GEPSo
GROUPE NATIONAL des ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SOCIAUX et MÉDICO-SOCIAUX

2016

# Impacts des coopérations formalisées sur l'accompagnement de l'usager au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics

En partenariat avec

BUC ressources

stho

**Un grand merci à Muriel COLAS, Emmanuelle DELHOMME, Carole MARTIN et Barthélémy SCHAAR, promotion du Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale (DEIS) à Buc Ressources, qui ont mené cette étude pendant une année pour le compte du GEPSo**

# Sommaire de l'étude

**INTRODUCTION** ..... **5**

1 TRAVAILLER ENSEMBLE AU SERVICE DE L'USAGER/ LES COOPERATIONS DANS LE SECTEUR DES ESSMS PUBLICS

*1.1* Coopérer et coopérations : définition retenue ..... 5

*1.2* Historique de la coopération dans le champ des ESSMS : des mots et des lois ..... 6

*1.3* Les différentes formes de coopérations formalisées : convention, groupement, direction commune, fusion ..... 9

2 DE LA COMMANDE A L'OBJET DE RECHERCHE ..... 11

*2.1* La problématisation et l'hypothèse principale ..... 11

*2.2* Les hypothèses secondaires qui en découlent ..... 11

*2.3* *Les outils de la démarche, une approche quantitative et qualitative* ..... *13*

2.3.1 Phase exploratoire ..... 13

2.3.2 Phase de recueil de données ..... 13

3 ANALYSE DES DONNEES PRODUITES : L'IMPACT DE TROIS TYPES DE COOPERATIONS FORMALISEES SUR L'ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER AU SEIN DES ESSMS PUBLICS ET SUR LE TERRITOIRE ..... 14

*3.1* *La convention : une coopération adaptée et adaptable au service de l'usager-acteur* ..... *15*

3.1.1 Retour sur les hypothèses : résultats et analyse des questionnaires et des entretiens ..... 16

3.1.2 Forces et faiblesses du modèle conventionnel au regard de l'accompagnement de l'usager ..... 18

*3.2* *La direction commune : outil de gouvernance plutôt que de coopération* ..... *19*

3.2.1 Retour sur les hypothèses : résultats et analyse des questionnaires et des entretiens ..... 19

3.2.2 Forces et faiblesses du modèle de la direction commune au regard de l'accompagnement de l'usager ..... 21

*3.3* *Le GCSMS : une identité multiple et des effets différenciés* ..... *23*

3.3.1 Un cadre juridique unique mais des déclinaisons différentes : essai de typologie ..... 23

3.3.2 Retour sur les hypothèses : résultats et analyse des questionnaires et des entretiens ..... 24

3.3.3 Forces et faiblesses des différents modèles de GCSMS au regard de l'accompagnement de l'usager ..... 28

*3.4* *Les coopérations formalisées : enjeux partagés et éclairages conceptuels* ..... *30*

3.4.1 Les coopérations et les acteurs : *« apprendre à jouer collectivement »* ..... 30

3.4.2 La place de l'usager dans les coopérations : citoyen, acteur ou client ? ..... 31

3.4.3 Coopérations et prospective autour de l'usager, de l'établissement et sur le territoire ..... 31

4 PRECONISATIONS EN DIRECTION DES ESSMS PUBLICS ET DU GEPSO : L'USAGER AU CŒUR DES COOPERATIONS ..... 32

*4.1 Préconisation en direction des établissements publics sociaux et médico-sociaux : le rôle pivot du directeur d'établissement ..... 32*

4.1.1 Une coopération idéale ? Forces et faiblesses des 3 types de coopérations étudiées.....32

4.1.2 Des coopérations efficientes en matière d'accompagnement de l'usager : le rôle clé de l'équipe de direction. Points de vigilance et pistes d'action ..... 33

**CONCLUSION .....35**

**BIBLIOGRAPHIE.....36**

# Sommaire des annexes :

3. Trame d'hypothèses secondaires - sous-hypothèses - indicateurs et/ou variables

4.1 Points de vigilance - Entretiens exploratoires

4.2 Tableau récapitulatif des entretiens exploratoires

5.1 Points de vigilance - Entretiens qualitatifs

5.1.1 Guide d'entretien - directeurs

5.1.2 Guide d'entretien - professionnels

5.1.3 Guide d'entretien - usagers

5.1.4 Guide d'entretien - partenaires

5.2 Tableau récapitulatif des entretiens qualitatifs

6. Tableau d'analyse croisée Questionnaire - Entretiens

7.1 Forces et faiblesses des trois types de coopérations étudiées

7.2 Points de vigilance et pistes d'actions pour trois types de coopérations

10. Cadre juridique des GCSMS

11. tableau synthétique des formes de coopérations - ANAP

# Introduction

## 1. Travailler ensemble au service de l'usager : les coopérations dans le secteur des ESSMS publics

### 1.1 Coopérer et coopérations : définition retenue

Les définitions retenues par le Larousse pour les termes coopérer et coopération sont respectivement les suivantes *« Prendre part, concourir à une œuvre commune ; contribuer, participer », « Action de coopérer, de participer à une œuvre commune »*. Trois dimensions sont ainsi suggérées par ces définitions simples : l'action, le « faire » ; les acteurs, les « faisant ensemble» et l'œuvre commune, le « projet ».

Dans cette même veine et dans un souci d'appropriation pragmatique et de mise en sens du concept de coopération, nous retiendrons ici la définition proposée par Martine Dutoit :

*« La coopération, c'est à la fois une façon de penser le rapport entre les personnes et un projet, avec sa méthode et ses manières de le réaliser. C'est dans l'espace/temps du projet coopératif que se négocient, s'entrecroisent, se conjuguent ou se déchirent parfois l'intérêt individuel et l'intérêt collectif »*[5].

Il nous semble en effet que ces mots placent à hauteur d'homme, professionnel ou usager, l'enjeu même de la coopération : faire de l'engagement des acteurs à travailler ensemble un projet porteur de sens sur le territoire, inscrit dans le temps et prescrit par le politique, le professionnel et l'usager, dans un mouvement dynamique et commun d'expression et de reconnaissance des besoins de ce même usager.

5 DUTOIT Martine, « Une autre idée de la coopération : l'exemple des GEM », *Vie sociale*, 2010/1, n°1, pp 165-170.

## 1.2 Historique de la coopération dans le champ des ESSMS : des mots et des lois

### *1.2.1 Du partenariat à la coopération*

Avant d'évoquer ce qui a structuré et formalisé dans le temps ce concept de coopération, il convient de rappeler que l'acte de coopérer n'est pas chose nouvelle dans le secteur des ESSMS. Si la coopération est devenue, nous allons le voir, un instrument ou un outil pour les politiques publiques et les ESSMS ces quinze dernières années, elle est d'abord et ce, à partir du milieu des années 1980, une pratique professionnelle conceptualisée sous l'appellation « partenariat ». Philippe Dumoulin identifie ainsi 5 formes de travail en réseau, depuis le « pairage » jusqu'à « l'intervention collective en réseau »[6]. Cette donnée doit ici être rappelée, car les différentes impulsions politiques et législatives que nous allons décrire ci-dessous, pourraient laisser penser, que rien n'existait *avant*.

### *1.2.2 Le secteur de la santé en proie à la première impulsion politique législative formalisatrice*

La première impulsion politique formalisatrice n'a pas lieu dans le champ social et médico-social, mais dans celui de la santé. Le législateur rebondit en effet dès le début des années 1970 sur l'absence de coordination en matière de soin, carence dont le patient pâtit bien souvent au quotidien, et sur les premiers signes de raréfaction de l'offre médicale sur certains territoires.

La loi Boulin portant réforme hospitalière inscrit ainsi dès le 31 décembre 1970 la mise en œuvre de premiers groupements sanitaires formalisés, comme les syndicats inter-hospitaliers. Ce sera ensuite une succession de décrets et d'ordonnances, qui formaliseront des instruments juridiques de coopération dans le domaine de la santé, la loi Evin du 31 Juillet 1991 faisant ainsi mention du conventionnement et de groupement type GIE (Groupement d'Intérêt Economique) et GIP (Groupement d'Intérêt Public) tandis que l'ordonnance du 24 Avril 1996 fait naître les GCS (Groupement de Coopération Sanitaire).

### *1.2.3 « L'histoire commence, pour l'essentiel, avec la loi du 2 Janvier 2002 »[7], dans le champ social et médico-social.*

Dans le secteur médico-social, *« l'histoire commence, pour l'essentiel, avec la loi du 2 Janvier 2002 »*[8], qui propose aux ESSMS, dans le souci *« de favoriser leur coordination, leur complémentarité et [de] garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement »*[9], de s'organiser pour :

*« conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés »*

---

[6] http://www.lien-social.com/Le-travail-en-reseau-un-outil-d-intervention-sociale-laissant-une

[7] HARDY J., *Droit des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales*, Paris, Lamy Axe Droit, 2013, 212 p.

[8] HARDY J., Op. cit.

[9] HARDY J., op. cit.

*« créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat »*
*« créer des syndicats inter-établissements ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat »*
*« procéder à des regroupements ou à des fusions »*[10]

Est ici présenté synthétiquement l'ensemble des instruments législatifs des politiques publiques en matière de coopération dans le champ social et médico-social. Nous y reviendrons dans les propos qui vont suivre. Arrêtons-nous un instant sur deux précisions faites par le législateur, concernant ces coopérations, qui pourront intervenir *« notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés »* et être impulsés au sein *« des schémas d'organisation sociale et médico- sociale, [qui] peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale »*[11].

L'objectif est double et paradoxal, car il s'agit à la fois de reconnaître et de formaliser des pratiques préexistantes de partenariat et de mise en réseau entre acteurs, tout en se laissant la possibilité de supplanter cette logique de territoire et d'acteurs antérieure, par des injonctions à coopérer sur des territoires donnés et via des complémentarités d'acteurs pré-identifiées.

Comme ce fût le cas dans le champ de la santé, un certain nombre de lois, d'ordonnances et de décrets viendront alimenter ces premières pierres posées par la loi 2002-2 en matière d'instruments de coopération. Certaines tentatives devaient permettre jusqu'à la loi HPST de 2009, de faire converger les pratiques en la matière du champ sanitaire et du champ social et médico-social, sous couvert de la nécessaire mise en cohérence des différents schémas régionaux et départementaux de l'offre de ces deux champs.

### 1.2.4 « L'état de nécessité »[12]: les coopérations à l'épreuve de la conjoncture sociale, économique et politique

Les nombreuses initiatives du législateur en la matière font bien entendu écho à la crise politique, institutionnelle, sociale et économique que traverse la France, le tout dans un contexte de poussée démographique (natalité, vieillissement de la population). Coopérer permet alors, d'après Hardy, de répondre aux besoins de la population dans un contexte marqué par *« un redoutable effet de ciseaux*

---

[10] JORF du 3 janvier 2002 p 124 texte n°2, **LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, s**ection 2 : Des droits des usagers du secteur social et médico-social, *www.légifrance.gouv.fr*

[11] HARDY J., Op. cit.

[12] HARDY J., Op. cit.

*qui voit se croiser une augmentation de la demande alors que les ressources disponibles ne croissent pas au même rythme »*[13].

La loi de Révision Générale des Politiques Publiques de 2009, en transformant de façon structurelle l'action sociale et médico-sociale, va ainsi venir, entre autres, confirmer l'introduction de la rationalisation et de la performance au cœur même des politiques sociales françaises. Il s'agit, comme l'avait initié la Loi Organique relative aux Lois de Finance (LOLF) en 2001, de rationnaliser, de maîtriser les dépenses publiques et, ce faisant, celles des ESSMS publics comme associatifs. Les coopérations formalisées apparaissent alors comme l'un des outils pouvant concourir à cette réforme en profondeur de nos institutions, et participer à la mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements et les financeurs.

Le secteur va, par la voix de ses « nouveaux » cadres dirigeants, donner un écho favorable à ces consignes, en travaillant à la construction, notamment dans le secteur associatif, de grandes entités gestionnaires concurrentielles, aptes à jouer le jeu des appels d'offre et autres contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), mais également à mieux répondre *« aux exigences croissantes de continuité et de globalité de prise en charge de l'usager »*[14].

Coopérations formalisées : du « bon vouloir » à la complexité méthodologique

Une nouvelle ère est donc en marche pour le secteur social et médico-social, celle des coopérations formalisées entre ESSMS, et avec les acteurs de la société civile.

Si, nous l'avons vu, une partie des acteurs du secteur s'approprie cette nouvelle donne, d'autres sont en proie à de réelles difficultés méthodologiques et techniques, lorsqu'il s'agit de formaliser des conventions ou de construire des groupements. Hardy évoque, à juste titre et au sujet de la période 2002 - 2010, le *« revers de [la] floraison des initiatives [politiques] »* avec des *« outils juridiques de la coopération […] nombreux, souvent complexes à utiliser, alors même que les conséquences de leur mise en œuvre ne sont pas toutes correctement évaluées »*[15].

C'est en partie pour répondre à cet écueil et dans le souci pragmatique de « donner corps » à la réforme HPST de 2009, que l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), publie en 2011 son guide méthodologique des coopérations territoriales. Ce document présenté en quatre tomes s'est bien entendu révélé un support précieux pour notre

[13] HARDY J., Op. cit.
[14] HARDY J., Op. cit.
[15] HARDY J., Op. cit.

étude de terrain et nous a permis de nous approprier les différentes formes de coopérations mises en œuvre par les établissements dans le champ social et médico-social[16].

### 1.3 Les différentes formes de coopérations formalisées : convention, groupement, direction commune, fusion

Nous ne dresserons pas ici un inventaire exhaustif, détaillé et méthodologique des différentes formes juridiques des coopérations (document de l'ANAP en annexe[17]) mais nous retiendrons le distinguo proposé par Hardy entre :

- Les coopérations dites « contractuelles », « conventionnelles » ou « fonctionnelles »
- Et les coopérations dites « organiques », « institutionnelles » ou « intégrées »[18]
- On trouve dans la première catégorie les coopérations de type conventions, réseaux ou fédérations. Dans ces trois cas, il s'agit pour l'établissement, au nom de la liberté contractuelle qui lui est laissée en sa qualité de personne morale, de contractualiser avec un ou des partenaires, pour un objet bien précis et dans un temps donné. La convention, qui apparaît comme un outil simple à utiliser, permet par exemple de formaliser des partenariats dans le cas de réseaux ou via des conventions cadres, d'encadrer juridiquement des pratiques (conventions de stage) et de réaliser des opérations simples de la vie quotidienne d'un établissement (mise à disposition de personnel, de locaux …).

La seconde catégorie est plus étoffée, puisqu'on y trouve les différents types de groupements qui peuvent être mis en œuvre par les ESSMS. Certains sont issus du droit commercial comme les Groupements d'Intérêt Economique (GIE), du droit de la Santé comme les Groupements d'Intérêt Public (GIP) ou du droit du travail comme les Groupements d'Employeurs. La figure emblématique des coopérations dites intégrées demeure le Groupement de Coopération Sociale et Médico-social né en 2002, sorte de déclinaison des Groupements de Coopération sanitaires promus par la loi HPST de 2009.

Dans tous les cas, ces groupements naissent d'une convention constitutive signée des différents membres et validée des autorités de tutelle. Ils sont dotés de la personnalité morale de droit public ou privé, limités dans le temps et mettent en œuvre un objet précis, plus ou moins délimité. Ils sont pourvus d'un financement, d'une comptabilité et d'une fiscalité propres et sont administrés par une gouvernance de type Assemblée Générale et Conseil d'Administration ou administrateur. Ils peuvent, pour assurer leur mission, être employeurs et sont soumis à un contrôle de gestion.

---

[16] www.anap.fr
[17] Annexe n°11 : Tableau synthétique des formes de coopérations
[18] HARDY J., Op. cit.

Deux mouvements échappent enfin au classement proposé par Hardy et à l'inventaire de l'ANAP, mouvements que nous souhaitons, en accord avec le commanditaire de cette étude, adjoindre aux coopérations détaillées ci-dessous : la direction commune et la fusion.

La direction commune est mise en place entre deux ou plusieurs établissements par le biais d'une convention et nous semble de ce fait entrer dans la catégorie des coopérations dites fonctionnelles. Nous souhaitons la mettre en exergue car elle fait partie, nous le verrons dans cette étude, des modalités de coopération les plus fortement identifiées par le secteur public et par le secteur associatif ces dernières années.

La fusion, si elle ne relève plus du vocable de « coopération » témoigne elle aussi, mais dans un autre registre, d'un processus préalable de coopération entre deux ou plusieurs établissements.

- **La spécificité des ESSMS publics au regard de ces formes de coopérations**

Notons enfin que les différentes formes de coopération citées ci-dessus ne font pas l'objet de la même déclinaison juridique, selon que les membres constitutifs soient considérés comme des personnes morales de droit privé ou de droit public.

A titre d'exemple, relevons entre autre, que la présence à majorité d'établissements publics dans un GCSMS lui confère automatiquement la personnalité juridique de droit public, et par conséquent une comptabilité de droit public, soumise aux règles des marchés publics.

Cette première distinction est à associer à une seconde donnée essentielle pour comprendre les modalités d'implications des ESSMS publics dans les différentes formes de coopérations : ces derniers ne disposent pas en effet de la même marge de manœuvre selon qu'ils soient juridiquement autonomes ou non[19].

Identifier la spécificité des ESSMS publics est donc essentiel, nous le verrons tout au long de cette étude, puisqu'il s'agit, conformément à la commande qui nous est faite par le GEPSo, d'observer la façon dont ces derniers se sont appropriés ces différents types de coopérations, d'abord pensés par les politiques publiques comme des instruments de rationalisation et d'efficience.

[19] Il convient ici de préciser que ces ESSMS publics obéissent à deux types de structuration juridique : La majorité d'entre eux sont en effet dit autonomes, en ce sens où la personnalité morale leur est conférée par la loi. L'ESSMS public est alors une personne morale de droit public, doté de fait de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Sa gouvernance est assurée par un organe délibérant au sein duquel siège des représentants de sa collectivité dite d'origine. Une minorité des ESSMS publics demeurent non autonomes, en ce sens où ils sont directement rattachés administrativement, budgétairement et juridiquement à une collectivité.

# 2 De la commande à l'objet de recherche

## 2.1 La problématisation et l'hypothèse principale

Nous avons identifié un certain nombre d'éléments dont nous avons voulu vérifier les conséquences sur l'accompagnement de l'usager au travers des coopérations :

- Les différents types de coopérations formalisées, de la convention à la fusion.
- Les leviers humains, logistiques, financiers et de positionnement stratégique activables en fonction des coopérations.
- Les objectifs d'accompagnement de l'usager visés, en termes d'inclusion sociale, de participation, de qualité de vie de l'usager et de diversification de l'offre qui lui est faite.
- Les acteurs mobilisés, usagers et/ou leurs représentants, équipes, équipes de direction, acteurs politiques.
- Le territoire dessiné par la coopération et sa logique.
- L'ancienneté et le champ de la coopération.

Ce qui nous a amené à formuler une hypothèse principale : *« Les différents types de coopérations formalisées mises en œuvre dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics impactent l'accompagnement des usagers de façons différenciées. »*

## *2.2* Les hypothèses secondaires qui en découlent

Cette hypothèse principale a ensuite été déclinée comme suit en six hypothèses secondaires :

*Hypothèse 1 : Les différentes formes juridiques de coopération ne produisent pas les mêmes effets sur les établissements en termes de moyens humains, moyens logistiques, moyens financiers et positionnement stratégique mis au service de l'usager.*

*Hypothèse 2 : Les différents types de coopération ne produisent pas les mêmes effets en termes d'inclusion sociale, de participation, de diversification de l'offre, de qualité de vie sur l'accompagnement de l'usager.*

*Hypothèse 3 : Les effets de la coopération sur l'accompagnement de l'usager varient en fonction de l'implication des acteurs dans le processus (depuis son origine jusqu'à son évaluation).*

*Hypothèse 4 : Les différents types de coopération ne produisent pas les mêmes effets sur le territoire (maillage, couverture des besoins) dès lors qu'elles sont dictées par le politique, les professionnels ou les besoins des usagers.*

*Hypothèse 5 : L'ancienneté des différents types de coopération renforce les effets sur l'accompagnement de l'usager.*

*Hypothèse 6 : Les effets des différents types de coopération sur l'accompagnement des usagers varient en fonction du champ couvert par l'établissement.*

Chacune de ces hypothèses a ensuite été déclinée en sous-hypothèses et en indicateurs et/ou variables. Cette trame hypothèses/sous-hypothèses/indicateurs[24] a servi de squelette aux différentes phases qui ont suivi. Malgré tout, ce « squelette » s'est modifié à mesure que progressait l'étude afin de s'ajuster à un « corps » en constante évolution, nourri des données et informations récoltées.

[24] Annexe n°3 : Trame d'hypothèses secondaires - sous-hypothèses - indicateurs et/ou variables

## 2.3 Les outils de la démarche, une approche quantitative et qualitative

Tout au long de l'étude a été tenu par un membre du groupe un cahier de recherche recensant nos questionnements, nos analyses, nos ressentis, nos idées, nos réflexions, notre dynamique de groupe, situés dans leurs circonstances d'émergence (dates, lieux, acteurs présents,…).

### 2.3.1 Phase exploratoire

Cette phase a été la plus étalée dans le temps et la plus importante en termes d'acquisition de connaissances pour affiner notre objet d'étude et notre « squelette » méthodologique. Un travail bibliographique important a été réalisé tout au long de l'étude sur les sujets exposés dans cet écrit[25]. Différents supports ont été consultés, ouvrages de références, articles, mémoires, sites internet, supports de cours, conférences,…Ce travail bibliographique a été réparti entre les étudiants avec des temps prévus de restitutions synthétiques au groupe, afin que l'ensemble puisse avoir un fond de connaissances communes.

Après cette première phase « livresque » importante, nous avons souhaité effectuer une série d'entretiens exploratoires pour confronter nos lectures à des vécus d'expérience et mieux saisir les enjeux de cette étude pour le secteur et pour le GEPSo. Ces entretiens ont été effectués en se basant sur les conseils méthodologiques des deux ouvrages cités précédemment, des entretiens individuels, ouverts, peu dirigés, sans limites de temps, centrés sur la personne interviewée et son expérience du sujet, laissant libre cours à ses pensées, ses ressentis, ses opinions ; des entretiens enregistrés et avec des rôles clairement définis entre intervieweur et observateur, faisant l'objet d'un cadre précis de positionnement et de points de vigilances distincts à respecter pour chacun[26]. Ces entretiens ont été activés par nos réseaux personnels et professionnels et par celui du GEPSo et nous ont permis de rencontrer un panel d'interlocuteurs variés dans différents champs, différents types de coopération, au regard du sujet, mais aussi du GEPSo[27].

Ces entretiens nous ont permis d'améliorer considérablement notre compréhension du sujet et de formuler des hypothèses secondaires qui nous permettent d'en explorer les différentes facettes.

### 2.3.2 Phase de recueil de données

#### *2.3.2.1 Le questionnaire : outil exploratoire et quantitatif*

Le questionnaire, bien qu'ayant été conçu initialement comme un outil de collecte de données sera utilisé par notre groupe d'étude à double titre, au titre de la phase exploratoire de l'étude comme

---

[25] Sujets explorés : Secteur social et médico-social (dynamiques, enjeux,…) ; modalités de coopérations/rapprochements entre ESSMS (typologies, enjeux,…) ; spécificités des ESSMS publics (autonomie, principes,…) ; l'usager (perspectives, enjeux,…) ; méthodologie de recherche (méthodologie, outils,…) ; champs théoriques (sociologie des organisations, théories de l'acteur et du réseau)

[26] Annexe n°4.1 : Points de vigilances - Entretiens exploratoires

[27] Annexe n°4.2 : Tableau récapitulatif des entretiens exploratoires

support à l'élaboration de la problématique et des hypothèses et au titre d'une phase quantitative de recueil de données.

Sur la base d'un questionnaire préétabli et dans un travail collaboratif avec le GEPSo, nous avons remodelé l'outil afin de le rendre exploitable statistiquement du point de vue des données (en fermant les questions) et d'y intégrer la question de l'usager, en lien avec notre question de départ renégociée. Cet outil a comme objectif de nous fournir des données nationales sur les mouvements de coopération dans les ESSMS publics, sur leur impact sur l'accompagnement des usagers et sur les leviers activés en ce sens.

#### *2.3.2.2 Les entretiens : outils qualitatifs*

La limite de faisabilité d'une couverture nationale par des entretiens qualitatifs d'un groupe de quatre étudiants DEIS ayant été actée avec le GEPSo, le choix a été fait, à partir des résultats du questionnaire de faire un zoom sur un département en particulier afin de pouvoir rester dans une démarche méthodologique solide.

