement public national Antoine-Koenigswarter – via son ESAT
  - Centre hospitalier Barthélémy-Durand via son CMP
- Budget : sans objet

Le projet

- Articuler les interventions sanitaires et médico-sociales autour de la personne handicapée
- Adapter les prises en charge selon la situation de la personne

En savoir plus

- M. Dominique JOURDAN, Directeur général EPNAK, dominique.jourdan@epnak.org

3 Coordination et continuité des soins de Haute-Loire - GCSMS CCS 43

OBJECTIFS

Identifier les interventions potentielles des deux associations pour répondre à l'évolutivité des situations

Le groupement CCS 43 est le fruit d'une convergence de vue concernant les difficultés respectives à accompagner les personnes et la nécessité de devoir adapter ses modes d'intervention

La réflexion ayant mené à la mise en place du dispositif de Coordination et de continuité des soins est issue d'un double constat concernant les usagers et patients :

- celui posé par l'ADAPEI de la Haute-Loire d'une croissance au sein de ses structures du nombre des personnes souffrant de troubles psychiatriques et, par voie de conséquence, d'une certaine inadaptation des accompagnements proposés ; celle-ci se traduisant notamment par une difficulté pour les équipes à répondre à des situations de crise ou à mettre en place tant des accompagnements pérennes qu'une articulation étroite avec le secteur sanitaire et plus particulièrement avec le Centre hospitalier Sainte-Marie du Puy-en-Velay ;
- celui posé par le Centre hospitalier Sainte-Marie, spécialisé en santé mentale, d'une sortie rendue difficile de certains patients faute d'un accompagnement médico-social adapté.

En 2007, plusieurs réunions sont organisées entre les directions générales. Ces échanges permettent :

- d'objectiver des relations entre deux acteurs majeurs du département souvent mal appréhendées au niveau de leurs missions respectives ;
- de repérer certains constats dont le manque de connaissance réciproque et de culture partagée entre les « acteurs de terrain » des deux entités ;
- de relier ces constats à des enjeux de politiques institutionnelles (ex. : volonté pour l'ADAPEI de la Haute-Loire de diversifier ses modes d'intervention compte tenu de l'évolution des personnes orientées vers ses services et, pour le Centre hospitalier Sainte-Marie de réduire les durées moyennes de séjour pour recentrer ses interventions) ;
- de constater des difficultés communes à recruter des psychiatres ;
- de s'inspirer de l'expérience d'une équipe mobile gériatrique portée par le Centre hospitalier Sainte-Marie (intervention d'une infirmière au sein des structures médico-sociales).

Un groupe de pilotage composé de professionnels issus des deux entités est mis en place avec un cahier des charges précis :

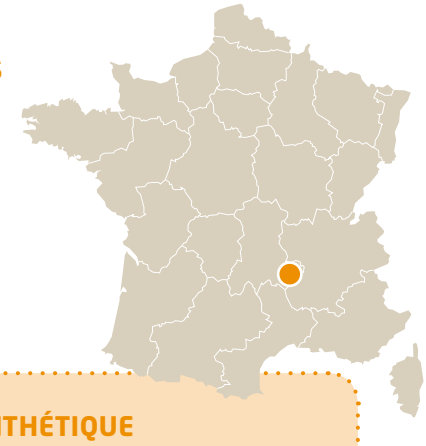
- la conception et la structuration d'un dispositif pour des personnes en situation de handicap et/ou souffrant de troubles psychiatriques et pouvant relever d'un accompagnement médico-social ;
- la mise en place d'un GCSMS pour se saisir d'un outil juridique nouveau permettant de bâtir une coopération pérenne et, à terme, duplicable.

Plusieurs facteurs ont facilité la mise en place effective de la coopération :

- l'intervention d'un psychiatre du Centre hospitalier au sein des structures de l'ADAPEI 43 ;
- la gestion par le Centre hospitalier d'un ESAT spécialisé pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques mais ne disposant pas d'intervention de psychiatre ;
- des liens anciens entre les ESAT du département et la MDPH avec une mise en commun des listes d'attente mettant en évidence un accroissement des besoins d'accueil pour les personnes handicapées psychiques ;
- le positionnement des ESAT et des établissements y étant rattachés (foyer d'hébergement, services d'accompagnement) ou liés territorialement (foyers de vie, accueil séquentiel…) sur des bassins de vie distincts.

Le dispositif vise ainsi principalement à limiter les ruptures des parcours de personnes présentant des troubles évolutifs.

Assurer un accompagnement dans la durée des personnes souffrant de troubles psychiatriques au travers d'une prise en charge évolutive



MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Des mises à disposition de professionnels qualifiés

Les temps de psychiatre, infirmier et psychologue permettent d'anticiper au mieux l'évolution des situations

Le GCSMS fonctionne au niveau institutionnel de manière très souple avec deux assemblées générales par an et un Comité de pilotage de professionnels.

Au niveau opérationnel, le dispositif, qui vise des personnes à pathologies psychiatriques évolutives, concerne plusieurs types d'établissements (l'ESAT-FH, le Foyer de vie, le SAVS, les Services d'accueil temporaire et d'accueil de jour de Langeac gérés par l'ADAPEI 43, l'ESAT-FH de Rosières géré par le Centre hospitalier Sainte-Marie). Il se traduit par :

- des interventions de psychiatres sur les sites avec un recentrage de ces interventions sur l'aspect thérapeutique directement auprès des personnes accompagnées, en lien avec les professionnels pour guider la prise en charge, voire auprès des familles ;
- un suivi des situations par des infirmières (préparation des consultations en amont, préparation des hospitalisations, préparation des sorties d'hôpital, information pendant l'hospitalisation et fonction d'interface entre le médecin psychiatre et les équipes éducatives).
- une présence immédiate d'un professionnel qualifié (infirmière, infirmière de secteur psychiatrique ou psychologue) en cas de situation délicate rencontrée par les équipes médico-sociales.

Les deux sites territoriaux bénéficient ainsi au travers du CCS 43 :

- de vacations de psychiatre (3 heures par semaine sur l'ESAT de Rosières et 3 heures tous les 15 jours sur l'ESAT de Langeac) ;
- de temps de psychologue (0,25 ETP sur l'ESAT de Rosières et 0,50 ETP sur l'ESAT de Langeac) ;
- de temps d'infirmière de secteur psychiatrique (0,5 jour par semaine sur l'ESAT de Langeac[4]) ;
- de temps d'infirmière (0,9 ETP sur l'ESAT de Langeac).

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : GCSMS Coordination et continuité des soins (CCS 43)
- ETP : le GCSMS n'est pas employeur, les professionnels étant mis à disposition par l'ADAPEI et l'Association hospitalière Sainte-Marie
- ESMS gérés : aucun ESMS géré
- Territoire : Langeac à 40 km à l'ouest du Puy-en-Velay et Rosières à 20 km au nord-est du Puy-en-Velay
- Partenaires : l'ADAPEI 43 (263 ETP salariés en CDI au 31 décembre 2010 et 16 ESMS) et le Centre hospitalier Sainte-Marie (966 salariés et 3 sous territoires adultes, 1 intersecteur enfants et adolescents et 1 intersecteur personnes âgées)
- Budget : le dispositif représente 120 K€ de dépenses (pour 90 K€ de produits)

Le projet

- Assurer un accompagnement dans la durée des personnes souffrant de troubles psychiatriques au travers d'une prise en charge évolutive mettant en lien dimension sanitaire et dimension médico-sociale

En savoir plus

- M. André MONTIER, Administrateur du GCSMS a.montier@lepuy-groupe-sainte-marie.com
- M. Pascal PEYRARD Directeur du site ADAPEI de Langeac pascalpeyrard@adapei43.org

(4) Compte tenu de sa spécialisation, l'ESAT de Rosières dispose de temps d'infirmier de secteur psychiatrique depuis sa création

3 Coordination et continuité des soins de Haute-Loire - GCSMS

ENSEIGNEMENTS

Outre la mise en commun de moyens d'acteurs issus des secteurs sanitaire et médico-social, le GCSMS CCS 43 présente le principal avantage de structurer, à partir notamment d'indications thérapeutiques, les interventions des professionnels. Il permet une prise en charge dans la durée de personnes souffrant de troubles psychiatriques dont la situation est amenée à évoluer. Il est plus aisé d'anticiper les difficultés et d'inscrire la prise en charge dans la durée.

Accessoirement, le temps de maturation entre les premiers échanges au niveau des directions et la mise en place du dispositif illustre la nécessité de disposer d'un temps suffisant de connaissance mutuelle entre les acteurs impliqués.

GAINS OBTENUS

Actuellement, une trentaine de personnes du dispositif l'ADAPEI de Langeac et une quarantaine de l'ESAT de Rosières sont concernées par le dispositif.

Les améliorations issues de la mise en place de la coordination concernent en premier lieu les parcours des personnes accompagnées qui s'inscrivent dans la durée. En second lieu, les professionnels intervenant dans le secteur médico-social se disent « rassurés ».

Dès sa création, les promoteurs du projet ont souhaité en mesurer les impacts. Pour cela, plusieurs indicateurs, inscrits dans la convention constitutive, font l'objet d'un suivi, par exemple :

- l'absence d'hospitalisation en urgence depuis la mise en place du CCS 43 ;
- le nombre de réhospitalisations, limitées à deux sur Rosières ;
- le nombre de réadmissions au sein du secteur médico-social après une hospitalisation, toutes soldées par une réadmission ;
- le nombre de consultations médicales chez le médecin traitant qui tendent à baisser (cet indicateur doit être appréhendé avec prudence en raison du changement d'infirmière) ;
- le nombre de consultations avec le médecin psychiatre intervenant au sein des ESAT qui tendent également à baisser, en raison semble-t-il d'un recentrage des interventions dans le champ clinique.

Par ailleurs, une enquête de satisfaction a été menée en 2009 auprès :

- des usagers ;
- des familles et/ou représentants légaux ;
- des équipes éducatives ;
- des médecins généralistes, spécialistes, médecin du travail et professionnels paramédicaux ;
- de l'infirmière et du médecin psychiatre.

Cette enquête témoigne d'un fort sentiment d'amélioration dans la continuité et la coordination des soins, au niveau de l'ensemble des acteurs.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Trois éléments peuvent être mentionnés :

- l'outil juridique GCSMS, de droit privé, considéré comme souple, adaptable et simple notamment car le groupement n'est pas employeur ;
- le soutien via une dotation initiale dédiée au financement du dispositif dans sa phase expérimentale. À ce jour, le financement pérenne du poste d'infirmière et d'une partie du temps de psychologue sont assurés. Les temps des infirmiers de secteur psychiatrique ne sont pas encore pérennes (pris sur l'enveloppe initiale). Les autres intervenants, essentiellement le psychiatre, sont financés par des fonds pérennes des deux associations ;
- les expertises dont disposent les deux associations qui ont permis de finaliser la constitution du groupement sans accompagnement extérieur, la rédaction de la convention constitutive ayant été basée sur un autre groupement du département.

PERSPECTIVES

Le dispositif a été conçu pour permettre son extension ou sa réplicabilité. À ce titre, d'autres associations gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux de Haute-Loire sont ou pourraient être intéressés pour en bénéficier.

4 Groupement gérontologique du Pays de Morlaix - GCSMS

OBJECTIFS

Offrir une meilleure coordination du parcours des personnes âgées

Le GCSMS s'est construit avec une logique de réseau gérontologique sur le territoire de santé du Pays de Morlaix

Afin de donner plus de lisibilité à la fois aux personnes âgées, aux familles et aux professionnels, et d'améliorer la coordination dans la prise en charge de la personne âgée sur le territoire, la coopération a été engagée pour structurer et mettre en place un « réseau » à l'échelle du territoire du Pays de Morlaix.

En 2009, le Conseil général du Finistère a lancé un appel à projets pour le portage d'un CLIC de niveau 2. Le groupement s'est donc constitué en 2010 à la fois pour mettre en place une organisation commune de coopération entre les professionnels et pour répondre à cet appel à projets.

Le GCSMS vise ainsi à :

- mettre en place une organisation commune de professionnels afin de soutenir la qualité de l'offre médico-sociale, ainsi que la coordination, la promotion et le développement des actions de prévention et d'éducation à la santé et le développement de prises en charge globales des usagers ;
- constituer un cadre d'intervention commun des professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour mettre en œuvre des actions de coopération, partenariat et de diffusion de bonnes pratiques professionnelles.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

La convention constitutive distingue les membres sociétaires et les membres associés afin d'impliquer le maximum de partenaires

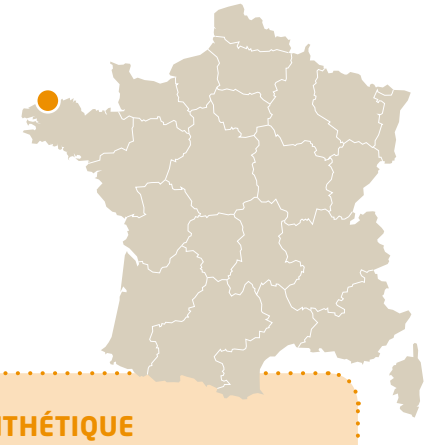
Le groupement souhaite mettre en place une dynamique où chaque partenaire serait force de proposition

Les membres du groupement sont réunis au sein de l'une des deux catégories suivantes :

- les membres sociétaires, porteurs de parts du GCSMS avec voix délibérative ;
- les membres associés, qui disposent d'une voix consultative à l'assemblée générale. Le Conseil général du Finistère, ainsi que trois associations d'usagers sont membres associés du groupement.

Ces membres sont organisés en collèges, ce qui permet à chacun de participer à la réflexion et à la construction du projet stratégique, à son suivi et à son évaluation. Ce dispositif permet d'impliquer tous les partenaires ainsi que les usagers et les financeurs.

Mettre en place une organisation commune des professionnels intervenant auprès de la personne âgée et des outils communs



La convention constitutive a été signée fin 2010. L'essentiel de l'activité de l'année 2011 a été consacré à la création du groupement, au recensement des besoins et à la mise en place de trois services :

- portage, animation et coordination des missions du CLIC du niveau 2 du Pays de Morlaix début 2011 ;
- réalisation des évaluations CARSAT début 2011 ;
- portage, développement et coordination des missions du dispositif MAIA Pays de Morlaix depuis mai 2011.

Pour ces trois services, 8 personnes ont été recrutées par le GCSMS sur des contrats de droit privé dont 1 CAE pour le secrétariat et l'accueil fin 2011.

Le groupement est également adhérent du GE M3S – Groupement d'employeurs médicosocial, social et sanitaire – du Finistère pour la partie administrative : gestion des paies, dossiers de recrutement…

Aujourd'hui, le groupement souhaite développer son activité de réseau afin d'améliorer l'articulation ville-hôpital, mais aussi compléter le dispositif :

- CLIC : d'information, d'accueil et d'orientation des personnes de plus de 60 ans et/ou de leur entourage ;
- MAIA : d'intégration, de coordination, d'accompagnement pour les personnes atteintes de pathologies Alzheimer ou apparentées et/ou en situation de dépendance,

… par un dispositif d'évaluation, d'expertise et de soutien d'une équipe mobile en gérontologie en lien avec la filière gériatrique hospitalière.

Par ailleurs, il souhaite développer des actions de « formation/information » partagées à l'échelle du territoire pour favoriser le partage d'expérience et l'harmonisation des pratiques. Pour cela, un recensement des besoins en formation, ainsi que des compétences disponibles a été réalisé auprès de tous les membres du groupement.

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : GCSMS Groupement gérontologique du Pays de Morlaix
- ETP : 7,6 ETP (2 coordonnatrices pour le CLIC, 0,5 ETP d'évaluatrice CARSAT, 1 pilote MAIA, 3 gestionnaires de cas MAIA, 0,1 ETP de psychologue, 1 CAE pour le secrétariat)
- ESMS gérés : pas de gestion d'ESMS
- Territoire : Pays de Morlaix (61 communes)
- Partenaires : 40 membres

Membres sociétaires :
- 19 pharmaciens et 1 podologue
- 4 établissements de santé (2 CH, 1 clinique et 1 ESPIC)
- 8 EHPAD
- 2 SAD dont un est le regroupement de 6 structures
- 4 CCAS

Membres associés :
- 3 associations d'usagers
- Conseil général du Finistère

- Budget : 435 K€

Le projet

- Mettre en place une organisation commune des professionnels afin de soutenir la qualité de l'offre médico-sociale, ainsi que la coordination, la promotion et le développement des actions de prévention et d'éducation à la santé, et le développement de prises en charge globale des usagers
- Constituer le cadre d'intervention commune des professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour mettre en œuvre des actions de coopération, partenariat et de diffusion de bonnes pratiques professionnelles

En savoir plus

- M^me^ Amélia DA SILVA BIGOT
Administratrice du GCSMS
adasilvabigot@ch-morlaix.fr

4 Groupement gérontologique du Pays de Morlaix - GCSMS

ENSEIGNEMENTS

Le groupement s'impose aujourd'hui comme une nécessité et une évidence pour tous ses membres. Depuis sa création, 8 nouvelles structures s'y sont jointes. Le nombre de membres (41), ainsi que le nombre de structures en attente d'intégration (3) montrent la volonté et la nécessité des professionnels de se regrouper et de structurer l'offre.

Le groupement donne aujourd'hui satisfaction aux acteurs impliqués qui après la période de mise en œuvre attendent les retombées concrètes des projets au-delà des services déjà proposés. Les sessions de formations communes et la mise en place de groupes de travail thématiques tels que « les rencontres Qualité du groupement », permettront d'avoir un impact direct auprès des professionnels et des usagers. Toutefois, l'administration, le pilotage, la mise en œuvre des projets et la gestion des services portés par le groupement reposent essentiellement sur le dynamisme et l'investissement de quelques membres, qui mettent à disposition du personnel sans contrepartie financière. À terme, le groupement souhaite valoriser chaque participation aux frais réels, de façon à prendre en compte la contribution de chacun à son fonctionnement.

GAINS OBTENUS

La mise en place du groupement a permis de répondre à des appels à projets lancés à la fois par le Conseil général et l'ARS pour le portage du CLIC, de la MAIA et la mise en place d'évaluations CARSAT.

Le groupement a facilité les échanges avec l'ARS et le Conseil général en limitant le nombre d'interlocuteurs au niveau du territoire et en proposant des objectifs communs et coordonnés aux bénéfices de l'usager, ainsi que des professionnels. Il a également permis aux différents interlocuteurs de se connaître entre eux, de connaître l'offre et la diversité des structures.

La maturité du projet permet la définition d'indicateurs qui restent axés sur l'activité du groupement. Plusieurs indicateurs peuvent être définis à ce stade, notamment :

- pour le parcours de la personne âgée : le nombre d'interlocuteurs rencontrés/contactés avant de trouver la bonne personne permettant ainsi de juger si l'action coordonnée permet de diminuer le nombre d'interlocuteurs ;
- le nombre d'adhérents au groupement ;
- le nombre d'actions de formation réalisées ;
- le nombre de rencontres thématiques.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

La convention constitutive signée fin 2010 et la rédaction d'un projet du « Groupement gérontologique du Pays de Morlaix » ont permis la formalisation et la concrétisation de la coopération, lui permettant ainsi dès 2011 de répondre à des appels à projets lancés à la fois par l'ARS et le Conseil général. Un règlement intérieur a été validé par l'assemblée générale. Un règlement de fonctionnement du personnel ainsi qu'un guide de gestion des absences ont été formalisés. Le groupement a bénéficié d'une aide du Conseil général (mission DLA) de 5 mois pour la formalisation de la convention constitutive et le montage juridique.

Plusieurs outils sont actuellement mis en place ou en cours de finalisation :

- pour le CLIC, un logiciel pour les coordonnatrices avec une version web permettant le partage des informations et des données et leur sécurisation ;
- pour le groupement, le recensement de l'ensemble des établissements, services et structures du territoire du Pays de Morlaix avec les données relatives à la structure, aux missions, aux modalités de recours, aux personnes ressources… Cet « annuaire commun » sera mis à disposition de toutes les structures du groupement avec le souhait de créer à terme un extranet pour faciliter son actualisation par chacun des partenaires concernées. Cet outil, indispensable au guichet intégré, est développé dans le cadre de la MAIA ;
- pour la MAIA, un outil d'évaluation partagé sera également prochainement déployé.

Le Conseil général travaille actuellement sur la gestion des listes d'attente en EHPAD et la mise en place d'un outil commun et partagé. Le groupement s'est porté candidat pour la phase expérimentale ou de début de déploiement car il existe une forte attente de ses membres sur les possibilités de mutualisation et de coordination des informations dans ce domaine.

Plusieurs groupes de travail sont initiés à la fois par l'assemblée générale ou par les collèges (professionnels libéraux, établissements sanitaires et médico-sociaux, services à la personne, CCAS et réseaux, et des usagers) ou transversaux, tel que « les rencontres qualité du groupement ». Ces réunions se tiennent chez chacun des membres.

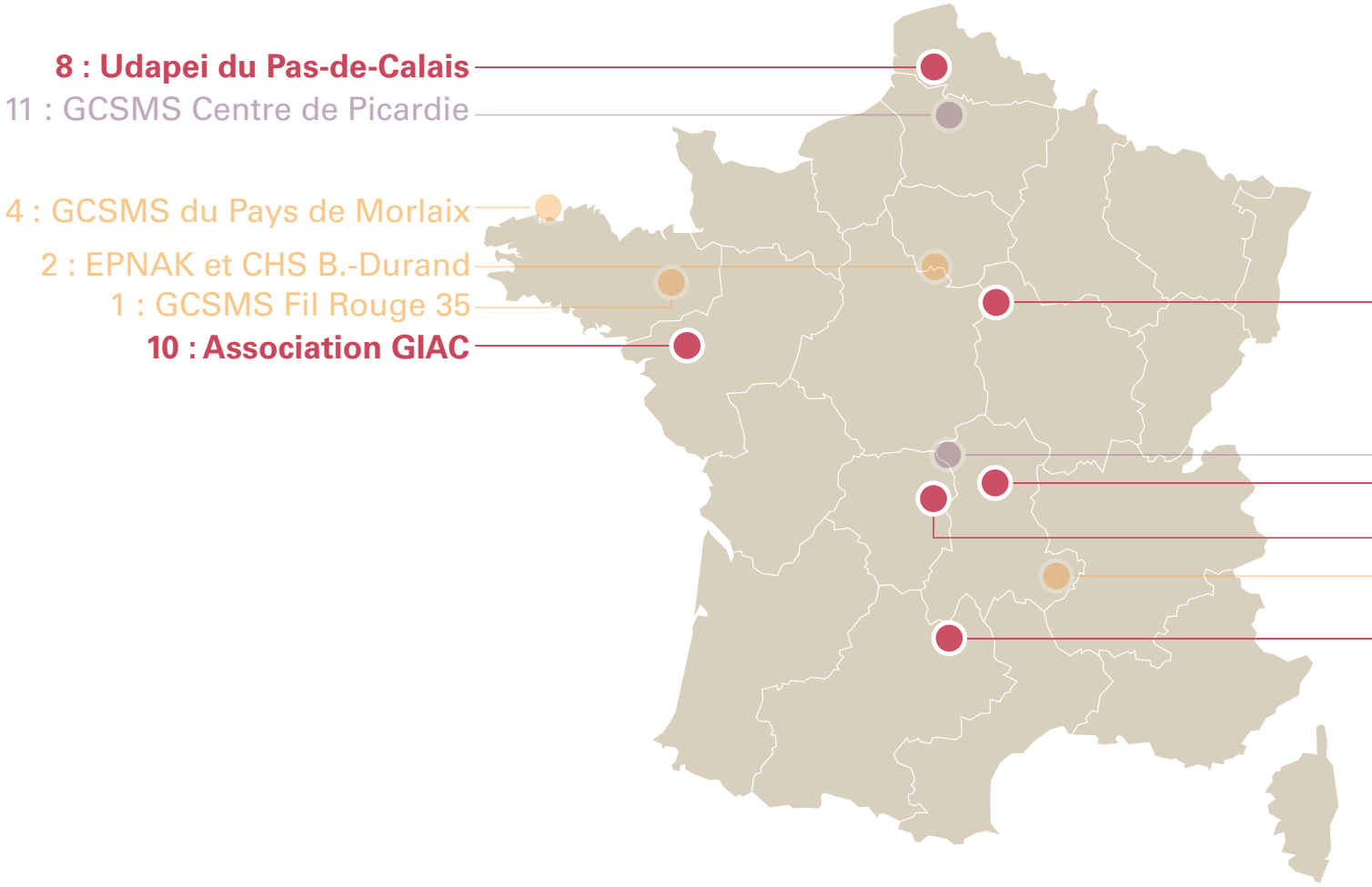
PERSPECTIVES

Le groupement prépare actuellement un CPOM. Sa présentation et sa négociation avec l'ARS début 2012 pour la partie réseau pourrait permettre de disposer de temps soignant et médical, et étendre les activités d'équipe mobile de gériatrie sur le territoire.

Les axes de travail du groupement portent aujourd'hui sur :

- la construction d'une offre de formation/information partagée pour l'ensemble des membres du groupement ;
- l'amélioration de l'information et de l'orientation des usagers, des aidants et des intervenants, par la structuration du « guichet unique CLIC » et par le déploiement d'outils de relais auprès des partenaires contribuant à ces missions ;
- la recherche de financement pour pouvoir recruter un temps de chef de service pour la gestion des équipes et le développement des projets ;
- le développement des actions de prévention et d'articulation ville/hôpital afin de favoriser le maintien à domicile et diminuer le recours à l'hospitalisation ;
- le développement d'outils communs sécurisés et notamment un outil de mutualisation de l'information ;
- la mise en place de listes communes avec un dossier unique dématérialisé pour la gestion des listes d'attente pour les admissions en EHPAD ;
- la communication auprès des usagers sur les actions menées par le groupement et sa valeur ajoutée.

LES « COOPÉRATIONS-EFFICIENCE »



6 : Projet GCSMS EP de l'Yonne

12 : Association GECAC

5 : GCSMS SAGESS

9 : GCSMS D9C

3 : GCSMS CCS 43

7 : Conv. ADAPEAI 12 ADAPEI 82

Six coopérations issues du retour d'expérience relèvent de cette catégorie :

- **le GCSMS SAGESS** mettant en synergie trois associations avec l'objectif d'un CPOM unique porté par le groupement ;
- **le projet de GCSMS des établissements publics de l'Yonne** visant à structurer l'offre publique de services et initier une dynamique de mutualisation ;
- **la convention de mise à disposition de personnel du siège de l'ADAPEAI de l'Aveyron à l'ADAPEI du Tarn-et-Garonne** qui permet de structurer le rapprochement de deux associations ;
- **l'Udapei du Pas-de-Calais** qui fédère huit associations ;
- **le GCSMS des 9 Cantons** qui permet de mutualiser les moyens de trois SSIAD situés en zone rurale ;
- **le GIAC,** association d'associations, souhaitant proposer une alternative à la logique de fusion-absorption,

Le GECAC, association d'associations présente dans les « coopérations-isolement », relève également des « coopérations-efficience » pour son activité mutualisant l'élaboration des paies et des fonctions comptables et budgétaires.

5 SAGESS - GCSMS

OBJECTIFS

Disposer d'un outil conciliant logique de mutualisation et autonomie des associations adhérentes

Le GCSMS SAGESS s'est construit dans une logique de territoire sur le bassin de Saint-Pourçain-Vichy

Le groupement SAGESS – sud Allier pour la gestion des établissements et services spécialisés – a été créé par trois associations présentant une certaine hétérogénéité (données 2010) mais conscientes des limites liées à leur taille :

- l'AGEPAPH est une émanation de la Mutualité française (171 ETP pour un budget de 12 300 K€), gérant 3 structures pour enfants handicapés et 1 EHPAD ;
- l'ABAH est une association d'origine cultuelle (31 ETP pour un budget de 2 900 K€) gérant 5 structures pour adultes handicapés dont 2 ESAT ;
- l'AVERPAHM est une association de parents (172 ETP pour un budget de 12 700 K€) gérant 11 structures pour enfants et adultes handicapés.

Le groupement bénéficie d'une cohérence à deux niveaux :

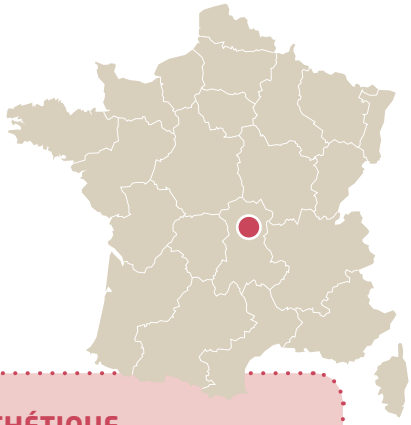
- Il rayonne sur le bassin de Saint-Pourçain-Vichy au sud de l'Allier, soit un des trois pôles qui structurent le département de l'Allier (Vichy, Moulins et Montluçon) ;
- La grande partie des établissements et services du champ du handicap de ce territoire sont impliqués dans le groupement (seuls 2 établissements publics ne sont pas intégrés à la démarche : le premier gère un FAM et le second un FAM, un EHPAD et une UPHV).

La création d'une structure médico-sociale dans le département de l'Allier par une association à vocation nationale a également constitué un élément de contexte non négligeable dans la dynamique de coopération des trois associations.

Actuellement, les axes de travail du groupement sont au nombre de quatre :

- la mise en conformité des établissements et services avec une mutualisation des moyens (paies, comptabilité…), une veille juridique, une régulation financière et une démarche commune d'évaluation ;
- la mise en place d'une autorégulation budgétaire et d'un CPOM ;
- le soutien des présidents et directeurs ;
- le développement des associations avec des créations de places et la mutualisation de la trésorerie.

Mettre en synergie trois associations au sein d'un Groupement pour permettre de s'adapter à l'évolution des besoins et aux exigences financières et réglementaires



MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Un équilibre entre les associations adhérentes et entre les niveaux politique et technique

Des outils opérationnels permettent de décliner la logique de coopération : CPOM, siège inter-associatif, Comité stratégique…

Le groupement exerce directement les missions liées à l'exploitation des autorisations des établissements et services des associations mais chacune d'entre elles garde son autonomie. Pour cela, un Comité stratégique donne les orientations du Groupement et a vocation à effectuer les répartitions budgétaires à partir des ressources figurant au CPOM. Ce Comité est composé des 3 présidents, de 5 directeurs désignés par les associations et du Directeur général. Les décisions sont soumises à l'Assemblée Générale qui reflète un double équilibre : entre les trois associations et entre les niveaux politique et technique. En effet, deux collèges la composent :

- un collège politique composé des 3 présidents (9 voix soit 1 voix par part détenue, chaque association détenant 3 parts de 1 000 €), de 2 administrateurs par association (6 voix) et du Directeur général (1 voix).
- un collège technique composé de 5 directeurs fonction du nombre de salariés de chaque association (5 voix) avec voix délibérative sauf lorsqu'il s'agit de décisions relatives aux personnes siégeant dans un des deux collèges.

Ce mode de gouvernance permet de soutenir l'implication des bénévoles et de permettre aux directions d'accéder à la décision, même si le collège politique peut toujours suspendre le vote du collège technique.

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : GCSMS SAGESS
- ETP : 2,1 ETP
- ESMS gérés : le GCSMS exploite les autorisations de 20 ESMS
- Territoire : bassin de vie de Vichy et Saint-Pourçain
- Partenaires : AGEPAPH – Association de gestion d'établissement pour personnes âgées et personnes handicapées –, ABAH – Association bourbonnaise pour l'accompagnement des personnes handicapées – et AVERPAHM – Association Vichy région parents d'amis handicapés mentaux
- Budget : 28 M€ (72 % ARS et 28 % Conseil général)

Le projet

- Mutualisation budgétaire avec la signature d'un CPOM
- Mise en place d'une organisation structurée permettant une utilisation efficiente des ressources humaines

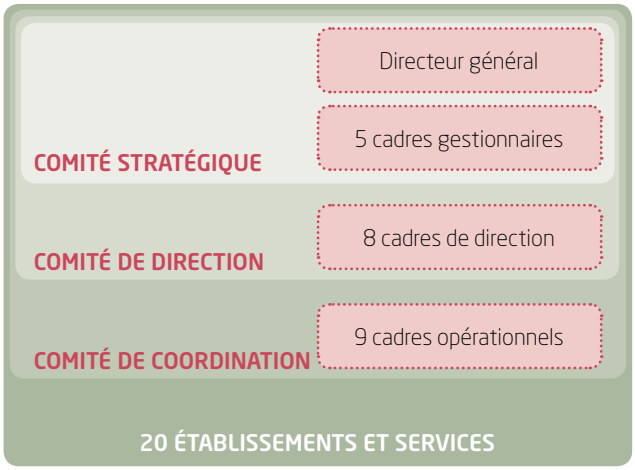
En savoir plus

- M. Philippe VERDIER
Directeur général SAGESS
dg.sud-allier@orange.fr

5 SAGESS - GCSMS

Le Groupement SAGESS ne dispose que de peu de personnel : 1 Directeur général, 0,5 cadre sur la fonction ressources humaines et 0,5 cadre sur la fonction comptable auxquels s'ajoutent des consultations dans le champ du droit social ou des finances et 0,1 ETP d'évaluateur afin d'harmoniser les pratiques. Un organigramme commun a néanmoins été mis en place avec 4 niveaux permettant de faciliter les liens et évolutions (ex. : ESMS avec des directeurs de niveau 1 conservant néanmoins un lien avec le public accompagné et les salariés).

De manière opérationnelle, le GCSMS est constitué sous forme de siège (1 % des charges d'exploitation) : aucune des trois associations ne disposait de siège avant la création du Groupement. Néanmoins, en accord avec les financeurs et en saisissant l'opportunité du départ d'un directeur, des frais de siège ont été accordés à une association au moment de la création de SAGESS pour amorcer le processus de coopération.



ENSEIGNEMENTS

Le GCSMS SAGESS s'appuie sur plusieurs constats de « bon sens » partagés au fur et à mesure de la réflexion par l'ensemble des directeurs, présidents et administrateurs des trois associations. Il s'agit en particulier de la difficulté à faire face seul aux évolutions des établissements médico-sociaux, notamment celles liées aux ressources humaines (recrutement, isolement…), dans un contexte de limitation de la dépense publique. La mutualisation constitue un des éléments de réponse avec :

- une exploitation des 20 autorisations par le groupement ;
- la signature d'un CPOM global ;
- la perspective de poursuivre la réflexion si le partenariat avec l'ARS et le Conseil général le permet.

Sa constitution a été permise avec :

- l'opportunité du départ d'un directeur qui a permis de dégager une marge lors de la constitution du groupement ;
- la définition d'équilibre entre les trois associations avec une implication, au niveau décisionnel, des directeurs.

GAINS OBTENUS

Outre les premières pistes de mutualisation évoquées par ailleurs, plusieurs points peuvent être mis en exergue suite à la mise en place du groupement.

- Le groupement a permis, grâce à une crédibilité au niveau technique et à une unité aux niveaux des directions, d'ajuster les modes organisationnels de deux établissements, structurellement déficitaires (du fait d'un coût à la place élevé et d'une activité limitée). Dans les faits, ce point s'est traduit par une prise de conscience des associations gestionnaires et par le départ de deux directeurs.
- Le lien avec l'ARS et le Conseil général est facilité dans la mesure où le nombre d'interlocuteurs est limité, passant de trois associations à un groupement sur un territoire cohérent.
- Le nombre et la diversité des structures permettent également de mettre en place une réflexion visant à pallier les difficultés de recrutement ou d'évolution de carrière. Il peut s'agir par exemple :

- d'offrir des possibilités d'évolution plus larges aux salariés (ex. : passerelles pour les salariés les plus âgés vers des structures accueillant des personnes moins dépendantes physiquement, publicité de poste plus large…),
- de financer une partie de fin de formation pour des orthophonistes formés sur Lyon pour faciliter leur recrutement ultérieur.

- La logique de consolidation des comptes permet également d'harmoniser les pratiques comptables, financières et sociales. Elle nécessite parallèlement de rechercher un équilibre entre d'une part les fonctions mutualisables à court terme (ex. : logiciel RH unique, paies, harmonisation des accords d'entreprise, délégation unique du personnel, prestations d'avocat, trésorerie…) et, d'autre part, le temps nécessaire au sein des ESMS pour les fonctions de *reporting* liées à la mise en place d'outils de pilotage.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

La formalisation de la convention constitutive, sur 8 mois, s'est notamment appuyée sur :

- une formation des directeurs ;
- un accompagnement par un consultant externe ;
- une relecture par un juriste.

Le Comité stratégique, composé des Présidents, de l'Administrateur, du Directeur général et de 5 directeurs, constitue l'instance centrale de gouvernance.

PERSPECTIVES

Le groupement prépare actuellement le CPOM qui pourrait être signé à horizon 2012. Celui-ci présente potentiellement l'avantage de conserver les excédents dégagés sur certains établissements (de l'ordre d'1,5 M€) – et permettre d'anticiper la réponse aux futurs appels à projets – tout en permettant, dans un second temps, des économies d'échelle (ex. : achats, formations, remplacements…) et des adaptations organisationnelles.

Le groupement doit également faciliter la réponse aux appels à projets, qu'ils soient portés par l'une des associations – du fait d'une spécificité locale ou d'une expertise particulière – ou par le groupement si le thème est commun à plusieurs associations.

6 Établissements publics de l'Yonne - Projet de GCSMS

OBJECTIFS

Positionner les établissements publics comme porteurs d'une dynamique de coopération propre à répondre aux orientations régionales et départementales

Le projet de GCSMS implique quatre établissements publics dans un département où cette offre est prépondérante

Deux éléments de contexte ont présidé à la réflexion mise en place entre les établissements publics de l'Yonne :

- une capacité d'accueil dans le secteur médico-social portée pour moitié par des gestionnaires publics ;
- la présence de l'EPNAK (Établissement public national Antoine-Koenigswarter), établissement public national gérant au total 844 lits et places, historiquement dans l'Essonne et, depuis 2001, dans l'Yonne.

Le projet de groupement vise à mettre en synergie quatre des cinq gestionnaires publics de structures médico-sociales de l'Yonne (soit plus de 1 100 lits et places), afin :

- d'une part, de structurer l'offre de services et améliorer sa lisibilité. Le groupement affiche ainsi l'ambition de faciliter l'adaptation des structures, de développer l'innovation et d'améliorer l'efficience économique à partir du dénominateur commun qu'est le statut public ;
- d'autre part, d'engager des logiques de mutualisation.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

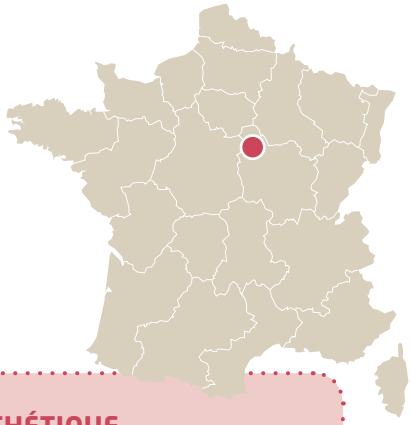
Formaliser une convention constitutive sur un principe d'égalité entre les membres

Si le statut public des membres facilite la dynamique de la réflexion, les mutualisations resteront dans un premier temps limitées

La convention constitutive en cours de finalisation doit reposer sur les principes suivants :

- la recherche d'un principe d'égalité basé sur une représentation fonction du nombre d'établissements et services (1 établissement public = 1 voix) ;
- des apports en capitaux de 100 ou 150 € par adhérent ;
- des décisions sur un principe majoritaire évitant les blocages ;
- une instance délibérative avec 8 membres, soit, pour chaque membre, 1 Administrateur et le Directeur ;
- des commissions dédiées selon les thèmes portés par le groupement (ex. : formation…) ;
- un comité d'éthique avec des personnes externes aux établissements publics membres.

Structurer l'offre publique de services et initier une dynamique de mutualisation



Si les établissements publics de l'Yonne disposent de personnels régis par la fonction publique hospitalière, le personnel de l'EPNAK est régi par la convention collective nationale du 15 mars 1966 (hors direction). Aussi, il n'est pas envisagé dans un premier temps de mise en commun de professionnels mais seulement des possibilités de stages.

Dans les faits, le GCSMS pourrait investir les champs de mutualisation suivants :
- l'évaluation externe au travers d'un cahier des charges commun ;
- le partage d'expertises relatives aux marchés publics ;
- les échanges de pratiques entre professionnels ;
- les publications et la recherche.

ENSEIGNEMENTS

Le rôle primordial du Directeur ou Directeur général dans le mode de gestion public permet de réduire les délais de réflexion : une fois le principe de la coopération retenu, les échanges sont pilotés par les directions. Le projet suppose néanmoins de trouver un juste équilibre pour la gouvernance du groupement en raison de l'hétérogénéité des établissements publics (d'un établissement public mono-structure à un établissement public national). En l'espèce, le GCSMS est bâti sur un principe d'égalité stricte avec des mutualisations limitées.

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : projet de GCSMS
- ETP : aucun ETP
- ESMS gérés : aucun ESMS
- Territoire : département de l'Yonne
- Partenaires :

- EPNAK – Établissement public national Antoine-Koenigswarter – gestionnaire de 844 lits et places dont 544 dans l'Yonne
- Établissement public départemental gérant une centaine de places dont une partie dans le champ de la protection de l'enfance (Foyer de l'enfance et MECS) et une partie dans le champ de l'enfance handicapée
- Maison de retraite départementale gérant 400 lits et places avec un FV et un EHPAD
- Établissement public médico-social gérant un IME de 80 places

- Budget : sans objet

Le projet

- Structurer l'offre publique de services et améliorer sa lisibilité
- Engager des logiques de mutualisation

En savoir plus

- M. Dominique JOURDAN
Directeur général EPNAK
dominique.jourdan@epnak.org

6 Établissements publics de l'Yonne - Projet de GCSMS

GAINS OBTENUS

À première vue, la coordination des quatre établissements publics au sein d'un GCSMS pour la réponse aux appels à projets permet de limiter le nombre d'interlocuteurs pour l'ARS et le Conseil général. De plus, du fait d'une palette d'ESMS plus large et de zones géographiques plus étendues, il facilite théoriquement la mise en place de dispositifs coordonnés et évolutifs au regard des besoins identifiés.

La maturité du projet au niveau stratégique et au niveau opérationnel permet d'anticiper la mesure de l'impact du groupement. Pour cela, plusieurs indicateurs, simples à suivre, pourraient être définis en amont de la finalisation du projet, par exemple :

- pour le parcours des usagers, le nombre de transferts entre structures impliquées dans la coopération ;
- pour l'articulation entre les acteurs, le nombre de contentieux liés à des marchés publics si l'expertise juridique des établissements publics les plus importants est mise à disposition des établissements de taille plus modeste, ainsi que le nombre de publications impliquant des professionnels des différents établissements ;
- au niveau des ressources humaines, le nombre de stages inter-partenaires, les parcours professionnels multipartenaires, les formations communes notamment celles impliquant le recours à des intervenants externes au département ;
- pour l'efficience budgétaire, seule une déclinaison opérationnelle d'objectifs de mutualisation pourrait permettre le suivi d'indicateurs de résultat. Cela pourrait être le cas sur :
  - des appels à projets venir avec des économies d'échelle qui peuvent être envisagées sur les fonctions logistique et administrative,
  - une cellule commune d'appels d'offres.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

La réflexion s'appuie principalement sur :

- un partenariat entre les directeurs des différentes structures, facilité du fait du statut public ;
- le projet de convention constitutive en cours de finalisation ;
- un accompagnement par un cabinet de conseil décliné en plusieurs temps avec la mise en place d'un Comité de pilotage dédié au projet :
  - un temps d'échange permettant de présenter les principales hypothèses de coopération et d'identifier les principaux points nécessitant un positionnement de chaque partenaire (type de coopération, type d'apport…),
  - un temps sur la base d'un premier projet de convention constitutive avec des points plus spécifiques (ex. : identification de l'agent comptable, du siège…),
  - un temps sur la base d'une nouvelle version du projet de convention constitutive en vue de sa présentation aux Conseils d'administration.

Cet accompagnement (8 K€), financé par un des établissements, sera intégré ultérieurement dans les apports de celui-ci.

PERSPECTIVES

À court terme, le projet reste à finaliser avec la présentation de la convention constitutive aux Conseils d'administration sur la fin de l'année 2011.

À moyen terme, le principe de partenariats avec des structures privées à but non lucratif ou lucratif pourrait être envisagé, par exemple dans le cadre d'appels à projets nationaux, pour mutualiser des moyens sur le département ou pour répondre à des besoins sur certaines zones.

7 ADAPEAI de l'Aveyron et ADAPEI du Tarn-et-Garonne - Convention de mise à disposition

OBJECTIFS

Préparer une coopération étroite à partir d'une mise à disposition de personnel du siège

La convention, qui a vocation à évoluer, s'appuie sur un diagnostic concernant chacune des associations

Les associations ADAPEAI de l'Aveyron et ADAPEI du Tarn-et-Garonne représentent un total de 44 établissement et services médico-sociaux accompagnant des enfants et adultes handicapés :

	ADAPEAI de l'Aveyron	ADAPEI du Tarn-et-Garonne
ESMS	34	10
Salariés	980	227
Personnes accompagnées	1 500	400

Des différences existent entre les deux associations, par exemple en ce qui concerne leur positionnement sur le territoire actuel de rayonnement. L'ADAPEAI de l'Aveyron représente une part conséquente de la capacité d'accueil d'un département dont les besoins en termes d'accueil et d'accompagnement sont en grande partie satisfaits ; ses potentialités de développement sont par conséquent limitées malgré une dynamique de croissance et de coopération (ex. : convention avec l'Association du Centre de Grèzes gérant un ITEP accompagnant plus de 110 enfants[5]). L'ADAPEI du Tarn-et-Garonne, de taille plus limitée, a de son côté été confrontée à des limites dans la gestion administrative de ses établissements. De plus, l'absence de CPOM et le fonctionnement du siège sans agrément rendent plus complexes la mise en place de réponses adaptées.

Les deux associations sont parallèlement confrontées aux mêmes enjeux, en particulier :

- la nécessité d'adapter les modes d'accompagnement (historiquement adaptés pour les personnes déficientes intellectuelles) à des enfants ou adultes souffrant de troubles envahissants du développement, de troubles psychiques ou vieillissants et impliquant une évolution au niveau des modalités d'accompagnement (recherche d'expertises et de partenariats, scolarisation, médicalisation…) ;
- la recherche de solutions innovantes de prise en charge ou de gestion visant à intégrer la limitation de la dépense publique ;
- le durcissement des conditions d'autorisation ou de fonctionnement visant à améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge.