De la même façon, les résultats du questionnaire nous ont conduits à nous focaliser sur les modes de coopération formalisée les plus cités, afin de pouvoir décliner rigoureusement les réponses à nos hypothèses. Enfin, nous avons souhaité explorer dans les entretiens différents champs de l'action sociale (à l'exception de celui de l'inclusion, anecdotique au regard de la proportion d'ESSMS publics) et différents regards d'acteurs (équipe de direction, personnel, usagers, pouvoirs publics financeurs et CA). Ces entretiens ont été eux aussi définis sur la base des guides méthodologiques cités plus haut avec les caractéristiques suivantes : des entretiens semi-collectifs, semi-directifs, limités en temps où il est question d'aller chercher des réponses précises à nos questions, enregistrés, avec une répartition préalable des rôles d'intervieweur ou d'observateur, dans un cadre défini de positionnement et de points de vigilance[28]. Ces entretiens ont eu pour support des guides d'entretiens[29], adaptés pour chaque type d'interlocuteur, formulant en questions à poser les indicateurs/variables recherchés.

# 3 Analyse des données produites : l'impact de trois types de coopérations formalisées sur l'accompagnement de l'usager au sein des ESSMS publics et sur le territoire

Maintenant que le contexte de l'étude est posé et nos choix méthodologiques précisés, nous apporterons dans cette partie quelques points de vigilance méthodologique. Nous analyserons

[28] Annexe n°5.1 : Points de vigilances - Entretiens qualitatifs
[29] Annexe n°5.1.1, 5.1.2, 5.1.3, 5.1.4 : Guides d'entretiens par acteur

ensuite les données récoltées concernant les conventions, la direction commune et le GCSMS. Nous tenterons aussi de repérer les points communs entre chacun de ces types de coopération, en gardant toujours à l'esprit le prisme d'une plus-value, ou non, dans l'accompagnement et la qualité de vie de l'usager.

Si nos résultats ne sont pas, pour les raisons évoquées dans la note méthodologique, généralisables à l'ensemble du territoire, des champs et des établissements publics, adhérents GEPSo ou non, ils donnent bel et bien une tendance et une appréciation par les acteurs des différents types de coopérations formalisées mises en œuvre entre établissements, et de leur impact sur l'usager.

Si les phases qualitatives et quantitatives de cette étude ne permettent pas de produire des données statistiques exhaustives et ne nous laissent pas envisager, comme nous l'avions cru, la production de données cartographiques étayées, elles constituent une base solide pour modéliser le lien entre trois types de coopérations formalisées (conventions, direction commune et GCSMS) et l'accompagnement de l'usager.

Rappelons que les données recueillies sont déclaratives et que c'est l'analyse des propos tenus au regard des apports de la phase exploratoire qui nous permet de produire de la connaissance sur le sujet, toute proportion gardée au vu de la cohorte obtenue :

Pour le questionnaire, 120 réponses reçues sur 550 ESSMS publics hors champ de la personne âgée et sur 2550 ESSMS publics (PA inclus) dont 71 exploitables.

Pour la phase qualitative, 16 entretiens réalisés dans 8 ESSMS publics et 2 institutions publiques.

Au vu d'un fort taux de réponse (9 sur 71) en Loire Atlantique, nous avons fait le choix de nous déplacer dans ce département pour y faire ces entretiens.

Il convient de souligner que, dans l'ensemble des données recueillies via le questionnaire, une dégradation des effets de la coopération sur l'usager est très rarement évoquée ; les propos témoignent majoritairement du maintien d'une situation préexistante ou de son amélioration.

## 3.1 La convention : une coopération adaptée et adaptable au service de l'usager-acteur

La convention est un type de coopération qui se décline sous deux formes :

Les conventions individuelles s'établissent entre un usager et un autre acteur, à un instant T. Les conventions de stage sont particulièrement citées comme exemple. Dans ce cas, les professionnels et en premier plan les usagers participent directement à en fixer les objectifs et les moyens mis en place. Elles sont faites pour répondre à un besoin, à un objectif visé par l'usager et avec lui à un moment donné.

Les conventions cadres sont mises en place entre acteurs de la société civile (ESSMS ou non) pour permettre à un ensemble d'usagers de bénéficier d'un service ou d'un besoin reconnu comme récurrent, sur un temps donné (1 an, 3 ans, …). C'est le cas, par exemple, comme certains directeurs ont pu nous l'expliquer entre un établissement qui accompagne des enfants en situation de handicap et l'Education Nationale pour accueillir les travailleurs sociaux au sein des classes ou entre un établissement pour personnes en situation de handicap et un service de soins hospitaliers.

### 3.1.1 Retour sur les hypothèses : résultats et analyse des questionnaires et des entretiens

#### *3.1.1.1 Les conventions et les leviers humains, logistiques, financiers et stratégiques*

Les résultats du questionnaire témoignent d'une absence d'effet des conventions sur les leviers[30] humains, logistiques et financiers des établissements. Cependant, les acteurs rencontrés lors des entretiens tiennent un discours plus nuancé, estimant qu'il y a un impact direct ou indirect possible via ses leviers sur l'accompagnement de l'usager. La plupart des établissements rencontrés citent, par exemple, la mise à disposition de personnel spécifique (personnel médical dans le cadre de conventions cadres avec le secteur sanitaire) et de moyens logistiques (locaux partagés).

Cet écart nous semble s'expliquer ainsi : la personnalité juridique des conventions limite ses effets structurants (dans le temps) en termes de moyens humains, logistiques et financiers sur les établissements sans pour autant en entraver l'activation à un instant T au bénéfice de l'usager.

Ces conventions cadres et individuelles activent *également* un réseau d'acteurs qui se coordonnent et interviennent chacun dans sa discipline avec des rôles précis et partagés. Ce réseau d'acteurs multidisciplinaire a un impact sur le positionnement stratégique des établissements. Les différents acteurs apprennent à se connaitre, à travailler ensemble, à repérer leur degré de complémentarité et à tisser un lien sur le territoire qui est le leur.

#### *3.1.1.2 Les conventions et les effets produits en terme d'accompagnement*

Les conventions permettent d'améliorer la diversification de l'offre et la fluidité des parcours. C'est leur but premier, répondre à un besoin repéré auquel l'établissement ne peut répondre et pour lequel il sollicite un partenaire extérieur via la convention. Ainsi, le questionnaire fait état d'effets nettement positifs des conventions en ce sens, de 78% selon le type de convention. Leur efficience est plus questionnée en termes d'inclusion et de participation. C'est lorsque la convention concerne au plus près l'usager (convention de stage, convention Education Nationale …), qu'elle « produit » de l'inclusion et de la participation mais à un niveau assez limité. Une fois que l'usager a participé à l'écriture de cette convention, l'a cosignée, il n'y a pas d'étape supplémentaire franchie en termes

[30] Nous entendons par « leviers » les moyens d'action possibles. Ce terme nous semble représenter le mouvement rendu possible, dans ce cas par les moyens humains, logistiques, financiers et stratégiques mis au service des usagers grâce à la coopération.

de participation. C'est une occasion donnée sans pour autant opérer une transformation durable[31]. Cela fonctionne de la même façon pour l'inclusion sociale.

#### *3.1.1.3 Les conventions et l'implication des acteurs des ESSMS publics*

Au regard des résultats récoltés, la convention semble la coopération la plus efficiente en termes d'impact direct sur l'usager. C'est également celle pour laquelle les professionnels de terrain sont impliqués dès l'origine de la convention jusque dans sa mise en œuvre. Par sa forme juridique et son opérationnalité, elle est le fruit d'une collaboration étroite entre des partenaires extérieurs, l'établissement, l'usager concerné et les professionnels qui l'accompagnent dans la mise en place de son projet. Nos entretiens auprès des professionnels montrent une confusion importante entre partenariat et convention. Le partenariat et le réseau[32] sont le fruit du travail quotidien des professionnels, d'après eux, et pourtant certains s'interrogent à l'exemple de cet éducateur spécialisé : *« Mais qu'est-ce qu'on entend par convention ? S'il y avait des choses signées ou non ? »*

De la même façon, il semble que l'implication des usagers et des professionnels dans l'élaboration et la mise en œuvre des conventions cadres soient moins forte que dans les conventions usagers. Il y a de fait un parallèle à faire entre les coopérations les plus efficientes en termes d'impact direct sur l'usager et celles dont les équipes sont impliquées à l'origine et dans leurs mises en œuvre, telles que les conventions usagers.

#### *3.1.1.4 Les conventions et leur ancienneté*

La confusion évoquée plus haut s'explique en partie car les conventions sont souvent le fruit d'un partenariat antérieur. D'après les acteurs, c'est bien lorsque ce partenariat s'inscrit dans le temps et qu'il est dynamique qu'il finit par être formalisé via la convention. L'ancienneté de la convention balise l'ensemble des étapes importantes à son existence et au sens donné à ce type spécifique de coopération. C'est l'efficience en termes de diversification de l'offre à l'usager qui donne son sens à la convention à l'instant T.

C'est à plus long terme que les effets positifs sur l'inclusion sociale et la participation des usagers opèrent, d'après les résultats du questionnaire. En effet, les moyens mis en œuvre au travers de l'intervention d'acteurs multidisciplinaires mieux coordonnés et d'interconnaissances font alors effet de façon indirecte sur l'accompagnement de l'usager.

---

[31] Voir à ce sujet http://alainpenven.blogspot.fr/2012/09/experiences-territoriales-et.html

[32] Dans le cadre du réseau, « Les liens sont formalisés ou non (connaissances) et permettent de faire appel aux autres en tant que professionnels disposant d'autres compétences, d'autres moyens et donc une autre légitimité à agir. (…).Le partenariat consiste à établir des liens beaucoup plus formels que dans le cas d'un réseau. » http://educateur-specialise.blogspot.fr/2009/09/les-notions-de-reseaux-et-partenariats.html

#### *3.1.1.5 Les conventions et le territoire*

Sur ce sujet les données sont peu nombreuses. Il en ressort malgré tout, du fait de leur impact direct sur les usagers, que les conventions s'inscrivent plutôt dans le territoire de l'usager pour des questions pragmatiques au quotidien (accessibilité via les transports en commun, bonne connaissance des lieux géographiques, mobilité limitée …) et dans un souci de meilleure connaissance *pour l'usager* des ressources de son territoire.

#### *3.1.1.6 Les conventions et les champs des ESSMS publics*

Les conventions sont très peu utilisées par les ESSMS publics du champ de la protection de l'enfance, comme les autres types de coopération étudiés. Dans ce sens, lors d'un entretien, une directrice d'une maison d'enfants expliquait le retour très positif lors de l'évaluation externe de cet établissement en termes de réseau et en parallèle que le manque de formalisation était dommageable.

En revanche, le champ du handicap est celui qui s'est le plus approprié les conventions, au même titre que les autres formes de coopérations. Une des pistes d'explication semble être sa proximité avec le secteur sanitaire, secteur qui a eu pour injonction la formalisation de coopérations.

Le champ de la personne âgée s'est plus approprié les conventions avec le secteur sanitaire que les autres formes de coopérations, s'agissant d'un champ plus récent, moins organisé, plus « atomisé » dans ses formes juridiques.

### 3.1.2 Forces et faiblesses du modèle conventionnel au regard de l'accompagnement de l'usager

D'après les résultats et analyses énoncés précédemment, la plus-value principale des conventions est leur facilité et leur rapidité de mise en œuvre.

D'autre part, comme nous l'avons vu, l'implication des usagers et des professionnels dans ce type de coopération est globalement forte. Mais il convient de souligner la confusion faite par les professionnels entre le partenariat et la convention. Ces derniers n'identifient pas le degré de formalisation de cette coopération et par conséquent les leviers activables via ce type de coopération. Les établissements se privent d'un moyen évident de responsabiliser et d'impliquer les acteurs de terrain pour impacter davantage et surtout de façon positive l'accompagnement des usagers.

Paradoxalement, les conventions semblent toujours basées sur un réseau et sur la bonne connaissance d'acteurs sur un territoire donné. C'est sa forte plus-value, notamment dans le cas des conventions usagers. Les conventions cadres peuvent en revanche ne pas reposer sur cette logique :

elles peuvent être dictées par une habitude voire une nécessité stratégique à formaliser, sans impulser de dynamique d'acteurs.

Les conventions usagers et les conventions cadres se complètent, notamment en termes de pérennité de leur action. Les unes (conventions usagers) ne sont pas faites pour être pérennes mais au contraire pour répondre à un besoin, à un objectif visé, par l'usager et avec lui, à un moment donné. Les autres (conventions cadres) introduisent une forme de pérennité en s'adressant à un groupe plus large sur un temps plus long. La question de la pérennité est à la fois un atout et une limite propre à cette forme de coopération.

## 3.2 La direction commune : outil de gouvernance plutôt que de coopération

### 3.2.1 Retour sur les hypothèses : résultats et analyse des questionnaires et des entretiens

La direction commune est une coopération de type fonctionnelle entre ESSMS pouvant porter sur tout type d'objectif, à la mise en place rapide mais aux effets à long terme limités par sa forme juridique (contrat sans création de nouvelle entité juridique).[33] Elle peut constituer un modèle de coopération particulièrement adapté pour répondre aux difficultés de tous ordres rencontrées par les ESSMS.[34]

Au regard des témoignages que nous avons recueillis, la direction commune est la forme de coopération la plus identifiée par tous les acteurs au travers des leviers qu'elle active et des effets qu'elle a sur l'accompagnement des usagers.

#### *3.2.1.1 Les directions communes et les leviers humains, logistiques, financiers et stratégiques*

Les leviers humains sont déclarés comme activables par les directeurs d'ESSMS publics via la direction commune. Les données du questionnaire nous disent ainsi que les directeurs témoignent que la direction commune permet la mutualisation ou la mise à disposition de personnel dans 9 cas sur 15 et une multidisciplinarité renforcée des équipes dans 10 cas sur 15. Dans les entretiens, les professionnels et les directeurs évoquent des leviers liés à la montée en compétence, la mobilité (avec la crainte de la subir évoquée par les équipes), une multidisciplinarité accrue. Les usagers témoignent d'effets plus diffus, identifiés au travers des personnes.

Les leviers financiers et logistiques sont aussi identifiés, mais dans une moindre mesure, plutôt par les professionnels et les directeurs via le redéploiement de ceux-ci.

---

[33] « Quelle forme juridique pour quels besoins ? », fiche repère n°7, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, version à jour de la réglementation 04/2012.

[34] Céline EPISSE, *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient*, Mémoire de l'ENSP, 2007

D'après les directeurs et professionnels rencontrés, le positionnement stratégique et politique de l'établissement est particulièrement amélioré par la direction commune en termes de représentativité politique et de capacité de réponse aux appels d'offre, sans effet direct sur l'usager. En témoignent les directeurs sondés par le questionnaire qui pointent le renforcement de l'assise politique et stratégique de l'ESSMS comme un objectif visé et atteint dans 10 cas sur 15 par la direction commune. Les propos des professionnels interrogés évoquent leur direction comme étant devenue « un acteur important » sur le territoire, qu'il faut prendre en compte dans la concurrence aux appels d'offre.

Il l'est moins du point de vue de la visibilité de l'établissement et de la couverture des besoins, les directions communes rencontrées n'étant pas à l'origine constituées dans une logique de territoire défini par les besoins des usagers, mais plutôt dans un contexte de difficultés managériales ou de taille des ESSMS publics, d'après les témoignages des directeurs de Loire Atlantique.

#### *3.2.1.2 Les directions communes et les effets produits en terme d'accompagnement*

Les effets les plus identifiés sur l'accompagnement des usagers par tous les acteurs sont la diversification de l'offre à l'usager, plus particulièrement dans son effet de fluidité de parcours lié à une interconnaissance développée des acteurs en interne et une capacité opérationnelle rapide de la direction commune à produire cet effet. Mais cet impact semble circonscrit à un instant T et limité au périmètre de la direction commune. Les données du questionnaire témoignent ainsi d'effets positifs sur la diversification de l'offre dans 12 réponses sur 15 des directeurs, attribués dans 7 de ces réponses à la mise à disposition et la multidisciplinarité de personnel. Dans les entretiens, les professionnels et les cadres intermédiaires témoignent d'une tendance forte à privilégier des solutions de diversification de l'offre à l'intérieur du périmètre défini par les établissements de la direction commune.

Les personnes interrogées ne notent aucun impact spécifique en termes d'inclusion, de participation et de qualité de vie.

Ces résultats sont à mesurer au regard des propos des usagers et des professionnels qui constatent des effets en termes d'accompagnement sans toutefois établir de lien direct avec la direction commune. Nous ne pouvons donc pas établir s'il faut les attribuer à la direction commune, à un autre type de coopération ou aux exigences de la loi 2002-2.

#### *3.2.1.3 Les directions communes et les acteurs des ESSMS publics*

En termes d'implication des acteurs à la direction commune, celle-ci est un outil clairement incarné par les directeurs eux-mêmes, impulsée par les pouvoirs publics par le jeu des appels d'offres, CPOM et agréments. A ce sujet, les entretiens permettent de relever un discours double des financeurs, qui

affirment ne pas vouloir imposer les coopérations d'un côté, les privilégier fortement dans les appels d'offre et les négocier au moment des renouvellements d'agréments.

Il existe un décalage important entre les propos des directeurs et ceux des professionnels concernant le degré de connaissance de la direction commune par les professionnels. Les usagers ont une connaissance limitée de la direction commune qui s'exprime au travers des changements identifiés dans leur environnement immédiat, sans toujours pouvoir le lier à une coopération plutôt qu'une autre.

#### *3.2.1.4 Les directions communes et le territoire*

Comme évoqué plus haut, les propos recueillis témoignent d'une origine de la dynamique des directions communes impulsée par les pouvoirs publics dans des contextes de gestion de crises institutionnelles. La question du maillage du territoire des besoins des usagers n'entre alors que peu en ligne de compte, ce qui limite les effets possibles de la direction commune sur l'accompagnement de l'usager, notamment en termes d'inclusion sociale et de participation des usagers, effets mis en lien avec les moyens humains déployés (notion d'interconnaissance des acteurs évoquée).

#### *3.2.1.5 Les directions communes et leur ancienneté*

D'après les données recueillies, cette origine « dans la crise » limite aussi les effets de la direction commune dans le temps, une fois les limites atteintes de l'établissement en termes de moyens mobilisables et de réseaux activables. La direction commune ne crée que peu de plus-value externe de ce point de vue-là.

Les directions communes et les champs des ESSMS publics

Les résultats du questionnaire témoignent d'une appropriation plus importante des coopérations étudiées dans le champ du handicap, à l'exception de la direction commune qui est adoptée de manière assez homogène quel que soit le champ d'action sociale des ESSMS publics concernés. Dans le champ du handicap plus particulièrement, la direction commune est déclarée comme ayant un impact sur la qualité de vie dans un ESSMS sur deux.

### 3.2.2 Forces et faiblesses du modèle de la direction commune au regard de l'accompagnement de l'usager

Rappelons que la direction commune est une coopération souvent mise en place entre ESSMS pour faire face à des situations difficiles en termes d'échelle, de santé financière ou de management.

Les propos tenus par nos interlocuteurs soulignent ces forces et faiblesses de la direction commune au regard de la plus-value attendue en termes d'accompagnement de l'usager, à savoir : la direction commune est un modèle de coopération facile à mettre en œuvre et facilité par les pouvoirs publics. De ce fait, elle ne présuppose pas une histoire commune de collaboration antérieure entres les

ESSMS la constituant, ni d'une démarche de couverture d'un territoire de besoins d'usagers, mais plutôt d'une réponse rapide à une situation de crise institutionnelle.

Cela limite sa plus-value possible sur l'accompagnement des usagers en particulier sur l'inclusion sociale et la participation de l'usager de plusieurs manières :

- Elle encourage les équipes des ESSMS à chercher des collaborations possibles au sein du périmètre constitué par la direction commune plutôt qu'à l'extérieur ;
- « l'extérieur » étant constitué de réseaux partenariaux propres à chaque ESSMS, sur un territoire qui, nous l'avons vu, ne correspond pas forcément à un territoire de couverture des besoins des usagers ;
- Une fois exploré ce périmètre nouveau créé par la direction commune, les effets de celle-ci se limitent dans le temps dans ses impacts directs sur l'usager. Même s'il permet de pérenniser la situation d'un établissement en difficulté (et c'est là le propos de Céline Episse[35]), il ne nous semble pas un modèle de coopération pérenne du point de vue de ses effets sur l'usager. D'autant plus que la direction commune peut être démantelée aussi facilement qu'elle a été mise en œuvre (par son caractère contractuel) ;
- De la même manière, le sentiment d'avoir diversifié l'offre à l'usager en interne peut aboutir à un effet de standardisation de la réponse à l'usager.

La direction commune dispose d'une certaine opérationnalité en termes d'activation d'un certain nombre de leviers, limités par le maintien de l'autonomie de chaque établissement et par la méconnaissance par les acteurs de ces possibilités.

Les principaux avantages de la direction commune résident aussi dans deux aspects importants pour les ESSMS publics aujourd'hui :

- Un positionnement politique et stratégique accru s'exprimant au travers d'une meilleure représentativité politique et d'une meilleure capacité à répondre aux appels d'offres.
- Une redistribution des ressources internes à la direction commune qui profite aux établissements les plus petits qui bénéficient alors de l'ingénierie et des moyens des plus gros ; ce qui a été évoqué au cours de nos entretiens et ce qu'évoque aussi Céline EPISSE dans son mémoire[36].

La direction commune semble donc, au regard de l'objet de notre étude être un outil de coopération plutôt au service de la gouvernance de l'établissement qu'au service de l'usager **de façon pérenne**, tout du moins dans sa conception, ce qui n'exclue pas un impact possible sur les usagers. Il nous

[35] EPISSE Céline, op. cit.
[36] EPISSE Céline, op. cit.

semble que c'est un outil qui ne peut se suffire à lui-même dans cet objectif, ce que nous suggère une directrice rencontrée en Loire Atlantique dans ses propos *« …en direction commune (…), on pourra effectivement parler de l'impact que ça peut avoir sur le parcours des usagers, mais j'ai envie de dire, aujourd'hui, c'est pas l'objet principal, en fait. » « Les objectifs, effectivement, de cette direction commune, c'était au départ d'assurer la continuité de direction. »*

## 3.3 Le GCSMS : une identité multiple et des effets différenciés

### 3.3.1 Un cadre juridique unique[37] mais des déclinaisons différentes : essai de typologie

Le GCSMS, s'il est, comme nous l'avons vu, l'héritier des GCS mis en œuvre dans le domaine sanitaire à la fin des années 1990, est introduit dans le champ social et médico-social par la loi du 2 janvier 2002 et ses missions précisées par la loi handicap de 2005 et la loi Fourcade de 2011.

#### *3.3.1.1 Etat des lieux des GCSMS dans les champs des ESSMS publics*

Depuis l'enquête Solen réalisée sur demande de la DGAS en 2007 et 2008[38], et dont les résultats sont peu fiables (cohorte faible, résultats datés), et malgré cette forte impulsion politique et législative, aucun recensement détaillé n'a été effectué, à ce jour, par les pouvoirs publics concernant la mise en œuvre des GCSMS dans le champ des ESSMS. De la même façon, aucune étude n'a permis de recenser de façon exhaustive le nombre de GCSMS auxquels adhèrent les ESSMS publics.

#### *3.3.1.2 3 types de GCSMS*

Nous souhaiterions cependant introduire ici, en préambule des résultats et analyses à venir, l'idée qu'il convient, au regard de nos recherches bibliographiques, et d'après les données récoltées via les questionnaires et les entretiens menés, de distinguer trois types de GCSMS, que nous nommerons ainsi :

- Le **GCSMS gestionnaire** dont l'objet est essentiellement tourné vers la mutualisation et la cogestion de moyens techniques et logistiques.
- Le **GCSMS identitaire** dont la vocation est à la fois de se positionner stratégiquement face aux pouvoirs publics et à ses « concurrents », et de promouvoir les valeurs et les pratiques mises en œuvres par ses membres. Nous avons par exemple rencontré lors de cette étude un GCSMS composé uniquement d'ESSMS, dont l'objet était en grande partie celui-ci.
- Le **GCSMS « besoins de l'usager »** construit en réponse à un besoin non couvert sur un territoire et composé d'une diversité d'acteurs publics ou privés. C'est par exemple le cas de

---

[37] Annexe n°10 : Cadre juridique des GCSMS

[38] Rapport d'analyse des résultats de l'enquête *« Politique de contractualisation et de restructuration du secteur social et médico-social : bilan 2007-2008 »*, Enquête SOLENN, réf DGAS/5B/PYL, DGAS, 2008, 18 p.

GCSMS constitués autour de problématique comme la toxicomanie, le mal être adolescent ou le vieillissement.

Cette typologie sera retenue pour éclairer les résultats présentés ci-dessous, notre objectif étant de s'en saisir en tant qu'outil d'analyse et de compréhension pour rendre lisible la réalité observée. Il convient, bien entendu, de préciser qu'une hybridation demeure possible entre les différents types.

### 3.3.2 Retour sur les hypothèses : résultats et analyse des questionnaires et des entretiens

#### *3.3.2.1 Les GCSMS et les leviers humains, logistiques, financiers et stratégiques*

Intéressons-nous dans un premier temps aux leviers humains, logistiques, financiers et stratégiques activés par les GCSMS.

Les données issues du questionnaire disent du GCSMS qu'il permet d'activer de façon assez dynamique un certain nombre de moyens humains et logistiques. A titre d'exemple, 10 des 16 GCSMS recensés ont permis, aux dires des sondés, de renforcer la multidisciplinarité des équipes autour de l'usager, phénomène attribué à la mutualisation et/ou à la mise à disposition de moyens humains via le GSMS, et à la mise en réseau impulsée par le GCSMS (7 des 16 GCSMS ont permis une meilleure coordination des acteurs sur le territoire). Plus d'1 ESSMS sur 2 a, d'autre part, permis la mutualisation et/ou la mise à disposition de moyens nouveaux pour l'établissement.