La convergence de ces enjeux, l'identité d'histoire et de culture (les deux associations sont des associations de parents) ainsi que l'existence de palettes de services potentiellement complémentaires pour répondre aux besoins émergents ont conduit les deux associations, à l'occasion d'une vacance au niveau de la direction générale de l'ADAPEI 82 :

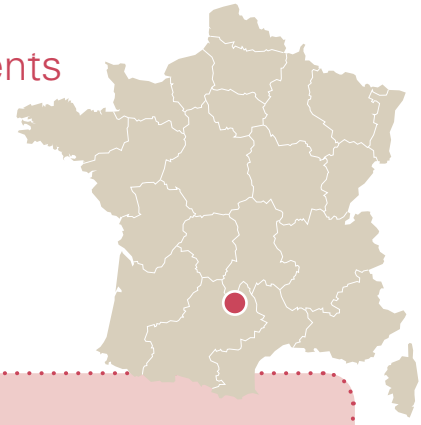
- d'une part, à signer une convention de mise à disposition ;
- d'autre part, à engager une réflexion sur les modalités les plus adaptées pour pérenniser la coopération.

Les objectifs sont de trois ordres :

- disposer d'une capacité de négociation renforcée avec l'ARS à partir d'une expertise reconnue de coopération,
- améliorer l'efficience technique, en particulier au niveau des services du ou des sièges,
- être en capacité de proposer des réponses de proximité et adaptées aux parcours des usagers.

(5) Cette convention signée en décembre 2010, vise d'une part à « …préserver leur pouvoir d'influence vis-à-vis de l'ARS… » et, d'autre part, à « améliorer l'expertise dans la réponse aux usagers… ».

Structurer le rapprochement de deux associations autour d'une culture commune et d'enjeux convergents



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : convention de mise à disposition de personnel
- ETP :

- ADAPEAI 12 : 980 salariés dont 13,65 ETP au siège dont 0,8 mis à disposition à l'ADAPEI 82
- ADAPEI 82 : 227 salariés dont 7,2 ETP – dont 2 non pourvus – au siège (non agréé)

- ESMS gérés :

	ADAPEAI de l'Aveyron	ADAPEI du Tarn-et-Garonne
Secteur enfance		
CAMSP	1	-
IEM + SESSAD	1	-
IME + SESSAD	3	1
Secteur adulte		
MAS	3	1
ESAT	5	2
Foyer d'héberg. + SAVS	5	1
Foyer de vie	4	1
SAVS spécialisé	1	-
SAMSAH	1	1
Autres structures		
Entreprises adaptées	2	-
GEM	-	1

- Territoire : départements de l'Aveyron et du Tarn-et-Garonne
- Partenaires : ADAPEAI de l'Aveyron et ADAPEI du Tarn-et-Garonne
- Budget : sans objet

Le projet

- Disposer d'une capacité de négociation renforcée avec l'ARS
- Améliorer l'efficience
- Être en capacité de proposer des réponses de proximité et adaptées

En savoir plus

- M. Jean-Pierre BÉNAZET
Directeur général ADAPEAI
de l'Aveyron, secretariat.siege@adapeai12.fr

7 ADAPEAI de l'Aveyron et ADAPEI du Tarn-et-Garonne - Convention de mise à disposition

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Tendre à une relation plus équilibrée entre les territoires départementaux

La mise en œuvre de la coopération a été facilitée par des départs et une mobilisation des administrateurs

La coopération entre les deux associations, formalisée dans une convention, prend deux formes :

- une mise à disposition de personnels du siège de l'ADAPEAI de l'Aveyron au profit de l'ADAPEI du Tarn-et-Garonne à hauteur de :
  - 0,3 ETP de directeur général,
  - 0,3 ETP de directeur administratif et financier,
  - 0,1 ETP de directeur des ressources humaines,
  - 0,1 ETP de secrétaire général.

  Cette mise à disposition a été facilitée du fait de la vacance des postes de DRH et de chef comptable au sein de l'ADAPEI 82 ;
- la mise en place d'une réflexion sur les modalités les plus adaptées pour poursuivre le rapprochement entre les deux entités avec l'évocation de plusieurs possibilités au niveau du cadre juridique : groupement de coopération, fonds de dotation, fusion… La fusion présente à cet égard de nombreux avantages, en particulier en ce qui concerne la cohérence hiérarchique et organisationnelle. Elle suppose néanmoins la mise en place d'un mode de gouvernance équilibré entre les deux entités, notamment avec une déclinaison sur les deux départements (ex. : assemblée générale composée de sections territoriales, Conseil d'administration composé de collèges prenant en compte les deux territoires et une dimension externe via des personnes qualifiées, des commissions consultatives issues du Conseil d'administration et prenant également en compte la dimension territoriale…).

ENSEIGNEMENTS

La maturité de la démarche de rapprochement entre les deux associations met en évidence :

- la nécessité de disposer d'une vision exhaustive des impacts du projet avec un passage en revue précis des pôles suivants :
  - L'objet de la coopération,
  - Le cadre juridique,
  - Le capital social,
  - La gouvernance,
  - Les autorisations,
  - Le financement,
  - Le personnel,
  - L'immobilier et le mobilier,
  - La fiscalité,
  - Les services rendus,
  - Les assurances,
  - Les systèmes d'information,
  - Le traitement comptable ;
- le besoin d'accompagnement, généralement mobilisé pour une recherche d'expertises précises (droit social, audit patrimonial, conséquences fiscales de la coopération), mais également pour un soutien méthodologique en ce qui concerne notamment :
  - la gestion du projet (animation des temps d'échange, positionnement d'un tiers en médiateur, élaboration du plan d'action opérationnel et des délais s'y rapportant…)
  - la formalisation des documents liés au projet,
  - la communication en direction des partenaires externes et des salariés ;
- la mobilisation des acteurs à la condition que les marges dégagées à l'occasion du processus de coopération s'inscrivent dans un rapport gagnant-gagnant avec les services déconcentrés de l'État et les collectivités territoriales. À titre d'exemple, une modération sur les prix de journée se traduira par une adaptation des capacités ;
- le délai de maturation de ce type de projet dans la mesure où la réflexion a été engagée mi-2010, les mises à disposition ont été effectives en septembre 2010 et la finalisation est projetée pour 2012, soit un délai total de 2 ans qui apparaît limité ;
- le projet s'inscrit dans une dynamique d'évolution au sein de l'encadrement allant du repositionnement des éducateurs spécialisés comme réels coordonnateurs des projets jusqu'à la mutualisation de directions.

GAINS OBTENUS

L'état d'avancement du projet de coopération entre les deux associations ne permet pas de disposer de données sur les gains de celui-ci. La réflexion pourrait néanmoins anticiper la mise en place d'indicateurs relatifs :

- aux usagers accompagnés (ex. : nombre de passages d'usagers d'un département à l'autre pour une solution plus adaptée à son besoin d'accompagnement, nombre de séjours de rupture, mobilisation d'expertises disponibles sur l'autre département pour répondre à un besoin spécifique d'accompagnement…) ;
- aux ressources humaines (ex. : nombre de mobilités inter-département, nombre de formations communes, nombre de stages inter-associations, nombre de parcours professionnels qualifiant impliquant des structures des deux départements…) ;
- à l'efficience économique :

- au niveau des effets liés à la mutualisation des services (ex. : alignement des frais de siège sur un taux de 3 % – actuellement 3,3 % *vs* 6,5 % – du fait des mutualisations mises en place, coût à la place par type d'accompagnement…). Compte tenu des vacances actuelles de poste et de l'effectivité de la convention de mise à disposition, ces indicateurs seront mesurables à court terme,
- pour la recherche de nouveaux marchés pour les ESAT (ex. : nombre de clients présents dans l'autre département).

En vue d'objectiver ces impacts, il conviendrait d'intégrer l'observation de ces données en amont du projet, et d'effectuer des mesures avant la finalisation du projet puis de les renouveler à échéances régulières.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

La coopération s'appuie actuellement sur une convention de mise à disposition et de son avenant permettant sa prorogation (prêt de main d'œuvre à but non lucratif impliquant le paiement par l'ADAPEI du Tarn-et-Garonne des salaires versés, des charges sociales afférentes et des frais professionnels remboursés).

PERSPECTIVES

L'année 2012 a vocation à voir la coopération entre les deux associations se concrétiser permettant de la faire corroborer avec le renouvellement du CPOM et les 50 ans des associations. Dans un second temps, une réflexion pourrait être envisagée avec des structures présentes dans le département du Lot avec une logique de couverture du nord de la région Midi-Pyrénées. Cet axe suppose d'intégrer les limites d'un tel projet, à savoir :

- une difficulté à rester force de proposition en ce qui concerne les besoins d'accompagnement du fait d'une distanciation entre les services gestionnaires et les personnes accompagnées, alors même que les associations se sont construites à partir de cette connaissance fine ;
- une moindre articulation avec les limites départementales et régionales, base des politiques publiques médico-sociales (sauf à envisager la mise en place de directions de territoire) ;
- le développement de certains coûts (ex. : l'organisation d'une assemblée générale de 1 200 salariés sur une journée représente budgétairement environ 6 ETP) même si la mise en place d'une visioconférence sur 6 sites permet de limiter ceux-ci.

8 Udapei du Pas-de-Calais – Association d'associations

OBJECTIFS

Appuyer et représenter les associations du département

L'Udapei du Pas-de-Calais a pour but de représenter les associations auprès des différents partenaires et d'apporter aux associations une aide dans la construction de leurs projets

L'Udapei 62 a été créée en 1960 pour unir et fédérer les associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (APEI) issues du mouvement des « Papillons blancs ». Elle fédère les 8 APEI du département du Pas-de-Calais, qui accompagnent près de 5 000 personnes en situation de handicap mental et gèrent 77 établissements et services.

L'Udapei 62 assure aujourd'hui trois missions principales :
- la fédération des 8 APEI du département ;
- un service de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (environ 160 mesures) ;
- la gestion de deux MAS, qui accueillent 120 personnes et emploient 136 salariés.

Depuis 2010, l'Udapei 62 a la volonté d'accentuer la démarche fédérative avec les trois axes de travail suivants :
- le recrutement de personnes à l'échelon départemental pour aider les associations à exercer leurs missions ;
- l'intensification de l'aspect fédératif et la mobilisation de l'ensemble des APEI autour de projets communs et partagés ;
- le renforcement des relations entre les Directeurs généraux des APEI.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

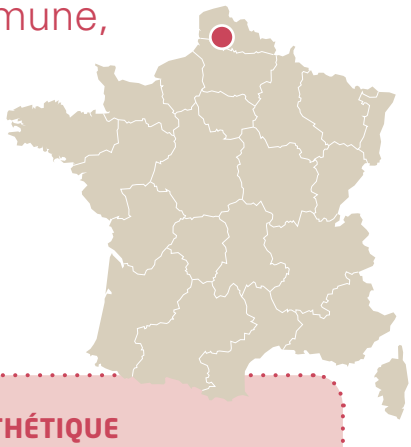
Mettre en place et animer un réseau de Directeurs généraux d'APEI et de Directeurs d'établissements pour mieux se connaître et échanger les bonnes pratiques

Participer à une réflexion collective sur les évolutions des modes de prise en charge dans leurs établissements

Depuis 2010, en complément des réunions mensuelles des Directeurs généraux des APEI, des réunions de Directeurs par type d'établissements se tiennent trois à quatre fois par an afin de :
- mieux se connaître, communiquer ;
- faire remonter les problèmes rencontrés, les informations ;
- échanger les bonnes pratiques ;
- lutter contre l'isolement des structures.

Ces réunions sont animées par le Directeur général de l'Udapei 62 et un Directeur général d'une APEI. Elles permettent à l'Union de mieux connaître les APEI, leurs attentes et leurs problématiques et ainsi de mieux répondre à leurs attentes.

Fédérer huit associations, définir une politique commune, animer et coordonner leurs actions



Des réunions thématiques ont aussi été mises en place, notamment sur la thématique « ressources humaines » et « comptabilité-finances ». Ces réunions répondent à des attentes d'associations et permettent une montée en compétence du personnel avec le partage de l'information ; elles tendent également à une harmonisation des pratiques (gestion du droit du travail, traitement des arrêts maladie…) au sein des différentes APEI.

Également depuis 2010, un Directeur recherche et développement a été recruté pour :
- participer à l'animation des réunions de Directeurs ;
- représenter l'Udapei 62 au sein des instances mises en place par le Conseil général ou l'ARS en lien avec le Directeur général ;
- assurer une veille sur les évolutions des modes de prise en charge dans la perspective des appels à projets ;
- appuyer les APEI dans les appels à projets ;
- centraliser l'information et la faire partager, valoriser les actions menées par l'Udapei 62 et les APEI.

Les évolutions des modes de financement et de réglementation ont conduit l'Udapei 62 à relancer la dynamique fédérative afin de disposer d'un poids et d'une force plus importants vis-à-vis des instances régionales.

Des réflexions communes entre l'Udapei du Pas-de-Calais et du Nord sont actuellement en cours pour envisager des actions concertées voire mutualiser certains moyens. L'Union du Pas-de-Calais n'est cependant pas constituée sous forme de siège inter associatif, à la différence de l'Union du Nord.

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : association
- ETP : 8 dont le directeur général, le directeur recherche et développement, l'attachée de direction en gestion, la responsable des ressources humaines, la secrétaire de direction, les délégués à la tutelle, l'assistante de service tutélaire.
Ces postes sont répartis comme suit :
- Fédération : 3 ETP
- Gestion des MAS : 1,80 ETP
- Service MJPM : 3,20 ETP
- ESMS gérés : l'association gère 2 MAS et 1 service de mandataire judiciaire à la protection des majeurs
- Territoire : département du Pas-de-Calais
- Partenaires : 8 APEI du Pas-de-Calais, soit 77 établissements et services employant 2 500 salariés et accompagnant 5 000 personnes en situation de handicap mental
- Budget : près de 8 M€ (327 K€ pour la fonction fédérative, 7,3 M€ pour la fonction gestionnaire, 176 K€ pour la fonction de mandataire judiciaire)

Le projet

- Animation et fédération des associations
- Représentation des associations
- Mise en place d'un réseau pour une mutualisation de l'information et des connaissances

En savoir plus

- M. Yves CAMPION
Directeur général de l'Udapei
yves.campion@udapei62.fr

8 Udapei du Pas-de-Calais – Association d'associations

ENSEIGNEMENTS

L'Udapei 62 assure aujourd'hui la mission première d'union d'associations déclinée sous forme d'animation de réseau, ce qui donne aujourd'hui satisfaction aux membres. L'Union s'appuie sur la volonté des directeurs de relancer la dynamique de réseau, de partage des pratiques et du risque mais également de disposer d'une force de proposition plus importante auprès des financeurs.

Cette nouvelle dynamique a été permise avec :
- la nomination d'un nouveau Directeur général ;
- la création d'un poste de Directeur recherche et développement.

GAINS OBTENUS

La relance de l'animation d'un réseau a permis une meilleure connaissance par l'Union des APEI et ainsi une meilleure transmission (gain de temps), un partage de l'information et une sécurisation des données.
L'Udapei 62 revendique sa place en tant que tête de réseau et dispose d'un poids important auprès du Conseil général et de l'ARS.
Si son rôle politique et de soutien auprès des directions générales des associations est incontestable, il apparaît difficile d'objectiver ces deux missions pour les mettre en regard des cotisations des adhérents.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Le « réseau » se traduit sous forme de réunions régulières entre les Directeurs généraux des APEI, les Directeurs d'établissement et par thématiques animées par le Directeur général et le Directeur recherche et développement.

PERSPECTIVES

L'Udapei 62 souhaite créer prochainement un site Internet commun pour relayer plus rapidement l'information. Elle reste attachée à une structuration par territoire, en particulier en raison de la densité du département. En effet, chaque association allie proximité dans ses interventions et dynamique de gestion (chaque association gère en moyenne plus de 11 établissements et un budget de plus de 12 M€).

9 GCSMS des 9 Cantons - GCSMS

OBJECTIFS

Atteindre une taille critique pour répondre aux contraintes de gestion et d'organisation tout en rassurant au regard des craintes liées à une logique de fusion

Les orientations communes et la dynamique des responsables des trois SSIAD ont permis de vaincre les réticences

Les trois SSIAD de Grand-Bourg, de Gouzon et du Donzeil, qui représentent une capacité de 205 places dont 9 places pour personnes handicapées, interviennent sur 9 cantons dans le département de la Creuse :

- le SSIAD de Gouzon couvre 3 cantons et dispose d'une capacité de 100 places ;
- le SSIAD de Grand-Bourg couvre 4 cantons et dispose d'une capacité de 75 places ;
- le SSIAD du Donzeil couvre 2 cantons et dispose d'une capacité de 30 places.

Le secteur de rayonnement des services est très rural voire montagneux pour le SSIAD du Donzeil. Les personnes accompagnées, outre leur niveau de dépendance (GMP de 700), peuvent être en situation d'isolement avec des revenus modestes ou avec des proches eux-mêmes âgés.

Plusieurs difficultés dans la gestion des services ont été identifiées par les responsables des services, en particulier l'impossibilité de répondre de manière satisfaisante aux contraintes de gestion et organisationnelles. Il s'agit par exemple de l'organisation des prises en charge, la coordination entre les différents intervenants, la gestion des paies et des contrats de travail, la mise en place et l'actualisation des outils issus de la loi du 2 janvier 2002 ou l'impossibilité de suivre une formation. Parallèlement :

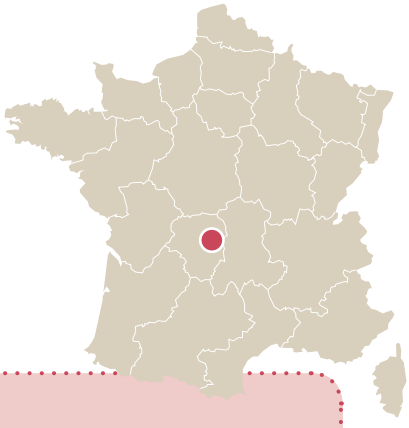
- ces difficultés apparaissent moins prégnantes sur le SSIAD de 100 places ;
- une nouvelle responsable arrive fin 2009 avec une vision partagée et complémentaire sur les volets d'accompagnement et de management ;
- des liens de proximité préexistent entre deux des services ;
- des caractéristiques communes (ex. : statut associatif et convention collective) sont mises en lumière par la difficulté d'une association départementale des infirmières coordinatrices à homogénéiser les pratiques et outils.

Sur ces bases, une réflexion est initiée en plusieurs étapes :

- en novembre 2009, deux responsables identifient le support juridique le plus approprié pour limiter les contraintes de gestion et prévenir les craintes d'une dynamique de fusion. Les deux présidents se montrent favorables au projet et un troisième SSIAD se joint à la réflexion ;
- une rencontre avec la Délégation territoriale de l'ARS est organisée en mars 2010 permettant une prise en charge à hauteur de 5 K€ des frais d'avocat ;
- en juin 2010, une présentation identique à chaque Conseil d'administration aborde les principes du GCSMS et les axes structurants de la coopération notamment les points communs entre les services, les gains potentiels en termes d'économies d'échelle, la valeur ajoutée pour les usagers et les professionnels et une première répartition des missions entre les trois responsables de services. Chaque réunion étant finalisée par un vote et le mandatement des présidents, une information aux équipes est assurée ;
- en octobre 2010, un cabinet d'avocat est choisi. La convention constitutive est soumise à l'ARS puis transmise en mars 2011 au Préfet et validée en juin 2011.

Le GCSMS D9S poursuit ainsi deux objectifs principaux : structurer la gestion des services et mutualiser les moyens.

Mutualiser les moyens sur une zone très rurale



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : GCSMS D9C
- ETP : le GCSMS n'est pas employeur
- ESMS gérés : le GCSMS ne gère pas d'ESMS mais pourrait se voir confier la gestion de places de SSIAD spécialisées dont un des services est titulaire depuis peu
- Territoire : 9 cantons ruraux autour du Grand-Bourg, du Donzeil et de Gouzon
- Partenaires :

SSIAD	Capacité	dont PH	AS	Direction IDE coord.	Administr.	Soignant/ place
de Gouzon	100	7	22,07	2	1,93	0,23
de Grand-Bourg	75	2	18,00	1	1,00	0,24
du Donzeil	30	-	6,43	1	0,70	0,21
Total	**205**	**9**	**46,50**	**4**	**3,63**	**0,23**

- Budget : le GCSMS n'a pas de budget

Le projet

- Structurer la gestion des services
- Mutualiser les moyens

En savoir plus

- M^me^ Christelle PIOFFRET
Directrice
pioffret.directionssiad@laposte.net

9 GCSMS des 9 Cantons - GCSMS

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Le GCSMS, cadre pérenne à une dynamique d'équipe

Le fonctionnement du groupement répond à deux principes : simplicité et égalité

Le groupement a été structuré en vue de faciliter son fonctionnement. Aussi :

- aucun capital social n'a été constitué, chaque association ayant des droits proportionnels au nombre de places ;
- le nombre de représentants par membre est égal, soit 4 par association.

L'administrateur, nécessairement titulaire d'un diplôme de niveau I (dans les faits, il s'agit d'un des trois responsables), s'appuie sur un comité de direction rassemblant les responsables et, en tant qu'invitées, les infirmières coordinatrices. Chaque responsable pilote un pôle (budget, GRH, qualité).

Aucun budget n'est formalisé au niveau du groupement qui n'est pas employeur.

ENSEIGNEMENTS

Les facteurs ayant motivé la création du groupement, sa constitution ainsi que ses premiers mois d'existence illustrent de manière prégnante les difficultés que peuvent rencontrer les services de taille limitée, en effet :

- la création du groupement a en grande partie été motivée par les limites rencontrées par les responsables des services dans la gestion quotidienne ;
- le processus de sa constitution a rendu indispensable un accompagnement externe lui-même difficile à envisager sans soutien de l'ARS ;
- depuis sa création, le groupement peut être confronté à des questionnements juridiques précis auxquels il ne peut avoir réponse sans soutien externe (ex. : capacité du groupement à gérer directement des places suite à un appel à projets).

GAINS OBTENUS

Le groupement des trois services est susceptible de générer des gains à plusieurs niveaux.

- Pour les usagers, le parcours sur l'ensemble du territoire (soit 9 cantons) est facilité du fait d'un système d'information commun aux trois services (à ce jour, 1 patient d'un territoire a bénéficié d'une prise en charge par un des autres services). De plus, la qualité de l'accompagnement doit à terme être améliorée au travers des interventions d'une qualiticienne et d'une ergothérapeute partagée avec un EHPAD, recrutements qui auraient été difficilement envisageables pour un service seul. Notons à cet égard qu'avec 205 places, le groupement représente plus du tiers de la capacité départementale en SSIAD.
- Au niveau des ressources humaines, le développement des échanges entre des professionnels souvent amenés à intervenir seuls est de nature à limiter les situations de risque. Pour ce point comme pour le précédent, seul le recueil d'indicateurs liés à la qualité de l'accompagnement pourrait permettre d'apporter des éléments objectifs (ex. : réduction du nombre de chutes…) même si la dynamique du groupement a d'ores et déjà permis d'étendre les plages d'intervention de 18h à 20h rendant possibles des couchers à des heures en harmonie avec le rythme de vie des personnes âgées.
- Pour l'efficience opérationnelle et budgétaire, des gains pourraient être calculés avec la mise en place des formations des salariés sur un site unique. De plus, la réponse aux usagers sur le versant administratif et sur les périodes de fermeture (week-end, soirées…) a été organisée de manière mutualisée. Enfin, les négociations ou renégociations de contrats en cours (logiciel patient, location de véhicules et contrat de prévoyance) doivent permettre de dégager des économies d'échelle ; c'est également le cas de la réorganisation des équipes (de 4 sites à 3) voire, à moyen terme, de l'organisation d'un *pool* de remplacement sur les neuf cantons.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Le principal outil mobilisé est le GCSMS très souple aux niveaux juridique et administratif.

Après avoir pris l'attache de la fédération à laquelle les associations adhèrent, le choix du cabinet d'avocats a été motivé par sa triple expertise dans les domaines du droit associatif, du droit social et du droit des usagers. Celui-ci a schématiquement accompagné les partenaires en trois temps :

- une présentation des éléments de cadrage impliquant une modification des statuts des associations ;
- une première version de convention constitutive soumise aux trois présidents ;
- une transmission à l'ARS.

PERSPECTIVES

Le GCSMS a vocation à constituer une première étape pour, rapidement, renforcer l'intégration des services, par exemple en devenant employeur ou en mutualisant des moyens notamment humains.

À court terme, le groupement est dans une dynamique de développement avec la création de quelques places spécialisées pour la prise en charge des personnes désorientées, celles-ci faisant suite à la réponse à un appel à projets de l'ARS.

À moyen terme, le groupement va poursuivre sa structuration notamment pour décliner au niveau organisationnel ses orientations (ex. : réorganisation géographique des sites et antennes, centralisation des paies). Des liens plus étroits pourraient également être recherchés avec d'autres SSIAD associatifs du département.

10 GIAC des Pays de la Loire - Association d'associations

OBJECTIFS

Disposer d'un outil conciliant la liberté des associations adhérentes et une logique de mutualisation

Le GIAC Pays de la Loire s'est construit dans une logique de partage des pratiques d'associations ayant les mêmes valeurs et les mêmes objectifs : améliorer la prise en compte de la personne accueillie et rechercher l'efficience économique

Le groupement inter associatif de coopération Pays de la Loire (GIAC) est issu d'une réflexion menée depuis 2008 par trois associations (l'association ARRIA à Nantes, l'APSCD à Cholet et l'association Franklin-Esvière à Angers) ayant en commun des valeurs, la gestion d'ITEP et des habitudes de collaboration entre directions. Celle-ci a débouché sur une déclaration d'intention commune des administrateurs sur la base de laquelle deux autres associations ont rejoint la démarche (L'ÉTAPE à Nantes et l'Association Félix-Jean-Marchais à Laval) lui conférant une dimension régionale. Le groupement de coopération est constitué sous forme associative (signature des statuts le 17 décembre 2010).

Les cinq associations qui composent actuellement le groupement présentent ainsi plusieurs points communs au niveau des principes d'intervention :

- les valeurs d'humanité, de solidarité, d'utilité sociale et d'intérêt général représentent un socle de valeurs fédératrices ;
- l'intervention en faveur des personnes fragilisées et en souffrance constitue leur véritable raison d'être ;
- leurs missions est d'œuvrer auprès de jeunes présentant des difficultés psychologiques dont l'expression et notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbant gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ou auprès de personnes présentant d'autres déficiences ou situations de handicap, et/ou d'exclusion sociale ;
- la volonté de maintenir la dynamique associative de chaque membre et d'être à l'écoute des nouvelles formes de « gouvernance et de dirigeance » est également un objectif partagé.

Parallèlement, elles présentent une certaine hétérogénéité au regard de plusieurs critères :

- la taille des associations : la plus importante gère 485 lits et places contre 40 pour la plus modeste ;
- le nombre d'établissements gérés : une association gère 8 établissements sociaux et médico- sociaux d'une capacité moyenne de 18 places et une autre association gère 4 ESMS avec une capacité moyenne de 121 places ;
- la localisation : elles sont situées sur trois départements, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire et la Mayenne.

Les quatre principaux objectifs et axes de travail du groupement de coopération sont :

- l'amélioration de l'écoute des besoins, de l'accompagnement diversifié de la personne accueillie et de la prise en compte de son environnement ;
- l'efficience économique des coûts ;
- une coopération active inscrite dans une démarche éthique liant communication et coordination des actions ;
- une démarche collective de réflexions visant à préparer l'avenir et à s'adapter à l'environnement contraint, tout en préservant la liberté associative, la qualité d'intervention auprès des personnes accueillies en leur garantissant une place privilégiée au sein de l'économie sociale et solidaire.

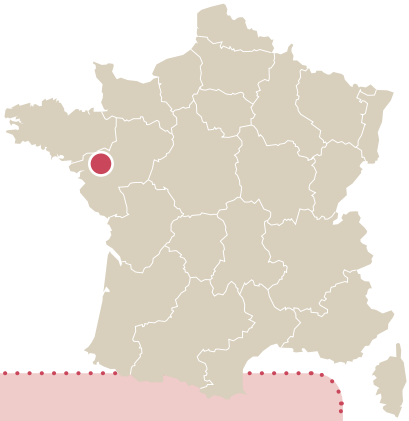
MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

La force du groupement repose sur l'adhésion des membres et la dynamique coopérative

Des outils opérationnels permettent de décliner la logique de coopération : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, instances statutaires (assemblée et bureau), groupes de travail thématiques

Le diagnostic partagé des associations a permis, à partir d'aspects convergents, de conclure que la coopération était indispensable au renouveau des orientations de projets et des méthodes
de management des membres.

Bâtir une alternative aux logiques de fusion-absorption



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Groupement de coopération : GIAC Pays de la Loire, constitué sous forme associative,
- ETP : 0,15 ETP de secrétariat mis à disposition par l'Association ARRIA
- ESMS gérés : aucun ESMS géré par le groupement mais une vingtaine de structures gérées par les 5 associations membres
- Territoire : départements de la Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire et de la Mayenne
- Partenaires :

	Ville principale	ESMS gérés	Capacité	Salariés	Budget
APSCD	Cholet	ITEP SESSAD	48 20	40	1.5 M€
ARRIA	Nantes	ITEP SESSAD-IME IME hors les murs ITEP SESSAD-ITEP CASIM CAFS LISEC	21 18 10 20 42 18 6 10	80	4,7 M€
L'ETAPE	Nantes	ESAT CHRS MECS Centre Hab.	101 145 39 200	150	9 M€
Félix-Jean-Marchais	Laval	SESSAD ITEP ITEP	36 15 27	48	3,5 M€
Franklin-Esvière	Angers	ITEP SESSAD	32 10	25	2 M€
Total			**818**	**343**	**20,7 M€**

- Budget : 15 k€ de frais de fonctionnement annuels.

Le projet

- Améliorer la prise en compte de la personne accueillie
- Rechercher l'efficience économique des coûts
- Renforcer la capacité à agir
- Mutualiser des moyens

En savoir plus

- M. Emmanuel DE LA FOYE
Association Franklin-Esvière
cem.de-la-foye@wanadoo.fr

- M. Paul ROSE
Association L'ÉTAPE
paul.rose@wanadoo.fr

10 GIAC des Pays de la Loire - Association d'associations

La gouvernance s'exerce au sein d'une assemblée générale composée de 3 mandataires par association soit 15 membres au total. Celle-ci élit un bureau composé d'un représentant par association. L'assemblée générale des adhérents approuve les responsabilités ainsi que les fonctions des membres du bureau. Un coordinateur du Comité des directeurs est également désigné. Des règles d'alternance ou de non-cumul complètent ces élections (par exemple, le Président et le coordinateur ne peuvent être issus de la même association). Un règlement intérieur statutaire permet de renforcer les règles de contrôle interne et complète les dispositions définies dans les statuts du groupement de coopération.

Au niveau opérationnel, plusieurs éléments permettent d'éclairer le fonctionnement du groupement.

- Le GIAC Pays de la Loire est l'interlocuteur auprès de l'Agence régionale de santé, même si les associations restent employeurs, détentrices de leurs propres habilitations et signataires des conventions. Il agit en leur nom, il les représente sans substitution. En ce qui concerne la négociation des accords de coopération actuellement menée, elle est en partie rendue possible par l'existence de cette nouvelle entité qui travaille dans un cadre partagé et collaboratif qui constitue une base de réflexions et d'actions ; un contrat est néanmoins négocié pour chaque association avec une implication du GIAC en ce qui concerne les actions communes de coopération,
- Les actions de coopération sont tout d'abord définies à partir d'un schéma directeur puis confiées à un chef de projet, qui est l'interlocuteur du groupe de travail. Il conduit son action à partir d'une fiche action, validée par l'ensemble des instances du groupement de coopération. Chaque fiche action précise les objectifs, les indicateurs de suivi, le calendrier de réalisation, les intervenants et les autres modalités d'organisation. Un suivi régulier des actions est assuré par le bureau.
- Le GIAC développe une ingénierie au niveau financier et dans le domaine des ressources humaines. Celle-ci s'est traduite en 2011 par la signature de trois nouveaux contrats négociés en commun, relatifs à la location-achat des véhicules, aux assurances et à la restauration. Elle a également permis une formation commune pour une quinzaine de salariés issus de plusieurs des associations membres portant sur la place des familles dans le projet d'accompagnement. Le comité des directeurs assure une veille juridique et méthodologique qui complète les informations de chaque association.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

L'expérience du GIAC Pays de la Loire permet de mettre en lumière :

- la nécessité d'inscrire dans la durée le processus de coopération entre associations afin d'atteindre les objectifs et axes stratégiques définis ;
- le temps important qu'il est indispensable de prévoir pour adapter l'organisation, actualiser les objectifs, acquérir une culture de coopération et appréhender les problématiques inhérentes à la dimension du territoire (étendu puisque le GIAC est implanté sur 3 départements) afin de décliner de manière plus opérationnelle ses orientations, répondre au principe de l'approche métiers et conduire une bonne réflexion au regard de l'objectif du Plan régional de santé en matière de continuité des parcours. Une démarche est d'ailleurs engagée afin de retenir une organisation cohérente et adaptée qui puisse permettre de concilier la dimension régionale et l'approche locale ;
- l'intérêt du décloisonnement entre le secteur social et médico-social, entre les établissements de soin et d'hébergement, entre le champ de l'insertion et celui de l'éducation spéciale ;
- le fait que cette première étape de coopération, bien qu'elle nécessite efforts et remises en cause, est un passage obligé pour entrevoir et interpréter les nouvelles données de « gouvernance et de dirigeance » qui vont se faire dans de brefs délais.

GAINS OBTENUS

Plusieurs gains sont identifiés :

- L'impact de la réflexion menée par les professionnels et visant à l'amélioration de la qualité des accompagnements se profile, même s'il est encore difficile à objectiver. De même, si les échanges entre les professionnels sont de nature à diffuser des pratiques innovantes, il s'avère prématuré d'en mesurer l'impact. Il permet cependant de dynamiser les équipes dans un mouvement d'ouverture et de travail partagé d'une part, et d'autre part de limiter les risques d'isolement des professionnels, tout particulièrement des cadres des associations de taille limitée.
- La taille du groupement (816 lits et places, et plus de 20 M€ de budget) ainsi que son rayonnement géographique sur trois départements lui confèrent un caractère appréciable de légitimité auprès des partenaires privés et publics.
- La première étape de renégociation des frais généraux a porté sur trois contrats : assurances, restauration et achat, et location de véhicules: elle a permis l'obtention de gains. Cette démarche sera poursuivie et étendue dans le cadre de l'objectif de renégociation des contrats.
- Les économies de gestion réalisées sont réparties, suivant un processus interne, pour partie au bénéfice du Groupement de coopération, pour partie en direction de chacune des associations membres.
- La coopération entre les 5 associations a également vocation à se renforcer avec une mutualisation du traitement des données salariales et des données comptables en janvier 2012, et une harmonisation des procédures comptables. D'autres actions de mutualisation sont également envisagées.
- La mise en commun des actions de coopération, à partir de travaux déjà réalisés dans certaines structures, permet de constater l'existence de plus-values qualitatives apportées à chacun des membres sans qu'il soit nécessaire d'engager des fonds. Chaque association dispose d'expériences appréciables et de personnes ressources salariées et bénévoles dans un domaine ou dans un autre. La coopération est l'occasion de valoriser qualitativement ces ressources humaines et techniques dans une démarche d'amélioration de la qualité et d'organisation efficiente au bénéfice de chaque structure associative.
- S'agissant d'une mise en place récente, l'appréciation des gains obtenus sera plus pertinente dès que l'ensemble des actions de coopération aura été mis en œuvre sur une période plus longue.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Les outils mis en œuvre tiennent principalement à la démarche retenue par les associations membres :

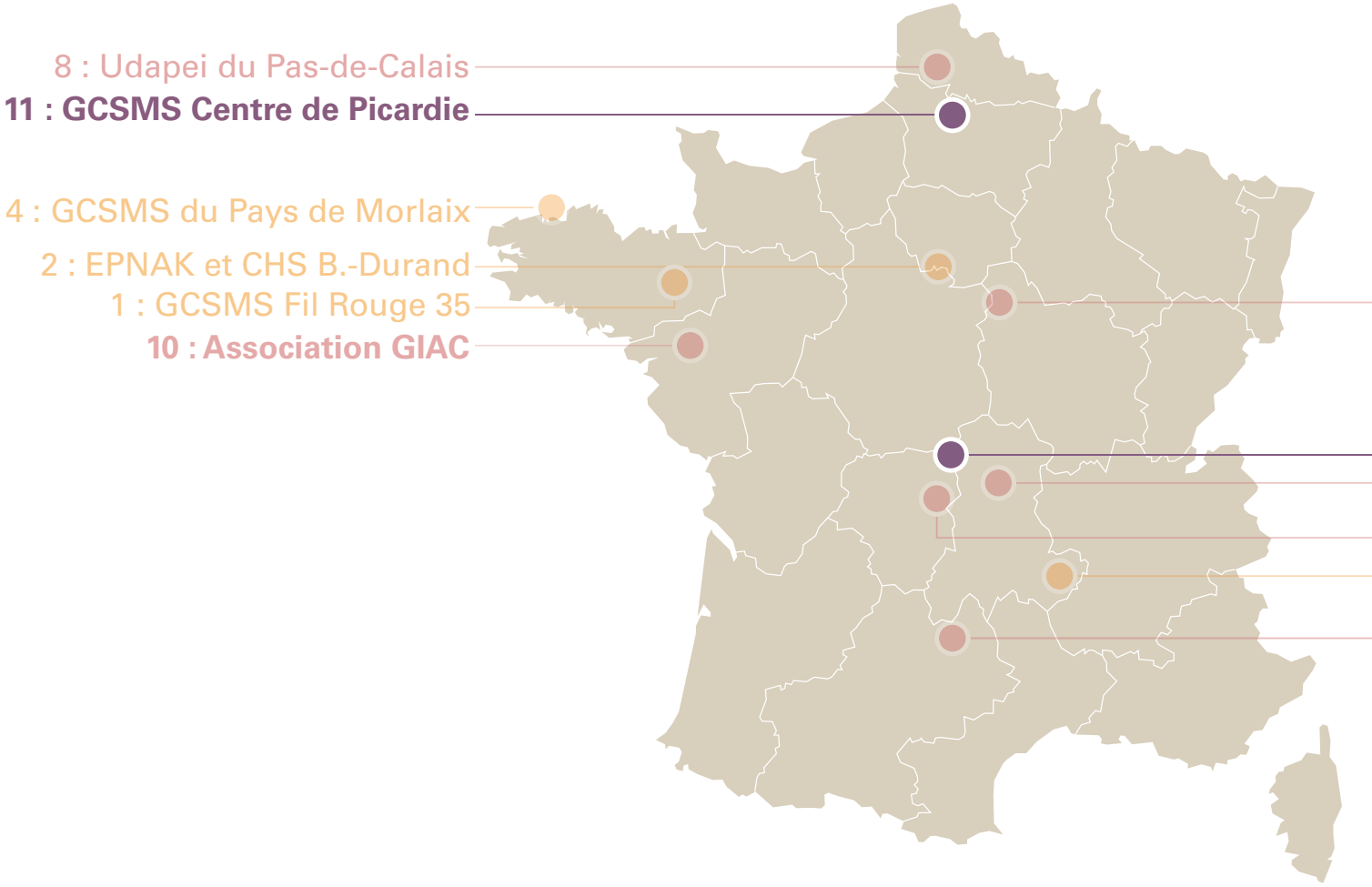
- une phase de diagnostic (dimension ressources humaines) a été menée au sein de chaque association par un consultant externe, basé sur un référentiel commun. Cette phase s'est notamment appuyée sur une projection des départs en retraite jusqu'en 2021 ;
- le diagnostic interne, préalable à la constitution du groupement inter associatif de coopération a permis de conclure que la gouvernance politique et opérationnelle devait s'exercer au sein d'une structure à forme associative ;
- le principe de gouvernance partagée constitue le socle de l'organisation politique et technique du groupement de coopération. La gouvernance partagée renforce la coopération en respectant la liberté associative des membres qui conservent leur personnalité morale et leur caractère propre ;
- les membres du GIAC ont mis au point un cadre méthodologique afin que la coopération puisse se mettre en œuvre de façon efficace et coordonnée ;
- le schéma directeur de mise en œuvre du Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens de coopération a été structuré à partir de quatre thématiques en référence au guide méthodologique des ARS. Les actions de coopération sont ensuite déclinées en « fiches objectifs » puis en « fiches actions » afin de pouvoir être réalisées au sein de groupes de travail homogènes et être communiquées régulièrement à l'ensemble des membres.

PERSPECTIVES

La volonté d'ouvrir le GIAC Pays de la Loire à d'autres associations fait partie des objectifs retenus (une dizaine d'associations ont fait connaître leur intérêt à rejoindre le groupement de coopération).

Une réflexion est menée afin d'organiser la coopération de manière plus affinée au niveau régional. Les membres réfléchissent et se fixent pour objectif d'inscrire au sein de leur organisation des unités internes réparties sur le territoire.

LES « COOPÉRATIONS-ISOLEMENT »



6 : Projet GCSMS EP de l'Yonne

12 : Association GECAC

5 : GCSMS SAGESS

9 : GCSMS D9C

3 : GCSMS CCS 43

7 : Conv. ADAPEAI 12 ADAPEI 82

Deux coopérations issues du retour d'expérience relèvent de cette catégorie :

- **le GECAC,** association d'associations, qui développe des parcours professionnels qualifiant en s'appuyant sur les établissements médico-sociaux du bassin montluçonnais ;
- **le GCSMS du Centre de Picardie** qui facilite le recrutement de professionnels qualifiés.

Le GCSMS des 9 Cantons, qui a initié une coopération au niveau des directions et qui est présenté plus haut dans les « coopérations-efficience », relève « pour partie » des « coopérations-isolement ».

11 CSMS du Centre de Picardie - GCSMS

OBJECTIFS

Répondre aux difficultés de recrutement sur un territoire rural

Le GCSMS permet de cumuler des besoins de recrutement en personnel qualifié dispersés sur plusieurs établissements

La constitution du groupement repose, à l'origine, sur l'implication de quelques directeurs ayant abouti à une mutualisation de personnel sur cinq structures. En 2007, ces directeurs ont souhaité mettre en commun leurs besoins en professionnels « rares ». En effet, les structures, situées dans la Somme, l'Aisne et l'Oise, sont confrontées à des difficultés de recrutement ; en outre, leur taille limitée rend très difficile le recrutement de professionnels qualifiés à plein temps.

Une évaluation des besoins a donc été initiée, portant à la fois sur les qualifications et compétences souhaitées et le nombre de demi-journées nécessaires par an. La mutualisation des besoins a permis le recrutement de personnel à temps complet partagé entre plusieurs membres.

Le GCSMS a été créé fin 2007. Il compte aujourd'hui 10 membres avec près de 35 professionnels mis à disposition (ergothérapeute, musicothérapeute, psychomotricien, préparateur physique, psychologue, animateur en arts plastiques, diététicien, hygiéniste, préparateur en pharmacie, ingénieur qualité, infographiste, chargé de sécurité, agents d'entretien, informaticien).

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Organiser et animer un réseau de professionnels

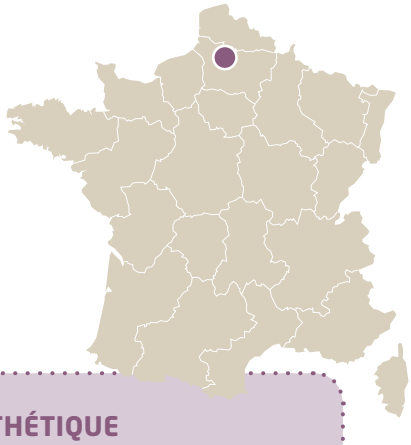
Le groupement recense les besoins et organise le réseau mais les professionnels sont recrutés par les membres adhérents puis mis à disposition

Le personnel est recruté spécifiquement à partir des besoins recensés par le GCSMS. Cinq membres du groupement sont employeurs pour le GCSMS. Le personnel recruté avec un statut de la fonction publique (titulaire ou contractuel) est mis à disposition des ESMS qui en ont exprimé le besoin. La volonté de disposer d'un statut unique public pour l'ensemble du personnel rattaché au GCSMS s'est imposée dès le départ pour unifier et simplifier la gestion du personnel (paie, statut…).

Chaque professionnel est suivi par un cadre d'une des structures, qui gère également les plannings. Compte tenu de la distance entre les différentes structures, le personnel ne peut être affecté à plus de trois structures sauf pour la partie relative au service de gestion des équipements et des systèmes d'information. Par ailleurs, un système de prime sous forme d'heures supplémentaires a été mis en place pour compenser les contraintes liées aux interventions sur plusieurs sites ; celui-ci est fonction du nombre de déplacements et du nombre de structures. Les évaluations individuelles sont réalisées par l'ensemble des structures concernées sur la base d'outils communs.

D'autres établissements non membres ont également recours au groupement par le biais d'une convention. Cette pratique représente une part très marginale de l'activité.

Recruter des professionnels qualifiés et mutualiser les moyens dans une zone rurale en proposant une plateforme de service entre le sanitaire et le médico-social



ENSEIGNEMENTS

Cette mutualisation des besoins en personnel qualifié au sein d'un GCSMS a permis la mise en place d'une plateforme de service avec du personnel qualifié. Ce GCSMS présente l'avantage pour les différents membres de disposer de personnel qualifié adapté à leurs besoins et ce même pour une faible quantité de temps et avec une certaine souplesse.

Les besoins des membres sont revus deux fois par an lors des assemblées générales, pouvant conduire à de nouvelles créations de poste. Pour 2012, le recrutement d'un pharmacien est envisagé pour la mise en place d'une PUI commune. Chaque besoin de demi-journée de temps de professionnel représente une part, et correspond à une voix (valant à l'origine 1 € avec, au total, 13 000 voix ; la part a été réévaluée à 10 €). Aucun membre ne peut être majoritaire à lui tout seul. La constitution du capital du GCSMS est réalisée selon ce principe avec une volonté des membres initiaux d'être toujours excédentaires. L'assemblée générale répartit les excédents avec un reversement aux différents membres et/ou un investissement dans un équipement spécifique (barnum, véhicule…).

D'autre part, le groupement a permis d'engager une dynamique de mutualisation d'activité et de projets communs à plusieurs structures (vernissage…).

Le modèle repose cependant sur plusieurs conditions :

- la proximité des structures concernées ;
- l'implication forte des directeurs à maintenir cette dynamique de mutualisation ;
- l'équilibre économique, le recours aux services du GCSMS ne devant pas conduire à une augmentation du tarif journalier.