Les entretiens menés en Loire Atlantique et nous ayant permis de zoomer sur deux GCSMS nuancent quelque peu ce résultat, puisque si l'impact positif du GCSMS sur les moyens humains et logistiques est avéré, aux dires des directeurs d'établissements, il l'est selon le type de GCSMS, de façon directe (pour le GCSMS gestionnaire rencontré) et indirecte (pour le GCSMS identitaire) et reste non identifié des professionnels comme des usagers.

Il en va de même pour l'impact positif du GCSMS sur le positionnement stratégique de l'établissement qui semble avéré puisque 11 des 16 GCSMS ont permis, d'après les sondés, de renforcer l'assise politique et stratégique de l'ESSMS. Cet effet n'est pas attribué à une potentielle mutualisation de compétences en matière de pilotage et d'ingénierie (seuls 4 des 16 GCSMS recensés auraient renforcé le pilotage stratégique de l'établissement adhérent), mais au travail de mise en réseau des acteurs (dans 63% des cas) effectué par le GCSMS. Ces données sont confirmées dans le cas du GCSMS identitaire rencontré en Loire Atlantique, mais pas dans celui du GCSMS gestionnaire.

Il convient enfin de souligner qu'il s'agisse des résultats au questionnaire ou des entretiens, que les GCSMS recensés et rencontrés n'ont pas permis d'améliorer l'assise financière des établissements, mais ne l'ont pas non plus détériorée.

#### *3.3.2.2 Les GCSMS et les effets produits en termes d'accompagnement*

Le GCSMS, selon les résultats du questionnaire et les éléments identifiés dans les entretiens qualitatifs, améliore la diversification de l'offre faite à l'usager, la fluidité de son parcours et de sa qualité de vie dans l'établissement et sur le territoire. Son impact est en revanche plus nuancé concernant l'inclusion sociale et la participation de l'usager au sein de l'établissement et sur le territoire. Un écart est sur ce point constaté entre les résultats du questionnaire et le contenu des entretiens.

Les résultats du questionnaire confirment que le GCSMS a été mis en œuvre, pour 12 des 16 GCSMS recensés, pour améliorer et diversifier l'accompagnement et le service rendu à l'usager, objectif atteint puisque seul un des établissements déclare que ce n'est finalement pas le cas. Lorsque l'on rentre dans le détail des effets sur l'accompagnement à l'usager, c'est notamment l'impact produit sur la diversification de l'offre et la fluidité du parcours de l'usager qui doit retenir notre attention puisqu'il est positivement déclaré pour 12 des 16 GCSMS et attribué essentiellement aux moyens humains et au travail de mise en réseau activés par le groupement.

Les données issues du questionnaire concernant le peu d'effets positifs du GCSMS sur l'inclusion sociale de l'usager (6 des 16 GCSMS recensés) et la participation de ce dernier à son projet de vie comme à la vie de l'établissement et du territoire (8 des 16 GCSMS recensés) sont confortées par les informations récoltées lors des entretiens (peu ou pas d'appropriation du groupement par les usagers et les professionnels, constat identique en termes d'information) sans que cela nous permette pour autant de tirer des conclusions (faiblesse quantitative des données : les acteurs rencontrés se sont peu exprimés sur ce point ).

Les résultats du questionnaire et les éléments récoltés lors des entretiens sont en revanche cohérents lorsqu'il s'agit d'évoquer l'effet du GCSMS sur la qualité de vie de l'usager qui n'est avéré, d'après les réponses des sondés, que dans un cas sur deux et qui est mis en cause, lors de nos entretiens, par les différents acteurs de l'établissement adhérent au GCSMS gestionnaire. Le GCSMS en question contraint en effet l'établissement à subir une situation qu'il sait néfaste à la qualité de vie de l'usager. Est ici en cause sa complexité administrative, juridique et financière et les effets de taille ainsi induits. Deux exemples probants sont ainsi donnés concernant la restauration et la blanchisserie qui, gérés par le GCSMS pour 4 établissements différents, sont standardisés et ne permettent pas de respecter le projet personnalisé de l'usager.

#### *3.3.2.3 Les GCSMS et les acteurs des ESSMS publics*

Les GCSMS, aux dires des interviewés et quels que soient leurs objets, sont l'apanage des cadres, des politiques et des financeurs. Ils en sont à l'origine et en deviennent les principaux opérateurs.

Aucune donnée issue du questionnaire ne peut malheureusement corroborer ce fait, qui est, en revanche bien identifié (voir à ce propos p.**Erreur ! Signet non défini.**), lors des entretiens, par les directeurs eux-mêmes (*« le GCSMS reste quand même une entité portée par les cadres »)*, et attesté par le **peu d'information détenue par les usagers comme les professionnels.** Ces derniers ne connaissent pas ou peu le GCSMS identitaire rencontré. La situation est quelque peu différente pour le GCSMS gestionnaire ; les usagers comme les professionnels étant mieux informés et mieux réceptifs à l'information, peut-être parce qu'ils bénéficient de façon directe ou indirecte des prestations du GCSMS.

Le rôle des financeurs dans la mise en œuvre des GCSMS est quant à lui nuancé par les données extraites des entretiens avec ces mêmes financeurs et les directeurs, qui évoquent tous une impulsion et une reconnaissance positive, plutôt qu'une injonction. La directrice d'un des établissements rencontrés évoque les choses en ces termes : *« on a vu aussi que la notion de coopération se formalisait et a été mise en avant par nos instances tutélaires et financières donc on y est allé» « ça ne sera jamais dit sous forme d'injonction après du coup c'est détourné ».* Tandis que les représentants de l'ARS confient : *« Imposer les groupements, nous, on n'y croit pas, il faut que ce soit la volonté des acteurs » « On peut impulser, mais on ne peut pas imposer ».*

L'effet des GCSMS sur l'accompagnement de l'usager ne semble pas imputable lorsqu'il est positif à une bonne appropriation par les professionnels et les usagers eux-mêmes des leviers activables via le groupement. Lorsque cet effet est inexistant, comme nous l'avons vu en termes de participation et d'inclusion, la question se pose différemment puisqu'on peut présumer du lien entre absence d'effets et non appropriation par les professionnels et les usagers. Dans le cas, enfin, des effets négatifs produits par le GCSMS gestionnaire rencontrés sur la qualité de vie de l'usager, il convient de souligner que l'ensemble des acteurs de l'établissement détient l'information mais que seuls les directeurs sont impliqués dans le pilotage et la mise en œuvre du groupement.

#### *3.3.2.4 Les GCSMS et leur ancienneté*

D'après les résultats obtenus via le questionnaire, les effets bénéfiques du GCSMS seraient majoritairement prégnants dès lors que le groupement est mis en œuvre depuis plus de 3 ans. 67% des GCSMS ayant eu un effet positif sur la diversification ont par exemple, plus de 3 ans.

Les entretiens nous confirment quant à eux l'idée selon laquelle le GCSMS est une coopération formalisée résultant d'un partenariat antérieur, parfois assez ancien. C'est le cas par exemple du GCSMS identitaire rencontré qui, formalisé en 2012, est né d'une interconnaissance et d'un partenariat informel datant du début des années 1990 entre directeurs d'ESSMS publics, et d'une première charte de partenariat formalisée et signée en 1999. Le mouvement est quelque peu

différent mais l'ancienneté tout aussi avérée en ce qui concerne le GCSMS gestionnaire, qui résulte de façon atypique d'une « défusion » d'établissements.

L'effet des GCSMS sur l'accompagnement de l'usager, lorsqu'il est positif, peut donc être en partie imputé à l'ancienneté du groupement formalisé, mais surtout à l'historique « daté » de ce partenariat formalisé.

#### *3.3.2.5 Les GCSMS et le territoire*

Les différents types de GCSMS ne produisent pas les mêmes effets dès lors qu'il s'agit de participer à un meilleur maillage du territoire et à une meilleure couverture des besoins des usagers sur ce même territoire.

Le GCSMS identitaire rencontré parce qu'il repose essentiellement, nous l'avons vu, sur une logique d'acteurs et résulte en partie d'une impulsion politique, n'est pas construit dans le but de mieux couvrir sur le territoire des besoins non ou mal couverts. Son effet direct sur ce point n'est donc logiquement pas identifié par les interviewés. Il en va de même pour le GCSMS gestionnaire rencontré, dont le regard est exclusivement tourné vers les moyens logistiques, matériels et humains de l'établissement.

Les GCSMS « besoins de l'usager », bien que nous n'en ayons pas rencontrés directement lors de nos entretiens et que nous ne puissions pas nous appuyer sur des données issues du questionnaire (inexistantes sur cette question - voir à ce propos la note méthodologique[39]), nous semblent reposer à la fois sur une logique d'acteur, une logique politique et une logique de besoins des usagers. La carte dessinée par **le GCSMS « besoins de l'usager » permet de mieux mailler le territoire et d'apporter une réponse à des besoins identifiés sur le territoire.** C'est ce que nous confirme notre travail de bibliographie et de collecte d'initiatives, travail qui nous a permis d'étudier les projets de GCSMS portant sur le mal être adolescent (GCSMS Maison des adolescents 44), la toxicomanie (CSAPA de l'Aude) ou la prise en charge du vieillissement (GCSMS Agape en Loire Atlantique).

#### *3.3.2.6 Les GCSMS et les champs des ESSMS publics*

Si la question de la plus-value du GCSMS sur l'accompagnement de l'usager, au regard des champs auxquels les établissements adhérents appartiennent, n'a que très peu été abordée dans les entretiens, les résultats du questionnaire nous donnent en revanche quelques informations intéressantes.

Le champ du handicap est celui qui s'est le plus approprié le GCSMS. 1 établissement relevant du secteur du handicap interrogé sur 3 a constitué un GCSMS, GCSMS caractérisé par un taux assez

[39] Annexe n°8 : note méthodologique

intéressant d'effets positifs sur la diversification de l'offre (9 des 16 GCSMS recensés). Les chiffres sont beaucoup plus anecdotiques pour les établissements relevant du champ des personnes âgées (qui en met en œuvre 2 des 16 GCSMS recensés) et de la protection de l'enfance (qui en met en œuvre 1 des 16 GCSMS rencontrés). Il convient de noter que ces données sont relativement cohérentes avec celles générées au travers de l'enquête Solen, puisqu'en 2008 35% des GCSMS concernaient le champ du handicap, 15% le champ des personnes âgés et 35% un champ mixte handicap - personnes âgées.

### 3.3.3 Forces et faiblesses des différents modèles de GCSMS au regard de l'accompagnement de l'usager

A ce jour et d'après nos résultats, la plus-value du GCSMS en termes d'accompagnement de l'usager est essentiellement attestée en termes de diversification de l'offre et de fluidité du parcours de l'usager, via la mise en réseau et la diversification des moyens humains et logistiques permises par le GCSMS. L'impact du GCSMS en termes d'inclusion sociale et de participation de l'usager à son projet de vie, au sein de l'établissement et sur le territoire, est beaucoup moins net (d'inexistant à légèrement positif). Les directeurs des établissements, s'ils veulent s'assurer de la plus-value du GCSMS doivent donc tout particulièrement en identifier les limites et les risques.

#### *3.3.3.1 Objet du GCSMS*

Le GCSMS que nous avons nommé GCSMS « Besoins des usagers » porte de façon intrinsèque des objectifs visant à mieux couvrir les besoins de l'usager dans les établissements mais surtout sur le territoire ; ce qui n'est pas le cas du GCSMS identitaire et du GCSMS gestionnaire, qui, pour l'un, pourrait exister sous couvert des enjeux stratégiques qui sont les siens, en faisant fi des besoins de l'usager, et, pour l'autre, sacrifier ces mêmes besoins, à l'aune d'une logique de rationalisation des dépenses des établissements et de standardisation des prestations.

#### *3.3.3.2 GCSMS fermé ou GCSMS ouvert sur le territoire et les besoins des usagers*

Dans une même logique, les GCSMS de gestion ou les GCSMS identitaires semblent exister pour satisfaire des besoins logistiques, financiers et stratégiques internes aux établissements adhérents.

Le GCSMS identitaire rencontré repose ainsi sur la défense des ESSMS publics, et cet aspect le rattrape dès lors qu'il essaie de sortir de ces considérations institutionnelles et politiques, puisqu'aux dires des directeurs rencontrés, la mise en place concertée d'actions qui pourraient permettre une montée en compétences et en interconnaissance collective au bénéfice indirect de l'usager, est difficile à mettre en œuvre. Ce type de configuration finalement assez fermée et autocentrée ne permet pas d'étendre le réseau formé « au départ » par le GCSMS, et par la même de participer à un meilleur maillage du territoire et à une meilleure couverture des besoins de l'usager sur le territoire.

Le GCSMS identitaire est exclusivement composé d'établissements publics, le GCSMS gestionnaire est exclusivement composé des 4 établissements occupant le site et les locaux de M.

#### *3.3.3.3 Risque de standardisation*

Un autre risque est encouru par le GCSMS gestionnaire et dans une moindre mesure par le GCSMS identitaire, celui de la standardisation des prestations offertes par les établissements, au détriment des projets personnalisés des usagers. L'effet potentiel d'un GCSMS gestionnaire est très concret sur ce point. L'exemple étudié ici montre, rappelons-le, que les usagers des établissements adhérents subissent un système de blanchisserie et de restauration qui ne permet pas de répondre qualitativement à leurs besoins, et qui de surcroit ne satisfait pas financièrement et logistiquement l'établissement.

Cet effet de standardisation s'exprime dans une moindre mesure pour le GCSMS identitaire. Il pourrait se perdre dans son combat (valorisation de la qualité de service dans le public). Dans notre cas, il pourrait conduire ses membres à restreindre aux services et établissements adhérents au GCSMS, les acteurs à mobiliser autour du projet personnalisé de l'usager.

#### *3.3.3.4 Structuration administrative et juridique, attention à la spécificité des établissements publics*

Les GCSMS gestionnaire et dans une moindre mesure les GCSMS « Besoins de l'usager » et identitaire, peuvent courir le risque de se voir enfermer « à jamais » dans des GCSMS dont la structuration administrative et juridique ne leur permettent pas mécaniquement de « produire » de la plus-value usager.

Rappelons, par exemple, que lorsqu'il est composé uniquement d'établissements publics, le GCSMS relève du droit public et donc d'une comptabilité de droit public. Là où un établissement pouvait entrevoir lors de son adhésion à un GCSMS gestionnaire des réductions de coûts dans ses dépenses (qu'il aurait pu réinjecter au bénéfice de l'usager !), il ne trouvera que des contraintes financières et comptables émanant du droit public (marchés publics, règles complexes à maîtriser) qui ne le conduiront pas à faire des économies d'échelle. C'est le cas pour le GCSMS gestionnaire rencontré qui est en prise avec cette difficulté, parce que le GCSMS relève du droit public et que sa taille lui fait dépasser des seuils tels qu'ils requièrent le recrutement de techniciens du droit public pour gérer des dépenses et des marchés difficiles à dénoncer. Le tout, nous l'avons vu, au détriment de la qualité de vie et du respect des besoins de l'usager.

Le directeur de cet établissement s'exprime à ce propos ainsi : *« On est relativement prisonnier de la structuration avec des marges de manœuvre limitées. Il y a eu dans le temps un effet d'enrichissement des activités, des prestations assurées par le GCSMS. A chaque fois que l'on passe un seuil, on ne peut plus tellement revenir en arrière, parce qu'il y a des coûts liés aux prestations, des*

*contrats qui sont signés. Cela implique que les établissements vont payer un surcoût et parce que les répartitions des dépenses ne sont plus les mêmes »*.

#### *3.3.3.5 Implication des acteurs dans la mise en œuvre et la gouvernance du GCSMS*

Ces cas où le GCSMS produit des impacts négatifs sur l'accompagnement de l'usager nous conduisent à poser la question de la gouvernance du GCSMS. Dans les textes, les usagers en sont à priori exclus, bien que la convention constitutive du groupement pourrait l'envisager, en créant par exemple un conseil de surveillance dans lequel siègeraient des professionnels de terrain et des usagers. Ces derniers pourraient ainsi se porter garants de la plus-value du GCSMS sur leur accompagnement au quotidien ou de la non détérioration, au profit de logiques plus financières, administratives ou stratégiques, de leur qualité de vie.

Ce risque est fort, puisqu'avant d'en arriver là, nous l'avons vu au travers des GCSMS rencontrés, les professionnels et les usagers sont au mieux informés mais dans les deux cas peu voire pas associés à la construction, à la mise en œuvre et à l'évaluation du GCSMS. Si la responsabilité ne doit pas être niée à ce propos, il convient de souligner que ce phénomène est assez classique, comme nous l'ont démontré les sociologues des organisations. Les paragraphes à venir étayeront cette idée.

## 3.4 Les coopérations formalisées : enjeux partagés et éclairages conceptuels

### 3.4.1 Les coopérations et les acteurs : *« apprendre à jouer collectivement »*[40]

Comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, les trois types de coopération ont une caractéristique commune : elles sont difficilement appropriées par les professionnels, qui identifient mal leur degré de formalisation et, de fait, les leviers humains, financiers, logistiques et stratégiques qu'ils pourraient eux-mêmes activer au bénéfice de l'usager.

Les cadres des établissements sont en partie responsables de cette carence. Notre venue au sein d'un des établissements a ainsi été l'occasion d'initier un débat entre différents membres du comité de direction générale ; les uns évoquant le fait que les professionnels s'en moquent et ne s'intéressent à la coopération que *« si ça leur profite »* et *« s'ils [sont] bénéficiaires »*, tandis que les autres, à la lueur des propos tenus, affirmaient que l' *« intérêt [n'était] pas si clairement identifié »* mais qu'il fallait le nommer (*« Je pense qu'il faut qu'on le nomme »*) et que dans certains cas, les conventions sont souhaitées par les professionnels *« car ça les garantit de leur place, […] ça légitime »*.

---

[40]GILLIOTTE Noémie, LAROSE Dominique, WITTMAN Martin, VERGER Philippe, ALUZE Jean-Louis, « Groupements de coopération. Apprendre à jouer collectif », *Directions*, 2007/11 n° 11, p. 22-28.

Cette discussion comme les éléments plus globalement récoltés lors des entretiens nous conduisent à penser que cette faible appropriation des professionnels met en lumière l'absence de réflexion collective mise en œuvre au sein des établissements dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la coopération. Combien de conventions cadres sont reconduites sans que ne soit initiée une évaluation collective et participative des plus-values apportées par cette coopération à l'établissement et à l'usager ?

### 3.4.2 La place de l'usager dans les coopérations : citoyen, acteur ou client ?

La question qui apparait en filigrane des résultats de notre étude, est celle de la place de l'usager dans ces établissements : celle qu'on lui accorde, tout comme celle qu'il prend. Pour ce qui est de la place qui lui est accordée, la convention usager et le GCSMS « Besoin des usagers » sont les seuls où l'usager peut être acteur de la coopération. La convention cadre, tout comme la direction commune, placent l'usager comme bénéficiaire de services répondant à des besoins repérés ou diversifiés. Le GCSMS gestionnaire a pour effet de transformer l'usager en client passif là où le GCSMS identitaire n'a pas pour objet l'usager qui devient alors « hors-jeu ». Les usagers, aux prises avec les difficultés dues à leurs situations individuelles, se conforment alors, bien souvent, aux places qu'on leur laisse.

Finalement, le moyen le plus fréquent d'impacter l'accompagnement de l'usager reste la capacité à diversifier et à fluidifier les services et les offres qui lui sont proposés, source de meilleure prise en compte de leurs besoins[41] et preuve d'écoute et de considération. C'est aussi, à notre sens, un risque, décrit par Michel Chauvière qui parle de « chalandisation », à savoir l'introduction de préoccupations marchandes dans le secteur social et médico-social. L'usager est-il alors seulement usager ? On note aujourd'hui que la distinction, chère à Michel Chauvière, entre l'usager et le client n'est plus aussi simple que cela. Au nom de la citoyenneté, d'une idée de participation, voire d'une action directe de l'usager sur son accompagnement, la *« dilution de l'usager dans le client tend à s'accélérer »*.[42]

### 3.4.3 Coopérations et prospective autour de l'usager, de l'établissement et sur le territoire

Le troisième point de tension commun aux trois modèles étudiés naît de la difficulté plus ou moins prégnante de la coopération à se projeter dans l'espace et dans le temps. La direction commune, comme nous l'avons vu, est à ce propos le modèle le plus restreint. Ses effets positifs sur

---

[41] *« Un besoin est un sentiment de privation, de manque, parallèle à la notion de désir, que l'individu cherche à faire disparaître par la consommation d'un bien. C'est une demande exprimée ou latente, d'ordre individuel ou collectif. (…)Les besoins sont illimités car on constate que si au fur et à mesure qu'un besoin est satisfait, son intensité diminue, un autre apparaît et la chaîne continue. Seules les sociétés primitives se contentaient de satisfaire leurs besoins primaires, nos sociétés ont créé d'autres besoins, d'autres envies qui augmentent perpétuellement sans connaître de limite. »* http://www.centredelanguefrancaise.paris/wp- content/uploads/downloads/2011/10/besoins.pdf

[42] http://www.cersa.cnrs.fr/IMG/pdf/Colloque_PMP_Chauviere_Final.pdf, 15e colloque international de la revue « Politiques et management public » : « L'action publique au risque du client ? « Client-centrisme » et citoyenneté. »

l'accompagnement de l'usager sont limités aux murs de l'établissement et dans le temps, et son projet institutionnel ne la conduit pas à participer à une meilleure identification puis à une meilleure couverture des besoins des usagers sur un territoire donné. Aucun effet démultiplicateur n'est envisageable de façon pérenne pour l'usager de l'établissement comme pour le territoire. La situation est quasi semblable pour le GCSMS gestionnaire, le GCSMS identitaire et la convention usager.

Les conventions cadres et le GCSMS « Besoins des usagers » diffèrent en ce point. En ce qui concerne ce dernier, des acteurs multiples sont mis en relation autour d'un objet qui peut évoluer, tout comme l'identité et le nombre des acteurs impliqués. Le défi est cependant de taille pour cette « nouvelle forme » de coopération : ne pas se contenter de formaliser un réseau de partenaires, mais identifier en quoi et comment elle peut devenir un outil efficace de prospective sur un territoire.

Au-delà de la structuration, ce sont le projet et la gouvernance démocratique de la coopération qui doivent transformer l'outil au service de l'accompagnement des usagers des établissements en un espace public d'expression et de réponse aux besoins sociaux du territoire. En ce sens, les coopérations comme le GCSMS peuvent être le lieu de l'expérimentation puis de l'innovation sociale. Ce glissement pourra s'opérer sous réserve que ces derniers soient administrativement et juridiquement assez souples pour s'adapter à des besoins qui évoluent sur un territoire mouvant.

# 4 Préconisations en direction des ESSMS publics et du GEPSo : l'usager au cœur des coopérations

La dernière partie de ce dossier doit nous permettre de proposer aux ESSMS et au commanditaire de s'approprier de façon pragmatique les résultats de notre étude. L'objectif est double :

- présenter aux directeurs des établissements les forces et faiblesses de chaque modèle étudié, afin que la mise en œuvre d'une coopération résulte d'une réflexion qui prend en considération la question des impacts produits sur l'usager.
- accompagner le GEPSo à penser les suites à donner à cette étude, afin qu'elle fasse l'objet d'une valorisation scientifique, politique et méthodologique.

## 4.1 Préconisation en direction des établissements publics sociaux et médico-sociaux : le rôle pivot du directeur d'établissement

### 4.1.1 Une coopération idéale ? Forces et faiblesses des 3 types de coopérations étudiées

Les coopérations formalisées, parce qu'elles sont à la fois les héritières de partenariats installés dans le temps par les professionnels, et le résultat d'impulsions politiques plus récentes, ne sont pas

toujours pensées et mises en œuvre dans l'objectif principal d'améliorer l'accompagnement de l'usager.