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : GCSMS du Centre de Picardie
- ETP : aucun ETP, le GSCMS n'est pas employeur. Il mobilise 1 administrateur, 1 secrétaire et près de 35 professionnels mis à disposition par les membres du GCSMS
- ESMS gérés : pas de gestion d'ESMS
- Territoire : territoire situé au centre d'un triangle Amiens/Saint-Quentin/Compiègne (rayon de 15 km autour du siège situé à Nesle)
- Partenaires : 10 établissements et structures publics et privés à but non lucratif : résidence du Parc à Nesle, résidence Sainte Radegonde à Athies, maison de retraite Fondation Camus à Épehy, fondation Gérard-de-Berny à Guiscard, centre hospitalier de Ham, PEP 80 à Ham, foyer de vie à Tilloloy, foyer de vie « la rose des vents » à Verpillières, centre hospitalier Jules-Lescarde à Roye, maison de retraite Charles- Lefèvre à Flavy-le-Martel
- Budget : 1,8 M€

Le projet

- Recruter du personnel qualifié partagé entre plusieurs structures, employé par ces derniers
- Mutualiser les moyens
- Renforcer la solidarité des membres autour d'une dynamique commune

En savoir plus

- M. Alain BONNIÈRE
Administrateur du GCSMS
a.bonniere@wanadoo.fr

11 CSMS du Centre de Picardie - GCSMS

GAINS OBTENUS

La mise en place du GCSMS a permis la mutualisation de près de 35 personnes qualifiées pour une dizaine de structures isolées, et de taille et statut différents conduisant à :

- une amélioration de l'accompagnement des personnes accueillies dans les structures, permettant ainsi une augmentation de l'attractivité des structures ;
- limiter le recours à l'intérim et sécuriser les accompagnements (connaissance de la structure par le personnel) ;
- un meilleur suivi des équipements et service informatique avec des personnes qualifiées, notamment pour la sécurité incendie, les travaux, l'uniformisation des procédures et des logiciels… avec une sécurisation de l'ensemble et un coût inférieur à celui d'une entreprise extérieure.

Le gain au niveau des structures se traduit également dans le confort au niveau de la gestion des paies, du personnel, des congés… Les paies sont réalisées par le membre employeur. Les arrêts de travail, les congés maternités, les remplacements sont gérés par le groupement, qui permet ainsi un partage du « risque ».

Le groupement ne dispose cependant pas d'indicateurs permettant d'objectiver son impact (ex. : intervention d'un professionnel qualifié auprès de personnes dépendantes permettant de réduire le nombre de chutes, réduction des enveloppes budgétaires consacrées à l'intérim…).

OUTILS MIS EN ŒUVRE

La convention constitutive signée en 2007 formalise les mises à disposition, les missions, les financements et donc la coopération. Les parts sociales sont définies suivant les besoins en jours de professionnel avec l'assurance qu'un membre ne peut être à lui seul majoritaire. De plus, la mise à disposition est formalisée via une convention de mise à disposition signée par la structure employeuse et le GCSMS. Le groupement a bénéficié au démarrage d'un soutien financier de l'État (DDASS de la Somme et de l'Oise) pour un total de 30 K€.

Les évaluations individuelles sont généralisées et réalisées sur un support commun avec une évaluation des tâches réalisées, les objectifs pour l'année suivante et les besoins en formation. L'ensemble de ces évaluations est centralisé au niveau du GCSMS.

Un même logiciel a été déployé dans plusieurs structures afin de permettre un suivi des plannings des activités proposées et une évaluation des personnes.

PERSPECTIVES

La mise en commun des moyens humains et matériels est acquise et appréciée par l'ensemble des membres du groupement. Les axes de développement du groupement porte aujourd'hui sur :

- la mise en place d'un service de mandataire judiciaire pour début 2012 (avec recrutement par le GCSMS) ;
- une PUI commune ;
- la création d'un service d'Appartement de coordination thérapeutique (ACT). Les logements seraient situés dans les communes des membres du GCSMS, chaque membre ayant en charge la gestion de la logistique. La partie soins sera assurée dans un premier temps par les équipes des services d'addictions du CH de Ham ;
- un projet d'accueil de jour itinérant sur les trois sites disposant d'une autorisation.

12 GECAC – Association d'associations

OBJECTIFS

Disposer d'un cadre de coopération permettant la mutualisation des fonctions de gestion

Le GECAC a été créé à l'origine pour répondre aux contraintes d'associations de taille limitée

Le GECAC a été créé en 1995 par cinq associations départementales (Allier, Corrèze, Haute-Loire, Loiret et Rhône) présentant plusieurs points communs :

- la gestion de services et d'établissements médico-sociaux du secteur du handicap ;
- l'affiliation à la même fédération nationale ;
- une taille limitée ne permettant pas d'envisager la création d'un siège ;
- une forte implication des bénévoles.

Une réflexion sur les fonctions de gestion et de paie, menée parallèlement à des différends avec la fédération nationale de rattachement, a permis, à l'origine, la mise à disposition de personnel :

- d'une part, sur les fonctions comptables et finances ;
- d'autre part, sur la paie et les bulletins de salaire ;

… tout en conservant l'identité de chaque association. Le GECAC a ensuite connu une phase de développement sur les mêmes bases que celles qui ont présidé à sa création avec des associations de Dordogne, de l'Ain, de l'Ardèche et du Loir-et-Cher.

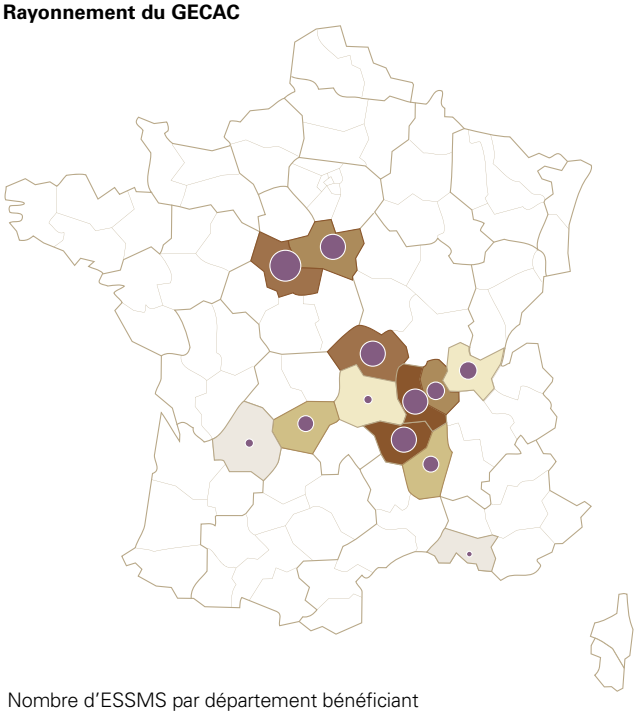
Situé sur l'agglomération de Montluçon, le GECAC y a spécifiquement proposé depuis janvier 2006 des prestations de remplacement pour les établissements de ce territoire (GECAC-Tremplin).

Le Groupement développe ses activités dans le domaine de l'évaluation avec des accompagnements pour des démarches d'évaluation interne et la réalisation d'évaluations externes pour les non adhérents.

Ces trois temps dans la construction du groupement correspondent aux trois types de services proposés actuellement :

- des prestations de gestion au niveau comptable, de contrôle de gestion et de traitement des bulletins de paie ;
- des mises à disposition de personnels inscrits dans une logique de qualification et d'insertion durable dans l'emploi ;
- des prestations d'évaluation externe ou d'accompagnement à l'évaluation interne.

Rayonnement du GECAC



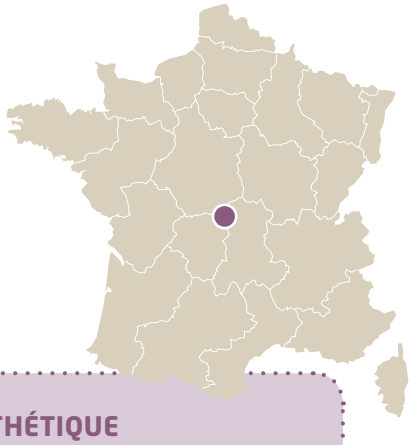
Nombre d'ESSMS par département bénéficiant des prestations du GECAC

de 1 à 4 | de 4 à 8 | de 8 à 9 | de 9 à 12 | de 12 à 14 | de 14 à 26

ETP par département « couvert » par les prestations du GECAC

345 | 172,5 | 86,25

Mutualiser les fonctions comptables, de contrôle de gestion et de traitement des bulletins de paie.
Concilier contraintes organisationnelles liées aux remplacements et construction de parcours professionnels.
Accompagner la mise en place de l'évaluation interne et préparer l'évaluation externe.



MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Association d'associations, le groupement repose sur l'adhésion des membres

Les adhésions sont elles-mêmes étroitement corrélées aux prestations attendues par les établissements et services, et proposées par le groupement

Le Groupement est une « Association d'associations » avec une assemblée générale de 22 membres. Son Conseil d'administration est composé de 9 membres élus pour 6 ans avec un renouvellement par tiers tous les 2 ans. Il emploie 15 professionnels permanents.

Ses interventions se répartissent dans les trois ensembles évoqués ci-dessus. Les prestations de gestion sont structurées sur un modèle comparable à celui d'un expert-comptable (cf. : ci-dessous « outils mis en œuvre »). Les accompagnements pour des démarches d'évaluations interne et externe s'inscrivent dans une logique concurrentielle, au moins pour les évaluations externes et les accompagnements proposés aux non-adhérents du groupement. Il s'agit de missions relevant de l'évaluation interne, de l'évaluation externe, de l'élaboration de documents uniques de délégations et de l'élaboration de manuels de procédures.

En ce qui concerne les remplacements assurés par le service Tremplin du groupement, ils concernent les quatre associations adhérentes de l'agglomération montluçonnaise et deux autres des départements limitrophes (Creuse et Puy-de-Dôme). Ce service vise à faire converger d'une part, le besoin de qualification et d'insertion durable dans l'emploi de personnes très éloignées de l'emploi et, d'autre part, les difficultés à organiser les remplacements au sein des structures médico-sociales (pallier aux absences, gérer les contrats de travail, maîtriser les coûts de remplacements) :

- pour les personnes orientées vers le Service Tremplin (souvent par Pôle emploi, la Mission locale ou l'AFPA), elles bénéficient en général d'un contrat aidé (contrat unique d'insertion prolongé au-delà de 2 ans, contrat de professionnalisation,

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

- Porteur de la coopération-structure juridique : association
- ETP : 16 ETP (1 directeur, 1 directrice adjointe, 4 comptabilité-contrôle de gestion, 4 traitement des bulletins de paie, 1 pour les données statistiques, 1 démarche qualité, 1 communication et administration des réseaux informatiques, 1 secrétaire et 2 sur le service Tremplin)
- ESMS gérés : pas de gestion d'ESMS ; mais le GECAC travaille directement avec 113 ESMS gérés par 19 adhérents
- Territoire : 12 départements sur 5 régions correspondants aux implantations des adhérents
- Partenaires : 22 associations sur 12 départements sont adhérentes du groupement avec une hétérogénéité dans leur taille ou dans l'existence (ou non) de siège associatif
- Budget : près de 2 M€ (230 K€ pour l'activité paie, 175 K€ pour l'activité comptabilité, 1 484 K€ pour l'activité Tremplin et 63 K€ pour l'activité qualité)

Le projet

- Mutualiser certaines fonctions de gestion
- Mutualiser les contraintes liées aux remplacements au sein d'établissements médico-sociaux en proposant des parcours d'insertion dans l'emploi
- Mutualiser la mise en place de la démarche qualité

En savoir plus

- M. Abdou DIALLO
Directeur GECAC
a.diallo@gecac.fr
- M^me^ Dominique BAYELLE
Directrice adjointe GECAC
d.bayelle@gecac.fr

12 GECAC - Association d'associations

contrat d'apprentissage) pendant lequel elles alternent périodes de formation au sein du GECAC (en partenariat avec le GRETA Nord Allier pour des diplômes d'AMP, l'ISTRA pour les diplômes d'ES, de ME et l'AFPA pour les diplômes d'AVS ou d'agent d'entretien) et remplacements au sein des établissements. Le parcours de qualification est organisé de manière progressive en débutant sur des postes pour seconder le personnel éducatif ou d'agent d'entretien avec une mise en contact progressive avec des résidents ;

- les remplacements sont organisés à partir d'une identification des besoins de chaque établissement établi sur les prévisions d'absences. Chaque professionnel dispose d'un ordre de mission et d'un planning mensuel mentionnant les plages d'intervention au sein du ou des établissements et les plages de formation ;
- pour les périodes de week-end, le GECAC dispose de 5 téléphones mobiles qui sont confiés à 5 salariés sur la base d'un planning préalablement établi. Ceux-ci peuvent être sollicités directement par les directeurs d'établissement ou chefs de service en cas de besoin ;
- les personnes sont salariées du GECAC qui bénéficie des aides liées aux contrats aidés et du soutien financier du Conseil régional (aide pour un poste et pour les formations), d'UNIFAF et de l'AGEFOS (pour les formations). Le groupement « refacture » à l'établissement le remplacement avec, pour chaque intervention, une fiche bilan et un récapitulatif des heures effectuées.

ENSEIGNEMENTS

La mutualisation de fonctions administratives auprès du GECAC s'apparente à une « externalisation » de prestations précisément identifiées. D'ailleurs, le GECAC, du fait du parcours professionnel de certains salariés, a structuré son organisation sur un modèle comparable, chaque intervention faisant l'objet d'un processus précis de validation avec un ordre de mission et un suivi des heures réalisées. Cette mutualisation présente l'avantage de permettre le développement d'une réelle expertise liée au nombre d'établissements et services médico-sociaux, de permettre la mise en place d'outils dématérialisés de transferts de données et d'envisager le développement de tableaux de bord.

Le service Tremplin présente de multiples avantages tant pour les salariés qui s'inscrivent dans une logique de qualification et d'insertion durable dans l'emploi que pour les établissements qui limitent les coûts et contraintes organisationnelles liés aux remplacements. Le modèle repose néanmoins sur plusieurs conditions :

- la proximité géographique des établissements concernés ;
- l'équilibre économique avec, actuellement, des ressources provenant des contrats aidés et du Conseil régional ;
- l'acceptation par les directeurs de structure de perdre une certaine marge de manœuvre dans les remplacements et par les financeurs de doter les crédits de remplacement d'un nombre global d'heures.

GAINS OBTENUS

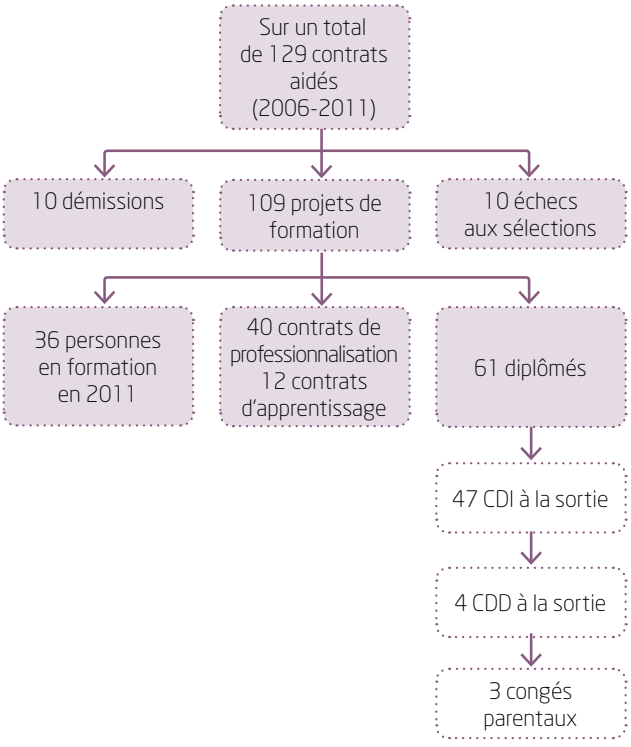
Les indicateurs du GECAC tiennent à son activité qui met en exergue la mutualisation de fonctions généralement assurées en interne. Il a par exemple traité plus de 1 000 bulletins de paie en avril 2009, 2 000 en novembre 2011 et a traité 92 dossiers comptables dont 11 de consolidation en 2010.

La mesure de l'impact de cette mutualisation des fonctions reste cependant difficile à réaliser.

- Au niveau des professionnels et bénévoles des associations adhérentes, ils bénéficient au travers du GECAC d'une expertise, en particulier pour les structures de taille limitée sans siège. Ce point est particulièrement vérifié lors de la formalisation des nouveaux projets d'ESMS où les éléments budgétaires peuvent être réunis de manière précise en une demi-journée.
- Au niveau de l'efficience budgétaire, l'impact reste théorique faute de données précises pour chaque association adhérente. L'une d'entre elles a néanmoins réduit le nombre de professionnels affectés au traitement de la paie de 3 ETP internalisés à 1 ETP externalisé auprès du GECAC, dégageant ainsi 2 ETP éducatifs.

Plus spécifiquement pour le service Tremplin, plus d'une centaine de personnes ont été accompagnées depuis sa création, soit au total 72 900 heures de formation pour 475 000 heures de remplacement (en 5 ans). Au-delà de ces indicateurs d'activité, plusieurs éléments peuvent être mis en évidence sur l'impact du service rendu :

- la dernière « promotion », qui recouvre des cursus de 18 à 36 mois, a conduit à la qualification de 17 personnes : 13 AMP – actuellement tous en poste en CDI au sein des établissements de l'agglomération –, 3 ME et 1 ES ;
- pour les établissements, ils allègent la charge de travail induite par la gestion des remplacements (ex. : recrutement, gestion du contrat de travail, fin du contrat…), disposent de salariés de remplacement sans majoration de coût (environ 19,50 € pour 1 heure d'AMP sous réserve de majorations pour dimanches, jours fériés et nuit) et génèrent des économies.



OUTILS MIS EN ŒUVRE

Outre les documents liés à la création de l'association (statuts, cotisation annuelle de 100 €…), le fonctionnement du groupement repose sur un double conventionnement avec les associations :

- une convention pluriannuelle de services (en général sur 3 ans mais parfois sur une durée plus courte pour les adhérents envisageant un départ) ;
- un cahier des charges annuel listant précisément les prestations assurées par le groupement. Par exemple, sur le volet des prestations comptables et financières et de traitement des bulletins de paie, le cahier des charges les repartit en six ensembles :

- travaux comptables,
- travaux préparatoires au budget,
- procédure budgétaire et compte administratif,
- travaux de paie,
- assistance administrative,
- autres travaux.

Chacune des six catégories fait l'objet d'un *listing* avec, pour chaque item, mention si la prestation est assurée pour le(s) établissement(s) et/ou le siège. Chaque ligne est valorisée en heures d'intervention et valorisée en euros.

PERSPECTIVES

Le GECAC consolide actuellement son périmètre d'intervention sans recherche de nouveaux adhérents. Les axes de développement se situent davantage sur le versant de l'évaluation, y compris dans le champ concurrentiel pour les évaluations externes.

4 OUTILS ET DÉMARCHES MÉTHODOLOGIQUES

À partir des retours d'expérience, les travaux ont permis de consolider les informations et connaissances recueillies dans le but de les valoriser sous forme d'outils et de démarches méthodologiques. Afin de faciliter leur appropriation, leur transmission et la mise en œuvre de nouveaux projets de coopération, une structuration en trois temps de la dynamique de coopération a émergé.

Comprendre et connaître : la compréhension du territoire est une composante première pour initier une dynamique de coopérations entre les acteurs. Elle suppose une approche objective de ce territoire mais également une action volontariste impliquant autorités publiques et opérateurs pour initier un dialogue et partager des opportunités.
- Les outils proposés à ce niveau s'adressent plus particulièrement aux ARS et aux Conseils généraux.
- Ils visent principalement à élaborer une cartographie des territoires pour repérer les potentialités de coopération et développer une méthodologie de dialogue avec les acteurs de ces territoires.
- Les deux démarches méthodologiques, qui se veulent pragmatiques, doivent être envisagées très en amont des logiques incitatives ou financières pour guider les gestionnaires à partir de données objectives.

Décider : la décision d'engager une association ou un établissement public dans une logique de coopération peut parfois heurter les instances décisionnelles faute de percevoir les potentialités de cette coopération.
- Les outils proposés à ce niveau s'adressent plus particulièrement aux administrateurs et instances dirigeantes des associations et établissements publics qui sont seuls en capacité d'anticiper cette étape de décision.
- Ils doivent faciliter l'analyse objective des points forts et points faibles de chaque partenaire ainsi que des opportunités offertes par la coopération et des risques à ne pas prendre. Un diagnostic sous forme de tableur (Inter Diag Coopérations médico-sociales) est proposé pour susciter le dialogue et aider à identifier les éventuelles marges de progression.
- Cette phase de décision, essentielle pour guider la future mise en œuvre, est souvent la plus difficile à franchir en raison de freins sociologiques et politiques au niveau des instances dirigeantes et de direction. À cet égard, l'implication des agences régionales de santé et Conseils généraux peut apparaître déterminante.

Mettre en œuvre : la mise en œuvre d'une coopération peut découler « simplement » d'orientations stratégiques clairement définies. Elles nécessitent souvent un accompagnement soit au niveau technique soit pour une gestion efficiente du projet.
- Les outils proposés à ce niveau s'adressent aux opérateurs, porteurs d'un projet de coopération.
- S'ils recouvrent une dimension de management de projet encore peu développée au sein des structures médico-sociales, un *focus* est également effectué sur les impacts de la coopération avec une proposition de trame méthodologique et des exemples d'indicateurs.

Le schéma ci-après décline pour chacun de ces trois temps les outils et démarches méthodologiques développés dans les pages qui suivent, les outils déjà disponibles ainsi que les publics cibles :

COMPRENDRE ET CONNAÎTRE

DÉMARCHES MÉTHODOLOGIQUES DÉCRITES DANS CE GUIDE

CONNAÎTRE LE TERRITOIRE

ÉTAPE 1
Localisation et cartographie des ESMS et gestionnaires

↓

ÉTAPE 2
Cartographie des coopérations

↓

ÉTAPE 3
Synthèse et scénarios

ANIMER LE TERRITOIRE

CADRAGE
Structure de projet dédiée

↓

ÉTAPE 1 (1 MOIS)
Réflexion préparatoire à l'activation des groupes de travail partenariaux

↓

ÉTAPE 2 (4 MOIS)
Animation des groupes de travail partenariaux

↓

ÉTAPE 3 (1 MOIS)
Élaboration de la feuille de route

AUTRES OUTILS DISPONIBLES*

FORMATION/ ACCOMPAGNEMENT*

PACSS ARS
ANAP

PUBLIC CIBLE

ARS/DT
CONSEILS GÉNÉRAUX

**Liste non exhaustive*

DÉCIDER

POSITIONNEMENT
- Analyse objective des points forts et faibles de chaque partenaire
- Analyse d'opportunités

INTER DIAG COOPÉRATIONS MS
- Outil Excel d'autoévaluation d'un projet de coopération

COOPERACT
- Collectif piloté par la FEP

CHECKLIST
- FEHAP

METTRE EN ŒUVRE

GESTION DE PROJET RIGOUREUSE

ACCOMPAGNEMENT EXTERNE
- Experts
- Accompagnement à la gestion de projet
- Coaching

ANTICIPATION DES IMPACTS DES COOPÉRATIONS

ÉTAPE 1
Étude d'opportunité

↓

ÉTAPE 2
Étude détaillée et définition des indicateurs

↓

ÉTAPE 3
Mise en place des indicateurs et suivi

↓

ÉTAPE 4
Bilan

PROPOSITIONS D'INDICATEURS
- Indicateurs de projet
- Indicateurs d'usage (ou d'activité)
- Indicateurs de résultats

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DES COOPÉRATIONS TERRITORIALES
- ANAP

GUIDE GCSMS
- FEGAPEI

ANNUAIRE DES COOPÉRATIONS ATLAS DES COOPÉRATIONS
- FHF

KIT COOPÉRATION
- UNIOPSS

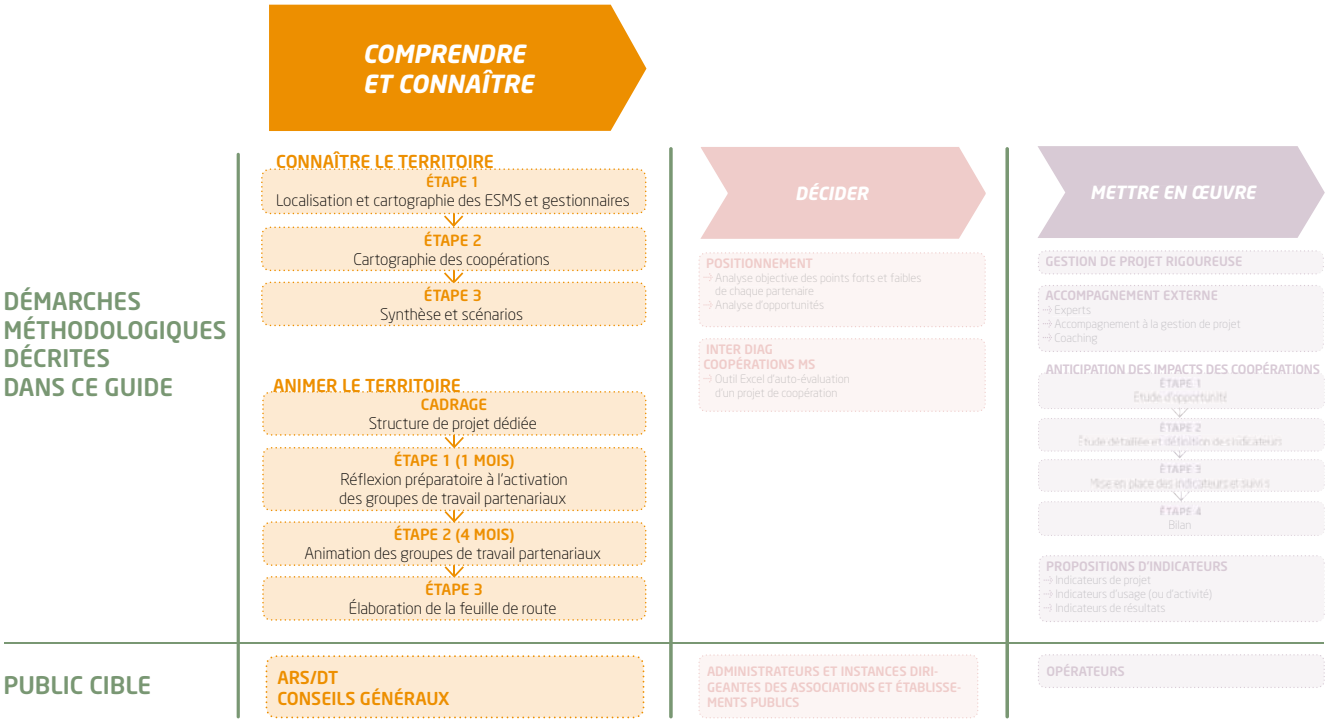
ÉVOLUTION DES FORMATIONS INITIALES ET CONTINUES

FÉDÉRATIONS →

ADMINISTRATEURS ET INSTANCES DIRIGEANTES DES ASSOCIATIONS ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

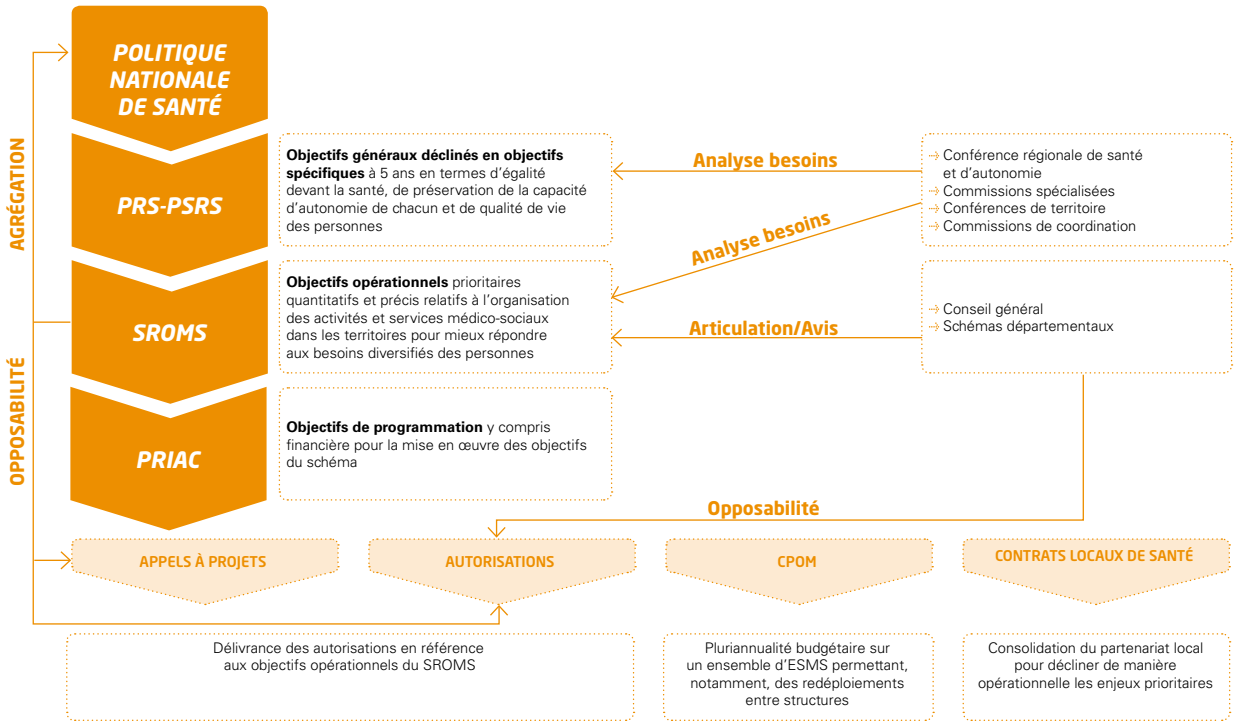
OPÉRATEURS

COMPRENDRE, L'ANIMATION DU TERRITOIRE



Les enjeux liés aux logiques de coopération s'inscrivent dans le cadre d'une politique de santé déclinée au niveau local par une organisation sanitaire, de prévention et médico-sociale adaptée aux besoins de la population. Pour l'ARS, cette stratégie globale, définie dans le Plan stratégique régional de santé, est traduite en actions dans le Schéma régional d'organisation médico-social.

Celui-ci a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux. Il est élaboré en cohérence et en complémentarité avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale arrêtés par les Conseils généraux.



Les schémas – SROMS et schémas départementaux – constituent ainsi les documents de référence pour les autorisations délivrées, qu'elles résultent ou non d'un appel à projets. La refonte des modalités d'autorisation des ESMS issue de la loi HPST constitue à cet égard une rupture : d'une démarche ascendante où les opérateurs repèrent les besoins non satisfaits et se proposent d'y répondre en sollicitant les financeurs publics à une logique descendante où les acteurs publics identifient et analysent les besoins pour afficher des priorités en matière de création de structures.

En outre, au-delà du régime des autorisations, les schémas sont également des outils permettant d'agir sur l'ensemble des champs réglementaires, conventionnels ou financiers. S'ils n'ont pas, dans ce cadre, de caractère opposable, ils n'en constituent pas moins le cadre programmatique pour la refonte des organisations existantes.

La régionalisation des politiques publiques de santé et médico-sociales offre donc une opportunité d'adaptation de l'offre de service médico-sociale sous réserve que celle-ci s'appuie sur une dynamique d'animation des territoires. Pour cela, le niveau départemental apparaît parfois le plus adapté pour permettre une articulation entre les services territorialisés des ARS, les Conseils généraux et les gestionnaires qui, s'ils n'ont pas nécessairement un rayonnement départemental, privilégient souvent cette dimension. Certains territoires justifient néanmoins une approche infra ou supradépartementale.

Les ARS et Conseils généraux peuvent s'emparer de cette logique dans un objectif de renforcement des coopérations avec deux approches méthodologiques complémentaires :

- une connaissance du territoire ;
- une animation de ce territoire avec son corollaire, le suivi des dynamiques initiées.

CONNAÎTRE LE TERRITOIRE POUR MIEUX L'ANIMER

ÉTAPE 1
Localisation et cartographie des ESMS et gestionnaires

↓

ÉTAPE 2
Cartographie des coopérations

↓

ÉTAPE 3
Synthèse et scénarios

L'imprécision des connaissances épidémiologiques orientées sur la pathologie et la notion de besoin, difficile à appréhender, rend complexe le partage d'orientations communes sur un territoire. Néanmoins, les logiques de coopérations peuvent être initiées en recensant certaines données *a priori* disponibles et en ciblant les dynamiques de parcours, d'efficience ou d'isolement. Pour cela, et en lien avec les travaux issus des SROMS et schémas départementaux, l'expérimentation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social et le programme PACSS visant à développer la logique de gestion de projet, trois temps apparaissent nécessaires.

Étape 1 : localisation et cartographie des ESMS et structures gestionnaires

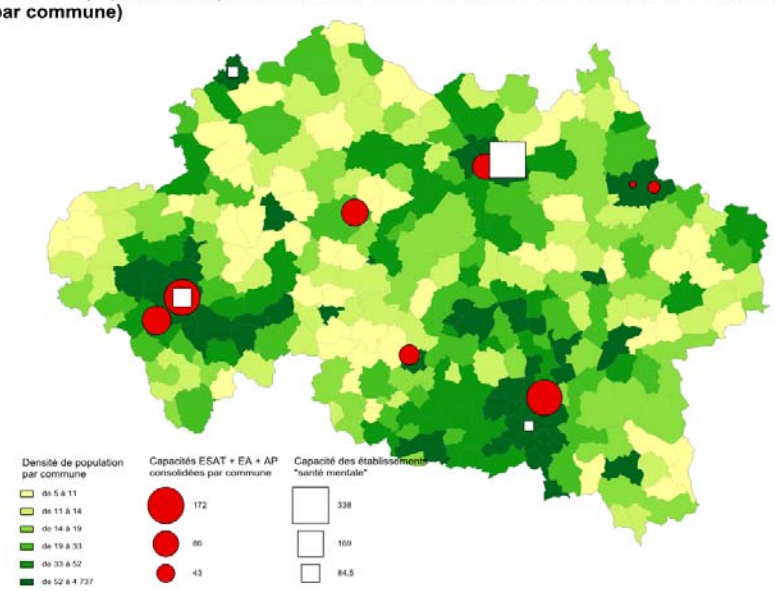
La formalisation d'une cartographie des ESMS (par types de structures et publics cibles) et des structures gestionnaires permet d'objectiver des potentialités de coopérations en mettant en regard quelques indicateurs de nature à anticiper l'évolution des structures (activité des ESMS, projections démographiques…). L'objectif opérationnel est d'identifier des coopérations potentielles sans rechercher une exhaustivité de la cartographie.

Les logiciels de cartographie disponibles au sein des ARS permettent à cet égard des représentations didactiques en intégrant ces données élémentaires telles que le type de structure et les capacités.

Cette première approche peut conduire à faire émerger des logiques territoriales comme les suivantes.

- Un bassin de vie : à l'image des trois pôles du département de l'Allier structurés autour des trois principales agglomérations qui structurent des bassins de vie cohérents servant de cadre aux logiques de coopérations médico-sociales :

Densité de population, capacité des ESAT-EA-AP et des ES avec une activité "santé mentale" (par commune)



⇢ Une proximité entre gestionnaires ou ESMS : la présence de plusieurs gestionnaires ou ESMS sur une zone peut justifier le recueil d'informations spécifiques pour ces structures. Elle constitue alors une hypothèse de travail qui sera ultérieurement soumise à réflexion.
Dans ces deux premières hypothèses, la cartographie peut être limitée au secteur médico-social et ne viser qu'à mettre en évidence des « coopérations-efficience ».
⇢ Une cartographie étendue aux structures sanitaires peut permettre, dans un second temps, de mettre en évidence des potentialités de « coopérations-isolement ».
⇢ Enfin, une logique de parcours peut être recherchée avec une cartographie intégrant les structures jouant un rôle dans l'articulation des acteurs (ex. : Maison de santé pluridisciplinaire, réseaux de santé…). Dans ce cadre, la proximité d'ESAT et de foyers avec un centre hospitalier spécialisé en santé mentale peut permettre la mise en place de liens visant à assurer une continuité pour les parcours de personnes handicapées psychiques. De même, pourront être fédérés les acteurs d'un même territoire investis auprès des personnes âgées.

Ces éléments peuvent être, dans la mesure du possible, complétés avec des indicateurs propres à certaines structures. Selon le type de coopérations envisagées, il peut s'agir par exemple :

⇢ **pour les « coopérations-parcours » :**
- nombre de sollicitations en urgence des services de pédopsychiatrie pour des structures de l'enfance handicapée,
- nombre de sollicitations en urgence des services de psychiatrie pour des structures accompagnant des personnes handicapées,
- nombre de sollicitations des services d'urgence pour des structures accompagnant des personnes âgées,
- nombre d'enfants/adultes accompagnés issus d'un département tiers,
- nombre de travailleurs handicapés titulaires du permis de conduire au sein d'un ESAT,
- distance entre les ESMS et les structures sanitaires,
- …

⇢ **pour les « coopérations-efficience » :**
- distances entre les ESMS,
- capacité des ESMS par strate de capacité,
- ESMS/gestionnaires au-dessous de certains seuils (ex. : 50 salariés liés par un contrat de travail à durée indéterminée, 3 M€ de ressources, 1,5 M€ d'actif net…),
- ESMS/gestionnaires mono-activité,
- ESMS par type d'accompagnement et public cible,
- ESMS situés à plus de 30 minutes d'une zone urbaine,
- territoires de rayonnement des entités gestionnaires,
- ESMS en difficulté financière,
- niveau de qualification des professionnels chargés des fonctions comptabilité-gestion,
- maturité des gestionnaires sur le thème de la sécurité (ex. : sécurité alimentaire, sécurité incendie, groupe électrogène, légionellose, sécurité des données personnelles transmises via informatique, sécurité financière…),
- …

⇢ **Pour les « coopérations-isolement » :**
- postes non pourvus,
- départs en retraite à venir,
- démographie médicale,
- qualification des professionnels des ESMS/siège,
- …

Ces exemples d'indicateurs, cités par les acteurs rencontrés, ont vocation à amorcer un dialogue à partir de données objectives.

Étape 2 : cartographie des coopérations existantes ou en gestation

Un recensement des coopérations fournit des éléments pour mesurer les dynamiques d'un territoire et les affinités entre acteurs. Ce recensement n'est envisageable qu'avec une définition précise des coopérations à recenser, à savoir :
⇢ les coopérations impliquant au moins une structure médico-sociale ;
⇢ les coopérations matérialisées par un acte juridique (convention, groupement– GCSMS, GCS, GIP, GIE, groupement d'employeurs –, association, fondation, fonds de dotation, mandat de gestion…).

Une interview des services préfectoraux permet de recueillir la liste des conventions constitutives de GCSMS si elle n'est pas disponible à l'ARS ; **un recueil d'informations auprès des gestionnaires** permet en parallèle de lister les coopérations matérialisées par un acte juridique. Afin d'appréhender la réalité de la dynamique de celles-ci, les principales informations à collecter sont :
⇢ objectifs stratégiques de la coopération ;
⇢ objectifs opérationnels ;
⇢ modalités de mise en œuvre ;
⇢ indicateurs d'activité (en lien avec les modalités de mise en œuvre) ;
⇢ support juridique ;
⇢ date de création (acte juridique) ;
⇢ effectif (ETP) ;
⇢ ESMS gérés ;
⇢ budget ;
⇢ territoire ;
⇢ indicateurs d'impact (usagers/ressources humaines/efficience économique) ;
⇢ perspectives ;
⇢ coordonnées et contact.

Ces éléments complètent la cartographie des ESMS et structures gestionnaires élaborée en Étape 1 et fournissent des éléments qualitatifs sur les dynamiques d'articulation.

Étape 3 : synthèse et identification de scénarios

À partir des cartographies d'ESMS, des structures gestionnaires et des coopérations, des scénarios de coopération peuvent être tracés en vue d'un échange avec les acteurs du ou des territoires concernés. Ces coopérations peuvent être imaginées sous les trois angles déjà évoqués.

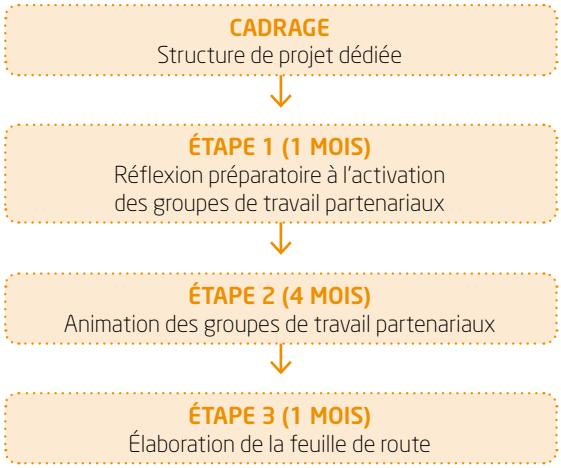
- **Les « coopérations-parcours »** qui visent à répondre à l'évolution des besoins des usagers liée notamment à l'allongement de l'espérance de vie et en meilleure santé, l'accroissement des maladies chroniques et des polypathologies et à l'exigence du citoyen fragile, qu'il soit handicapé ou âgé, de vivre au maximum de son autonomie et hors de l'institution. Ce type de coopération se traduit généralement par une implication d'acteurs médico-sociaux et sanitaires voire sociaux, professionnels de l'habitat, de l'éducation et de l'insertion.
- **Les « coopérations-efficience »** fondées sur une recherche d'efficience, s'appuyant sur une mutualisation de moyens. En fonction du niveau de maturité atteint, ces coopérations peuvent être réduites à la co-utilisation d'un service logistique jusqu'à comporter des prises en charge déléguées de tout ou partie de l'activité ou porter une logique de rapprochement.
- **Les « coopérations-isolement »** permettant de faire face à l'isolement géographique d'un ou plusieurs établissements et/ou services sur leur territoire. Les coopérations établies visent à rechercher une masse critique permettant d'attirer et stabiliser des professionnels qualifiés.

Ces scénarios doivent avoir pour objectif l'émergence de projets, nouveaux ou pressentis, sans présupposé sur les outils qui pourront être nécessaires à leur éventuelle mise en place (outil juridique, outil budgétaire…).

Cette démarche n'est pas contradictoire avec des logiques plus incitatives et vise même à les alimenter le plus en amont possible. Les CPOM et la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projets doivent pouvoir être enrichis de cette cartographie. Les modes de rédaction des cahiers des charges annexés aux avis d'appels à projets pourraient s'appuyer sur ces données pour, à terme, quitter des logiques interstitielles qui conduisent à délivrer des autorisations de structures en silo ou par catégories juridiques classiques et aller vers des logiques de projets de réponses diversifiées déclenchant un nombre de places ou une offre de services quelles que soient les institutions d'appartenance permettant de répondre à des besoins coordonnés sur un territoire.

ANIMER LE TERRITOIRE POUR MIEUX L'ORIENTER

Les orientations retenues dans les documents programmatiques que sont les SROMS et les schémas départementaux, appuyées par les PRIAC, sont déclinées au travers des autorisations, appels à projets, CPOM, conventions tripartites, évaluations internes et externes et renouvellements d'autorisation qui y sont attachées, et contrats locaux de santé. Les dynamiques de coopération sont de nature à faciliter cette adaptation de l'offre de service médico-sociale. Elles supposent néanmoins de faire converger les points de vue des autorités de financement et des opérateurs médico-sociaux sur les projets de territoire. C'est l'ambition, modeste, de la démarche proposée ci-dessous en quatre étapes qui s'appuie sur une gestion de projet classique qui identifie clairement les personnes ressources lors de son lancement :



Étape 0 : Le cadre de la démarche

Les axes d'évolution relatives aux coopérations impliquent de mettre en place un partenariat élargi entre l'ARS, le ou les Conseils généraux et les opérateurs du champ médico-social concernés. Pour cela, une structure **de projet souple et dédiée à la réflexion** peut être mise en place. **Elle suppose un chef de projet clairement identifié sur cette fonction transversale** au sein de l'ARS, du Conseil général et des acteurs médico-sociaux. Sur ces bases, des instances classiques de gestion de projet peuvent structurer la réflexion.

- Un groupe projet : sa mission est de suivre l'ensemble de la réflexion, accompagner la démarche, veiller au respect du cadre et des délais, et valider les différents documents produits. Il prépare les conclusions afin de ne présenter aux partenaires que des actions dont la pertinence est préalablement étudiée au niveau de leur faisabilité. Il valide les modalités pratiques d'organisation de la démarche. Cette instance doit rester souple et être en

mesure de se réunir même en l'absence de certains membres. Ce groupe peut être composé de représentants de l'ARS et du Conseil général. Pour assurer la conduite du projet de manière optimum, il est souhaitable que ce groupe projet soit composé des mêmes personnes de l'étape de démarrage à la finalisation du projet.

- Un comité de pilotage partenarial : il permet une diffusion des conclusions de la réflexion et une présentation du suivi de l'état d'avancement des dynamiques de coopérations sur un territoire. Outre les membres du groupe projet, il réunit les gestionnaires du territoire concerné par la réflexion à chaque étape clé de la démarche – lancement, conclusion des groupes partenariaux et feuille de route.
- Un chef de projet, référent de la démarche : il est en mesure de consacrer une partie de son temps au projet. Il a en particulier un rôle prépondérant dans la collecte des informations, l'animation du projet (réservation de salles, invitations des partenaires, animation des réunions, formalisation des comptes rendus…) et assure la circulation de l'information autour du travail entrepris au sein de l'ARS – s'il est issu de l'ARS – mais également en direction des partenaires externes, Conseils généraux, acteurs médico-sociaux, voire partenaires sanitaires et sociaux.
- Des groupes de travail : leur rôle est de recueillir les informations nécessaires à l'avancement des travaux et d'élaborer des propositions conformes aux orientations définies par le PRS, le SROMS et les schémas départementaux. Outre l'ARS, le ou les Conseils généraux, les groupes sont composés de représentants des gestionnaires concernés ainsi que de représentants des établissements de santé si les coopérations pressenties le justifient.

Sur ces bases, et dans le prolongement des travaux de cartographie, **cette démarche doit être envisagée sur un délai limité d'environ 6 mois afin d'assurer sa crédibilité.**

Étape 1 : réflexion préparatoire à l'activation des groupes de travail partenariaux

Cette étape a pour objectif de **mettre en place la démarche** en identifiant avec précision les modalités d'implication des partenaires.

Cette étape recouvre principalement :
- la constitution des instances de pilotage (réunion du groupe projet, information des partenaires, identification du chef de projet) ;
- la présentation et l'adaptation de la méthodologie proposée : le groupe projet peut être animé à partir d'une présentation synthétique de la démarche et des éléments de cartographie ;
- l'identification des personnes ressources au sein des structures gestionnaires (directeurs généraux et, à défaut, directeurs – via les présidents) ;
- la formalisation d'une note d'information, sur une page, dédiée à la démarche. À large diffusion, éventuellement sous format électronique, cette note a pour objectif de sensibiliser les acteurs sur la méthodologie (acteurs mobilisés, calendrier, recueil d'informations…) et ainsi d'en fiabiliser les résultats mais également de communiquer sur les enjeux de la coopération à partir des orientations du SROMS et des schémas départementaux.

Cette étape donne lieu à la production des éléments suivants :
- compte-rendu de réunion du groupe projet ;
- liste des personnes sollicitées pour participer aux groupes de travail ;
- note d'information n°1 ;
- calendrier prévisionnel de la démarche.

Cette étape peut être réalisée dans **un délai d'un mois** et représente une charge de travail estimée à environ 4 jours pour le chef de projet (hors travaux de cartographie).

Étape 2 : animation des groupes de travail partenariaux

Cette étape a pour objectif de mettre en place **une consultation des gestionnaires du territoire sur la base des éléments de cartographies.** La réflexion doit permettre d'identifier des orientations et actions partagées à mettre en œuvre tout en veillant à leur cohérence.