Le comparatif proposé ci-dessous[43] doit par conséquent permettre d'éclairer les acteurs sur les forces et faiblesses de chaque modèle, afin que le choix d'une coopération ou sa reconduction soient le fruit d'une réflexion qui prend en considération la question des impacts produits sur l'usager :

| | Conventions | | Direction commune | GCSMS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Usager | Cadres | | Identitaire | Gestionnaire | Besoins usagers |
| **Impacts positifs directs sur l'accompagnement de l'usager** | Oui<br>Diversification et Fluidité de l'offre (78%)<br>Inclusion et participation dans une moindre mesure. | | Oui. Diversification et fluidité de l'offre, mais limité au périmétre de la direction commune. | Non | Qualité de vie (52%) | Diversification<br>Participation<br>Inclusion<br>Qualité de vie |
| **Impacts négatifs directs sur l'accompagnement de l'usager** | Non | Non | Non | Non | Qualité de vie (48%). Participation (PP, établissement, territoire) | Non |
| **Leviers activables** | Humains via réseau d'acteurs coordonné et multidisciplinarité.<br>Logistiques | | Humains<br>Logistiques<br>Financiers | Stratégiques | Humains<br>Logistiques<br>Financiers | Humains<br>Logistiques<br>Financiers<br>Stratégiques |
| **Place de l'usager** | Acteur | Bénéficiaire | Place d'origine, tel que travaillé dans l'établissement. Pas de changement. | Acteur ou "hors jeu" ou "porte étendard" | Client passif | Acteur |
| **Pérennité pour l'établissement et dans l'accompagnement de l'usager** | Non | Oui à moyen terme | Non | Limité | Possible | Oui |
| **Mise en réseau de l'établissement et effet démultiplicateur possible dans le souci de mieux couvrir les besoins de l'usager** | Oui | Oui | Non | Limité | Non | Oui |
| **Opérationnalité** | Oui | Oui, mais limité | Oui | Oui | Oui | Oui |
| **Mise en cohérence possible des actions mises en œuvre en direction de l'usager, au regard de schémas territoriaux (valorisation politique)** | Non | Oui mais limité | Non | Oui | Oui | Oui |
| **Prospective: la coopération peut à terme permettre de mieux identifier et de répondre aux besoins non couvert sur le territoire.** | Non | Non | Non | Limité | Non | Oui |

### 4.1.2 Des coopérations efficientes en matière d'accompagnement de l'usager : le rôle clé de l'équipe de direction. Points de vigilance et pistes d'action

Comme l'a montré l'analyse proposée pour chaque type de coopération, il est possible, qu'il s'agisse des conventions, du GCSMS ou de la direction commune, de ne pas détériorer la qualité d'accompagnement de l'usager, et même de l'améliorer, notamment dans ce qui relève de la diversification de l'offre et de la fluidité des parcours.

L'équipe de direction des établissements doit, après avoir pris connaissance des points de vigilance présentés ci-après[44], s'en porter garante et veiller en ce sens à créer les conditions favorables à l'implication des acteurs dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de coopération.

[43] Annexe n°7.1 : Forces et faiblesses des trois types de coopérations étudiées
[44] Annexe n°7.2 : Points de vigilance et piste d'actions pour trois types de coopération

| | Convention | | Direction commune | GCSMS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Usager** | **Cadre** | | **Identitaire** | **Gestionnaire** | **Besoins usagers** |
| **Modèle à retenir dans le souci de créer de la plus-value dans l'accompagnement de l'usager ?** | Oui | Oui | Non | Non | Oui mais attention | Oui |
| **Points de vigilance, à l'interne de l'établissement, pour extraire de la coopération de la plus-valuedans l'accompagnement de usager** | Aucun | Risque de « coquille » vide : activation de temps de travail type comité de pilotage etc. | Risque de standardisation de l'offre, limitée à l'interne, dans le temps, sans logique de territoire besoins usager | Risque de normalisation des pratiques (au nom par ex de la défense du service public) | * Risque de standardisation des prestations et de négation du PP de l'usager.<br>* Effet de « non - retour » juridique, administratif et financier. | Aucun |
| **Rôle clé de l'équipe de direction, à l'interne de l'établissement** | * Faciliter le repérage des professionnels entre partenariat et coopération formalisée pour une meilleure appropriation collective des leviers et des enjeux.<br>* Associer les acteurs (dont les usagers) dans l'évaluation des effets sur l'accompagnement de l'usager des deux types de conventions. | | * Information des différents acteurs, notamment professionnels et usagers, pour une appropriation collective des leviers et des enjeux.<br>* Evaluation participative (avec tous les acteurs dont les usagers) de l'impact de la direction commune sur l'accompagnement de l'usager, avant renouvellement. | * Information des différents acteurs, notamment professionnels et usagers, pour une appropriation collective des leviers et des enjeux.<br>* Impulsion de la participation des différents acteurs dont les usagers à la gouvernance du GCSMS.<br>* Evaluation participative (avec tous les acteurs dont les usagers) de l'impact du GCSMS sur l'accompagnement de l'usager, avant renouvellement.<br>* Actualisation du diagnostic partagé des besoins | | |

# Conclusion

A partir d'une interrogation sur les effets des différents types de coopérations formalisées sur l'accompagnement des usagers dans les ESSMS publics, cette étude de terrain a consisté à dégager les forces et faiblesses des conventions, de la direction commune et du GCSMS, l'idée étant désormais avérée qu'il n'existe pas de coopération idéale.

Nos préconisations pour les ESSMS publics consistent par conséquent à penser le rôle de ces derniers et en particulier de l'équipe de direction dans l'élaboration et l'évaluation de la coopération. L'implication de l'usager et des professionnels de terrain dans sa mise en œuvre apparait comme un levier essentiel. Il conviendra également que les équipes de direction soient attentives au risque de standardisation des prestations et de normalisation des pratiques.

Nos préconisations au GEPSo sont de l'ordre de la valorisation scientifique et politique des résultats de cette étude couplée à l'accompagnement des ESSMS publics adhérents, notamment pour aider à l'évaluation des impacts des différentes coopérations sur l'accompagnement de l'usager via un outil simple et interactif. Le GEPSo a un rôle d'animation, d'impulsion, voire de coordination à tenir et attendu par ses adhérents.

La coordination (répartition des tâches et des missions de chacun) est d'ailleurs au cœur de la question des coopérations. Comment ces acteurs arrivent-ils à se coordonner ? Là où il y a coopération, y a-t-il forcément coordination ? Selon Marcel Jaeger, *« la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière a certes, elle aussi, une dimension fonctionnelle, mais elle répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficulté »*.[46] Il nous semble qu'un des enjeux principaux est celui d'une coordination des différents acteurs de terrain par souci de cohérence et d'efficience en termes d'impact positif sur l'accompagnement de l'usager et pour permettre le fonctionnement optimal d'une coopération formalisée.

---

[45] L'outil Inter Diag Coopérations est disponible sur le site internet de l'ANAP

[46] JAEGER Marcel, « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », *Vie sociale*, 2010/1, n° 1, pp 13-23.

# Bibliographie

## *Ouvrages*

BEAUD Stéphanie, WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain-quatrième édition augmentée,* Paris, La Découverte, 2010, 334 p.

BLOCH M.A, HENAUT L., *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014, 336 p.

CAMBERLAIN P., *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, Paris, Dunod, 3ème édition, 2011, 512 p.

CHAUVIERE Michel, *Trop de gestion tue le social : essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte, 2007, 233 p.

GALLET B., *La coopérations dans les secteurs sanitaire, social et médico-social : à jour de la loi Fourcade du 10 août 2011,*Paris, Heures De France, coll. « Guide d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux », 2011, 212 p.

HARDY J., *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris, Dunod, 3ème édition, 2010, 464 p.

HARDY J., *Droit des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales*, Paris, Lamy Axe Droit, 2013, 212 p.

VAN CAMPENHOUDT Luc, QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales - quatrième édition*, Paris, Dunod, 2011, 262 p.

## *Périodiques*

AMYOT Jean-Jacques, « Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers », *Vie sociale*, 2010/1, n°1, pp 25-42.

CHAUFFAUT Delphine, DOMINGO Pauline, « La diversité des objectifs des politiques sociales et place des usagers-citoyens dans leur évaluation », *Politique sociale et familiale,* décembre 2012, n° 110, pp 87-93.

« Coopérer, coordonner : nouveaux enjeux », CEDIAS, *Vie sociale*, n°1, 2010, 192 p.

COTTIN Patrick, DUJARDIN Danielle, « Prendre soin du partenariat : les déterminants du travail en réseau au sein d'une Maison des adolescents », *Vie sociale*, 2010/1, n°1, pp 75-89.

DUTOIT Martine, « Une autre idée de la coopération : l'exemple des GEM », *Vie sociale*, 2010/1, n°1, pp 165-170.

GABORIAU Vincent, « La mutualisation dans les services publics, nouvel enjeu de coopération », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012/1, n°1, pp 45-55.

GILLIOTTE Noémie, LAROSE Dominique, WITTMAN Martin, VERGER Philippe, ALUZE Jean- Louis, « Groupements de coopération. Apprendre à jouer collectif », *Directions*, 2007/11 n° 11, p. 22- 28.

GUEYE Isaac, LABERS « Les coopérations dans le secteur social et médico-social : formes, modalités et contraintes », *RIUESS, XIV rencontres du réseau interuniversitaire de l'économie sociale et solidaire*, « l'économie sociale et solidaire » de Lille, 2014, 21 p

HARDY Jean-Pierre, « La coopération dans le secteur social et médicosocial : révolution copernicienne ou révolution astronomique », *Vie sociale*, 2010/1, n°1, pp 43-57.

JAEGER Marcel, « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », *Vie sociale*, 2010/1, n° 1, pp 13-23.

JAEGER Marcel, « « Le droit des usagers » dans le secteur social et médicosocial : une notion qui échappe aux évidences », *in TSA HEBDO,* 18 novembre 1994, n°524, pp 27-28

LAFORE Robert, « le souci de l'usager et les modes de gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux », *Revue de droit sanitaire et social*, mai-juin 2012, n°3, pp 466-476

LEVRAY Nathalie, « l'usager, citoyen au centre de l'action sociale », *la gazette santé-social,* avril 2011, n°73, pp 42-44.

## *Guides méthodologiques, fiches pratiques*

« Quelle forme juridique pour quels besoins ? », fiche repère n°7, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, version à jour de la réglementation 04/2012.

« Guide méthodologique des coopérations territoriales, formes juridiques », Ministère de l'Emploi et de la Santé, Direction Générale de l'Offre de Soin, *ANAP*, 2011, 185 p.

GAUDIER Pierre, PILLON Marc, RAOUF Eric, «La coopération entre les associations sanitaires et sociales, zoom sur le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) », *URIOPSS Rhône Alpes, Guide pratique de la coopération*, n° 1, 25 septembre 2008, fiche n° 45912, 13 p.

GAUDIER Pierre, PILLON Marc, MONTBLANC Jean-Claude, «La coopération entre les associations sanitaires et sociales, la fusion : points de repère », *URIOPSS Rhône Alpes, Guide pratique de la coopération*, n° 3, 1er octobre 2010, fiche N° 57661, 24 p.

### *Enquêtes, rapports d'activités*

Rapport d'activités, livret de présentation du GEPSo, livre blanc et autres documents transmis par le GEPSo.

Rapport d'analyse des résultats de l'enquête *« Politique de contractualisation et de restructuration du secteur social et médico-social : bilan 2007-2008 »*, Enquête SOLENN, réf DGAS/5B/PYL, DGAS, 2008, 18 p.

### *Mémoires*

COSTA Benoît, *Les groupements de coopération sociale et médico-sociale comme outil de référence pour une recomposition de l'offre médico-sociale : un démarrage difficile en Ile de France*, EHESP, Mémoire « Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, 2009

EPISSE Céline, *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient*, Mémoire de l'ENSP, 2007

PARENTY Nadine, *Coopérations interinstitutionnelles dans l'action sociale et médico-sociale et territoires : une influence réciproque*, IRTESS Dijon, Mémoire DEIS, 2013

### *Textes législatifs*

**Charte Marianne**, secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, services du premier ministre, référentiel Marianne, les engagements qualité Marianne, SGMAP Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique, Paris, V3 juin 2013 21 p.

Dans la constitution française, texte sur **la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789** (en 17 articles) **: article 1er, sites** *www.légifrance.fr*, *www.conseil-constitutionnel.fr*.

JORF du 3 janvier 2002 p 124 texte n°2, **LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, s**ection 2 : Des droits des usagers du secteur social et médico-social, *www.légifrance.gouv.fr*.

JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353 texte n°1, **LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**, *www.légifrance.gouv.fr*.

JORF n°84 du 8 avril 2006 page 5317 texte n° 49, **Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale**, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire), *www.legifrance.gouv.fr*.

JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1, **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**, *www.legifrance.gouv.fr*.

JORF n°0185 du 11 août 2011 page 13754 texte n° 2, **LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions 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**, *www.legifrance.gouv.fr*.

## *Liens internet*

www.legifrance.gouv.fr

www.conseil-constitutionnel.fr

http://www.anap.fr

http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/fichiers-ttaches/referentiel_marianne_vf_juin_2013.pdf

http://base.d-p-h.info/fr/fiches/dph/fiche-dph-6692.html

http://www.lien-social.com/Le-travail-en-reseau-un-outil-d-intervention-sociale-laissant-une

http://alainpenven.blogspot.fr/2012/09/experiences-territoriales-et.html

http://educateur-specialise.blogspot.fr/2009/09/les-notions-de-reseaux-et-partenariats.html

http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/administration/organisation/structures-administratives/qu-est-ce-qu-etablissement-public.html

http://.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/approfondissements/notion-service-public.html

http://.vie-publique.fr/actualite/alaune/services-publics-socle-commun-engagaements.html

http://www.cersa.cnrs.fr/IMG/pdf/Colloque_PMP_Chauviere_Final.pdf, 15e colloque international de la revue « Politiques et management public » : « L'action publique au risque du client ? « Client-centrisme » et citoyenne.

# Glossaire

AG : Assemblée Générale

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CD : Conseil Départemental

CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale

CIRU : Comité Inter-Régional d'Usagers

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CNSA : Commission Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CNU : Comité National d'Usagers

CRSA : Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DC : Direction Commune

DEIS: Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Etablissements et Services du secteur Sociale et Médico-Social

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GEPSo : Groupe national des Etablissements Publics Sociaux et médico-sociaux

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

L.A. : Loire-Atlantique

Loi HPST : loi Hôpital Patients Santé Territoire

LOLF : loi Organique relative aux Lois de Finances

PA : Personnes Agées

PE : Protection de l'Enfance

RH : Ressources Humaines

SCIC : Société Coopérative d'Intérêt Collectif

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

# Trame d'hypothèses secondaires - sous-hypothèses - indicateurs et/ou variables

| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Les différentes formes juridiques de coopération ne produisent pas les mêmes effets sur les établissements en termes de moyens humains, moyens logistiques, moyens financiers et positionnement stratégique mis au service de l'usager.** | *Indicateurs / variables*<br>*(Proportion-nombre d'usagers concernés*<br>*Avant-Après la coopération)* |
| | **1.1**<br>La mise en œuvre d'une convention, d'une direction commune ou d'un GCSMS renforce les **moyens humains des ESSMS publics.** | **1.1.1**<br>**-Nombre :**<br>Nouveaux contrats<br>Contrats disparus<br>Nouvelles mises à disposition<br>Nouvelles mutualisations de personnel<br>Nombre ETP par usager<br><br>**1.1.2**<br>**-Multidisciplinarité :**<br>Nombre disciplines représentés<br>Nombre ETP par discipline et par usager<br><br>**1.1.3**<br>-**Montée en compétences :**<br>Variation nombre de diplômés<br>Nombre de départs en formation (par discipline)<br>Nouveaux outils de partage de pratiques (réunions, autres outils,…)<br><br>**1.1.4**<br>-**Temps consacré à l'usager**<br>Variation temps passé à l'usager (+ de temps / - de temps).<br><br>**1.1.5**<br>**-Impacts sur les conditions de travail :**<br>Nombre arrêts maladie<br>Variation proportion d'emplois stables<br>Représentation salariale |
| | **1.2**<br>La mise en œuvre d'une convention, d'une direction commune ou d'un GCSMS renforce les **moyens financiers des ESSMS publics.** | **1.2.1**<br>- Budget + / -<br><br>**1.2.2**<br>-Répartition budgétaire au bénéfice direct de l'usager (en proportion et en valeur)<br><br>**1.2.3**<br>- Optimisation budgétaire<br>*Ex : Nouvelles dépenses possibles liées à une nouvelle gestion*<br><br>**1.2.4**<br>- Négociations stratégiques :<br>Nombre de CPOM signés ou autres (conventions, appels d'offre, appels à projets,…)<br><br>**1.2.5**<br>- Visibilité et assise budgétaire (interne) |
| | **1.3**<br>La mise en œuvre d'une convention, d'une direction commune ou d'un GCSMS renforce les **moyens logistiques des ESSMS publics.** | **1.3.1**<br>-Mutualisation ou mise à disposition de locaux,<br>matériel, services (lingerie, système d'infos, …)<br><br>**1.3.2**<br>-Mise en commun de fournisseurs<br>*(économies d'échelle, meilleure qualité des prestations)* |
| | **1.4**<br>La mise en œuvre d'une convention, d'une direction commune ou d'un GCSMS renforce **le positionnement stratégique et politique des ESSMS publics.** | **1.4.1**<br>**-Visibilité territoriale :**<br>+/- sollicitation acteurs du territoire et réciproquement<br><br>**1.4.2**<br>-**Maillage territorial :**<br>Meilleure couverture des besoins des usagers sur le territoire couvert<br><br>**1.4.3**<br>-**Représentativité politique** (poids auprès des financeurs, influence)<br><br>**1.4.4**<br>-**Capacité de répondre aux appels d'offre** ingénierie et mise en œuvre<br>Nombre et diversité de CPOM signés et autres (conventions, appels d'offre, appels à projets,… |

# Trame d'hypothèses secondaires - sous-hypothèses - indicateurs et/ou variables

| | | |
|---|---|---|
| **2.** | **Les différents types de coopération ne produisent pas les mêmes effets en termes d'inclusion sociale, de participation, de diversification de l'offre, de qualité de vie sur l'accompagnement de l'usager.** | *Indicateurs / variables*<br>*(Proportion-nombre d'usagers concernés*<br>*Avant-Après la coopération)* |
| | **2.1**<br>La coopération a permis la mise en œuvre de pratiques, d'actions et de dispositifs nouveaux améliorant **l'inclusion sociale de l'usager.**<br>***(Accès aux droits et vivre ensemble)*** | **2.1.1**<br>**Accès aux dispositifs de droit commun** (logement, école, loisirs, RSA)<br>Variation du nombre d'usagers<br>(proportion et en valeur) |
| | **2.2**<br>La coopération a permis la mise en œuvre de pratiques, d'actions et de dispositifs nouveaux améliorant **la participation de l'usager.** | **2.2.1**<br>-**Participation renforcée à l'élaboration et la mise en œuvre de son projet individualisé**<br>Ex :<br>+ /- de choix<br>+/- de conseils pour un choix éclairé<br><br>**2.2.2**<br>-**Participation à la vie de l'établissement**<br>CVS, CA, autres formes de participation<br><br>**2.2.3**<br>-**Participation à la gouvernance de l'établissement**<br>+/- d'instances de gouvernance (CVS, CA, …)<br>Emulation à la diffusion des bonnes pratiques<br>Portage institutionnel et managérial<br><br>**2.2.4**<br>-**Participation à la vie de la cité** (citoyenneté)<br>nombre usagers inscrits sur les listes électorales, participant à la vie associative,… |
| | **2.3**<br>La coopération a permis la mise en œuvre de pratiques, d'actions et de dispositifs nouveaux améliorant **la diversification de l'offre à l'usager.** | **2.3.1**<br>-**Plateforme d'informations** :<br>Création, d'une plateforme d'informations<br>Mise en commun d'outils de communication et de promotion<br><br>**2.3.2**<br>-**Diversification de l'offre :** création<br>appropriation de services,…<br><br>**2.3.3**<br>- **Fluidité de l'offre:**<br>+ rapide<br>+ facile<br>- de rupture de parcours |
| | **2.4**<br>La coopération a permis la mise en œuvre de pratiques, d'actions et de dispositifs nouveaux améliorant **la qualité de vie de l'usager.** | **2.4.1**<br>-Lien humain (cf indicateurs RH)<br>Disponibilité du personnel Ecoute<br><br>**2.4.2**<br>-Confort matériel (cf moyens logistiques)<br>Etablissement<br>Accessibilité |

# Trame d'hypothèses secondaires - sous-hypothèses - indicateurs et/ou variables

| 3. | **Les effets de la coopération sur l'accompagnement de l'usager varient en fonction de l'implication des acteurs dans le processus (depuis son origine jusqu'à son évaluation).** | *Indicateurs / variables*<br>*(Proportion-nombre d'usagers concernés*<br>*Avant-Après la coopération)* |
|---|---|---|
| | **3.1**<br>La participation des acteurs à l'**origine** de la coopération en a renforcé les effets sur l'accompagnement de l'usager.<br>" Plus les professionnels de terrain sont impliqués dans le processus de coopération, plus il est efficient accompagnement usager " | **3.1.1**<br>-Type d'acteurs impliqués dans l'élaboration.<br><br>**3.1.2**<br>Nombre/proportion<br><br>**3.1.3**<br>Modalités<br><br>**3.1.4**<br>« Regard posé »<br>Implication, dynamisme<br>Temps<br>- origine etc …. |
| | **3.2**<br>La participation des acteurs dans la **construction** de la coopération en a renforcé les effets sur l'accompagnement de l'usager. | **3.2.1**<br>-Type d'acteurs impliqués dans l'élaboration.<br><br>**3.2.2**<br>Nombre/proportion<br><br>**3.2.3**<br>Modalités<br><br>**3.2.4**<br>Temps consacré à l'étape pour chaque acteur |
| | **3.3**<br>La participation des acteurs dans la **mise en œuvre** de la coopération en a renforcé les effets sur l'accompagnement de l'usager. | **3.3.1**<br>-Type d'acteurs impliqués dans l'élaboration.<br><br>**3.3.2**<br>Nombre/proportion<br><br>**3.3.3**<br>Modalités<br><br>**3.3.4**<br>Temps consacré à l'étape pour chaque acteur |
| | **3.4**<br>La participation des acteurs dans **l'évaluation** de la coopération en a renforcé les effets sur l'accompagnement de l'usager. | **3.4.1**<br>-Type d'acteurs impliqués dans l'élaboration.<br><br>**3.4.2**<br>Nombre/proportion<br><br>**3.4.3**<br>Modalités<br><br>**3.4.4**<br>Temps consacré à l'étape pour chaque acteur |
| | **3.5**<br>L'**information** des acteurs dans la mise en œuvre de la coopération en a renforcé les effets sur l'accompagnement de l'usager | **3.5.1**<br>-Type d'acteurs impliqués dans l'élaboration.<br><br>**3.5.2**<br>Nombre/proportion<br><br>**3.5.3**<br>Modalités<br><br>**3.5.4**<br>Temps consacré à l'étape pour chaque acteur |

# Trame d'hypothèses secondaires - sous-hypothèses - indicateurs et/ou variables

| | | |
|---|---|---|
| **4.** | **Les différents types de coopération ne produisent pas les mêmes effets sur le territoire (maillage, couverture des besoins) dès lors qu'elles sont dictées par le politique, les professionnels ou les besoins des usagers.** | *Indicateurs / variables*<br>*(Proportion-nombre d'usagers concernés*<br>*Avant-Après la coopération)* |
| | **4.1**<br>Le territoire de la coopération lorsqu'il est dicté par les **besoins de l'usager** renforce les effets positifs de cette coopération sur l'usager<br>(besoins usagers = diversification/proximité) | **4.1.1**<br>Cohérence /Incohérence des 3 cartes (acteurs, usagers, politique)<br>Juxtaposition des 3 cartes |
| | **4.2**<br>Le territoire de la coopération lorsqu'il est dicté par **les acteurs (travail en réseau)** renforce les effets positifs de cette coopération sur l'usager<br>(logique acteur = mutualisation moyens/pratiques) | **4.1.2**<br>Idem |
| | **4.3**<br>Le territoire de la coopération lorsqu'il est dicté par **le politique** renforce les effets de cette coopération sur l'usager<br>(logique politique = schémas, appels d'offre) | **4.1.3**<br>Idem |

| | | |
|---|---|---|
| **5.** | **L'ancienneté des différents types de coopération renforce les effets sur l'accompagnement de l'usager.** | *Indicateurs / variables*<br>*(Proportion-nombre d'usagers concernés*<br>*Avant-Après la coopération)* |
| | | **5.1.1**<br>Nombre et type(s) de contrat de coopération formalisé (s) de moins de 1 an, de 1 à 3 ans de plus de 3 ans toujours en cours ou pas.<br><br>**5.1.2**<br>Degré de dynamisme de la coopération en fonction de son âge |

| | | |
|---|---|---|
| **6.** | **Les effets des différents types de coopération sur l'accompagnement des usagers varient en fonction du champ couvert par l'établissement.** | *Indicateurs / variables*<br>*(Proportion-nombre d'usagers concernés*<br>*Avant-Après la coopération)* |
| | | 6.1.1<br>Type de coopérations mises en œuvre par champ. Proportion.<br><br>6.1.2<br>Plus-value dans l'accompagnement identifiée par champ et par type de coopération (détérioration, statu quo, amélioration). Proportion. |

# Points de vigilance - entretiens exploratoire

*Trame de positionnement lors des entretiens exploratoires*

| **INTERVIEWEUR** | **OBSERVATEUR** |
|---|---|
| Points de vigilance :<br>- Ne pas parler de soi<br>- Ne pas donner son avis<br>- Ne pas couper la parole<br>- Ne pas interrompre le fil<br>- Ne pas chercher à obtenir absolument des réponses<br>- Etre consensuel et diplomate<br>- **<u>L'enquêté est l'expert</u>** | Points de vigilance :<br>- Rester scrupuleusement dans l'observation<br>- Ne pas interpréter (notes brutes)<br>- Etre en retrait du début à la fin |
| Positionnement en entretien :<br>- Questions neutres et générales :<br>• Sur le sujet<br>• Sur l'implication/lien de la personne avec le sujet<br>• Sur le point de départ<br>• Sur son ressenti (par rapport à son engagement/éthique/choix pro/militantisme…)<br><br>- Laisser dérouler l'entretien (digression)<br>- Aller de l'opinion à la pratique, favoriser l'anecdote, le détail qui donne du sens<br>- Si « données objectives » manquent, les demande en fin d'entretien sans insister | Positionnement en entretien :<br>- Etre attentif :<br>• Aux premiers échanges essentiels (mondanités, formules de politesse)<br>• Aux modes de présentation de l'enquête<br>• Aux modes de présentation du chercheur, de l'interviewé<br>• A la dynamique de l'entretien (rythme)<br>• Aux circonstances factuelles (lieu, moment, environnement au sens large)<br>• Au langage non verbal<br>• Aux faux-pas, malentendus, malaises, silences<br>• Aux stratégies d'évitement<br>• A ce qui « prend toute la place » |

# Tableau récapitulatif des entretiens exploratoires

| Interlocuteur | Type d'établissement | Champ d'action sociale | Types de coopération concernés | Adhérents GEPSo |
|---|---|---|---|---|
| Directeur | ESSMS public non autonome | Protection de l'Enfance | fusion | Non |
| Directrice | ESSMS public autonome | Handicap enfant | Groupement | Oui |
| Directeur | EHPAD public | Personne âgée | Direction commune | Oui |
| Directrice | ESSMS public d'un CCAS | Personne âgée | SCIC[1] | Non |
| Usager | Association d'usagers | Handicap enfant/adulte | Vécu interne de plusieurs mouvements de groupements d'ESSMS | Non |

[1] Société Coopérative d'Intérêt Collectif

# Points de vigilance - entretiens qualitatifs

*Trame de positionnement lors des entretiens qualitatifs*

| **INTERVIEWEUR** | **OBSERVATEUR** |
|---|---|
| Points de vigilance :<br>- Ne pas parler de soi<br>- Ne pas donner son avis<br>- Ne pas couper la parole<br>- Ne pas interrompre le fil<br>- Ne pas chercher à obtenir absolument des réponses<br>- Etre consensuel et diplomate<br>- **<u>L'enquêté est l'expert</u>** | Points de vigilance :<br>- Rester scrupuleusement dans l'observation<br>- Ne pas interpréter (notes brutes)<br>- Etre en retrait du début à la fin |
| Positionnement en entretien :<br>- Questions neutres et générales :<br>• Sur le sujet<br>• Sur l'implication/lien de la personne avec le sujet<br>• Sur le point de départ<br>• Sur son ressenti (par rapport à son engagement/éthique/choix pro/militantisme…)<br><br>- Laisser dérouler l'entretien (digression)<br>- Aller de l'opinion à la pratique, favoriser l'anecdote, le détail qui donne du sens<br>- Si « données objectives » manquent, les demande en fin d'entretien sans insister | Positionnement en entretien :<br>- Etre attentif :<br>• Aux premiers échanges essentiels (mondanités, formules de politesse)<br>• Aux modes de présentation de l'enquête<br>• Aux modes de présentation du chercheur, de l'interviewé<br>• A la dynamique de l'entretien (rythme)<br>• Aux circonstances factuelles (lieu, moment, environnement au sens large)<br>• Au langage non verbal<br>• Aux faux-pas, malentendus, malaises, silences<br>• Aux stratégies d'évitement<br>• A ce qui « prend toute la place » |

# GUIDE D'ENTRETIEN - DIRECTEURS

1) Présentation de l'établissement ?

2) Votre poste, votre parcours ?

3) Quelles coopérations ont été mises en place autour de votre établissement ces dernières années ?

4) Pourquoi l'établissement a-t-il mis en œuvre ces coopérations ?

- A partir de quel constat ? A partir de quel problème ?

## Partie 1 : Les acteurs

1) Qui sont les acteurs à l'origine de la coopération ? (3.1)

2) Qui sont les acteurs ayant participé à la construction de cette coopération ? (3.2)

3) Qui sont les acteurs ayant été informés de cette coopération ? (3.5)

4) Qui sont- Les acteurs ayant participé à la mise en œuvre de cette coopération? (3.3)

5) Qui sont les acteurs ayant participé à l'évaluation de cette coopération ? (3.4)

## Partie 2 : Leviers/moyens établissement

1) Depuis que la coopération est mise en œuvre, les moyens humains de l'établissement ont-ils évolué ? (1.1)

2) La mise en place de la coopération a-t-elle induit un changement dans la gestion financière de l'établissement ? (1.2)

3) La mise en œuvre de la coopération a-t-elle eu un impact sur les moyens logistiques de l'établissement ? (1.3)

## Partie 3 : les effets sur l'accompagnement de l'usager

1) La mise en œuvre de la coopération a-t-elle eu un effet sur la qualité de vie de l'usager ? (2.4)

2) Quels ont été les effets de ce rapprochement en termes de lien, de rapport entre l'usager et les professionnels ? Le personnel est-il plus disponible ? L'écoute a-t-elle été favorisée ? (2.4.1)

3) Quels ont été les effets de ce rapprochement en termes de confort matériel pour l'usager ? (2.4.2)

4) La mise en œuvre de la coopération a-t-elle eu un effet sur l'accessibilité des lieux et des locaux aux usagers ? (2.4.2)

5) Cette coopération a-t-elle permis de créer ou renforcer l'accès à des dispositifs de droit commun ? (2.1)

6) La coopération a-t-elle favorisé la mise en œuvre de pratiques, d'actions et de dispositifs nouveaux améliorant la participation de l'usager ? (2.2)

7) Cette coopération a-t-elle modifié la participation de l'usager dans son projet personnalisé ? (2.2.1)

- Estimez-vous que les usagers ont plus ou moins de choix qu'auparavant du fait de cette coopération pour construire leur projet personnalisé ?
- Ce choix est-il plus éclairé qu'avant ?

8) Cette coopération a-t-elle modifié la participation de l'usager dans la vie de l'établissement ? En quoi ? (2.2.2)

9) Cette coopération a-t-elle modifié la participation de l'usager dans la gouvernance de l'établissement ? En quoi ? (2.2.3)

10) Cette coopération a-t-elle modifié la participation de l'usager dans la vie de la cité ? En quoi ? (2.2.4)

- Avez-vous des exemples concernant la vie citoyenne ou associative de l'usager ?

11) Depuis la mise en œuvre de la coopération, l'usager bénéficie-t-il de services et prestations plus diversifiés (quantité/qualité)? (2.3)

- Les offres et services sont-ils mieux connus ? (2.3.1)
- Les offres et services sont-ils plus diversifiés ? (2.3.2)
- Les offres et services sont-ils plus nombreux ? (2.3.2)
- Les offres et les services sont- ils plus accessibles (rapidité d'accès) ? Pourquoi ? (2.3.3)
- Ce rapprochement a-t-il contribué à la continuité du service rendu à l'usager ? En quoi ? (2.3.3)

## Partie 4 : Positionnement stratégique et politique

1) Le territoire d'action de la coopération correspond-il au territoire de vie quotidienne de l'usager (diversification, besoins)? (4.1)

2) La coopération a-t-elle modifié le positionnement stratégique et politique de votre structure sur le territoire ? (1.4)

3) Grâce à la mise en œuvre de la coopération, avez-vous été sollicité par des acteurs du territoire, et réciproquement ? (1.4.1)

4) Ce rapprochement sur le territoire permet-il de mieux couvrir les besoins des usagers et de répondre à leurs besoins et à leurs attentes ? Lesquels ? Précisez. (1.4.2)

5) Ce rapprochement renforce-t-il votre assise auprès des pouvoirs publics, en lien aux besoins des usagers ? En quoi ? (1.4.3)

6) Ce rapprochement est-il un atout, une force pour répondre à des appels à projet, CPOM, offres… ? (1.4.4)

## Partie 5 : âge et champ de la coopération (5.1) (6.1)

1) Estimez-vous que votre champ (handicap, protection de l'enfance, insertion,…) est plus favorable aux coopérations ? (6.1)

2) Estimez-vous qu'il existe une forme de coopération (convention, GCSMS, direction commune,…) plus efficace qu'une autre dans votre champ ? (6.1.2)

3) Estimez-vous que les coopérations sont plus motivées à l'origine par la question de l'impact à l'usager dans votre champ que dans d'autres ? (6.1.2)

4) Estimez-vous que les coopérations ont plus d'effet sur l'usager dans votre champ que dans d'autres ? (6.1.1)

5) La date de contractualisation de la coopération et sa durée ont-elles des effets sur la continuité du service rendu à l'usager ? (5.1.1)

- SI OUI :
- En quoi un contrat de coopération créé il y a moins de 1 ans ; de 1 et 3 ans ; de plus de 3 ans renforce-t-il les effets sur l'accompagnement de l'usager ?
- Quel est le nombre de contrat (s) formalisé (s) de moins de 1 an ; de 1 et 3 ans ; de plus de 3 ans ?

6) Estimez-vous que ces coopérations récentes/anciennes sont déjà/toujours dynamiques ? (5.1.2)

## CONCLUSION :

1) Nous avons évoqué x types de coopérations mises en œuvre par l'établissement. Si vous deviez, en guise de conclusion évoquer avec nous les plus-values ou au contraire les moins-values pour l'usager, que diriez-vous ?

2) Un type de coopération vous semble-t-il plus efficace que l'autre dans le souci de l'usager ?

# GUIDE D'ENTRETIENS - PROFESSIONNELS

## Partie 1

1) Quelles coopérations ont été mises en place ces dernières années autour de l'établissement ?

2) Que pensez-vous de ces différentes coopérations, de ces différents partenariats ?

3) A votre avis, pourquoi ces coopérations ont- elles vu le jour ? Qu'est-ce qui a présidé à la mise en œuvre de ces coopérations ? Pourquoi l'établissement a –t-il mis en œuvre ces coopérations ?

4) Qui a été à l'origine de ces différentes coopérations, de ces différents partenariats ?

## Partie 2 :

### Partie 2A : Pour les conventions ?

1) Comment se sont construites ces conventions ?

2) Quel a été le rôle de la direction dans la mise en œuvre de ces conventions ?

3) Quel a été le rôle du conseil d'administration dans la mise en œuvre de ces conventions (si établissement concerné) ?

4) Et vous, professionnels, avez-vous été informés de la mise en œuvre de ces conventions ?

5) Plus qu'être informés, avez-vous été impliqués dans la mise en œuvre de ces conventions ?

6) Qu'en est – il des usagers dans ce processus de mise en œuvre des conventions ? Sont-ils informés de la mise en œuvre de ces conventions ?

7) Plus qu'être informés, ont – ils été impliqués de la mise en œuvre de ces conventions ?

8) Même s'ils n'ont pas été informés ou impliqués dans la mise en œuvre de ces conventions, pensez – vous que les usagers aient perçu un changement suite à la mise en œuvre de telle ou telle conventions ?

9) Ces conventions sont – elles venues impacter, modifier les ressources humaines de l'établissement ?

10) De la même façon, ces conventions sont – elles venues impacter, modifier la situation financière de l'établissement ?

11) De la même façon, ces conventions sont – elles venues impacter, modifier les moyens logistiques et matériels de l'établissement ?

12) De la même façon, ces conventions ont –elles venues impacter, modifier, la visibilité et le positionnement de l'établissement sur le territoire ?

## Partie 2 B : Pour la direction commune ?

1) Comment s'est construit ce projet de direction commune ?

2) Quel a été le rôle de la direction dans la mise en œuvre de la direction commune ?

3) Quel a été le rôle du conseil d'administration dans la mise en œuvre de la direction commune (si établissement concerné) ?

4) Et vous, professionnels, avez-vous été informés de la mise en œuvre de la direction commune ?

5) Plus qu'être informés, avez – vous été impliqués dans la mise en œuvre de la direction commune ?

6) Qu'en est – il des usagers dans ce processus de mise en œuvre de la direction commune ? Sont – ils informés de la mise en œuvre de la direction commune ?

7) Plus qu'être informés, ont – ils été impliqués de la mise en œuvre de la direction commune ?

8) Même s'ils n'ont pas été informés ou impliqués dans la mise en œuvre de la direction commune, pensez – vous que les usagers aient perçu un changement suite à la mise en œuvre de la direction commune ?

9) La direction commune est – elle venue impacter, modifier les ressources humaines de l'établissement ?

10) De la même façon, la direction commune est – elle venue impacter, modifier la situation financière de l'établissement ?

11) De la même façon, la direction commune est – elle venue impacter, modifier les moyens logistiques et matériels de l'établissement ?

12) De la même façon, la direction commune est – elle venue impacter, modifier, la visibilité et le positionnement de l'établissement sur le territoire ?

## Partie 2 C : Pour le GCSMS

1) Comment s'est construit ce GCSMS ?

2) Quel a été le rôle de la direction dans la mise en œuvre de ce GCSMS ?

3) Quel a été le rôle du conseil d'administration dans la mise en œuvre de ce GCSMS (si établissement concerné) ?

4) Et vous, professionnels, avez-vous été informés de la mise en œuvre de ce GCSMS ?

5) Plus qu'être informés, avez – vous été impliqués dans la mise en œuvre de ce GCSMS ?

6) Qu'en est – il des usagers dans ce processus de mise en œuvre ce GCSMS ? Sont – ils

7) Plus qu'être informés, ont – ils été impliqués de la mise en œuvre de ce GCSMS ?

8) Même s'ils n'ont pas été informés ou impliqués dans la mise en œuvre de ce GCSMS, pensez – vous que les usagers aient perçu un changement suite à la mise en œuvre de ce GCSMS ?

9) La direction commune est – elle venue impacter, modifier les ressources humaines de l'établissement ?

10) De la même façon, la direction commune est – elle venue impacter, modifier la situation financière de l'établissement ?

11) De la même façon, la direction commune est – elle venue impacter, modifier les moyens logistiques et matérielles de l'établissement ?

12) De la même façon, la direction commune est – elle venue impacter, modifier la visibilité et le positionnement de l'établissement sur le territoire ?

## Partie 3 : Revenons à l'usager

1) Est-ce que ces différentes coopérations ont permis selon vous de créer ou de renforcer l'accès de l'usager à des dispositifs de droit commun ?

2) Est – ce que ces différentes coopérations ont permis d'améliorer la participation de l'usager à la vie de l'établissement ?

3) Est – ce que ces différentes coopérations ont permis d'améliorer la participation de l'usager à la vie de la cité ?

4) Est – ce que ces différentes coopérations ont permis d'améliore la participation de l'usager à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet personnalisé ?

5) Depuis la mise en œuvre de ces coopérations, l'usager bénéficie-t-il de services ou de prestations plus diversifiés ?

6) Les coopérations mises en œuvres ont – elles eu un impact sur la qualité de vie de l'usager dans l'établissement (à utiliser si besoin : qu'il s'agisse des aspects logistiques comme du lien humain) ?

## Partie 4 : En conclusion

1) Nous avons évoqué x types de coopérations mises en œuvre par l'établissement. Si vous deviez, en guise de conclusion évoquer avec nous les plus-values ou au contraire les moins – values pour l'usager, que diriez – vous ?

2) Un type de coopération vous semble-t-il plus efficace que l'autre dans le souci de l'usager ?

# GUIDE D'ENTRETIEN - USAGER

## (Questions coopération ; implication acteurs, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5) :

1. Savez-vous si votre établissement travaille avec d'autres établissements, services, associations ? si oui, lesquels ?
2. Sinon, savez-vous que votre établissement travaille avec…
3. Savez-vous sous quelle forme *? (en fonction du degré de compréhension de l'interviewé, dans la suite du questionnaire, essayer de distinguer ce qui est d'une forme de coopération plutôt que d'une autre, ou au contraire, simplifier le propos en demandant si cela est dû ou non au fait que l'établissement « travaille avec d'autres »)*
4. Avez-vous entendu parler de *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ?
5. D'après vous, pourquoi existe-t-elle ?
6. Avez-vous participé à (*cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ?
   - Si oui, à quel moment ?
     - Son origine ?
       - Si oui, comment ?
     - Sa construction
       - Si oui, comment ?
     - Sa mise en place
       - Si oui, comment ?
     - Son évaluation
       - Si oui, comment ?
7. Quels changements avez-vous remarqué depuis que *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* existe ?

## (moyens humains, 1.1, qualité de vie, lien, 2.4.1) :

8. Avez-vous remarqué du changement dans le personnel ?
9. Sont-ils + ou - nombreux ?
   - + ou - stable ?
   - + ou - disponibles ?
   - + ou - à l'écoute ?
   - + ou - en formation ?
   - + ou - diplômés ?
   - Existe-t-il de nouveaux métiers ?

- Pensez-vous que cela est dû à *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ou pas ?

## (moyens matériels, 1.3 ; qualité de vie, matériel, 2.4.2) :

10. Avez-vous remarqué du changement dans les moyens matériels à votre disposition ?
    - Existe-t-il des équipements nouveaux auxquels vous avez accès où dont vous pouvez bénéficier (véhicules, locaux, services quotidiens,…) ? Lesquels ?
    - Pensez-vous que cela est dû à *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ou pas ?

## (Inclusion, 2.1) :

11. Pensez-vous avoir accès plus facilement qu'avant :
    - Au logement
    - A l'école, la formation professionnelle
    - Aux loisirs
    - Aux aides sociales
12. Pensez-vous que cela est dû à *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ou pas ?

## (Positionnement stratégique, 1.4, diversification, 2.3, territoire 4.1)

13. Pensez-vous qu'il existe plus de services qu'avant autour de vous ?
14. Sont-ils plus accessibles ?
    - Pensez-vous que cela est dû à *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ou pas ?
15. Vous sentez-vous mieux informés qu'avant à ce sujet ?
    - Pensez-vous que cela est dû à *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ou pas ?
    - Trouvez-vous que *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* couvre à elle seul l'essentiel de vos besoins à proximité ?

## (Participation projet individualisé, 2.2.1)

16. Pensez-vous participer + ou - qu'avant à votre projet individualisé ?
17. Pensez-vous pouvoir choisir + ou - facilement qu'avant ?
18. Pensez-vous être mieux ou moins bien conseillé qu'avant à ce sujet ? pourquoi ?
19. Trouvez-vous que votre projet est plus cohérent qu'avant ? votre parcours plus fluide ?
20. Pensez-vous mieux comprendre votre projet qu'avant ?
21. Pensez-vous que cela est dû à *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ou pas ?

## (Participation vie de l'établissement, 2.2.2)

22. Pensez-vous être + ou - consulté qu'avant sur votre vie dans l'établissement ? Comment ?
23. Pensez-vous que cela est dû à (cette coopération, « travaille avec d'autres ») ou pas ?

## (Participation gouvernance, 2.2.3)

24. Pensez-vous être + ou - consulté qu'avant sur les décisions concernant l'établissement ? Comment ?
25. Pensez-vous que cela est dû à *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ou pas ?

## (Participation vie citoyenne, 2.2.4)

26. Pensez-vous être + ou - impliqué qu'avant dans la vie du quartier, de la ville du département qu'avant ? Comment ?
27. Pensez-vous que cela est dû à *(cette coopération, « travaille avec d'autres »)* ou pas ?

# GUIDE D'ENTRETIEN - PARTENAIRES

## Implications des acteurs (3.)

### A l'origine (3.1)

1. A votre avis, quels sont les constats à l'origine de ces coopérations ?

2. Sont-elles nées à partir de difficultés ou d'opportunités repérées ?

3. Le processus de coopération entre ESSMS est-il simplement un choix des établissements ou une volonté affirmée de la part des pouvoirs publics financeurs dont vous faites partie ?

4. Cela dépend-il du mode de coopération (convention vs GCSMS, direction commune) ?

5. Y a-t-il des acteurs, au sein des établissements, à l'origine de l'idée des coopérations existantes?

    5.1.1. Si oui, lequel? (statut)

    5.1.2. A quel moment du processus sont-ils intervenus ?

### Elaboration/Construction (3.2)

6. Une fois le processus en cours, quels sont les acteurs, au sein des établissements, à prendre part à la construction de ces coopérations ?

7. Qui sont-ils (statuts) ?

8. Par quels moyens sont-ils impliqués dans l'élaboration des coopérations ?

9. Y a-t-il des instances (comités de pilotage, réunions, autres…) créées à cet effet ?

10. Y a-t-il des outils (différents types d'écrits, autres,…) créés à cet effet ?

11. Quelle est, en moyenne, la durée d'une phase d'élaboration, de construction d'une coopération ?

### Mise en œuvre (3.3)

12. Quels sont les acteurs, au sein des établissements, impliqués dans la mise en œuvre des coopérations ?

13. Qui sont-ils (statut) ?

14. Par quels moyens sont-ils impliqués dans la mise en œuvre des coopérations ?

15. Y a-t-il des instances créées à cet effet ?

16. Y a-t-il des outils créés à cet effet ?

17. Quelle est, en moyenne, la durée de mise en œuvre d'une coopération ?

### Evaluation (3.4)

18. Quels sont les acteurs, au sein des établissements, impliqués dans l'évaluation des coopérations ?

19. Qui sont-ils (statuts) ?

20. Par quels moyens sont-ils impliqués dans l'évaluation d'une coopération ?

21. Y a-t-il des instances créées à cet effet ?

22. Y a-t-il des outils créés à cet effet ?

23. Quelle est, en moyenne, la durée d'évaluation d'une coopération ?

### Information (3.5)

24. Les acteurs au sein des établissements sont-ils informés de la mise en œuvre de la coopération ?

    24.1.1. Si oui, lesquels ?

    24.1.2. Par quels moyens ?

    24.1.3. Y a-t-il des instances créées à cet effet ?

    24.1.4. Y a-t-il des outils créés à cet effet ?

    24.1.5. A quel moment du processus sont-ils informés ?

## Les changements depuis la création de cette/ces coopérations (hypothèses 1, 2, 4)

### Moyens humains (1.1), qualité de vie (2.4.1) :

5 En terme de ressources humaines, y-a-t-il eu une évolution ?

Si oui :

5.1 Sont-ils + ou - nombreux ?

5.2 + ou - stables ?

5.3 + ou - disponibles ?

5.4 + ou - à l'écoute ?

5.5 + ou - en formation ?

5.6 + ou - diplômés ?

5.7 Existe-t-il de nouveaux métiers ?

### Moyens logistiques (1.3), qualité de vie confort matériel, (2.4.2) :

6 Existe-t-il des équipements nouveaux auxquels vous avez accès où dont vous pouvez bénéficier (véhicules, locaux, services quotidiens,…) ? Lesquels ?

## Inclusion sociale de l'usager (2.1) :

7 Pensez-vous que l'usager a accès plus facilement qu'avant :

7.1 Au logement

7.2 A l'école, à la formation professionnelle

7.3 Aux loisirs

7.4 Aux aides sociales

7.5 Autre

## Positionnement stratégique (1.4), diversification de l'offre sur le territoire (2.3), le territoire-les besoins de l'usager (4.1)

8 Est-ce une volonté de formaliser des partenariats entre établissements complémentaires ?

9 Est-ce une volonté de votre part de développer plus de prestations de services sur le territoire ?

La participation de l'usager (hypothèse 2)

10 Est-ce que vous pensez que l'usager est plus acteur de son parcours par rapport :

10.1 Au projet individualisé (2.2.1)

10.2 A la participation à la vie de l'établissement (2.2.2)

10.3 A la participation à la gouvernance de l'établissement (2.2.3)

10.4 A la participation à la vie citoyenne (2.2.4)

## Territoire (hypothèse 4)

25. Le territoire d'action des coopérations correspond-il au territoire de vie quotidienne des usagers en termes de besoins et de diversification?

26. Le territoire d'action des coopérations est-il dessiné par les établissements et services y participant ?

27. Le territoire d'action des coopérations correspond-il au territoire politique (communautés de communes, département, région, autres,…) ?

28. Ces 3 territoires se superposent-ils ?

28.1. Si non, quels sont les décalages ?

# Tableau récapitulatif des entretiens qualitatifs

| Etablissement | Champ | Interlocuteurs | Type d'entretiens | Coopérations concernées | Adhérents GEPSo |
|---|---|---|---|---|---|
| ARS | Sanitaire | Responsable | Individuel<br>In situ | Conventions<br>Direction commune<br>GCSMS | Non |
| Conseil Départemental | Personne situation handicap/<br>Personnes âgées | Responsables | Collectif (2)<br>In situ | Conventions<br>Direction commune<br>GCSMS | Non |
| Etablissement 1 | Handicap sensoriel et associés<br>Enfant /adulte | Responsable des marchés publics | Individuel<br>In situ | Convention<br>GCSMS | Oui |
| | | Comité de direction | Collectif (8)<br>In situ | | |
| Etablissement 2 | Handicap adulte | Direction | Collectif (3)<br>In situ | Convention<br>Direction commune<br>GCSMS | Oui |
| | | Chefs de service | Collectif (3)<br>In situ | | |
| | | Professionnels | Collectif (5)<br>In situ | | |
| | | Représentants du personnel | Collectif (4)<br>In situ | | |
| | | Usagers | Collectifs (2)<br>In situ | | |
| Etablissement 3 | Handicap adulte | Direction + adjointe Chef de service | Collectif (3)<br>In situ | Convention<br>Direction commune<br>GCSMS | Oui |
| | | Professionnels (éducateur, AMP, agent d'accueil) | Collectif (3)<br>In situ | | |
| | | Usagers élus du CVS + 1AMP (accompagnant un résident) | Collectif (4)<br>In situ | | |
| Etablissement 4 | Handicap adulte/enfant | Direction | Individuel<br>In situ | Convention<br>GCSMS | Oui |
| | | Assistante sociale | Individuel<br>In situ | | |
| | | Présidente CVS | Individuel<br>In situ | | |
| Etablissement 5 | Protection de l'Enfance | Direction | Individuel<br>Téléphonique | Convention<br>GCSMS | Oui |

| Hypothèses | ANALYSE QUESTIONNAIRES<br><br>Rappel cohorte : 71 établissements.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte, personnes âgées et protection de l'enfance. | ANALYSE ENTRETIENS<br><br>Rappel cohorte : 5 établissements et 2 institutions (CD et ARS) en Loire-Atlantique.<br>15 entretiens.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte et protection de l'enfance.<br>Type de coopérations : 2 GCSMS, 2 directions communes, conventions. | ANALYSE GLOBALE |
|---|---|---|---|
| **1**<br>**Les différentes formes juridiques de coopération ne produisent pas les mêmes effets sur les établissements en termes de :**<br>**-moyens humains**<br>**-moyens logistiques**<br>**-moyens financiers**<br>**-positionnement stratégique ;**<br>**mis au service de l'usager** | **Les conventions n'apparaissent pas comme des outils activés par les directeurs ESMSS pour renforcer les moyens humains, logistiques et financiers des ESSMS**.<br>De la même façon, bien qu'elles permettent **de tisser un réseau mieux coordonné et multidisciplinaire, les conventions ne sont pas identifiées par les directeurs comme des outils permettant un renforcement du positionnement stratégique et politique de l'ESSMS sur le territoire**.<br><br>AU CONTRAIRE, la direction commune a un impact structurant sur les moyens humains, logistiques et financiers des ESSMS et semble améliorer leur positionnement stratégique via un renforcement interne du pilotage des ESSMS.<br><br>Le GCSMS a un impact sur les moyens humains et logistiques des ESSMS. Son efficience en termes d'impact financier est plus contestée par les résultats obtenus.<br>Le GCSMS améliore le positionnement stratégique et politique des ESSMS de manière plus directe, par le biais d'une | **Directeurs**<br>Le GCSMS permet un impact positif indirect sur les leviers RH et le positionnement stratégique. Impact inexistant voir négatif sur les leviers financiers et logistiques.<br>Les conventions ont un impact direct, opérationnel via les leviers RH et logistiques dès lors qu'elles s'adressent le plus directement possible à l'usager. Elles sont limitées par leur personnalité juridique.<br>La direction commune a des impacts limités en termes de RH, finance et logistiques.<br><br>**Professionnels**<br>Le personnel éducatif interrogé s'est très peu approprié les dimensions RH, logistiques, financières et stratégiques des coopérations mises en œuvre autour de l'établissement ainsi que la question de leur formalisation.<br>La faiblesse des réponses données ne nous permet pas, de fait, de mettre en perspectives les différents types de coopération, au regard des différents leviers (humains, financiers, logistiques, stratégiques) qu'elles permettent d'activer. | Les trois types de coopérations étudiées (conventions, directions communes, GCSMS) ne produisent pas les mêmes effets en termes de moyens humains, logistiques, financiers et en termes de positionnement stratégique sur les établissements.<br><br>**Les conventions sont opérationnelles parce qu'elles permettent d'activer à un instant T des leviers RH et logistiques**, au bénéfice direct de l'usager. C'est plus particulièrement le cas pour les conventions individuelles dont ce dernier est signataire et pour lesquelles il « a en partie la main » sur le contenu et les objectifs.<br><br>**Parce qu'elles permettent d'activer un réseau d'acteurs coordonné et multidisciplinaire, les conventions permettent également de renforcer le positionnement stratégique de l'établissement.**<br><br>**La pérennité des pratiques initiées avec** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | meilleure coordination des acteurs du territoire. | La direction commune demeure en revanche le type de coopération le mieux compris des salariés des établissements publics, puisque ces derniers en ont identifié la plus-value en terme de ressources humaines et financières comme de positionnement stratégique et politique<br><br>**Usagers**<br>Trop peu de données pour répondre à la question.<br><br>Il y a une connaissance générale de certains changements (RH) et enjeux de la coopération (financiers, stratégiques), mais pas de distinction possible entre les différentes formes de coopération. La seule semblant être connue par les usagers est la direction commune. | **d'autres acteurs est en ce sens rendue possible, pour l'établissement, par les conventions dites cadres,** qui sont formalisées entre établissements ou structures dans un but précis et sur une durée plus longue (exemple de conventions entre Education Nationale et dispositifs d'insertion régionaux autour des décrocheurs scolaires).<br><br>**La personnalité juridique des conventions semblent enfin limiter ses effets structurant en termes de moyens humains, logistiques et financiers sur les établissements eux – mêmes.**<br><br>**Le GCSMS ne constitue pas un modèle type en soi**, d'où l'écart entre les résultats du questionnaire et les propos des adhérents du GCSMS « identitaire » [redacted] (entretiens). **Les leviers humains, logistiques, financiers et stratégiques activés par les GCSMS diffèrent en fonctions de leur objet.**<br>3 Types de GCSMS :<br>-**GCSMS gestionnaire [redacted])**<br>**-GCSMS identitaire et stratégique ([redacted].)**<br>-**GCSMS reposant sur le besoin des usagers.**<br>Dans le cadre du GCSMS gestionnaire, l'impact humain et logistique est prégnant sur l'établissement, au bénéfice ou non de l'usager. Dans le cas d'un GCSMS identitaire, c'est l'impact humain |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | (de façon indirecte) et surtout stratégique qui est prégnant.<br>Dans tous les cas, les différents types de GCSMS n'ont pas d'effets financiers sur les établissements.<br>**L'ensemble des GCSMS ont un impact stratégique en termes de visibilité et de mise en réseau.**<br><br>Dans les cas de **direction commune rencontrés, les leviers humains, logistiques, financiers et stratégiques sont activés.** Ce type de coopération est bien connu de l'ensemble des acteurs.<br>Dans une certaine mesure, **la direction commune a ses limites :**<br>**-dans le temps** : une fois les leviers activés, il n'y a pas de progression possible<br>-en interne : les 4 leviers identifiés sont activés au sein des deux établissements concernés par la direction commune. **De ce fait, cela limite la possibilité de s'ouvrir à d'autres établissements et services.** |

| Hypothèses | QUESTIONNAIRES ANALYSE<br><br>Rappel cohorte : 71 établissements.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte, personnes âgées et protection de l'enfance. | ENTRETIENS ANALYSE<br><br>Rappel cohorte : 5 établissements et 2 institutions (CD et ARS) en Loire - Atlantique.<br>15 entretiens.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte et protection de l'enfance.<br>Type de coopérations : 2 GCSMS, 2 directions communes, conventions. | ANALYSE GLOBALE |
|---|---|---|---|
| **2**<br><br>**Les différents types de coopération ne produisent pas les mêmes effets en termes de :**<br>**-Inclusion**<br>**-Participation**<br>**-Diversification**<br>**-Qualité de vie ;**<br>**dans l'accompagnement de l'usager.** | **Aucun type de coopérations, d'après les directeurs, ne détériore l'accompagnement de l'usager.**<br><br>Les coopérations permettent au global d'améliorer et de diversifier l'accompagnement et le service rendu à l'usager. Elles ont été pensées ainsi (objectif) dans 82% des cas pour les conventions, 75% des cas pour les GCSMS et 53% des cas pour la direction commune.<br><br>**Le GCSMS**, parce qu'il permet, d'après les résultats obtenus, de **dynamiser les moyens RH des établissements et le travail des acteurs sur le territoire**, apparaît comme un outil privilégié permettant **d'impacter positivement le travail d'accompagnement de l'usager, quels que soient les objectifs visés en terme d'inclusion, de participation, de diversification et de qualité de vie.**<br><br>**La direction commune** ne produit pas, | **Directeurs**<br><br>**Les conventions sont les coopérations les plus efficientes en termes d'impact direct auprès de l'usager (inclusion, participation, diversification),** notamment lorsqu'elles sont élaborées et mises en œuvre au plus proche de l'usager (convention de stage, convention Education Nationale …). Les directeurs font ainsi le distinguo entre les conventions cadres et les conventions usagers.<br><br>**Le GCSMS** peut permettre un **impact positif sur la qualité de vie des usagers** pourvu que ce soit un des objectifs visés et qu'il soit utilisé à bon escient (attention aux effets de taille qui peuvent avoir l'impact exactement inverse). En revanche, sa structure rajoute un maillon supplémentaire et éloigne les usagers de sa gouvernance, **point négatif à leur participation**. De la même façon, son **impact est nul en termes d'inclusion et de participation.** | Les trois types de coopérations étudiées à savoir **la convention, la direction commune et le GCSMS** ne produisent pas les mêmes effets sur l'accompagnement de l'usager.<br><br>**Les conventions** permettent **d'améliorer la diversification de l'offre et la fluidité des parcours**, mais leur efficience est plus questionnée en termes d'inclusion et de participation. **C'est lorsque la convention concerne au plus près l'usager (convention de stage, convention éducation nationale …), qu'elle « produit » de l'inclusion et de la participation**. C'est nettement moins le cas pour les conventions types conventions cadres<br><br>**Le GCSMS peut constituer un outil au service de la diversification et de la fluidité via,** pour les GCSMS dits de « gestion », les leviers RH et logistiques ; via pour les GCSMS dits « identitaires », le réseau qu'il crée et l'opportunité collective de montée en compétences et |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | quant à elle, d'effets positifs sur l'inclusion, la participation et la qualité de vie de l'usager citoyen dans son établissement et sur le territoire. **Elle permet en revanche de diversifier l'offre faîte à l'usager via un mouvement essentiellement interne aux établissements concernés de mutualisation de moyens (personnel, logistique) et une meilleure coordination entre les établissements.**<br><br>**Les conventions** ne produisent pas elles non plus d'effets positifs sur l'inclusion, la participation et la qualité de vie de l'usager citoyen dans son établissement et sur le territoire, mais **permettent en revanche de diversifier l'offre faîte à l'usager via la mise en place autour de l'usager d'un réseau d'acteurs mieux coordonnés et aux compétences et approches diversifiées (multidisciplinarité).** | **La direction commune** a une réelle **plus-value sur la diversification de l'offre**, mais peut occasionner une **crainte chez les usagers, aux dires des directeurs, sur leur participation à la gouvernance et à la vie de l'établissement.**<br><br>**Professionnels**<br><br>Le personnel éducatif, s'il s'est approprié le lien entre partenariat et accompagnement de l'usager, identifie au global assez difficilement le lien entre coopérations formalisées et accompagnement de l'usager. Les différents types de coopérations citées ne lui apparaissent donc pas globalement comme des outils privilégiés permettant de mieux accompagner l'usager.<br><br>**Le caractère formalisé des conventions ne lui semble ainsi pas garant de l'efficience de ces dernières en termes de diversification de l'offre**. Peu de conventions sont identifiées comme autant d'outils permettant de mieux accompagner l'usager, même lorsqu'il s'agit d'évoquer la diversification et la fluidité du parcours.<br><br>**Les deux GCSMS** aux statuts et objectifs très différents semblent produire deux effets, selon le personnel éducatif. :<br>- un risque, pour le GCSMS « gestionnaire » d[redacted], de **standardisation du service rendu au** | via pour les GCSMS reposant sur des besoins usagers identifiés, les services et offres qu'ils mettent directement en œuvre.<br><br>**Le GCSMS quel que soit son objet au départ ne semble pas, en revanche, « produire » d'effet direct sur la participation et l'inclusion**. Son impact est même questionné lorsqu'il s'agit d'évoquer la participation des usagers à sa gouvernance.<br><br>**Le GCSMS a enfin un effet sur la qualité de vie de l'usager**, effet positif mais aussi négatif, dans le cas notamment des GCSMS « gestionnaires », dès lors qu'ils sont en prise à des effets de tailles et à des rouages administratifs et financiers complexes.<br><br>**La direction commune impacte de façon opérationnelle la diversification de l'offre et la fluidité du parcours de l'usager,** mais cet impact semble circonscrit à un instant T et limité au périmètre de la direction commune. Les personnes interrogées ne notent aucun impact spécifique en terme d'inclusion, de participation et de qualité de vie.<br><br>Il convient enfin de noter **que les 3 types de coopérations évoquées comme les effets qu'elles produisent, sont mal connus des usagers et des** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **quotidien à l'usager, ce qui questionne le respect des droits et attentes de l'usager, comme sa qualité de vie au quotidien**<br>- une plus - value liée à la **création et au maintien de liens d'inter – connaissance entre établissement, inter – connaissance agissant comme garante de la fluidité du parcours et de la diversification de l'offre à l'usager.**<br><br>Ce second effet apparaît également, selon le personnel éducatif, comme la plus – value attribuée à **la direction commune** même s'il convient d'en souligner son caractère limitatif (mouvement qui consiste à regarder en interne dans un 1er temps) de la direction commun. | **professionnels**, qui n'identifient pas non plus, de fait, leurs capacités à agir juridiquement comme des garants de l'accompagnement de l'usager. |
| | | **Usagers**<br><br>**La direction commune** produit des effets en terme de :<br>- Fluidité de parcours entre ESSMS en interne<br>- Participation à la vie de la cité<br>- Lien humain<br><br>Par le biais de :<br>- Dispositifs/moyens propres à la direction commune<br>- Interconnaissances créée à l'intérieur de la direction commune<br><br>Malgré tout, rien ne permet de démontrer | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | que les changements repérés par les usagers existent grâce aux coopérations. La loi 2002-2 les impulsent aussi en partie et les usagers ne font pas le lien clairement. | |
| | | **Partenaires**<br><br>Les pouvoirs publics définissent des appels à projet en lien avec l'accompagnement de l'usager dans des logiques de diversification (parcours) et de qualité de vie (accessibilité) et encouragent les ESSMS à coopérer pour y répondre. | |

| Hypothèses | QUESTIONNAIRES ANALYSE<br><br>Rappel cohorte : 71 établissements.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte, personnes âgées et protection de l'enfance. | ENTRETIENS ANALYSE<br><br>Rappel cohorte : 5 établissements et 2 institutions (CD et ARS) en Loire - Atlantique.<br>15 entretiens.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte et protection de l'enfance.<br>Type de coopérations : 2 GCSMS, 2 directions communes, conventions. | ANALYSE GLOBALE |
|---|---|---|---|
| 3.<br>Les effets de la coopération sur l'accompagnement de l'usager varient en fonction de **l'implication des acteurs dans le processus** (depuis son origine jusqu'à son évaluation).<br>Politique<br>Direction<br>Equipe<br>Usagers | **PAS DE DONNEES QUESTIONNAIRE** | **Directeurs**<br>**La coopération qui regroupe l'ensemble des acteurs de son origine à son évaluation, ayant eu l'information, est la convention, puis la direction commune**. Le **GCSMS est un outil porté par l'équipe de direction**.<br>Même si les professionnels en ont connaissance, elle est limitée.<br><br>**Professionnels**<br>Il n'y a pas de réponses probantes permettant de faire le lien entre l'implication des acteurs dans les processus et l'efficience des coopérations.<br><br>**Les professionnels des établissements ne semblent pas s'approprier les informations qui leur sont données au sujet des coopérations mises en œuvre par l'établissement et leurs modalités**. Ils ne semblent également que **peu ou pas impliqués dans le processus d'élaboration et d'évaluation**.<br><br>Quant à la mise en œuvre des coopérations, | Bien que la convention soit la coopération<br>- la plus efficiente en termes d'impact direct sur l'usager (H2),<br>- dans laquelle les équipes sont impliquées depuis l'origine jusqu'à la mise en œuvre.<br>Elle demeure une forme mal connue des professionnels, pour lesquels il y a confusion permanente entre partenariat et coopérations formalisées.<br><br>Pour ce qui concerne le GCSMS, il est connu des professionnels et des usagers, quand il s'agit d'un GCSMS de type gestionnaire, car il y a des incidences concrètes sur le quotidien des usagers et des professionnels.<br>Pour le GCSMS de type identitaire, les professionnels et les usagers ne sont ni informés, ni impliqués.<br><br>Par contre, la direction commune est la coopération la plus connue et la plus |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | s'ils se sentent impliqués de façon implicite, c'est plus au titre du partenariat que de telle ou telle coopération est formalisée.<br><br>Seule la **direction commune** échappe à ce constat, puisqu'elle est **bien comprise et identifiée par les professionnels.**<br><br>Le GCSMS « identitaire » [redacted] n'est pas connu des professionnels, alors que le GCSMS « gestionnaire » d[redacted] l'est. | appropriée par tous, peut-être parce qu'elle produit également des effets directs sur les professionnels (mobilité facilité, effet d'organigramme ….<br>Ses leviers (hypothèse 1) et ses impacts en terme d'accompagnement (hypothèse 2) sont bien identifiés des usagers et des professionnels.<br><br>Il y a un intérêt clair, pour ces derniers à maîtriser la direction commune, car elle est concrète et elle a un intérêt direct.<br><br>Il y a ensuite un parallèle à faire entre les coopérations les plus efficientes en terme d'impact direct sur l'usager (H2) et celles au sein desquelles les équipes sont impliquées depuis l'origine jusqu'à la mise en œuvre, telles que les conventions.<br><br>Notons enfin que :<br>- les usagers sont peu ou pas informés des coopérations mises en œuvre autour de l'établissement, sauf pour les conventions usagers.<br>- il y a un décalage net entre l'idée des directeurs concernant la bonne connaissance de l'ensemble des professionnels et les dires des professionnels à propos des coopérations.<br>- les financeurs ne font pas d'injonction directe, mais ils sont présents indirectement à l'origine |
| | | **Usagers**<br>Ce n'est pas démontré, car il n'y a pas de données.<br>En revanche, l'absence de données tend à montrer que les usagers n'identifient pas les modalités de leur implication dans les coopérations. Dans le cadre de la direction commune, ils sont informés. | |
| | | **Partenaires**<br>Les pouvoirs publics impulsent et évaluent les coopérations par le biais du jeu des appels à projet, agréments, CPOM, mais leur effet sur l'accompagnement des usagers n'est pas démontré au travers de leurs propos. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | et à l'évaluation des coopérations, dans le cadre d'appels d'offres, de CPOM et d'agréments. |

| **Hypothèses** | **QUESTIONNAIRES ANALYSE**<br><br>Rappel cohorte : 71 établissements.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte, personnes âgées et protection de l'enfance. | **ENTRETIENS ANALYSE**<br><br>Rappel cohorte : 5 établissements et 2 institutions (CD et ARS) en Loire - Atlantique.<br>15 entretiens.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte et protection de l'enfance.<br>Type de coopérations : 2 GCSMS, 2 directions communes, conventions. | **ANALYSE GLOBALE** |
|---|---|---|---|
| 4<br>Les différents types de coopération ne produisent pas les mêmes effets sur le territoire (maillage, couverture des besoins) dès lors qu'elles sont dictées par le politique, les professionnels ou les besoins des usagers | **PAS DE DONNEES QUESTIONNAIRE** | **Directeurs**<br>La direction commune échappe à la logique du territoire politique et du territoire usagers, car c'est une logique d'interconnaissances d'acteurs gestionnaires, qui en est à la base, soumis à une impulsion politique, dans un contexte de crise institutionnelle.<br><br>**Professionnels**<br>Il n'y a pas de réponses probantes permettant de faire le lien entre le territoire dessiné par les coopérations et l'efficience des coopérations.<br><br>**Usagers**<br>Les usagers n'ont pas de regard là-dessus.<br><br>**Partenaires**<br>Les cartes « politique », « acteurs » et « usagers » cherchent à se juxtaposer dans des circonstances de territoire mouvant et d'enjeux d'acteurs rendant l'exercice difficile | Il faut être vigilant du fait qu'il y ait peu de données.<br><br>La direction commune n'est pas créée au départ pour mieux mailler le territoire ou mieux couvrir les besoins de l'usager sur le dit territoire.<br>Elle nait des directeurs et des CA, dans un contexte de crise institutionnelle, sous impulsion des financeurs.<br>Ce qui corrobore l'idée que les directions communes sont limitées dans le temps et développées comme des outils internes.<br><br>Les GCSMS de type identitaire et gestionnaire suivent une logique d'acteurs et une logique politique, alors que les GCSMS de type besoins des usagers suivent une logique de prise en compte des besoins des usagers et permettent en cela de mieux mailler le |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | territoire.<br><br>Pour ce qui concerne les conventions, il y a peu de données, mais comme cela a été abordé précédemment, du fait de leur impact plus direct sur les usagers, il y a une prise en compte du territoire des usagers concernés, dans un souci pratique au quotidien, et moins du territoire au global et des besoins<br><br>De plus, les conventions sont dans une logique de services inter-structures ou de besoin de l'usager. Elles ne sont donc pas dans une logique de maillage de territoire. |

En conclusion,
Quel que soit le type de coopérations, il convient de souligner deux aspects :
-Il existe des territoires dits mouvants : les acteurs et les politiques déclarent se calquer sur le territoire usagers. Le jeu des appels d'offres peut transformer cette carte en carte d'acteurs, par le jeu des coopérations impulsées.
-Les territoires dits mouvants peuvent changer dans le temps et en fonction des données sociodémographiques.

| **Hypothèses** | **QUESTIONNAIRES ANALYSE**<br><br>Rappel cohorte : 71 établissements.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte, personnes âgées et protection de l'enfance. | **ENTRETIENS ANALYSE**<br><br>Rappel cohorte : 5 établissements et 2 institutions (CD et ARS) en Loire - Atlantique.<br>15 entretiens.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte et protection de l'enfance.<br>Type de coopérations : 2 GCSMS, 2 directions communes, conventions. | **ANALYSE GLOBALE** |
|---|---|---|---|
| 5<br>L'ancienneté des différents types de coopération renforce les effets sur l'accompagnement de l'usager. | **L'ancienneté** de la **coopération** semble **renforcer les effets positifs** sur **l'accompagnement** de l'usager.<br>En proportion, la **direction commune** semble être un mode de coopération mis en œuvre **depuis plus longtemps** que le GCSMS.<br>**L'ancienneté** des **GCSMS** semble avoir un peu plus d'effet en termes de **qualité de vie** et celle de la **direction commune** en termes de **diversification**.<br>**L'ancienneté** des deux formes de coopération semble avoir des **effets positifs importants** en termes de **participation**. | **Directeurs**<br>**L'âge de la coopération semble être à l'origine de sa formalisation. Quand un partenariat fonctionne depuis plusieurs années de façon dynamique, il est formalisé. Cela est notamment le cas des conventions**.<br><br>Le GCSMS de façon prospective peut, après une période de mise en œuvre, être un outil qui, avec le temps, s'accorde comme objectif premier l'accompagnement de l'usager. Tout dépend des groupements.<br><br>**Professionnels**<br>Pas de réponses probantes permettant de faire le lien entre l'âge des coopérations et l'efficience des coopérations.<br><br>**Usagers**<br>Pas de données<br><br>**Partenaires**<br>**Pas de données** | Les **conventions** et le **GCSMS** sont souvent des modes de coopérations résultant d'un **partenariat antérieur**. Ils ont donc une **ancienneté qui va au-delà de leur existence formalisée**.<br><br>Cette formalisation intervient parce qu'ils sont **déjà efficients** en termes de **diversification** de l'offre à l'usager.<br><br>Une fois **formalisés**, ils permettent une **diversification renforcée** car structurée.<br><br>A **plus long terme**, ils permettent des effets positifs sur **l'inclusion sociale** et la **participation de l'usager** car le travail sur les **moyens humains** mis en œuvre par ces coopérations (formation, multidisciplinarité, coordination, interconnaissances) fait alors effet.<br><br>La **direction commune** produits les **mêmes effets dans les mêmes temps**<br>Cependant, ces effets sont **plus limités** :<br>- par le fait qu'elle résulte souvent |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | d'une **réponse** à une situation de **crise**, **sans ancienneté préalable** d'un partenariat commun ;<br>- par **l'échelle** de la direction commune, qui est **limitée par la capacité des équipes de direction à gouverner et à déléguer au-delà d'une certaine taille**. |

| **Hypothèses** | **QUESTIONNAIRES ANALYSE**<br><br><u>Rappel cohorte</u> : 71 établissements.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte, personnes âgées et protection de l'enfance. | **ENTRETIENS ANALYSE**<br><br><u>Rappel cohorte</u> : 5 établissements et 2 institutions (CD et ARS) en Loire - Atlantique.<br>15 entretiens.<br>Champs : Handicap enfance, handicap adulte et protection de l'enfance.<br>Type de coopérations : 2 GCSMS, 2 directions communes, conventions. | **ANALYSE GLOBALE** |
|---|---|---|---|
| 6<br>Les effets des différents types de coopération sur l'accompagnement des usagers varient en fonction du champ couvert par l'établissement | Les champs les plus représentés toutes coopérations confondues sont le **handicap** (**enfant/adulte**) et la **personne âgée**.<br><br>On constate **une faible présence** du champ de la **protection de l'enfance** dans les coopérations malgré une **représentativité équivalente** au global à celle du champ de la **personne âgée.**<br><br>Concernant les **conventions**, cet écart est **particulièrement marqué**.<br><br>Concernant le **GCSMS**, le champ du **handicap (enfant/adulte)** est nettement plus représenté.<br><br>Concernant la **direction commune**, les écarts sont **moindres** entre les différents champs avec le champ du **handicap (enfant/adulte)** mieux représenté.<br><br>Le champ du **handicap (enfant/adulte)** est | **Directeurs**<br>Rien ne démontre cette hypothèse dans les entretiens faits.<br><br>**Professionnels**<br>Pas de réponses probantes permettant de faire le lien entre le champ des établissements et l'efficience des coopérations.<br><br>**Usagers**<br>Il y a de réelles différences entre les secteurs PA et PH en termes de coopérations.<br><br>**Partenaires**<br>Il y a de réelles différences entre les secteurs PA et PH en termes de coopérations. | Les ESSMS publics **s'approprient distinctement** les différents types de coopération selon le champ auquel ils appartiennent :<br><br>Dans le champ de la **protection de l'enfance**, les conventions et direction commune sont **très peu appropriées** par les ESSMS publics, Le GCSMS de manière encore plus anecdotique.<br><br>Le champ du **handicap (enfant et adulte)** est celui qui s'est **le plus approprié** les coopérations, tous types confondus.<br><br>Le champ de la **personne âgée** s'est plus approprié les **conventions avec le secteur sanitaire** que les autres formes de coopérations, s'agissant d'un **champ plus récent, moins organisé, plus « atomisé »** dans ses formes juridiques.<br><br>La **direction commune** est la seule forme de coopération qui semble être **adoptée de manière homogène** par les ESSMS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | donc celui qui s'est **le plus approprié** les outils **conventions** et dans une moindre mesure l'outil **GCSMS**. Dans les deux cas, les domaines d'accompagnement dans lesquels il y a eu le plus d'effets positifs, pour ce champ, est celui de la **diversification de l'offre**, mais également :<br>- **l'inclusion** de l'usager (via la **convention EN** plus spécifiquement)<br>- la **participation** de l'usager dans une moindre mesure (via le **GCSMS** plus spécifiquement)<br><br>La **direction commune** n'est pas l'apanage d'un champ en particulier. Il est donc difficile d'établir un lien entre le champ, ce type de coopération et les effets positifs obtenus dans l'accompagnement.<br><br>Cependant, dans le champ du **handicap (enfant/adulte)**, des effets positifs sont à noter sur la **diversification de l'offre** et dans une moindre mesure en termes de **qualité de vie**. | | publics, **quel que soit leur champ**.<br><br>Tous champs confondus, le **domaine d'accompagnement** de l'usager le **plus impacté positivement** par les coopérations est la **diversification de l'offre.**<br><br>Dans le champ du **handicap**, les **domaines d'accompagnement** de l'usager les **plus impactés positivement** sont :<br>- **l'inclusion sociale** de l'usager par le biais de la **convention avec l'éducation nationale** plus spécifiquement<br>- la **participation** par le biais du **GCSMS**<br>- la **qualité de vie** par le biais de la **direction commune** |

# Forces et faiblesses des trois types de coopérations étudiées

| | | Conventions | | Direction commune | GCSMS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Usager | Cadres | | Identitaire | Gestionnaire | Besoins usagers |
| Forces Faiblesses | **Impacts positifs directs sur l'accompagnement de l'usager** | Oui<br>Diversification et Fluidité de l'offre (78%)<br>Inclusion et participation dans une moindre mesure. | | Oui. Diversification et fluidité de l'offre, mais limité au périmétre de la direction commune. | Non | Qualité de vie (52%) | Diversification<br>Participation<br>Inclusion<br>Qualité de vie |
| | **Impacts négatifs directs sur l'accompagnement de l'usager** | Non | Non | Non | Non | Qualité de vie (48%).<br>Participation (PP, établissement, territoire) | Non |
| | **Leviers activables** | Humains via réseau d'acteurs coordonné et multidisciplinarité.<br>Logistiques | | Humains<br>Logistiques<br>Financiers | Stratégiques | Humains<br>Logistiques<br>Financiers | Humains<br>Logistiques<br>Financiers<br>Stratégiques |
| | **Place de l'usager** | Acteur | Bénéficiaire | Place d'origine, tel que travaillé dans l'établissement. Pas de changement. | Acteur ou "hors jeu" ou "porte étendard" | Client passif | Acteur |
| | **Pérennité pour l'établissement et dans l'accompagnement de l'usager** | Non | Oui à moyen terme | Non | Limité | Possible | Oui |
| | **Mise en réseau de l'établissement et effet démultiplicateur possible dans le souci de mieux couvrir les besoins de l'usager** | Oui | Oui | Non | Limité | Non | Oui |
| | **Opérationnalité** | Oui | Oui, mais limité | Oui | Oui | Oui | Oui |
| | **Mise en cohérence possible des actions mises en œuvre en direction de l'usager, au regard de schémas territoriaux (valorisation politique)** | Non | Oui mais limité | Non | Oui | Oui | Oui |
| | **Prospective: la coopération peut à terme permettre de mieux identifier et de répondre aux besoins non couvert sur le territoire.** | Non | Non | Non | Limité | Non | Oui |

# Points de vigilance et pistes d'actions pour trois types de coopérations

| | Convention | | Direction commune | GCSMS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Usager** | **Cadre** | | **Identitaire** | **Gestionnaire** | **Besoins usagers** |
| **Modèle à retenir dans le souci de créer de la plus-value dans l'accompagnement de l'usager ?** | Oui | Oui | Non | Non | Oui mais attention | Oui |
| **Points de vigilance, à l'interne de l'établissement, pour extraire de la coopération de la plus-valuedans l'accompagnement de usager** | Aucun | Risque de « coquille » vide : activation de temps de travail type comité de pilotage etc. | Risque de standardisation de l'offre, limitée à l'interne, dans le temps, sans logique de territoire besoins usager | Risque de normalisation des pratiques (au nom par ex de la défense du service public) | * Risque de standardisation des prestations et de négation du PP de l'usager.<br>* Effet de « non - retour » juridique, administratif et financier. | Aucun |
| **Rôle clé de l'équipe de direction, à l'interne de l'établissement** | * Faciliter le repérage des professionnels entre partenariat et coopération formalisée pour une meilleure appropriation collective des leviers et des enjeux.<br>* Associer les acteurs (dont les usagers) dans l'évaluation des effets sur l'accompagnement de l'usager des deux types de conventions. | | * Information des différents acteurs, notamment professionnels et usagers, pour une appropriation collective des leviers et des enjeux.<br>* Evaluation participative (avec tous les acteurs dont les usagers) de l'impact de la direction commune sur l'accompagnement de l'usager, avant renouvellement. | * Information des différents acteurs, notamment professionnels et usagers, pour une appropriation collective des leviers et des enjeux.<br>* Impulsion de la participation des différents acteurs dont les usagers à la gouvernance du GCSMS.<br>* Evaluation participative (avec tous les acteurs dont les usagers) de l'impact du GCSMS sur l'accompagnement de l'usager, avant renouvellement.<br>* Actualisation du diagnostic partagé des besoins | | |

# Cadre juridique des GCSMS

La loi socle de 2002[1] dit des GCSMS *« qu'ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires »* et que *« peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public »* ; elle leur confère également les missions suivantes :

- *« Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention. »*
- *« Etre autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 [du code de l'Action sociale et des Familles] et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 [du code de l'Action sociale et des Familles] après accord de l'autorité l'ayant délivrée. »*
- *« Etre chargé de procéder aux fusions et regroupements. »*
- *« Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux […] et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique »*
- *« Etre chargé pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage interne ».*

La loi de 2002 précise enfin que le GCSMS n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social. La loi Fourcade de 2011[2] confirmera ce point important.

La loi Handicap de 2005[3] et son décret d'application de 2006[4] permettront, dans un second temps, de préciser les possibilités offertes par le GCSMS en matière d'évaluation, de formation, de tarification des prestations fournies, et d'autorisation à exercer directement les missions et prestations des ESSMS. Il est rappelé à cette occasion et en préambule de ces dispositions, que les membres du GCSMS sont autorisés à *« exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale »*.

[1] Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico – sociale, Journal officiel du 3 janvier 2002.
[2] Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions 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, Journal officiel du 11 Août 2011.
[3] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel du 12 février 2005.

[4] Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, journal officiel du 8 avril 2006.

# Tableau synthétique des formes de coopération conventionnelles

| | CHT | FMIH | RESEAU DE SANTE | CONVENTION DE COOPERATION |
|---|---|---|---|---|
| **Textes applicables** | L.6132-1 et suivants du CSP<br>R. 6132-28 du CSP | L. 6135-1 du CSP (issu de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU) | L. 6321-1 à L. 6321-2 du CSP<br>D. 6321-1 à D. 6321-7 du CSP | L. 6134-1 du CSP<br>L. 312-7 du CASF dans le domaine social et médico-social |
| **Modalités de création** | Signature d'une convention soumise à l'approbation du DGARS. | Décision conjointe des directeurs des centres hospitaliers concernés | Signature d'une convention | Signature d'une convention |
| **Formalités préalables** | Information CTE<br>Avis du conseil de surveillance<br>Avis du préfet de région<br>Approbation par les directeurs d'établissements (sauf si CHU – approbation conseil de surveillance)<br>Transmission à l'ARS | Avis de la CME et du CTE | Rédaction d'une convention constitutive et d'un règlement intérieur | Décision des instances compétentes des membres.<br>Les établissements publics de santé doivent s'assurer que la convention de coopération respecte le contrat d'objectifs et de moyens |
| **Objet** | Mettre en œuvre une stratégie commune<br><br>Gestion commune de fonctions, activités, compétences. | Favoriser les rapprochements d'activités médicales des CH :<br>• Regroupement de pôles d'activité<br>• Rapprochement et collaboration entre praticiens<br>• Travail en réseau<br>• Echanges et formations<br>• Enseignement recherche clinique<br>• Partage des obligations d'accueil et prise en charge par équipes communes | Favoriser l'accès aux soins, la coordination de la prise en charge des patients, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire<br><br>Participer à des actions de santé publique | Mettre en œuvre des actions de coopération entre acteurs de santé, y compris internationales<br><br>Mettre en œuvre des actions de coordination et de complémentarité dans le domaine social et médico-social |
| **Domaine d'activité** | Toutes activités ou fonctions en liens avec la spécialité des établissements concernés.<br>Orientation vers des domaines prioritaires ou innovants (télémédecine, cancérologie, AVC, gériatrie,…) | Toutes activités conformes à la spécialité des établissements (urgences, gynécologie-obstétrique, ….) | Le secteur sanitaire et/ ou social et/ou médico-social | Le secteur sanitaire et/ ou social et/ou médico-social |

| | CHT | FMIH | RESEAU DE SANTE | CONVENTION DE COOPERATION |
|---|---|---|---|---|
| **Capital social** | Non applicable | Non applicable | Non applicable si les partenaires choisissent la voie conventionnelle<br>Application variable selon la structure de coopération choisie si le réseau repose sur une coopération institutionnelle. | Non applicable |
| **Membres** | Uniquement les établissements publics de santé | Uniquement les centres hospitaliers | Professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, groupements de coopération sanitaire, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers. | Toutes personnes physiques ou morales, de droit public ou de droit privé dès lors que l'objet de la convention est conforme à leur objet social ou à leur principe de spécialité |
| **Personnalité juridique** | Aucune | Aucune | Pas de personnalité juridique, si le réseau de santé est constitué par voie conventionnelle<br>Doté de la personnalité juridique, si le réseau de santé est constitué sous la forme d'un GCS, d'un GIE, d'un GIP ou d'une association. | Aucune |
| **Durée** | Selon le choix des partenaires : déterminée ou indéterminée | Selon le choix des partenaires : déterminée ou indéterminée | Selon le choix des partenaires : déterminée ou indéterminée | Selon le choix des partenaires : déterminée ou indéterminée |
| **Autorisation** | Par principe, les établissements en conservent la titularité.<br><br>Elles peuvent être transférées ou cédées entre partenaires. | Aucune | Si le réseau de santé n'est pas doté de la personnalité morale, il ne peut être titulaire d'autorisation<br>Si le réseau est doté de la personnalité morale, il peut être titulaire d'autorisation | Non doté de la personnalité juridique, les membres restent titulaires des autorisations et agréments délivrées dans le domaine sanitaire, social et médico-social. |
| **Adhésion/retrait/exclusion** | Adhésion : par la signature de la convention ou par avenant et par approbation du DGARS<br><br>Retrait : pas prévu par les textes mais possible si respect du parallé- | La loi ne précise pas les conditions d'adhésion, de retrait ou d'exclusion (application du droit commun)<br><br>A définir dans la convention | Si le réseau repose sur une coopération institutionnelle, les conditions d'adhésion, de retrait et d'exclusion d'un réseau de santé dépendent de la forme de coopération retenue par les partenaires | La loi ne précise pas les conditions d'adhésion, de retrait ou d'exclusion (application du droit commun)<br><br>A définir dans la convention |


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

| | CHT | FMIH | RESEAU DE SANTE | CONVENTION DE COOPERATION |
|---|---|---|---|---|
| | lisme des procédures et formes<br>Exclusion : pas prévu par les textes mais possibilité d'en définir les conditions et modalités dans la convention. | | (convention, GCS, GIE, GIP ou associations).<br>Si le réseau est constitué par voie conventionnelle, adhésion par la signature de la convention. | |
| **Gouvernance** | La CHT n'a pas de gouvernance propre<br>Un établissement membre est désigné établissement siège<br>La gouvernance de l'établissement siège tient compte de la CHT (membres présents dans le conseil de surveillance, directoire et IRP) | Pas de gouvernance propre.<br><br>Les établissements membres peuvent créer des instances consultatives. | Si le réseau de santé est mis en œuvre par voie conventionnelle, il n'y a pas de gouvernance propre<br>Si le réseau est mis en œuvre par voie institutionnelle, sa gouvernance est celle applicable à la structure de coopération choisie (GCS, GIE, GIP et association). | Pas de gouvernance propre.<br><br>Les établissements membres disposent d'une large liberté contractuelle |
| **Personnel (statut et rémunération)** | Le personnel peut être mis à disposition d'un établissement membre, le personnel conserve alors le statut et la rémunération<br>Le personnel peut être transféré à un établissement membre, il change alors d'employeur et est soumis au statut de l'établissement d'accueil (peu d'impact) | La situation statutaire du personnel reste inchangée. | Si le réseau de santé n'est pas doté de la personnalité morale, il ne peut être employeur.<br>Si le réseau est doté de la personnalité morale, les conditions faites à ses personnels dépendent de la structure de coopération choisie. | La situation statutaire et le mode de rémunération des personnels intervenants restent inchangés.<br>Le personnel peut bénéficier de l'indemnité pour activité dans plusieurs établissements lorsque la réglementation le prévoit. |
| **Institution représentative du personnel** | Les établissements membres de la CHT peuvent créer des IRP. Un décret d'application est en attente. | Aucune – ce sont celles applicables aux centres hospitaliers | Aucune, si le réseau de santé est constitué par voie conventionnelle.<br>Si le réseau repose sur une structure de coopération, ce sont celles applicables à la structure de coopération choisie. | Aucune, le personnel intervenant demeure représenté au sein des instances des établissements de rattachement |
| **Responsabilité du fait des dettes** | Les établissements membres sont responsables des dettes souscrits respectivement ou communément dans l'intérêt de la CHT | La FMIH n'est pas dotée de la personnalité juridique. Les membres sont responsables des dettes contractées dans l'intérêt ou pour les besoins de la fédération | Varie en fonction de la forme de coopération mis en œuvre pour créer un réseau de santé | Les membres sont responsables des dettes contractées pour les besoins de la coopération |


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

| | CHT | FMIH | RESEAU DE SANTE | CONVENTION DE COOPERATION |
|---|---|---|---|---|
| **Fonctionnement** | La CHT est un outil de reconfiguration des fonctions et activités d'établissements situés sur une zone géographique permettant une recherche d'optimisation et de rationalisation.<br>La CHT est transparente pour le patient qui reste un usager d'un établissement public de santé. | Les équipes constituées des praticiens des établissements membres de la fédération interviennent ensemble selon une organisation du temps de travail, un calcul du temps additionnel, un financement et une rémunération fixé entre les établissements membres.<br>La FMIH est transparente pour le patient qui reste un usager d'un établissement public de santé. | Le réseau de santé n'a pas pour objet de créer un établissement de santé. Son objectif est de coordonner les soins entre les acteurs de santé autour du patient/résident qui est libre d'entrer ou de sortir d'un réseau. Le patient/résident est admis au sein des établissements membres du réseau. | La convention de coopération peut porter sur diverses activités (de soins, d'équipements lourds…)<br><br>La convention de coopération n'interfère pas dans la nature des relations entre les patients/résidents et les établissements d'accueil. |
| **Financement** | Le coût de la CHT est supporté par les établissements membres sur leur budget. La loi prévoit des incitations financières (FMESPP, majoration de tarifaire). | C'est le centre hospitalier qui perçoit le financement en T2A publique. | Les réseaux de santé peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux | Pas de financement propre.<br><br>Les activités de soins des membres sont financées conformément à la tarification à laquelle ils sont soumis. |
| **Fiscalité** | La CHT n'entraîne pas la création d'une personnalité fiscale nouvelle.<br>L'activité de la CHT étant par hypothèse accessoire et dépendante de l'activité de soins des opérateurs, elle bénéficie d'une exonération d'impôt sur les bénéfices et de CET.<br>TVA : la CHT bénéficie d'exonérations de TVA autonomes et notamment de l'exonération prévue à l'article 261 B du CGI au titre du groupement de fait. | Non applicable | Si le réseau de santé n'est pas doté de la personnalité morale, il ne relève d'aucun régime comptable<br><br>Si le réseau est doté de la personnalité morale, le régime fiscal est celui de la structure de coopération choisie (GCS, GIE, GIP et association) | La convention de coopération n'est soumise à aucun régime fiscal propre.<br>TVA : La convention de coopération peut cependant constituer le support d'une exonération de la TVA sur le fondement de l'article 261 B du CGI au titre du groupement de fait. |
| **Assurance** | Transfert des contrats accessoires des activités cédées.<br>Modification des contrats accessoires des activités transférées. | Les centres hospitaliers doivent souscrire ou étendre leur contrat d'assurance pour s'assurer que leurs praticiens intervenants à l'extérieur de l'établissement sont couverts. | Les membres doivent souscrire ou étendre leur contrat d'assurance pour que les activités du réseau de santé soient couvertes.<br>Les praticiens libéraux doivent également | Les établissements doivent souscrire ou étendre leur contrat d'assurance pour que les activités communes soient couvertes.<br>Les praticiens libéraux doivent également s'assurer pour cette |

| | CHT | FMIH | RESEAU DE SANTE | CONVENTION DE COOPERATION |
|---|---|---|---|---|
| | | | s'assurer pour cette activité. | activité. |
| **Régime comptable** | Pas de régime comptable propre. Application de comptes combinés | Pas de régime comptable propre. | Pas de régime comptable propre, sauf si le réseau de santé est organique | Pas de régime comptable propre. |
| **Contrôle de la comptabilité** | Règles de comptabilité publique et contrôle tutélaire | Règles de comptabilité publique et contrôle tutélaire | Dépend de la structure de coopération retenue | Règles de comptabilité publique (pour l'établissement public) et contrôle tutélaire |
| **Dissolution** | En cas de résiliation par les membres ou par le DGARS. A expiration de la durée déterminée | A définir dans la convention | Elles dépendent de la structure de coopération choisie pour gérer le réseau | A définir dans la convention |
| **Conséquences sociales, patrimoniales, financières et réglementaires (autorisation)** | La loi prévoit que le DGARS précise la répartition des emplois, biens et contrats entre les établissements, sauf décision concordantes des établissements (à définir dans la convention). | A définir dans la convention | A définir dans la convention | A définir dans la convention |

# Tableau synthétique des formes de coopération fonctionnelles

| | GCS DE MOYENS (HPST) | GCS ETABLISSEMENT DE SANTE (HPST) | GCSMS | GCS (ANCIEN REGIME) | ASSOCIATION LOI 1901 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Textes applicables** | L.6133-˙ et suivants du CSP<br>R. 6133-˙ et suivants du CSP<br>Arrêté du 23 juillet 2010 | L. 6133-˙ et suivants du CSP<br>R. 6133-˙ et suivants du CSP<br>Arrêté du 23 juillet 2010 | L. 312-7 du CASF<br>R. 312-194-1 du CASF<br>L. 6133-˙ et suivants du CSP | L. 6133-˙ et suivants du CSP avant loi HPST (ordonnance du 4 septembre 2003)<br>R. 6133-˙ et suivants du CSP avant décret du 23 juillet 2010 (décret du 26 décembre 2005) | Loi 1er juillet 1901<br><br>Code civil |
| **Modalités de création** | Approbation de la convention constitutive par le DGARS.<br><br>Publication de l'arrêté d'approbation | Approbation de la convention constitutive par arrêté du DGARS qui peut délivrer une autorisation, ériger le GCS en Etablissement de santé et fixer l'échelle tarifaire.<br>Publication de l'arrêté d'approbation | Approbation de la convention constitutive par le DGARS<br><br>Publication de l'arrêté d'approbation | Approbation de la convention constitutive par le directeur de l'ARH<br><br>Publication de l'arrêté d'approbation | Un contrat d'association est conclu par les membres.<br><br>Déclaration en préfecture.<br><br>Insertion dans le JO |
| **Formalités préalables** | Accord par les instances des établissements membres<br>Signature par le représentant légal<br>Formalisation d'une convention constitutive, d'un règlement intérieur et d'un budget prévisionnel. | Accord par les instances des établissements membres<br>Signature par le représentant légal<br>Formalisation d'une convention constitutive, d'un règlement intérieur et d'un budget prévisionnel. | Accord par les instances des établissements membres<br>Signature par le représentant légal<br>Formalisation d'une convention constitutive, d'un règlement intérieur et d'un budget prévisionnel. | Accord par les instances des établissements membres<br>Signature par le représentant légal<br>Formalisation d'une convention constitutive, d'un règlement intérieur et d'un budget prévisionnel. | Accord par les instances des établissements membres<br>Formalisation du contrat (et le cas échéant du règlement intérieur) |
| **Objet** | Faciliter, développer, améliorer l'activité des membres en organisant ou gérant des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, enseignement, recherche, en réalisant ou gérant des | Exercer les missions de soins d'un établissement de santé<br><br>Assurer des missions de service public | Exercer des activités sociales ou médico-sociales, exercer les missions et prestations des établissements sociaux et médico-sociaux, permettre des interventions communes, créer ou gérer des équipements d'intérêt | Faciliter, développer, améliorer l'activité des membres (prestations médicales croisées, équipement d'intérêt commun, réseaux)<br><br>Exercer des missions de soins | Faciliter, développer, améliorer l'activité de ses membres<br><br>Exercer des missions de soins<br>Son but est non lucratif.<br>L'association ne peut pas distribuer de bénéfices.<br>Attention : un |

| | GCS DE MOYENS (HPST) | GCS ETABLISSEMENT DE SANTE (HPST) | GCSMS | GCS (ANCIEN REGIME) | ASSOCIATION LOI 1901 |
|---|---|---|---|---|---|
| | équipements d'intérêt commun, en permettant des interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux. | | commun, faciliter les actions de concertation, fusions entre établissement. | | établissement public de santé ne peut confier ses missions de soins à une association |
| **Domaine d'activité** | Toutes les activités périphériques aux soins. | Toutes les activités de soins ou équipements matériels lourds. Toutes les missions de service public. | Toutes les activités sociales et médico-sociales. Toutes les activités périphériques (logistique, administratif, médico-technique…) | Toutes les activités de soins ou équipements matériels lourds. Autres activités soumis à autorisation ou agrément (PUI…) | Toutes les activités de soins ou équipements matériels lourds. Autres activités soumis à autorisation ou agrément (PUI…) |
| **Capital social** | Avec ou sans capital. Attention : les droits de vote et la responsabilité aux dettes dépendent de la répartition des droits des membres. Ces droits sont soit fixés par la constitution d'un capital social, soit fluctuants selon la participation des membres aux charges de fonctionnement du groupement | Avec ou sans capital. Attention : les droits de vote et la responsabilité aux dettes dépendent de la répartition des droits des membres. Ces droits sont soit fixés par la constitution d'un capital social, soit fluctuants selon la participation des membres aux charges de fonctionnement du groupement | Avec ou sans capital. Attention : les droits de vote et la responsabilité aux dettes dépendent de la répartition des droits des membres. Ces droits sont soit fixés par la constitution d'un capital social, soit fluctuants selon la participation des membres aux charges de fonctionnement du groupement | Avec ou sans capital. Attention : les droits de vote et la responsabilité aux dettes dépendent de la répartition des droits des membres. Ces droits sont soit fixés par la constitution d'un capital social, soit fluctuants selon la participation des membres aux charges de fonctionnement du groupement | Pas de capital |
| **Membres** | Etablissements de santé publics ou privés (présence obligatoire d'au moins un établissement de santé), établissements médico-sociaux, centres de santé, pôles de santé, professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes). | Etablissements de santé publics ou privés (présence obligatoire d'au moins un établissement de santé), établissements médico-sociaux, centres de santé, pôles de santé, professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes). | Etablissements ou services publics ou privés sociaux ou médico-sociaux ou de santé, à but lucratif ou non lucratif, professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, établissements publics de santé, établissements privés de santé à but non lucratif ou non lucratif, collectivités locales et tous organismes à but non lucratif qui poursuivent un but | Etablissements de santé publics ou privés, établissements médico-sociaux, professionnels médicaux libéraux. D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. | Etablissements de santé publics ou privés, établissements médico-sociaux, des professionnels médicaux libéraux. D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins. |

| | GCS DE MOYENS (HPST) | GCS ETABLISSEMENT DE SANTE (HPST) | GCSMS | GCS (ANCIEN REGIME) | ASSOCIATION LOI 1901 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | d'intérêt général. | | |
| **Personnalité juridique** | Oui<br>De droit public ou de droit privé selon des critères fixés par la loi. | Oui<br>De droit public ou de droit privé selon des critères fixés par la loi. | Oui<br>De droit public ou de droit privé selon des critères fixés par la loi. | Oui<br>De droit public ou de droit privé selon la composition du groupement (mixte, répartition du capital, des participations, de la gouvernance). | Oui<br>De droit privé uniquement |
| **Durée** | Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée | Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée (au moins la durée de l'autorisation) | Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée | Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée | Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée |
| **Autorisation** | Il ne peut pas être titulaire d'autorisation d'activité de soins. Il peut cependant être titulaire d'autorisation d'équipements matériels lourds. | Il peut être titulaire d'autorisation d'activité de soins ou d'équipements matériels lourds à l'instar des établissements de santé | Il peut être titulaire d'autorisation ou d'agrément à l'instar des établissements qui le composent | Il peut :<br>• Détenir des autorisations d'activité de soins ou d'équipements matériels lourds<br>• Etre autorisé à exercer des missions de soins<br>• Se voir confier l'exploitation des autorisations de ses membres | Elle peut détenir et exercer des autorisations d'activité de soins ou d'équipements lourds |
| **Adhésion/retrait /exclusion** | Adhésion possible mais soumis à l'unanimité des membres fondateurs<br>Retrait libre sous respect d'un préavis<br>Exclusion possible pour juste motif | Adhésion possible mais soumis à l'unanimité des membres fondateurs<br>Retrait libre sous respect d'un préavis<br>Exclusion possible pour juste motif | Adhésion possible mais soumis à l'unanimité des membres fondateurs<br>Retrait libre sous respect d'un préavis<br>Exclusion possible pour juste motif | Adhésion possible mais soumis à l'unanimité des membres fondateurs<br>Retrait libre sous respect d'un préavis<br>Exclusion possible pour juste motif | Adhésion libre pour toute personne Retrait libre. Les membres peuvent prévoir des modalités spécifiques dans le contrat d'association. |
| **Gouvernance** | Une assemblée générale des membres (organe délibératif)<br>Un comité restreint qui reçoit délégation de compétence de l'AG<br>Un administrateur (organe exécutif) | Si privé : même gouvernance que GCS de moyens<br>Si public : gouvernance similaire à celle des établissements publics de santé (avec aménagement prévu dans le CSP) | Une assemblée générale des membres (organe délibératif)<br>Un administrateur (organe exécutif) désigné par l'AG | Une assemblée générale des membres (organe délibératif)<br>Un administrateur (organe exécutif) désigné par l'AG | Une assemblée générale et un ou des dirigeants (avec ou sans conseil d'administration) |

| | GCS DE MOYENS (HPST) | GCS ETABLISSEMENT DE SANTE (HPST) | GCSMS | GCS (ANCIEN REGIME) | ASSOCIATION LOI 1901 |
|---|---|---|---|---|---|
| | désigné par l'AG | | | | |
| **Personnel (statut et rémunération)** | Le GCS peut être employeur. Il peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat. Les professionnels médicaux libéraux ou hospitaliers peuvent intervenir auprès des patients des établissements membres. Les consultations et actes médicaux sont soit supportés par le budget de l'établissement public de santé soit par l'assurance maladie (si patient admis dans un établissement privé soumis à T2A privée) | Le GCS peut être employeur. Il peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat les professionnels médicaux libéraux ou hospitaliers peuvent intervenir auprès des patients des établissements membres. Les consultations et actes médicaux sont soit supportés par le budget de l'établissement public de santé soit par l'assurance maladie (si patient admis dans un établissement privé soumis à T2A privée) | Le GCSMS peut être employeur. Il peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat Les professionnels médicaux libéraux ou hospitaliers peuvent intervenir auprès des patients des établissements membres. Les consultations et actes médicaux sont soit supportés par le budget de l'établissement public de santé soit par l'assurance maladie (si patient admis dans un établissement privé soumis à T2A privée) | Le GCS peut être employeur. Il peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat Les professionnels médicaux libéraux ou hospitaliers peuvent intervenir auprès des patients des établissements membres. Les consultations et actes médicaux sont soit supportés par le budget de l'établissement public de santé soit par l'assurance maladie (si patient admis dans un établissement privé soumis à T2A privée) | L'association peut être employeur. Elle peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat Les professionnels médicaux libéraux ou hospitaliers peuvent intervenir auprès des patients des établissements membres. Si missions de soins : Les consultations et actes médicaux sont soit supportés par le budget de l'association (si T2A publique) soit par l'assurance maladie (T2A privée) |
| **Institution représentative du personnel** | Pas prévu par les dispositions du CSP mais fortement recommandé par les dispositions du code du travail. | Ce sont celles prévues par le Code du travail et le Code de la santé publique selon que le GCS est de droit privé ou de droit public. | Pas prévu par les dispositions du CSP mais fortement recommandé par les dispositions du code du travail | Pas prévu par les dispositions du CSP mais fortement recommandé par les dispositions du Code du travail. | Ce sont celles prévues par le code du travail |
| **Responsabilité du fait des dettes** | Elle est indéfinie et conjointe mais pas de solidarité. Attention : la responsabilité des membres aux dettes du groupement est proportionnée à leurs droits mais pas limités à leurs apports (si capital social) | Elle est indéfinie et conjointe mais pas de solidarité. Attention : la responsabilité des membres aux dettes du groupement est proportionnée à leurs droits mais pas limitée à leurs apports (si capital social) | Elle est indéfinie et conjointe mais pas de solidarité. Attention : la responsabilité des membres aux dettes du groupement est proportionnée à leurs droits mais pas limitée à leurs apports (si capital social) | Elle est indéfinie et conjointe mais pas de solidarité. Attention : la responsabilité des membres aux dettes du groupement est proportionnée à leurs droits mais pas limitée à leurs apports (si capital social) | Pas de responsabilité sauf en cas de faute des dirigeants |
| **Fonctionnement** | C'est un groupement de moyens. Son fonctionnement consiste à | Le GCS fonctionne comme un établissement de santé. Il est soumis aux | Le GCSMS peut fonctionner soit comme une structure de moyens | C'est un groupement de moyens. Son fonctionnement consiste à | L'association peut se limiter à mettre en commun des moyens. Elle rend |

| | GCS DE MOYENS (HPST) | GCS ETABLISSEMENT DE SANTE (HPST) | GCSMS | GCS (ANCIEN REGIME) | ASSOCIATION LOI 1901 |
|---|---|---|---|---|---|
| | rendre des services à ses membres pour leur permettre de développer, améliorer ou facilité leurs activités sanitaires. | mêmes droits et obligations que les établissements de santé. Il délivre des soins remboursables à des assurés sociaux. | rendant des services à ses membres partageant à un intérêt commun soit comme un établissement social ou médico-social délivrant des prestations à des résidents ou patients. | rendre des services à ses membres pour leur permettre de développer, améliorer ou facilité leurs activités sanitaires. | alors des services aux membres qui cotisent.<br>Elle peut aussi exploiter un établissement de santé. C'est alors une structure d'exploitation. |
| **Financement** | Financement exclusif par les contributions de ses membres, sauf dotation. | Financement identique aux établissements de santé (T2A pour activité MCO, DGF/OQN pour SSR et psychiatrie). | Financement par les contributions des membres ou par l'activité du groupement (si autorisation ou agrément) | Financement exclusif par les contributions de ses membres, sauf dotation. | Financement large (dons, libéralités, cotisations, apports, subventions, produits de son activité, ….) |
| **Fiscalité** | TVA :<br>Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI possible<br>IS/ CET :<br>Imposition si l'activité exercée par le GCS revêt un caractère lucratif<br>Taxe sur les salaires / Taxe foncière : assujettissement dans les conditions de droit commun | TVA :<br>Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI possible<br>Exonération des prestations de soins<br>IS/ CET : Imposition si l'activité exercée par le GCS revêt un caractère lucratif<br>Taxe sur les salaires / Taxe foncière : assujettissement dans les conditions de droit commun | TVA :<br>Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI applicable au seul GCSMS de moyens<br>Exonération des prestations médico-sociales rendues par le GCSMS de droit public<br>Exonération des prestations médico-sociales rendues par le GCSMS de droit privé sous réserve du caractère non lucratif de son activité<br>IS/ CET : Imposition si l'activité exercée par le GCSMS revêt un caractère lucratif<br>Taxe sur les salaires / Taxe foncière : assujettissement dans les conditions de droit commun | TVA :<br>Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI applicable au seul GCS de moyens<br>Exonération des prestations de soins rendues par le GCS<br>IS/ CET : Imposition si l'activité exercée par le GCS revêt un caractère lucratif<br>Taxe sur les salaires / Taxe foncière : assujettissement dans les conditions de droit commun | TVA :<br>Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI possible<br>IS/ CET :<br>Imposition si l'activité exercée par l'association revêt un caractère lucratif<br>Taxe sur les salaires / Taxe foncière : assujettissement dans les conditions de droit commun |
| **Assurance** | Les établissements membres doivent souscrire une | Le GCS doit s'assurer en tant qu'établissement | Les établissements membres souscrivent une assu- | Les établissements membres souscrivent une assu- | L'association doit s'assurer si elle a la qualité |

| | GCS DE MOYENS (HPST) | GCS ETABLISSEMENT DE SANTE (HPST) | GCSMS | GCS (ANCIEN REGIME) | ASSOCIATION LOI 1901 |
|---|---|---|---|---|---|
| | assurance ou une extension d'assurance pour les besoins de la coopération. Si nécessaire, le GCS peut être assuré également à titre personnel. | de santé. | rance ou une extension d'assurance pour les besoins de la coopération. Si nécessaire, le GCSMS peut être assuré également à titre personnel. | rance ou une extension d'assurance pour les besoins de la coopération. Si nécessaire, le GCS peut être assuré également à titre personnel. | d'établissement de santé |
| **Régime comptable** | Régime comptable droit privé ou droit public selon la nature juridique du groupement. | Régime comptable droit privé ou droit public selon la nature juridique du groupement. | Régime comptable droit privé ou droit public selon la nature juridique du groupement. | Régime comptable droit privé ou droit public selon la nature juridique du groupement. | Régime comptable de droit privé |
| **Contrôle de la comptabilité** | Certification commissaires aux comptes pour les GCS privé Autorité de tutelle financière pour les GCS public | Certification commissaires aux comptes pour les GCS privé Autorité de tutelle financière pour les GCS public | Certification commissaires aux comptes pour les GCSMS privé Autorité de tutelle financière pour les GCSMS public | Certification commissaires aux comptes pour les GCS privé Autorité de tutelle financière pour les GCS public | Contrôle par commissaire aux comptes |
| **Dissolution** | S'il ne reste plus d'établissement de santé dans le groupement Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet Selon les causes prévues dans la convention constitutive | S'il ne reste plus d'établissement de santé dans le groupement Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet Selon les causes prévues dans la convention constitutive | S'il ne reste plus d'établissements sociaux ou médico-sociaux dans le groupement Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet Selon les causes prévues dans la convention constitutive | S'il ne reste plus d'établissement de santé dans le groupement Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet Selon les causes prévues dans la convention constitutive | Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet Selon les causes prévues dans la convention constitutive |
| **Conséquences sociales, patrimoniales, financières et réglementaires (autorisation)** | Sont à définir dans la convention constitutive. | Sont à définir dans la convention constitutive. | Sont à définir dans la convention constitutive. | Sont à définir dans la convention constitutive. | Sont à définir dans la convention constitutive. |

| | GIE | GIP | EPSIH | GROUPEMENT D'EMPLOYEURS | COOPERATIVE HOSPITALIERE DE MEDECINS |
|---|---|---|---|---|---|
| **Textes applicables** | L. 251-˙ à L. 251-23 et R. 251-˙ à R. 251- 3 du code de commerce | Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982<br>Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991<br>L. 6134-˙ du CSP | L. 6141-˙ du CSP<br>R. 714-1-1-II du CSP | L. 1253-˙, D. 1253-˙ à D. 1253-˙1 du Code du travail<br>R. 1253-˙2 à 1253-44 | L. 6163-1 à L. 6163-10 du CSP |
| **Modalités de création** | Un contrat constitutif est conclu entre les membres.<br>Une immatriculation au RCS<br>Avis d'immatriculation au BODACC | Une convention constitutive est conclue par les membres.<br>Un arrêté d'approbation du préfet | Un arrêté du DARH<br>Délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements fondateurs<br>Avis des collectivités territoriales intéressées et du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale | L'association est créée par une convention entre ses membres<br>Les sociétés sont créées par contrat entre associés | Un contrat de société est conclu entre associés<br>Immatriculation au RCS |
| **Formalités préalables** | Accord par les instances des établissements membres<br>Formalisation du contrat (et le cas échéant du règlement intérieur) | Accord par les instances des établissements membres<br>Formalisation du contrat (et le cas échéant du règlement intérieur) | Délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements fondateurs | Information des institutions représentatives du personnel existant dans les entreprises<br>Communication d'informations et documents à l'inspection du travail<br>Déclaration préalable auprès du Directeur Régional des entreprises | Inscription au tableau du conseil départemental des médecins du lieu de leur siège social |
| **Objet** | Faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroitre les résultats de cette activité.<br>Son but n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même. | Exercer ensemble, pendant une durée limitée, des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, et notamment des actions de formation<br>Créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités | Développer des missions de soins au sein d'une entité commune juridiquement autonome de ces membres | Employer une main d'œuvre dans le domaine sanitaire et médico-social | Exercer en commun la médecine en qualité d'établissements de santé |

| | GIE | GIP | EPSIH | GROUPEMENT D'EMPLOYEURS | COOPERATIVE HOSPITALIERE DE MEDECINS |
|---|---|---|---|---|---|
| **Domaine d'activité** | Toutes les activités périphériques aux soins, dont les équipements matériels lourds. | Toutes les activités périphériques aux soins. | Toutes les activités de soins qui peuvent être confiées à un établissement public de santé. | Le domaine sanitaire, social et médico-social. | Toutes les activités de soins. |
| **Capital social** | Avec ou sans capital<br>Attention : la répartition des droits de vote est librement définie entre les membres.<br>chaque membre doit avoir au moins une voix. | Avec ou sans capital | Pas de capital | Avec ou sans capital | Avec capital social |
| **Membres** | Toutes personnes physiques ou morales<br>Donc : des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des professionnels médicaux libéraux.<br>d'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins. | Réservé aux personnes morales de droit public ou de droit privé | Etablissements publics de santé exclusivement.<br>Toutefois, ils peuvent conclure des conventions de coopération avec des établissements privés de santé ou des professionnels de santé. | Toutes personnes physiques ou morales<br>Sauf, les établissements publics de santé depuis la loi HPST. | Exclusivement des associés coopérateurs/ d'associés non coopérateurs |
| **Personnalité juridique** | Oui<br>De droit privé uniquement | Oui<br>De droit public | Oui<br>De droit public | Oui<br>De droit privé | Oui<br>De droit privé |
| **Durée** | A durée déterminée | A durée déterminée | Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée | Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée | Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée |
| **Autorisation** | Il peut détenir des autorisations d'équipements matériels lourds (pas d'autorisation d'activité de soins) | Il ne peut pas être titulaire d'autorisation d'activité de soins.<br>Peut être titulaire d'autorisation d'équipements lourds | Il était titulaire des autorisations d'activité de soins transférées ou d'équipements lourds nécessaires à l'accomplissement de ces activités | Il ne peut être titulaire d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds. | Elle doit être titulaire d'autorisations de soins et d'équipements lourds en raison de sa qualité d'établissement de santé |
| **Adhésion/retrait /exclusion** | Adhésion possible mais soumis à l'unanimité des membres fondateurs<br>Retrait libre sous respect d'un préa- | Adhésion, retrait et exclusion possibles mais à définir dans la convention constitutive | Les conditions d'adhésion, de retrait ou d'exclusion n'avaient pas lieu d'être | Les conditions d'adhésion, de retrait ou d'exclusion sont définies dans la convention constitutive | Les conditions d'adhésion, de retrait ou d'exclusion sont définies dans la convention constitutive |

| | GIE | GIP | EPSIH | GROUPEMENT D'EMPLOYEURS | COOPERATIVE HOSPITALIERE DE MEDECINS |
|---|---|---|---|---|---|
| | vis<br>Exclusion possible pour juste motif | | | | |
| **Gouvernance** | Une assemblée générale et un ou plusieurs administrateurs. | Une assemblée générale, un conseil d'administration, un président | Mêmes organes qu'un établissement de public de santé avant l'ordonnance du 4 septembre 2003 (conseil d'administration, un directeur…) | S'il s'agit d'une association : un organe exécutif et un président<br>S'il s'agit d'une société coopérative : une assemblée générale, des administrateurs ou gérants | Une assemblée générale, un conseil d'administration ou un directoire |
| **Personnel (statut et rémunération)** | Le GIE peut être employeur<br>Il peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat | Le GIP peut être employeur<br>Il peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat. | L'EPSIH est employeur<br>Les personnels intervenant dans le cadre d'un EPSIH sont rémunérés selon le statut des fonctionnaires | Le GP est employeur | La coopérative peut être employeur.<br>Elle peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat. |
| **Institution représentative du personnel** | Ce sont celles prévues par le code du travail | Pas prévu par les textes mais fortement recommandé par les dispositions du Code du travail. | Ce sont celles prévues pour les établissements publics de santé (CME et CTE) | Ce sont celles prévues par le code du travail | Ce sont celles prévues par le code du travail |
| **Responsabilité du fait des dettes** | Elle est solidaire : chaque membre peut être tenu de payer l'intégralité de la dette du groupement | Par principe, elle est conjointe et non solidaire. | Répartition des dettes entre les membres. A défaut par l'ARH. | Elle est solidaire : chaque membre peut être tenu de payer l'intégralité de la dette du groupement | Elle est définie dans le contrat constitutif.<br>A défaut, il convient d'appliquer la responsabilité relative à la forme sociétaire |
| **Fonctionnement** | C'est un groupement de moyens. Son fonctionnement consiste à rendre des services à ses membres pour leur permettre de développer, améliorer ou facilité leurs activités sanitaires. | C'est un groupement de moyens. Son fonctionnement consiste à rendre des services à ses membres pour leur permettre de développer, améliorer ou facilité leurs activités sanitaires. | C'est un établissement public de santé destiné à développer des missions de soins communes | C'est une structure qui réunit plusieurs entités juridiques, de même secteur d'activité ou non. Il permet à des entreprises de se regrouper pour employer une main d'œuvre qu'elles n'ont pas, à elles seules, les moyens de recruter | La coopérative hospitalière de médecins fonctionne comme un établissement de santé. Elle est soumise aux mêmes droits et obligations que les établissements de santé. Elle délivre des soins remboursables à des assurés sociaux |
| **Financement** | Financement exclusif par les contributions de ses | Financement exclusif par les contributions de ses | L'EPSIH relevait du régime de financement de la do- | Financement par les cotisations de ses adhérents. | Financement identique aux établissements de santé |

| | GIE | GIP | EPSIH | GROUPEMENT D'EMPLOYEURS | COOPERATIVE HOSPITALIERE DE MEDECINS |
|---|---|---|---|---|---|
| | membres | membres | tation globale. Aujourd'hui financement identique aux établissements de santé (T2A). | Il peut bénéficier de subventions, d'aide à l'emploi, ou d'aide à la création et au développement des groupements d'employeurs | (T2A…) |
| **Fiscalité** | TVA : Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI possible Exonération des prestations rendues par le GIE IS/ CET : Imposition si l'activité exercée par le GIE revêt un caractère lucratif Taxe sur les salaires / Taxe foncière : assujettissement dans les conditions de droit commun | TVA : Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI applicable Exonération des prestations de soins rendues par le GIP IS/ CET : Imposition si l'activité exercée par le GIP revêt un caractère lucratif Taxe sur les salaires / Taxe foncière : assujettissement dans les conditions de droit commun | Le régime fiscal des EPSIH est identique à celui des établissements publics de santé | TVA : Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI applicable Taxe sur les salaires / Taxe foncière : assujettissement dans les conditions de droit commun | TVA : Exonération sur le fondement de l'article 261 B du CGI applicable Exonération des prestations de soins dispensées aux personnes assujetties à la Taxe sur les salaires, à l'impôt sur les sociétés, à la CET et à la Taxe foncière. |
| **Assurance** | Les établissements membres souscrivent une assurance ou une extension d'assurance pour les besoins de la coopération. Si nécessaire, le GIE peut être assuré également à titre personnel. | Les établissements membres souscrivent une assurance ou une extension d'assurance pour les besoins de la coopération. Si nécessaire, le GIP peut être assuré également à titre personnel | L'EPSIH est assuré à titre personnel | Le Groupement d'employeur est assuré à titre personnel | La coopérative hospitalière de médecins doit s'assurer en tant qu'établissement de santé |
| **Régime comptable** | Régime comptable de droit privé | Régime comptable de droit privé (sauf si les membres sont exclusivement de droit public) | Régime comptable des établissements publics de santé | Régime comptable de droit privé | Régime comptable de droit privé |
| **Contrôle de la comptabilité** | Contrôle par commissaire aux comptes | Contrôle par commissaire du gouvernement | Dans les mêmes conditions que les établissements publics de santé | Varie en fonction de la structure porteuse du groupement employeur | Varie en fonction de la structure commercialire choisie |
| **Dissolution** | Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet Selon les causes | Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet Selon les causes | Si accord des collectivités territoriales de rattachement Si retrait ou non | Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet Selon les causes | Si décision des membres Si réalisation du terme ou de l'objet |

| | GIE | GIP | EPSIH | GROUPEMENT D'EMPLOYEURS | COOPERATIVE HOSPITALIERE DE MEDECINS |
|---|---|---|---|---|---|
| | prévues dans la convention constitutive | prévues dans la convention constitutive | renouvellement de l'autorisation d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds | prévues dans la convention constitutive | Si jugement prononçant la dissolution judiciaire pour de justes motifs |
| **Conséquences sociales, patrimoniales, financières et réglementaires (autorisation)** | Sont à définir dans la convention constitutive. | Sont à définir dans la convention constitutive. | Etaient à définir dans l'acte de suppression | Sont à définir dans la convention constitutive. | Sont à définir dans la convention constitutive. |

| Etude présentée par :<br>Muriel COLAS, Emmanuelle DELHOMME,<br>Carole MARTIN, Barthélémy SCHAAR | Date de soutenance : le 17 novembre 2015 |
| --- | --- |

# Les impacts des coopérations formalisées sur l'accompagnement de l'usager au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics

Les ESSMS publics aujourd'hui, au regard des difficultés économiques structurelles doivent « réussir à faire mieux avec moins ». Le contexte actuel place l'usager au cœur des préoccupations et des pratiques des professionnels, tout en lui laissant une place d'acteur à part entière. Ces contraintes et cet objectif majeur amènent les ESSMS à la mise en place de coopérations formalisées de façon quasi-systématique. C'est l'occasion pour eux d'activer des partenariats et de répondre aux besoins nombreux et complexes des usagers. De la convention à la direction commune en passant par le GCSMS, ces types de coopérations sont, sans être imposées par les financeurs, habilement impulsées et fortement attendues. Ils sont à la fois le moyen d'asseoir une position stratégique et politique, la possibilité de développer les moyens humains d'un établissement ou encore de faire des économies d'échelle.

Le GEPSo est une fédération qui porte haut les couleurs des ESSMS publics et a pour valeur centrale l'accompagnement et la qualité de vie de l'usager au sein de ces institutions. Cette association s'interroge, via l'impulsion de ses adhérents, sur les effets de ces différents types de coopérations formalisées sur l'accompagnement de l'usager.

Après avoir pris connaissances des résultats d'un questionnaire diffusé à l'échelle nationale et avoir effectué de nombreuses recherches documentaires, nous nous sommes déplacés en Loire-Atlantique pour recueillir les témoignages de l'ensemble des acteurs concernés (représentants des pouvoirs publics, directeurs et cadres, professionnels et usagers). Ce département revêt un caractère spécifique puisqu'il est particulièrement pourvu en nombres d'ESSMS publics et qu'il est dynamique au niveau du GEPSo.

Les hypothèses formulées ont été confirmées pour certaines et infirmées pour d'autres. Le travail d'analyse du questionnaire et des entretiens nous a permis de faire des préconisations, d'une part à l'ensemble des ESSMS et d'autre part au GEPSo dans son rôle d'animateur, de coordinateur et de représentant des ESSMS publics.