Cette étape est mise en place avec :
- la réunion des groupes de travail pour procéder à l'analyse critique des éléments de cartographie et de leurs évolutions prévisibles et pour formuler des propositions d'action en termes de coopération, pour les trois types de coopérations identifiées (« coopérations-parcours », « coopérations-efficience » et « coopérations-isolement ») ;
- un groupe de travail d'une quinzaine de participants maximum pourrait être réuni par scénario identifié par le groupe projet. Le groupe se réunit trois demi-journées pour permettre une analyse approfondie des sujets abordés ;
- le chef de projet anime l'ensemble des réunions en invitant les participants soit à formuler leurs préconisations, sous forme d'actions précises, propres à chaque type de coopération potentielle soit à proposer de nouvelles hypothèses de coopération. Il assure également la rédaction des comptes rendus ;
- entre la deuxième et la troisième réunion du ou des groupes de travail, le groupe projet est réuni pour une présentation des premières conclusions. Une réunion est également organisée à l'issue des travaux du ou des groupes de travail.

À partir de ces réunions, **les éléments suivants sont produits :**
- les comptes rendus des groupes de travail sous forme synthétique qui serviront, après validation par le groupe projet, de documents de référence pour engager la rédaction de la feuille de route des coopérations ;
- un support de présentation de la synthèse ;
- une note d'information n° 2.

Cette étape peut être réalisée **dans un délai de 4 mois** à l'issue de l'étape 1.

Pour un groupe de travail réuni à trois reprises, elle représente **une charge de travail pour le chef de projet estimée à 7 jours** répartis comme suit :
- 2 jours au titre des réunions ;
- 2 jours pour la rédaction des comptes rendus synthétiques ;
- 2 jours pour la réunion intermédiaire et finale du groupe projet ;
- 1 jour pour la rédaction de la synthèse et sa présentation.

Étape 3 : élaboration de la feuille de route

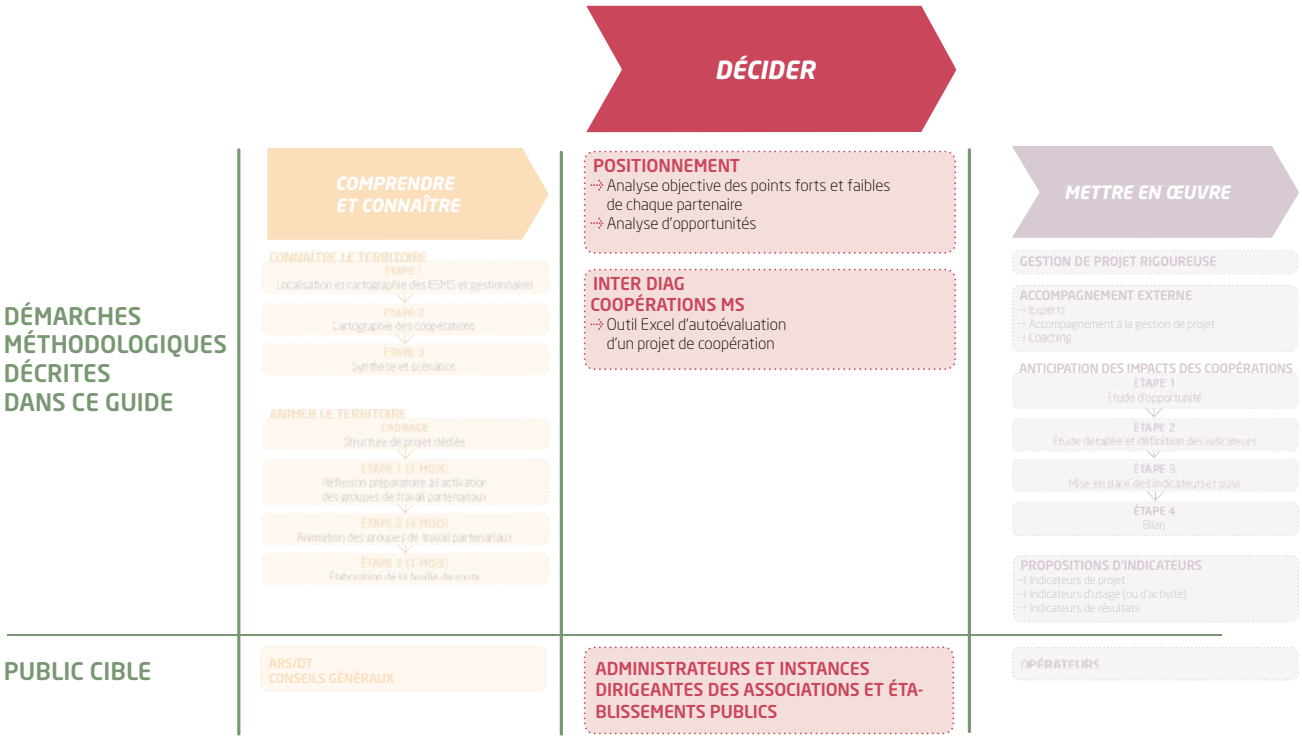
Cette étape vise **à capitaliser l'ensemble des éléments produits lors de la cartographie et lors des étapes 1 et 2 en vue de formaliser la feuille de route qui sera partagée avec les gestionnaires.**

Les éléments suivants permettent l'élaboration de cette feuille de route :
- formalisation de scénarios accompagnés d'un argumentaire et d'un calendrier prévisionnel de mise en œuvre. Chacun des scénarios, en fonction de sa logique (parcours, mutualisation de moyens, rapprochement…) pourrait détailler ses objectifs principaux et acteurs potentiels sans chiffrage ;
- présentation aux instances de pilotage, groupe projet et Comité de pilotage partenarial.

À l'issue de l'étape 3, sont produits :
- les coopérations potentielles synthétisées sur une feuille de route globale ;
- une note d'information n° 3.

Cette étape peut être réalisée **dans un délai d'1 mois** à l'issue de l'étape 2. Elle représente une charge de travail estimée à 4 jours pour le chef de projet.

DÉCIDER, LA VOLONTÉ DE S'ENGAGER DANS UNE LOGIQUE DE COOPÉRATION



L'entrée dans une dynamique de coopération est souvent freinée par l'absence de lisibilité sur les opportunités ouvertes par celle-ci conduisant les acteurs à un repli. De plus, elle ne peut être imposée et suppose au contraire une démarche proactive des décideurs, en particulier présidents et directeurs généraux (logique d'*empowerment*).

Dans ce cadre, et outre l'implication régulière des autorités de financement, deux approches méthodologiques sont proposées. L'une vise les instances délibératives et directions générales des structures gestionnaires ; la seconde propose un diagnostic sur un projet de coopération.

UN NÉCESSAIRE POSITIONNEMENT AU NIVEAU DES INSTANCES DÉLIBÉRATIVES ET DIRECTIONS GÉNÉRALES

La coopération est généralement intégrée aux objectifs stratégiques des documents programmatiques des ARS, Conseils généraux voire des CPOM. Cette dimension stratégique ne peut être rendue opérationnelle qu'à la condition de reposer **sur une analyse objective des points forts et points faibles de chaque partenaire ainsi que des opportunités offertes par la coopération et des risques à ne pas prendre.** La coopération peut ainsi s'inscrire dans une dimension de recomposition de l'offre de service médico-sociale visant à améliorer le parcours des usagers, les articulations entre les acteurs et renforcer l'efficience des structures.

L'outil COOPERACT, élaboré en partenariat avec plusieurs fédérations avec le soutien financier de la section V de la CNSA et disponible sur l'extranet de la CNSA ou auprès des ARS, vise à établir un diagnostic complet sur un projet associatif et à identifier des axes d'évolution. Il est composé de trois volets :

- un auto-diagnostic sur quatre axes (stratégie et gouvernance, présentation des activités et prestations, organisation et fonctionnement, environnement) à destination des associations amorçant une réflexion sur le thème de la coopération ;

- une grille de synthèse permettant à l'association de s'autoévaluer sur ces quatre axes ;
- un plan d'action de coopération présentant une méthodologie d'aide à la décision pour l'association.

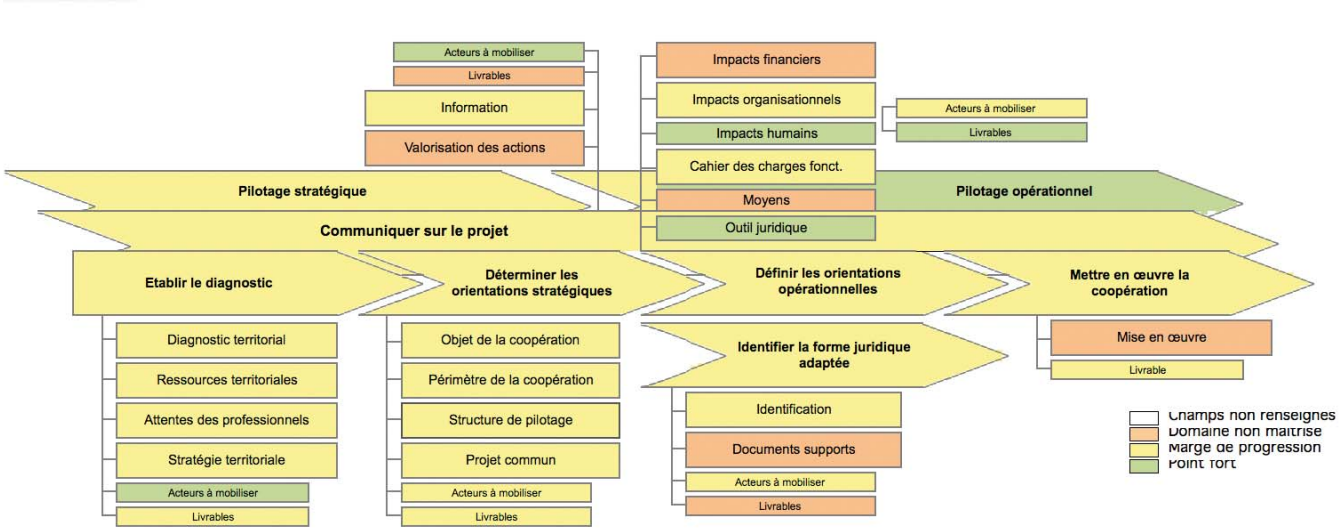
L'utilisation de cet outil, généralement étayé par une formation à destination de présidents et/ou directeurs généraux ou directeurs, peut mobiliser un temps conséquent sur plusieurs mois (6 jours de formation). En effet, il apparaît pertinent en amont de tout processus de coopération pour donner de nouvelles perspectives à un projet associatif. Il peut également être utilisé pour interroger plusieurs associations.

Ce type d'outil peut être utilement complété par :
- **un diagnostic sur les prochains départs en retraite** tant au niveau des instances délibératives que des professionnels ;
- **l'éclairage d'experts au sein des instances délibératives** pour traiter d'un questionnement précis ou pour organiser la réflexion qui est susceptible de faire émerger de nombreuses interrogations ;
- l'ouverture vers d'autres partenaires au travers, par exemple, de la **mise à disposition mutuelle d'un administrateur** entre deux structures gestionnaires ;
- **une réflexion sur la notion de « deuil »** de l'entité amenée à évoluer (ex. : finalisation d'un processus de coopération concomitamment aux cinquante ans d'une association, cérémonie dédiée…).

RÉALISER UN DIAGNOSTIC SUR UN PROJET DE COOPÉRATION : INTER DIAG COOPÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES

L'outil Inter Diag Coopérations médico-sociales permet aux coopérations d'évaluer par une série de questions simples (réponses oui/non/en partie/non concerné) le degré de maturité de leur coopération sur chacun des six axes proposés et d'ainsi pouvoir objectiver tant les points forts que les leviers d'amélioration possibles. Les questions sont organisées selon les six axes suivants :
- diagnostic ;
- orientations stratégiques ;
- orientations opérationnelles ;
- forme juridique ;
- communication ;
- mise en œuvre.

Il permet au final une représentation graphique sous la forme suivante :

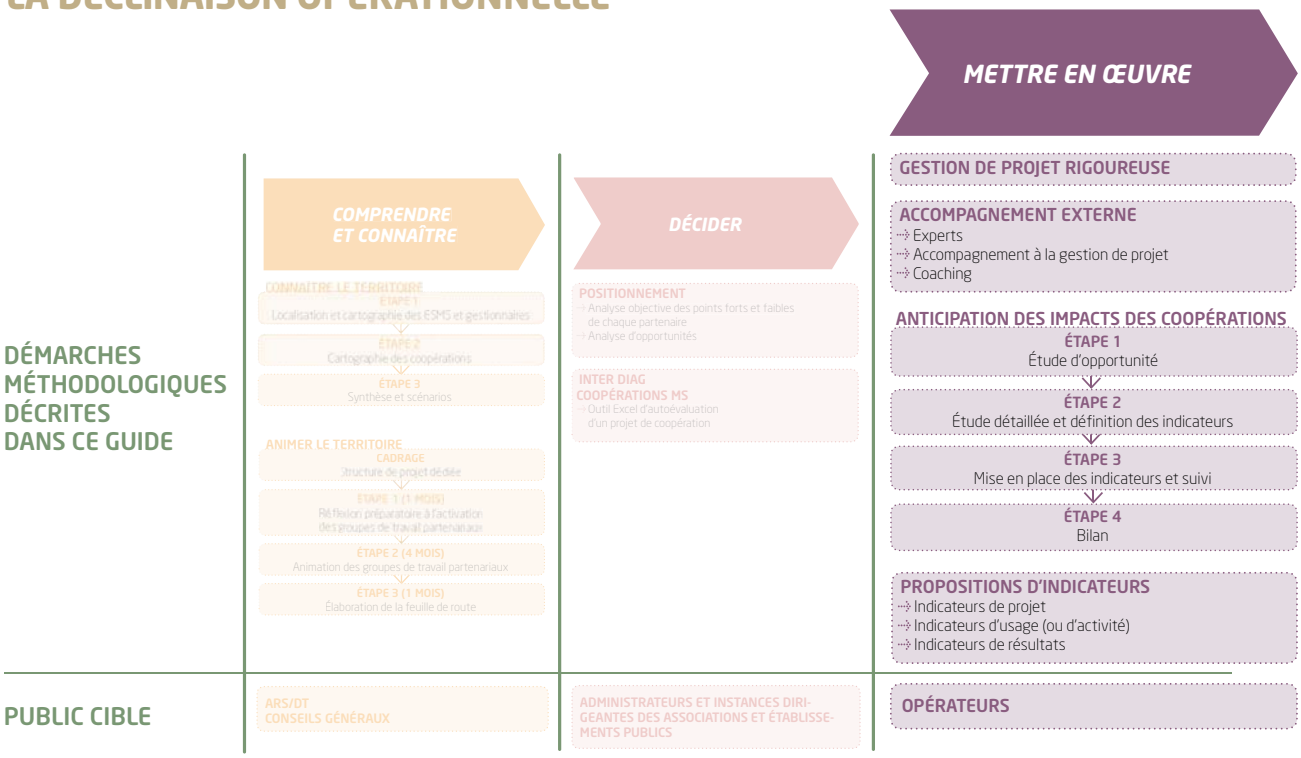


Modeste, cet outil n'a pour autre objectif que de susciter le dialogue, d'aider à identifier les possibles marges de progression, éventuellement de donner quelques premières pistes de réflexion aux structures souhaitant s'engager dans une démarche de coopération. Dans cette optique, le lecteur trouvera dans les retours d'expérience un certain nombre d'éléments complémentaires.

L'IMPLICATION DE L'ARS ET DU CONSEIL GÉNÉRAL AUX ÉTAPES CLÉS DE LA RÉFLEXION

Une fois le processus de réflexion engagé, il apparaît essentiel d'y associer l'ARS et, selon les types d'ESMS, le Conseil général. Seuls des allers-retours réguliers, par exemple avec une structure de projet dédiée au projet de coopération sont de nature à rendre possible la finalisation du processus sur une base équilibrée, en particulier si celui-ci contribue à une reconfiguration de l'offre médico-sociale.

METTRE EN ŒUVRE, LA DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE



La concrétisation d'une coopération est dans tous les cas la résultante d'un processus de plusieurs mois voire de plusieurs années. Il n'en constitue pas moins le plus difficile tant la définition du projet, en amont, apparaît essentielle. Plusieurs éléments peuvent faciliter cette mise en place ou sa légitimation :

- une gestion de projet rigoureuse ;
- un accompagnement externe ;
- une anticipation des impacts.

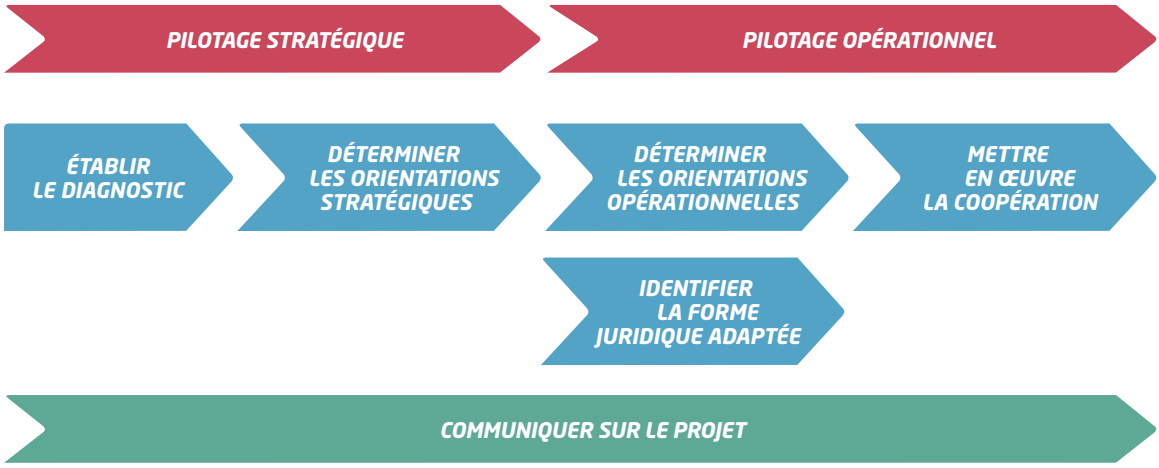
UNE GESTION DE PROJET RIGOUREUSE

Les expériences restituées dans les monographies montrent que les démarches suivies sont souvent empiriques. **La démarche projet du *Guide méthodologique des coopérations territoriales* (tome 1, page 65 et suivantes) peut être reprise pour les acteurs médico-sociaux en passe d'amorcer une coopération.** Elle se compose des cinq étapes suivantes :

1. une phase de diagnostic se composant à la fois d'une analyse des besoins d'accompagnement de la population sur un territoire et d'une analyse des forces et faiblesses des ressources territoriales ;
2. une phase de détermination des orientations stratégiques portant sur le périmètre de la coopération et sur la structure provisoire de pilotage du projet ;
3. une phase de définition des orientations opérationnelles du projet visant à décrire la façon de conduire le projet ;
4. une phase d'identification de la forme juridique adaptée à la coopération que les acteurs souhaitent mettre en œuvre ;
5. une phase de mise en œuvre opérationnelle de la coopération.

Ces cinq phases s'accompagnent nécessairement de deux phases complémentaires dont la durée de vie est celle du projet :

- une phase de communication tout au long du projet pour informer les usagers, les partenaires, les personnels des institutions concernées de l'avancée du projet ;
- une phase de pilotage du projet, de façon à s'assurer de l'atteinte des objectifs initiaux et de la tenue du calendrier.



Extrait du Guide méthodologique des coopérations territoriales, *ANAP, 2011*

UN ACCOMPAGNEMENT EXTERNE

Les appuis externes mobilisés pour la mise en place des coopérations rencontrées dans le cadre des retours d'expérience sont ponctuels. Ils concernent des expertises ciblées, comme la rédaction d'une convention constitutive ou un éclairage sur une dimension ressources humaines. Certaines associations bénéficient néanmoins parfois d'accompagnement plus soutenu de la part de leur fédération. Plusieurs types d'accompagnements peuvent être distingués : l'expertise sur un secteur donné, souvent juridique, l'accompagnement à la gestion de projet et le coaching.

À partir des retours d'expérience, **les principaux domaines d'expertise** suivants sont susceptibles d'être mobilisés et repris dans un cahier des charges :

- une expertise juridique relative :
  - aux statuts juridiques – association ou établissement public,
  - aux supports juridiques potentiels de la coopération (GCSMS, GCS, GIP, GIE, groupement d'employeurs, association, fondation, convention, fonds de dotation…),
  - aux liens entre les choix de gouvernance et constitution du capital social,
  - aux autorisations,
  - aux ressources humaines (droit du travail, conventions collectives propres au secteur médico-social ou au statut de la fonction publique hospitalière),
  - à une expertise comptable et financière (traitements comptables, financement de la coopération, pérennité du modèle retenu)
- une capacité à mener un diagnostic patrimonial et mobilier, et à anticiper les conséquences de la coopération (ex. : application de l'article L.313-19 et R.314-97 du CASF) ;

- une expertise fiscale (ex. : formalisation d'une demande de rescrit fiscal) ;
- une expertise concernant les ressources humaines.

Dans une moindre mesure, deux domaines sont susceptibles de faire l'objet d'un accompagnement : les assurances et les systèmes d'information.

L'accompagnement à **la gestion de projet** peut être pertinent pour des projets complexes et **le coaching** vise des situations critiques au niveau d'une direction.

Dans tous les cas, **l'encadrement intermédiaire doit être plus particulièrement impliqué tout au long de la démarche afin de garantir sa réussite.** En effet, il s'agit d'une démarche réfléchie et rigoureuse qui implique la participation de tous les acteurs de la structure : administrateurs, directeurs, salariés, avec une information régulière des instances représentatives des personnels. De manière opérationnelle, ce point recouvre notamment :
- un bilan des attentes et craintes des professionnels concernés par le projet de coopération dès le lancement de celui-ci ;
- la mise en place d'une information destinée aux professionnels : celle-ci est régulière et dédiée à la mise en place de la coopération. Une fois la coopération effectivement en place, cette information prend fin ;
- un plan de formation et d'adaptation des compétences en cas de besoin qui peut se traduire par des séances ciblées (ex. : en vue de l'utilisation d'un logiciel commun) ou des réunions de prise de contact avec les partenaires.

Certains gestionnaires engagés dans un processus de rapprochement rencontrent des difficultés à identifier des prestataires en capacité de fournir les garanties suivantes :
- une connaissance du secteur médico-social ;
- une capacité à mobiliser, éventuellement via un dispositif de partenariat (sous-traitance, co-traitance…), l'ensemble des expertises listées ci-dessus ;
- une expérience d'accompagnement de projets de coopération ;
- une conscience des enjeux de restructuration de l'offre médico-sociale.

De plus, la coopération dans le secteur médico-social dispose d'un cadre législatif et réglementaire, illustré par les nombreux outils à disposition des gestionnaires (convention, groupement – GCSMS, GCS, GIP, GIE, groupement d'employeurs –, association, fondation, fonds de dotation, mandat de gestion…). Les incitations restent cependant marginales et les opérateurs n'ont pas nécessairement intérêt à s'engager dans un processus de coopération.

Dans ce cadre, un dispositif de référencement des prestataires pourrait être de nature à faciliter l'identification d'expertises reconnues par les gestionnaires et permettre une présence auprès des partenaires. Ce dispositif pourrait être envisagé avec :
- une coopération cadrée par une feuille de route partagée préalablement avec l'ARS ;
- une identification, en amont, des impacts de la coopération.

UNE ANTICIPATION DES IMPACTS DES COOPÉRATIONS, APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'évaluation de la valeur des projets de coopération
La notion de valeur doit être considérée comme multidimensionnelle, objective et dynamique, reflétant les diverses dimensions et l'évolution des objectifs stratégiques suivis par les organisations. Elle n'est pas réduite à la seule dimension de « retour sur investissement » qui limite l'approche à une dimension quantitative dont les paramètres sont largement financiers. La création de valeur des projets de coopération doit ainsi être entendue au sens de contribution à la performance des structures médico-sociales.

L'évaluation de la valeur des projets de coopérations médico-sociales apparaît comme une démarche nouvelle pour les structures gestionnaires d'ESMS. C'est pour cette raison que les développements qui suivent ont été distingués de ceux concernant la gestion de projet ; ils sont néanmoins étroitement liés. Les échanges avec ces structures ont démontré la nécessité de pédagogie et de pragmatisme pour assurer l'appropriation et la diffusion de ces notions. C'est l'objectif de cette approche méthodologique qui s'adresse :
- aux porteurs de projet de coopération, directeurs et directeurs généraux ;
- aux chefs de projet en charge du suivi de la coopération une fois celui-ci lancé ;
- aux professionnels des ARS et Conseils généraux mobilisés sur la thématique des coopérations médico-sociales afin d'éclairer leurs échanges avec les gestionnaires.

Cette approche méthodologique doit permettre aux porteurs de projet d'évaluer et de suivre la valeur du projet de coopération. Elle recouvre :
- une démarche type qui reste à adapter à chacun des contextes ;
- une liste d'indicateurs de mesure d'impact qui ont été utilisés ou évoqués lors des retours d'expérience. **Ces indicateurs, divers et non-exhaustifs, ont pour seul objectif d'illustrer la méthode évoquée.**

Cette démarche doit être liée à la gouvernance du projet et non au seul niveau technique car elle a vocation à :
- conforter le bien fondé de l'investissement réalisé pour la coopération en se basant sur des éléments objectifs, partagés et mesurables sur lesquels les porteurs de projets peuvent s'engager ;
- s'assurer qu'ils représentent soit un véritable levier de performance pour la structure gestionnaire (sur l'efficience économique, les conditions de travail des personnels et/ou sur la qualité du parcours des personnes accompagnées), soit une contribu-

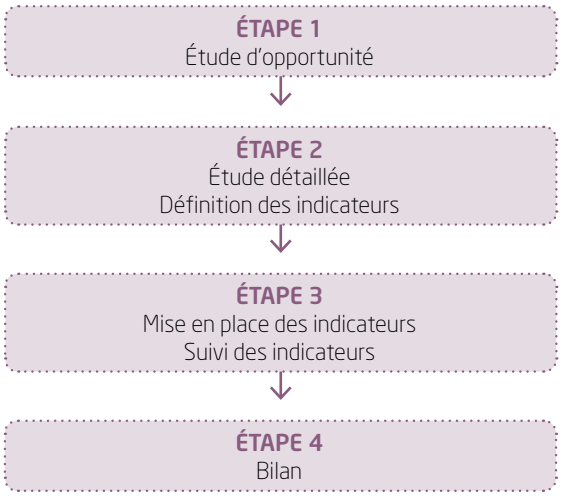
tion reconnue à l'atteinte de la stratégie des établissements et services et/ou de leurs obligations ;
⇢ mesurer la performance du projet au regard des résultats obtenus face à ceux attendus.

Pour cela, la structure de projet peut être confondue dans un premier temps avec les instances décisionnaires c'est-à-dire :
⇢ le Conseil d'administration pour les étapes de validation ;
⇢ la Direction générale/Direction en lien avec un chef de projet dédié (souvent un directeur ou le directeur général) pour les collectes de données.
Une fois le processus de coopération amorcé, des instances de projet dédiées peuvent être mises en place.

La démarche doit également reposer sur une description détaillée du projet de coopération, en particulier en termes d'objectifs stratégiques et opérationnelles. Cette description en facilitera son appropriation.

Enfin, **la démarche peut être utilisée à tout moment du projet :**
⇢ en amont d'un projet de coopération pour vérifier la pertinence et être en mesure de s'engager sur des résultats attendus et mesurables ;
⇢ comme point d'entrée à la conduite d'arbitrage en permettant de voir si la contribution et/ou les bénéfices attendus sont raisonnables au regard de l'investissement demandé ;
⇢ en aval du projet pour s'assurer de la conformité de l'évolution aux attentes des indicateurs de résultats une fois le projet réalisé et permettre ainsi de conduire des actions correctrices éventuelles en cas d'écarts constatés par rapport aux prévisions.

La démarche peut suivre **les quatre étapes successives** suivantes :



Cette démarche doit être lue à la lumière des développements en page 94 et suivantes qui reviennent sur les notions d'indicateurs de projet, d'usage et de résultats et qui proposent, à titre d'illustrations, plusieurs items.

Étape 1 : étude d'opportunité

L'objectif est de disposer d'un premier niveau de description de la coopération, suffisant pour avoir une première estimation de sa valeur, et permettre à l'instance décisionnaire de décider si cette piste doit être poursuivie ou arrêtée.

Dans les faits, cette étude aura été menée préalablement et soumise aux instances décisionnaires avec :
⇢ une description du besoin reprenant les principaux objectifs, les enjeux, les partenaires, les principaux risques et difficultés, les principaux gains attendus et une estimation des coûts globaux et de la durée de la mise en place de la coopération ;
⇢ une validation de la synthèse d'opportunité par une présentation aux instances décisionnaires.

Étape 2 : étude détaillée de la coopération et définition des indicateurs

Il s'agit de disposer d'un niveau de description suffisant permettant d'analyser la valeur de la coopération.

La synthèse d'opportunité sera par conséquent précise avec :
⇢ une présentation détaillée des objectifs de la coopération, ses enjeux, ses risques, ses gains…
⇢ une estimation des coûts induits par la coopération, les charges de personnels, les charges de fonctionnement, les frais immobiliers, les frais fiscaux…
⇢ un calcul de retour sur investissement prévisionnel pourra être effectué sur 3 ou 5 ans en intégrant l'ensemble des coûts induits par la coopération.

Notons que la traçabilité des aspects financiers des processus de coopération n'est actuellement pas assurée par les porteurs de projet. Le bilan économique de ces opérations ne constitue pas leur enjeu premier. De plus, il n'est pas aisé de :
⇢ lister les postes à retenir (ressources humaines, consommables, contrats de maintenance, amortissements, frais financiers, transports, frais de gestion, coûts de structure…) ;
⇢ traduire une meilleure qualité d'accompagnement ;
⇢ évaluer les coûts évités (ex. : recours aux urgences évités ou durées d'hospitalisation écourtées) et les coûts indirects (ex. : surcoûts de gestion liés à l'existence de plusieurs structures contre une seule structure).

À cet égard, et dans le prolongement des pistes évoquées par l'IGAS[6], il pourrait être intéressant de suivre plus particulièrement deux types de coûts :
- les « coûts de transition » liés à la mise en place de la coopération (ex. : formation pour l'utilisation d'un logiciel commun à deux associations qui coopèrent, sureffectif temporaire…) ;
- les « coûts structurels » liés à la mise en place de la coopération (ex. : coût de fonctionnement induit par la coopération, non résorption des sureffectifs…).

Il convient dans un second temps de définir les indicateurs de résultats : à partir d'une analyse des processus et de l'impact de la coopération sur chacune des activités, sont déduits des indicateurs mesurables. Pour chaque indicateur, une fiche est formalisée avec ses règles de gestion :

Définir	
Définition	Définir l'indicateur
Objectif	Donner l'objectif de l'indicateur
Enjeux	Quels enjeux pour le ou les gestionnaires, le ou les établissements et services, et l'accompagnement des usagers ?
Produire	
Unité	Quelle unité pour l'indicateur ?
Mode de calcul	Quelle formule de calcul ?
Sources	Quelles informations mobilisées ?
Fiabilité des données	Quelle est la robustesse des données ?
Période de mesure	Quelle est la période de mesure la plus pertinente ?
Suivre - Analyser - Comparer	
Mode d'évaluation/Suivi/ Interprétation	Quelle est la valeur cible ? Quels sont les outils à disposition ?

Étape 3 : mise en place et suivi des indicateurs

L'objectif est de s'assurer que l'évolution de la coopération est conforme aux attentes de performance initialement fixées.

Pour cela, les indicateurs sont mis en place avec :
- une mesure initiale et la définition de valeurs cibles ;
- le suivi des indicateurs de projet (coûts/charges, délais, périmètre) avec un suivi qui peut être au maximum mensuel. Chaque suivi est conclu par une analyse des écarts entre le prévisionnel, le réalisé et le reste à faire ;
- le suivi des indicateurs d'usage (d'activité) avec une comparaison par rapport aux valeurs cibles ;
- le suivi des indicateurs de résultats mesurés avant la mise en place de la coopération, après son lancement et régulièrement selon les indicateurs concernés.

Les instances dédiées à la coopération peuvent, sur la base de ces indicateurs, envisager si besoin des actions correctrices.

Étape 4 : bilan

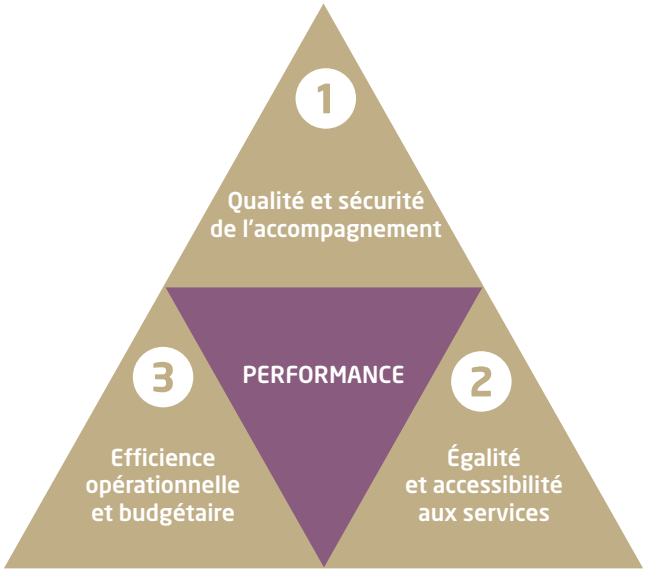
Le bilan doit permettre de vérifier *a posteriori* l'atteinte des objectifs et des valeurs cibles attendues pour la coopération.
Il peut se traduire par :
- la mise en place d'actions correctrices ;
- une communication auprès de l'ARS ;
- une capitalisation en vue de l'extension de la coopération.

(6) IGAS, Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales, *février 2011*

UNE ANTICIPATION DES IMPACTS DES COOPÉRATIONS, PROPOSITION D'INDICATEURS

L'enjeu des établissements et services médico-sociaux est de concilier qualité, sécurité et accessibilité de l'accompagnement avec maîtrise budgétaire, rejoignant en cela la définition de la performance en santé donnée par l'OMS :

1. les ESMS doivent répondre à de nombreuses exigences pour garantir la qualité de l'accompagnement et sa sécurité : évaluations interne et externe, certification…
2. l'objectif de garantie de l'égalité d'accès aux services médico-sociaux est confirmé dans la loi HPST. L'atteinte de cet objectif implique des évolutions dans l'organisation interne et dans le maillage territorial ;
3. les ESMS connaissent enfin une tension croissante pour maîtriser leurs dépenses avec plusieurs réformes en cours de réflexion.



Dans ce cadre général, **les indicateurs d'usage et de résultat recensés lors des visites sur site ou évoqués pendant les entretiens, qui sont distincts des indicateurs de projet, ont été organisés en fonction de ce triptyque.**

Les indicateurs de projet

Les indicateurs concernant le projet de coopération ont pour objectif de permettre le suivi de l'avancement de la mise en place de la coopération.

Les indicateurs qui s'y rapportent sont réduits :
- **le délai** de mise en place ;
- **les coûts et charges** induits par la mise en place de la coopération ;
- **le périmètre** de la coopération.

Les éléments suivants peuvent ainsi faire l'objet d'un suivi plus spécifique :
- la signature, approbation, publication de l'acte juridique (convention, convention constitutive, statuts…) ;
- la signature du CPOM ;
- l'agrément du siège inter-associatif ;
- les réunions des instances de pilotage dédiées au projet de coopération.

Les indicateurs d'usage (ou d'activité)

Les indicateurs d'usage visent à évaluer le niveau de mobilisation des acteurs au sein de la coopération et l'adhésion de ces utilisateurs. Ils rejoignent la notion d'activité utilisée pour les ESMS. Le niveau d'usage conditionne l'atteinte des objectifs initialement fixés.

Les principaux indicateurs d'usage identifiés sur les différents sites, et repris ci-dessous à titre d'illustration, ont été répartis par type de coopération :

- pour les « coopérations-parcours » :
  - nombre de personnes en file active,
  - nombre de partenaires externes impliqués (ex. : professionnels libéraux),
  - nombre de professionnels mis à disposition,
  - nombre de réponses aux appels à projets ;
- pour les « coopérations-efficience »
  - nombre de bulletins de paie traités,
  - nombre de dossiers comptables traités,
  - nombre de dossiers de consolidation comptables traités,
  - nombre de professionnels formés via la coopération,
  - nombre de stages de professionnels inter-structures,
  - nombre de postes vacants pourvus par des professionnels issus d'ESMS de partenaires impliqués dans la coopération,
  - nombre de projets par ETP de juriste,
  - nombre d'appels d'offres communs,
  - taux d'utilisation d'une visio-conférence ;
- pour les « coopérations-isolement »
  - nombre de professionnels mis à disposition/recrutés,
  - nombre de bulletins de paie,
  - outils de gestion des ressources humaines (suivi des temps d'intervention, évaluation, entretiens d'évaluation…).

Les indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats ont pour objectif de mesurer les bénéfices qualitatifs et quantitatifs de la coopération et de s'assurer qu'elle se déroule de manière conforme aux prévisions. Ils sont la résultante d'une déclinaison des objectifs stratégiques de la coopération en objectifs opérationnels puis en indicateurs de résultats.

Le groupement **Coordination et continuité des soins en Haute-Loire (CCS 43) a ainsi décliné dans la convention constitutive du GCSMS :**
- des objectifs stratégiques : améliorer le parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques accueillies en ESAT et structures d'hébergement ;
- des objectifs opérationnels : limiter les hospitalisations en situation d'urgence ;
- des indicateurs de résultats : nombre d'hospitalisation en urgence.

Le GCSMS SAGESS et la convention de mise à disposition signée entre l'ADAPEAI de l'Aveyron et l'ADAPEI du Tarn-et-Garonne peuvent également permettre de décliner ces trois niveaux pour des coopérations-efficience :
- des objectifs stratégiques : améliorer l'efficience des structures gestionnaires ;
- des objectifs opérationnels : harmoniser les frais de siège des associations adhérentes ;
- des indicateurs de résultats : taux et montants des frais de siège.

Le GCSMS du Centre de Picardie peut envisager de suivre des indicateurs liés à l'accompagnement des résidents en fonction d'actions de prévention mises en place par des professionnels recrutés par son intermédiaire :
- des objectifs stratégiques : améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents en EHPAD ;
- des objectifs opérationnels : renforcer les actions de prévention des professionnels paramédicaux recrutés par l'intermédiaire du groupement ;
- des indicateurs de résultats : taux de chute des résidents.

Les retours d'expérience ont permis d'identifier plusieurs indicateurs qui n'ont, en général, pas été testés. Ils ne sont donc cités qu'à titre d'exemple, en sachant que les porteurs de projet auront intérêt à privilégier des indicateurs suivis « en routine », par exemple pour leur bilan d'activité ou dans le cadre de tableaux de bord :

- **pour les « coopérations-parcours » :**
- nombre de transferts d'usagers entre structures impliquées dans la coopération,
- taux de recours aux services d'urgence pour les personnes en file active,
- taux de recours à l'hospitalisation (ou taux de réhospitalisations) pour les personnes en file active,
- durée moyenne de séjour des personnes en file active hospitalisées,
- nombre d'unités médicales lors d'une hospitalisation,
- nombre de sorties positives (ex. : sorties vers l'emploi, scolarisation…),
- nombre de personnes en file active réengagées dans une démarche de soins,
- nombre de réponses positives aux appels à projets ;

- **pour les « coopérations-efficience » :**
- nombre de bulletins de paie par ETP,
- nombre de dossiers comptables traités par ETP,
- nombre de dossiers de consolidation comptables traités par ETP,
- montant et taux des frais de siège,
- nombre d'interlocuteurs mobilisés pour le dialogue de gestion annuel,
- nombre de salariés bénéficiant d'un parcours professionnel au sein d'ESMS issus de plusieurs partenaires impliqués dans la coopération,
- coût des logiciels, matériels, prestations… mutualisés,
- économie d'échelle suite à des renégociations de contrats,
- frais de déplacement des salariés,
- nombre de contentieux (mise en commun d'une veille juridique),
- nombre de contentieux liés à un marché public (mise en commun d'une cellule marchés publics),
- gains issus de la trésorerie mutualisée,
- nombre de publications communes,
- recettes issues d'une location d'une visio-conférence ;

- **pour les « coopérations-isolement » :**
- qualification des professionnels mis à disposition/recrutés,
- crédits consacrés à l'intérim,
- nombre d'hospitalisations la nuit ou le week-end,
- taux de chute,
- nombre de décès au sein de la structure,
- amplitudes d'intervention.

5 GLOSSAIRE

AMP • *Aide médico-psychologique*

ANESM • *Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*

ARS • *Agence régionale de santé*

AS • *Aide-soignant*

CAE • *Contrat d'accompagnement dans l'emploi*

CAMSP • *Centre d'accueil médico-social précoce*

CARSAT • *Caisse d'assurance retraite et de santé au travail*

CAFS • *Centre d'accueil familial spécialisé*

CASF • *Code de l'action sociale et des familles*

CCAS • *Centre communal d'action sociale*

CG • *Conseil général*

CHRS • *Centre d'hébergement et de réinsertion sociale*

CLIC • *Comité local d'information et de coordination*

CMP • *Centre médico-psychologique*

CMPP • *Centre médico-psycho-pédagogique*

CNSA • *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*

CPO • *Centre de préorientation*

CPOM • *Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens*

CRP • *Centre de rééducation professionnelle*

DGCS • *Direction générale de la cohésion sociale*

DGOS • *Direction générale de l'offre de soins*

DLA • *Dispositif local d'accompagnement*

EA • *Entreprise adaptée*

EEAP • *Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés*

EHPA • *Établissement d'hébergement pour personnes âgées*

EHPAD • *Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

ES • *Éducateur spécialisé*

ESAT • *Établissement et service d'aide par le travail*

ESPIC • *Établissement de santé privé d'intérêt collectif*

ETP • *Équivalent temps plein*

ESMS • *Établissement et service médico-social*

FAM • *Foyer d'accueil médicalisé*

FEGAPEI • *Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées*

FEHAP • *Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif*

FEP • *Fédération d'entraide protestante*

FH • *Foyer d'hébergement*

FHF • *Fédération hospitalière de France*

FINESS • *Fichier national des établissements sanitaires et sociaux*

FSE • *Fonds social européen*

FV • *Foyer de vie*

GIE • *Groupement d'intérêt économique*

GIP • *Groupement d'intérêt public*

GCS • *Groupement de coopération sanitaire*

GCSMS • *Groupement de coopération sociale et médico-sociale*

GPEC • *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*

IDE • *Infirmier diplômé d'État*

IEM • *Institut d'éducation motrice*

IME • *Institut médico-éducatif*

ITEP • *Institut thérapeutique éducatif et pédagogique*

MAIA • *Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer*

MARPA • *Maison d'accueil rurale pour personnes âgées*

MAS • *Maison d'accueil spécialisée*

ME • *Moniteur éducateur*

MDPH • *Maison départementale des personnes handicapées*

MECS • *Maison d'enfants à caractère social*

MJPM • *Mandataire judiciaire à la protection des majeurs*

OMS • *Organisation mondiale de la santé*

PASA • *Pôle d'activités et de soins adaptés*

PRIAC • *Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie*

PRS • *Programme régional de santé*

PSRS • *Projet stratégique régional de santé*

PUI • *Pharmacie à usage interne*

PUV • *Petite unité de vie*

SAAAIS • *Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire*

SAAD • *Service d'aide à domicile*

SAMSAH • *Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*

SAVS • *Service d'accompagnement à la vie sociale*

SESSAD • *Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile*

SIFPRO • *Section d'initiation et de formation professionnelle*

SROMS • *Schéma régional de l'organisation médico-sociale*

SSEFIS • *Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire*

SSIAD • *Service de soins infirmiers à domicile*

SPASAD • *Service polyvalent d'aide et de soins à domicile*

SYNERPA • *Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées*

UEROS • *Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle*

UHR • *Unité d'hébergement renforcé*

UNIOPSS • *Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux*

UPHV • *Unité pour personnes handicapées vieillissantes*

6 BIBLIOGRAPHIE

- Cour des comptes, L'Assurance maladie, septembre 2011

- Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, Rapport au Parlement, juillet 2011

- Inspection générale des Affaires sociales, L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, mai 2011

- Inspection générale des Affaires sociales, Conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales, mai 2011

- Direction générale de la Cohésion sociale et Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)

- Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, mars 2011

- Jean-Pierre HARDY, Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux

7 REMERCIEMENTS

L'ANAP tient à remercier
monsieur **Jean-François BAUDURET,**
directeur honoraire de la CNSA
et vice-président du Conseil
scientifique et d'orientation de l'ANAP,
pour sa relecture avisée.
Elle remercie aussi les équipes
de toutes les structures l'ayant accueillie
ainsi que les représentants de :

la FEGAPEI (www.fegapei.fr) :
Mme Louisa TLILANE
Mme Axelle PRUVOT

la FEHAP (www.fehap.fr) :
M. David CAUSSE
Mme Adeline LEBERCHE
M. Laurent PERAZZO

la FEP (www.fep.asso.fr) :
M. Jean FONTANIEU

la FHF (www.fhf.fr) :
Mme Murielle JAMOT
Mme Annabelle MALNOU

le SYNERPA (www.synerpaa.fr) :
M. Antoine FRAYSSE
M. Benoît GREFFE

l'UNIOPSS (www.uniopss.asso.fr) :
Mme Aurélie CORBIN
Mme Delphine GUILET

Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP.
Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier.

Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés.

Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Les coopérations dans le secteur médico-social – Guide méthodologique © ANAP 2012 » et respecter l'intégrité du contenu.

PEFC
PEFC/10-31-945

Conception et réalisation : corporate.pixelis.fr - 2012
Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ
Crédit photos : Getty Images
Imprimé par CARACTÈRE, imprimerie certifiée Iso 14001, sur du papier PEFC

Ce guide propose des démarches méthodologiques duplicables pour des coopérations en gestation ou à venir. Elles sont issues d'expériences menées dans le secteur médico-social.

À destination des décideurs et professionnels investis dans le secteur médico-social, qu'ils soient financeurs (Agences régionales de santé et Conseils généraux) ou porteurs de projet de coopération, il présente des éléments de contexte propres au secteur médico-social, des grands enseignements tirés de douze retours d'expérience ainsi que des démarches et outils méthodologiques.

1 **DES ÉTABLISSEMENTS TRANSFORMÉS**

2 **DES PROCESSUS DE PRODUCTION EFFICIENTS**

3 **DES PARCOURS DE PERSONNES OPTIMISÉS**

Ce document s'inscrit dans le cadre du levier n°3, « Des parcours de personnes optimisés ».

4 **DES RESSOURCES HUMAINES VALORISÉES**

5 **DES INVESTISSEMENTS EFFICACES**

6 **UNE CULTURE PARTAGÉE DE LA PERFORMANCE**

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux

23 avenue d'Italie - 75013 Paris - 01 57 27 12 00
contact@anap.fr - www.anap.fr

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE