



# L'intérêt de la coopération dans l'accompagnement des personnes âgées et/ou handicapées.

PETER Alizée

Master Management des Organismes  
Sociaux

Année 2020 – 2021

Date de soutenance : le 6  
Septembre 2021

Enseignant-chercheur : Monsieur  
DE PALMA Francesco

Maître de stage : Monsieur FUCHS  
Didier



## Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mes parents qui m'ont soutenu tout au long de mes six années d'études. Ils ont su m'encourager et me donner la force nécessaire.

Un grand merci à un Monsieur Didier FUCHS, Directeur de l'EHPAD Bartischgut envers qui je suis très reconnaissante. Il m'a d'abord donné la chance de pouvoir effectuer un stage de 6 mois. Puis, il m'a intégré au sein de la Direction et m'a fait confiance.

Merci également à l'ensemble du personnel avec qui j'ai collaboré et qui ont participé au bon déroulement de mon stage. Et plus particulièrement, à Madame Marie-France MARCHAL, cheffe de service du SAVS.

Merci à Madame Nathalie GRANGER, Directrice adjointe de l'Association familiale de Loisirs Éducatifs et de Formation qui a accepté de m'accompagner pendant une semaine en détachement de stage.

Enfin, merci aux professionnels qui ont pris le temps de répondre à mes sollicitations.

## Liste des abréviations utilisées

**ACTP** : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

**ANESM** : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Médico-sociaux

**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie

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

**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement

**DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**DV** : Déficients Visuels

**EHPA** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ESSMS** : Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

**FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé

**FAS** : Foyer d'Accueil Spécialisé

**GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

**GIE** : Groupement d'Intérêt Économique

**GIP** : Groupement d'Intérêt Public

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IME** : Institut Médico-Éducatif

**ITEP** : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

**MAIA** : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer

**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes handicapées

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PAERPA** : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

**PCH** : Prestation de Compensation du Handicap

**PH** : Personne Handicapée

**PHV** : Personne Handicapée Vieillissante

**PTA** : Plateforme territorial d'appui

**PSD** : Prestation Spécifique Dépendance

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapées

**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

**SESSAD** : Service d'Éducation spéciale et de Soins A Domicile

**SLD** : Soins de Longue Durée

**USLD** : Unités de Soins de Longues Durées

<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>Partie 1. La coopération, moyen efficace pour exploiter les ressources d'un organisme..</b>	<b>9</b>
A) Mise en valeur des compétences humaines par la coopération à condition d'en maîtriser la mise en œuvre.....	9
1. Appréhender les avantages et inconvénients de la coopération à l'aide de théories d'auteurs .....	9
2. Présentation des différents outils de coopération dans le médico-social.....	13
B) La coopération dans le médico-social comme réponse face aux évolutions de la société et aux besoins spécifiques d'accompagnement des usagers .....	18
1. La nécessité de s'adapter au parcours de vie des usagers.....	19
2. La situation particulière des personnes handicapées vieillissantes.....	22
C) La volonté d'instaurer une logique de parcours pour l'utilisateur mise à mal par une application parfois difficile .....	28
1. Développement progressif des dispositifs de coordination au niveau des territoires .....	28
2. Un manque de conditions techniques et financières qui nuit à l'application efficace des dispositifs de coordination .....	33
<b>PARTIE 2 : La coopération à l'initiative des responsables de structures.....</b>	<b>36</b>
A) L'EHPAD Bartischgut et la coopération : l'ambition d'offrir un meilleur accompagnement aux personnes déficientes visuelles.....	37
1. Présentation de l'EHPAD .....	37
2. Les hypothèses de recherche découlant des connaissances pratiques et théoriques acquises .....	42
B) Utilisation de méthodologies permettant de vérifier l'exactitude des hypothèses posées.....	45
1. Obtenir l'indispensable opinion des professionnels du secteur .....	45
2. Effectuer une recherche pertinente de nouveaux partenaires selon les besoins et les complémentarités de chacun.....	47
C) La coopération : outil effectivement nécessaire mais non suffisant .....	50
1. Résultats des hypothèses .....	50
2. Recommandations d'amélioration.....	64
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>82</b>

## Introduction

« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat, où toutes les forces sociales – les États, le secteur privé, les institutions de savoir et de recherche, et la société civile sous toutes ses formes – conjuguent leurs efforts en vue d'atteindre des objectifs concrets et réalisables ». Ce sont les mots prononcés par Kofi Annan lors d'un discours à l'Assemblée générale de l'ONU le 24 septembre 2001. <sup>1</sup>

Par ces propos, il nous démontre la nécessité de coopérer pour l'humanité entière. Les prémices de la coopération datent du 18<sup>ème</sup> siècle avec R. Owen, fondateur du mouvement coopératif moderne<sup>2</sup>. L'étymologie du mot « coopération » vient du latin « co-operate » qui veut dire travailler ensemble pour un objectif commun. Le dictionnaire Larousse donne une définition très proche de son étymologie : « Action de coopérer, de participer à une œuvre commune ». Il s'agit donc d'agir de manière collective dans l'intérêt de toutes les parties à la coopération.

La mise en place de coopérations pour les établissements et services du secteur médico-social est une préoccupation ancienne des politiques d'action sociale. La nécessité de coopérer s'est peu à peu imposée dans un domaine en constante évolution comme celui-ci. En effet, les professionnels du milieu doivent s'adapter aux besoins des usagers accompagnés. Cela demande une certaine souplesse et une capacité d'adaptation. Cependant, avant 1990, le « travailler ensemble » était peu envisagé comme une solution dans les politiques sociales.

La loi du 30 juin 1975 est la première à prévoir la coordination entre organismes intervenant dans le médico-social<sup>3</sup> notamment par la conclusion de convention et la constitution de groupements. Elle n'apporte pas plus de détails sur la forme ou même sur les modalités de

---

<sup>1</sup> Kofi Annan (1938 – 2018) était un diplomate ghanéen ayant reçu le prix Nobel de la paix en décembre 2001.

<sup>2</sup> Entrepreneur dans le domaine du coton, il souhaitait utiliser la coopération pour améliorer la qualité de vie de ses ouvriers

<sup>3</sup> Article 2 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

constitution de ces derniers. N'offrant que peu de possibilités aux organismes, elle n'a pas eu le succès attendu.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière dite « loi Évin » a consacré les groupements d'intérêts économiques (GIE), les groupements d'intérêt public (GIP), ainsi que les conventions de coopération qui s'étaient développées en dehors de tout texte législatif. Initialement mises en place dans le domaine sanitaire, elles vont progressivement se développer dans domaine médico-social.

Puis, la du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>4</sup> va étendre l'application des groupements consacrés par la loi de 1991 au médico-social, et d'un certain nombre d'instruments jusqu'alors réservés au secteur hospitalier. Grâce à cette loi, la capacité des ESSMS à conclure des conventions est étendue notamment avec des établissements de santé mais aussi des établissements publics ou privés d'enseignement et ils peuvent désormais envisager des opérations de fusion.

Compte tenu de la complexité du secteur médico-social, ces dispositions sont indispensables mais elles pourraient être plus développées. Les ruptures de parcours et l'impossibilité de répondre à certains besoins sont encore trop courantes dans ce secteur surtout lorsqu'il s'agit d'une prise en charge « difficile ». C'est le cas par exemple des personnes âgées et des personnes handicapées. En 2013, le gouvernement Français s'est d'ailleurs saisi de cette question. Lors d'un conseil des ministres du 16 janvier 2013 la ministre des affaires sociales et de la santé<sup>5</sup> a présenté une communication relative à la stratégie nationale de santé. Elle faisait état d'un système de santé trop cloisonné, de pertes de chances pour les patients, d'un découragement des professionnels et d'une perte de moyens. Elle affirme « Pour répondre à ces défis, c'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements [...] Il s'agit enfin

---

<sup>4</sup> Article 21 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, transposé à l'article L312-7 du CASF

<sup>5</sup> La ministre des affaires sociales et de la santé était Marisol Touraine à ce moment

de définir le rôle respectif des professionnels de santé et de promouvoir le travail en équipe sur le territoire et autour de la personne, pour améliorer les conditions de sa prise en charge, et d'aborder la question des échanges d'information entre professionnels et des systèmes d'information en santé »

En effet, la situation démographique de ces dernières années contribue à remettre en question les politiques d'action sociale actuelles mais aussi, les pratiques professionnelles dans le domaine du médico-social et plus particulièrement les champs de la vieillesse et du handicap. De manière inédite, le vieillissement de la population a conduit les organismes accueillant des publics atteints de handicaps à accompagner des personnes vieillissantes et inversement pour les organismes accueillant des personnes âgées. Les professionnels qui ne sont pas toujours formés pour accompagner et comprendre les deux publics se trouvent parfois démunis face à certaines situations.

**Dans ce cadre, il conviendra d'étudier dans quelle mesure la coopération au sein de structures accueillant des personnes âgées et/ou en situation de handicap peut constituer un levier essentiel afin d'améliorer l'accompagnement proposé et d'assurer une logique de parcours.**

En premier lieu, il est question d'étudier le périmètre de la coopération pour en comprendre son intérêt mais aussi ses limites. Une fois que les contours de cette dernière seront définis, il sera intéressant d'étudier en quoi son développement progressif dans le secteur médico-social a été indispensable (Partie 1).

Les professionnels de ce secteur ont recours aux outils de coopération afin de pallier à certaines difficultés du quotidien car ils se retrouvent à devoir agir dans une logique de rentabilité et de performance tout en essayant d'accompagner au mieux les usagers. C'est le cas de l'EHPAD Bartischgut. L'intérêt de cette seconde partie est de vérifier si cette initiative concerne la majorité des organismes du secteur ou s'il s'agit que d'une part marginale de

structures qui se retrouvent confrontées à des publics spécifiques. Pour cela, deux méthodologies de recherche différentes ont été élaborées (Partie 2).

## **Partie 1. La coopération, moyen efficace pour exploiter les ressources d'un organisme**

Plusieurs termes sont utilisés pour évoquer la coopération : collaboration, coordination, association, mutualisation, réseau. Quel qu'ils soient, ces termes font référence à des notions de confiance, de partage, d'objectifs communs. Ce sont des moyens pour mener efficacement à bien des projets tous ensemble dans un esprit collectif, pour obtenir un bénéfice, développer son service et la manière dont il fonctionne. Cependant, il est nécessaire d'en cerner les contours pour ne pas obtenir l'effet inverse que celui attendu.

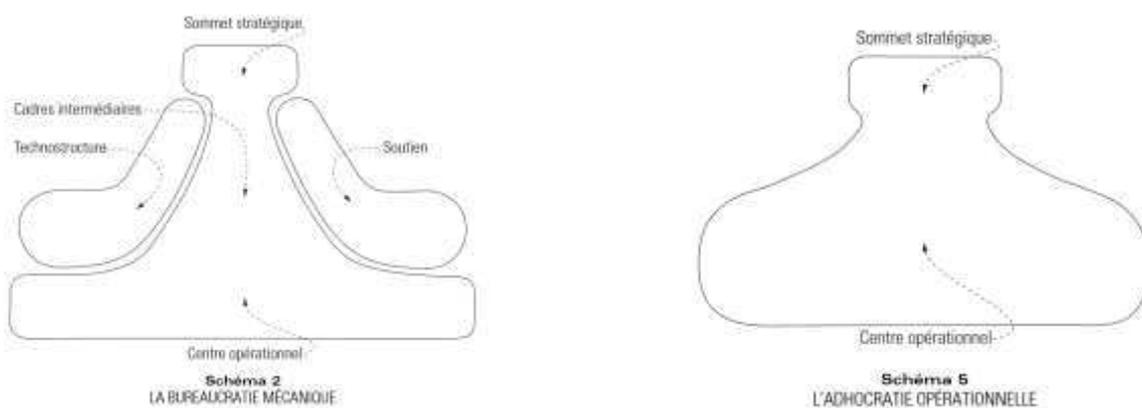
### **A) Mise en valeur des compétences humaines par la coopération à condition d'en maîtriser la mise en œuvre**

Afin de bien définir le périmètre de la coopération, il est intéressant d'étudier les écrits de certains auteurs. Leurs théories nous permettent justement d'appréhender la coopération, ses avantages et ses inconvénients.

#### **1. Appréhender les avantages et inconvénients de la coopération à l'aide de théories d'auteurs**

Pour certains auteurs, lorsque nous évoquons le travail en coopération, **il s'agit « d'adhocratie »**. Le terme « adhocratie » a été popularisé par Alvin Toffler. Pour lui, les adhocraties réunissent différentes disciplines transversales et complémentaires dans un environnement instable et complexe pour réaliser un nouveau projet ou mener à bien certaines missions. Il s'agit d'une forme d'organisation dans laquelle les décisions sont prises dans l'intérêt collectif. L'objectif étant d'exploiter les compétences de chacun pour obtenir

des résultats nouveaux. L'adhocratie provient du terme latin « ad hoc », expression qui indique que les personnes dans l'organisme travaillent dans un cadre peu formalisé avec une certaine autonomie. Le mécanisme principal est donc l'ajustement mutuel, ce qui nécessite un management souple. Elle s'oppose entièrement à la bureaucratie où la hiérarchie est forte et les règles strictes.



Il est peu probable que les structures adoptent de manière pérenne une telle organisation. Nous sommes dans une société où la bureaucratie est bien plus utilisée, il est coutume d'avoir une hiérarchie bien définie par un organigramme avec des fonctions précises distribuées à chacun. Et donc sous cette forme, il s'agirait davantage de coopérations ponctuelles pour mener à bien un projet en groupe de travail entre différents professionnels en interne ou en externe. Sans imposer de cadres trop strictes pour que les professionnels puissent s'exprimer librement et que le partage de compétences puisse se faire au maximum. Les structures sont plus aptes à adopter ce genre d'organisation ponctuellement que de manière pérenne.

**La théorie de l'acteur-réseau** également nommée ANT (Actor-Network Theory) est une approche sociologique développée à partir des années 1980 par plusieurs auteurs. Leur objectif est d'éviter les cloisonnements et reconsidérer la réussite d'un projet grâce à un réseau capable de lier des « actants » hétérogènes. Les actants sont des humains et des objets

qui agissent les uns avec les autres. Toutes ces entités (humaines ou non) participent alors ensemble à l'élaboration du projet.

C'est ce manque de distinction entre les humains et les objets qui a le plus causé de controverses. Bruno Latour va incarner cette opposition. Selon lui, de « traiter les humains et les non-humains dans les mêmes termes peut conduire à abandonner une partie des acquis des sciences humaines et sociales qui reposent précisément sur les spécificités des humains » (Michel Grossetti). Pour lui, les personnes sont notablement distinctes des animaux mais encore plus des objets. Cette théorie permet de mettre en avant le travail ensemble afin de se dépasser soi-même, d'exploiter au maximum les résultats qui peuvent découler des interactions entre les différents actants et aller au bout d'un projet grâce à cela. Mais, il est nécessaire de rappeler que dans un réseau il faut identifier correctement les différents actants et leurs caractéristiques. Et ce, pour exploiter au mieux les compétences de chacun. C'est d'ailleurs ce qu'avance la théorie du management par les ressources.

**La théorie du management par les ressources** a été élaborée au fil du temps par de nombreux auteurs. En découle l'idée que les stratégies doivent évaluer et exploiter les ressources internes pour obtenir un avantage concurrentiel. C'est alors à eux de mettre au point une stratégie qui exploite au mieux les ressources qui les entourent.

Pour certains (notamment Pfeffer et Salancik en 1978), la stratégie logique est de mettre les compétences en réseaux. Ils estiment que les organismes extérieurs peuvent apporter un avantage aux structures par l'apport de nouvelles ressources indispensables qui vont se combiner avec celles déjà disponibles. D'une certaine manière, nous pouvons penser que la théorie du management par les ressources et la théorie de l'acteur-réseau sont complémentaires.

Cependant, pour que le projet se déroule au mieux et que les ressources soient correctement exploitées, un cadre doit être mis en place. Et pour cela, les dirigeants doivent connaître le

profil de chacun de leurs professionnels car il est indispensable de savoir comment exploiter au mieux leurs ressources. La théorie du management par les ressources permet de justifier le fait de travailler en coopération parce que chacun des membres d'une organisation a des ressources spécifiques qui peuvent être un avantage concurrentiel si elles sont partagées et combinées. De ce fait, si la stratégie est mal élaborée et que ce sont deux professionnels ayant des compétences similaires ou non complémentaires qui travaillent ensemble la coopération aura le résultat inverse que celui attendu. Elle sera considérée comme un échec alors qu'elle aurait pu être une réussite si elle avait été bien pensée et analysée à l'avance. Il est donc nécessaire d'affilier un bon manager au projet.

**La théorie de l'encastrement** a émergé grâce aux travaux de Granovetter. C'est une notion qu'il a repris de Karl Polanyi. Selon la théorie de l'encastrement, chaque individu dans une organisation est détenteur d'un capital humain qui ne pourra être pleinement efficace seulement s'il est encasté dans un réseau social qui révélera sa valeur. Il tente de montrer à quel point les comportements économiques sont liés aux relations sociales. Si on reprend la théorie du management par les ressources, il est logique de dire que le capital humain pourra pleinement être mis en valeur dans un réseau social justement parce que les ressources pourront être combinées et échangées.

Cependant, pour Uzzi la performance de l'encastrement représente une courbe en forme de U inversé. C'est-à-dire que l'effet de l'encastrement est positif mais seulement jusqu'à un certain point. Au-delà de ce seuil, les liens sont trop nombreux et ont l'effet inverse de celui escompté sur le fonctionnement du réseau. Uzzi appelle cela « le paradoxe de l'encastrement ».

Et donc, la coopération peut avoir un effet positif sur les organismes mais il faut être vigilant à ne pas se perdre dans le choix des partenaires. Un trop grand nombre de partenaires mènera à créer des liens avec des professionnels qui n'apporteront pas de valeur ajoutée à l'organisme et pourra créer de la désorganisation. De plus, il est plus intéressant de s'investir dans un

réseau avec lequel un projet peut aboutir plutôt que de s'investir dans plusieurs et de rester au niveau du commencement.

Si nous analysons la portée des théories étudiées, les structures ont intérêt de travailler en coopération et c'est d'ailleurs parfois la seule solution pour aboutir à un projet ou mener à bien certaines missions. Les conclusions prédominantes sont les suivantes : les coopérations doivent être organisées stratégiquement et réfléchies à l'avance. Si tel est le cas, les structures pourront bénéficier de compétences complémentaires qui étaient absentes en interne et donc, être plus performantes. En effet, une seule organisation ne peut pas bénéficier de toutes les compétences qui pourraient lui être utiles, le capital humain est coûteux. C'est pourquoi, la coopération peut être une solution surtout dans un domaine complexe et dynamique comme le médico-social. L'accompagnement de personnes dépendantes, handicapées, malades, vulnérables demande d'avoir beaucoup de compétences à la fois. En ce sens, il est intéressant d'observer le développement des outils de coopération dans ce secteur.

## **2. Présentation des différents outils de coopération dans le médico-social**

La circulaire du 14 avril 1999 relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière définit la coopération telle que : « la coopération consiste pour un groupement d'établissement à décider de faire ensemble ce que chacun pourrait faire isolément, mais décide de ne plus faire par lui-même. Les établissements entrent dans un cadre de coopération et acceptent donc de ne plus produire ou acheter de manière autonome le bien ou le service, objet de la coopération »

Depuis plusieurs années, la coopération se développe de plus en plus dans le champ du médico-social avec une pluralité de formes. Le but étant d'assurer une continuité de la prise en charge des usagers surtout lorsque les problématiques sont complexes et nécessitent l'intervention d'une pluralité d'acteurs. Mais aussi, d'optimiser les moyens au maximum

puisque le manque de moyens humains et financiers est une difficulté importante dans ce domaine. Il est intéressant d'observer les modalités juridiques de coopération qui s'offrent aux professionnels et organismes du médico-social et qui sont prévus à l'article L312-7 du code de l'action sociale et des familles.

**Les conventions de partenariats :** l'article L312-7 du CASF prévoit en son alinéa 1 la possibilité de « Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ». Selon le dictionnaire Larousse, les conventions sont des accords passés entre des personnes, des groupes destinés à produire des effets juridiques. Il précise également que c'est un écrit qui est destiné à formaliser la réalité de cet accord.

La convention est le principal outil de coopération utilisée par les ESSMS. Elles présentent un grand intérêt pour eux. C'est un domaine dans lequel le manque de moyens financiers et le manque de personnel sont de plus en plus importants. Nous assistons à une baisse de l'attractivité des métiers du médico-social qui ne s'arrange pas avec le temps. De ce fait, elles ont été créées en grande quantité pour mettre en commun du personnel, certains achats, du matériel, des formations. Elles sont souples et dépendent uniquement de la volonté des parties. Les parties inscrivent dans la convention l'objet, l'engagement et éventuellement les attentes de chacune des parties, ainsi que le mode de résolutions des litiges (***Cf annexe numéro 1***).

Cependant, les conventions dans le secteur médico-social n'ont jamais été vraiment définies par les textes et donc aucune formalité n'est prévue. Il n'est pas impossible qu'une partie puisse se retrouver lésée de l'échange. Cela peut induire à d'éventuels litiges et entraîner des coûts supplémentaires, l'inverse du résultat souhaité. De plus, elle ne dispose pas de sa propre personnalité morale. De ce fait, il y a une absence de budget propre, il n'y a pas de recrutement de personnels spécifiques, ni d'autorisations en commun. C'est un outil très

intéressant pour les professionnels du médico-social de par sa souplesse mais il fait également preuve de limites et ne pourra pas convenir à tous les besoins de coopération

**Les groupements d'intérêt économique** : l'article L312-7 du CASF prévoit en son alinéa 2 qu'il est possible de «Créer des groupements d'intérêt économique [...] et y participer ». Les GIE sont des personnes morales de droit privé qui s'adressent à des professionnels libéraux ou à des personnes morales de droits privés comme de droit public. Selon le code du commerce<sup>6</sup>, le but du groupement est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres. Il est également précisé que le but n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même. Il s'agit donc davantage d'un groupement de moyens souvent utilisé pour acquérir des équipements ou du matériel très coûteux. Mais cet outil présente un inconvénient. Les parties sont solidairement responsables des dettes éventuelles découlant du GIE sur leur patrimoine propre. Ils sont, de ce fait, peu utilisés dans le champ du médico-social puisque les ESSMS n'ont pas de patrimoines importants et ne peuvent pas prendre de risques financièrement, ils sont très contrôlés et la plupart de leurs financements sont publics.

Dans la coopération, Granovetter critique cette vision économique, uniquement orientée vers la recherche de la baisse des coûts. Cependant, pour les gestionnaires d'ESSMS qui doivent composer avec un budget restreint, c'est intéressant de pouvoir acquérir du matériel indispensable à moindre coût. Cela permet d'offrir un accompagnement de qualité aux résidents tout en respectant le budget.

**Le groupement d'intérêt public** : l'alinéa 2 de l'article L312-7 du CASF dispose que les organismes et professionnels du secteur médico-social peuvent « Créer [...] des groupements d'intérêt public et y participer ». Il est doté de la personnalité morale de droit public et peut être utilisé uniquement par des personnes morales de droit public ou privé. Cela signifie que seules des organismes peuvent en créer et non pas des professionnels libéraux. Leurs missions

---

<sup>6</sup> Article L251-1 du code du commerce

doivent être d'intérêt général. Ces groupements permettent aux structures de développer certaines activités ou de les améliorer. Souvent, cela n'aurait pas été possible en restant seules. C'est le cas par exemple du service de restauration mis en commun entre plusieurs établissements ou du service lingerie. Tous les établissements ne peuvent pas assurer ces services en interne de manière indépendante. Les petites structures mutualisent souvent ce type de service, pour une raison financière (elles ne peuvent pas embaucher plus de salariés, etc...) mais aussi pour une raison de superficie.

En revanche, l'utilisation du GIP présente des limites. Les membres sont tenus aux dettes qui en découlent comme dans le groupement d'intérêt économique, cela pose donc les mêmes problèmes que ceux cités plus haut. De plus, ils sont soumis aux procédures de publicité et de mise en concurrence du droit administratif. Ce qui peut être décourageant pour certains organismes, les gestionnaires de ce secteur n'ont pas toujours le temps et les compétences pour effectuer ce genre de procédure, et n'ont pas assez de personnel pour déléguer.

**Le groupement de coopération sociale et médicosocial** : l'article L312-7 du CASF prévoit la possibilité de « Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale ». Ils sont dotés de la personnalité morale de droit privé ou de droit public. Concernent les personnes morales ou physiques, de droit privé ou public. Donc, c'est un groupement moins limité et avec un champ plus large que le GIE et le GIP. En 2005 leur rôle est précisé. Le GCSMS offre tout d'abord les mêmes possibilités que les GIE et les GIP. Il permet en plus, de prévoir des interventions communes de professionnels, d'exercer les missions de leurs membres (en obtenant les autorisations), de recruter du personnel spécifique pour les objectifs du GCSMS, de procéder aux regroupements ou aux fusions. Un nombre plus important de possibilités que les GIE ou les GIP leur est offertes. On constate une différence entre les groupements qui ne sont pas destinés au secteur médico-social à l'origine et ceux qui sont prévus sur mesure pour répondre aux difficultés du domaine.

Cependant, les GCSMS se développent lentement. Selon une enquête de la DGAS<sup>7</sup> de 2008, il n'y avait à cette époque que trente-deux CGSM constitués et vingt-deux en cours d'élaboration sur un total de treize régions. Entre temps, son nombre est éventuellement plus important.

**Les fusions :** l'article L312-7 du CASF prévoit qu'il est possible de « Procéder à des regroupements ou à des fusions ». Au vu de la complexité du secteur, certaines petites associations n'ont parfois pas le choix de procéder à des fusions pour des contraintes de moyens ou même de compétences avec les besoins de plus en plus spécifiques des usagers. Cependant, elle n'est pas toujours subie, elle peut aussi être choisie de manière stratégique pour les mêmes raisons. Il existe deux types de fusions :

**La fusion création,** il s'agit de la réunion de plusieurs associations pour en créer une seule, une nouvelle association. Les anciens statuts disparaissent tous et de nouveaux seront élaborés. Aucune des anciennes associations ne subsistent.

**La fusion absorption,** il s'agit de dissoudre et absorber une association dans une autre qui existe déjà. Ses statuts disparaissent donc au profit de l'autre qui subsiste.

L'inconvénient majeur de cet outil se fait ressentir pour les salariés. En effet, ils perdent parfois certains avantages ou ils ne se retrouvent plus dans les nouvelles valeurs affichées. C'est le cas par exemple, lorsqu'une petite structure indépendante se retrouve fusionnée dans un grand groupe avec une hiérarchie très cadrée, de nouvelles valeurs et des règles strictes sans offrir de marge de manœuvre dans l'exécution des tâches ou des missions. C'est pour cela que des petites structures qui ne peuvent pas recruter les postes nécessaires

---

<sup>7</sup> Direction générale de l'action sociale. Données tirées du magazine « *vie sociale* » ; coopérer, coordonner : nouveaux enjeux, 2010.

ou ne peuvent pas faire appel à des intervenants par manque de moyens, préfèrent parfois se tourner vers les GCSMS comme alternative plutôt que d'être contraint de fusionner avec une autre structure plus importante.

En conclusion, cette partie illustre bien l'utilité des coopérations lorsque leurs stratégies ont été réfléchies et qu'elles répondent à de réels besoins de la structure. C'est le cas pour des entreprises ayant pour objectif d'être toujours plus rentable et d'avoir des avantages concurrentiels. Mais c'est le cas également pour les ESSMS qui souhaitent offrir une prise en charge adaptée aux besoins des usagers tout en devant respecter des budgets restreints et du personnel limité. Un certain nombre d'outils ont alors été mis en place puisque la nécessité s'est faite ressentir au fil du temps. Au-delà des difficultés précitées, **la nécessité s'est également faite ressentir du fait de l'évolution de la société et du changement des méthodes d'accompagnement. Cela demande aux professionnels d'adapter leur manière de travailler.**

## **B) La coopération dans le médico-social comme réponse face aux évolutions de la société et aux besoins spécifiques d'accompagnement des usagers**

A partir des années 2000, en France et dans toute l'Europe, nous assistons à un changement des mentalités : nous nous intéressons davantage aux droits des usagers et nous évoluons vers une société inclusive de tous. Différentes lois illustrent parfaitement cela et marquent un tournant dans la prise en charge des usagers puisqu'elles bousculent totalement les principes en place à cette époque : la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale accorde une place centrale à l'utilisateur. Elle consacre les droits fondamentaux de la personne prise en charge avec un contrôle du respect de ces derniers au sein des structures qui les accueillent. Mais aussi, elle rend obligatoire un certain nombre d'écrits et c'est notamment le cas **du projet individualisé d'accompagnement**. C'est un contrat élaboré entre l'établissement et l'utilisateur pour prévoir l'accompagnement qui sera mis en place au sein de la structure compte-tenu des spécificités de ce dernier. Cette disposition prouve la volonté d'inclusion et d'adaptation aux spécificités de chacun. La loi du 11 février 2005 « loi pour

l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » suit le même principe. Son objectif principal est l'inclusion des personnes handicapées au sein de la société.

De plus, la démographie actuelle est inédite, la population est très vieillissante. L'espérance de vie à la naissance s'établit à 85,1 ans pour les femmes et à 79,1 ans pour les hommes au premier janvier 2021<sup>8</sup>. Cependant, les personnes ne vieillissent pas forcément en bonne santé. Les personnes âgées sont donc de plus en plus dépendantes et les conséquences peuvent s'apparenter à celles de certains handicaps. Sachant que les personnes handicapées sont également concernées par cette évolution démographique. **Les professionnels doivent pouvoir s'adapter à ce nouveau mode de fonctionnement, ils doivent pouvoir trouver des solutions pour accompagner les usagers au mieux compte-tenu de leurs spécificités** (ce qui peut mener à des accompagnements « difficiles ») sans bénéficier de moyens supplémentaires.

## 1. La nécessité de s'adapter au parcours de vie des usagers

**La Classification Internationale du fonctionnement** : toujours dans cette idée d'inclusion, la Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) vise justement la nécessité de s'adapter à chaque situation. La CIF a été mise en place par l'OMS en 2001 afin de donner un cadre sur le terrain concernant les informations relatives au handicap. Le but étant de mettre en cohérence les différents besoins de chacune des personnes handicapées. La première classification date de 1980 pour évaluer l'impact des maladies ou des handicaps dans la vie des personnes concernées. Elle était nommée « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages ».

---

<sup>8</sup> Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

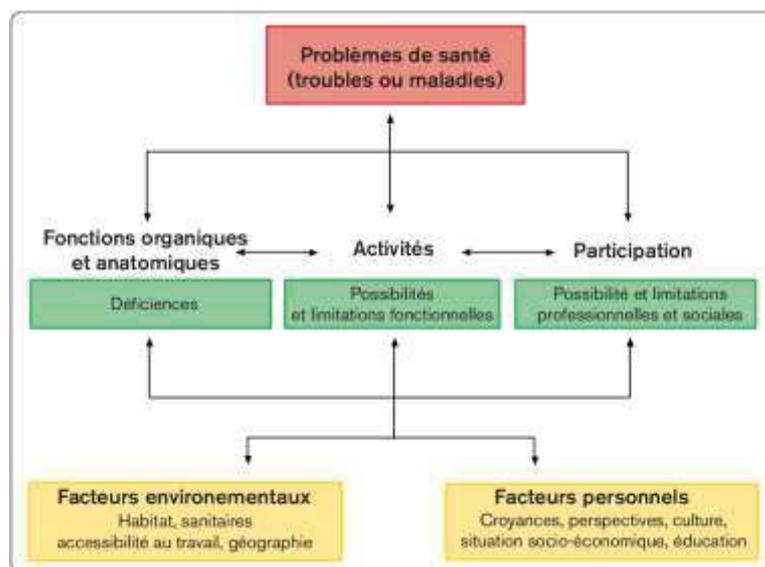
**Classification Internationale des Handicaps (CIH) :**  
**déficiences, incapacités, désavantages (OMS, 1980)**

---

3 niveaux d'expérience du handicap :



Cette classification montrait que les conséquences de la maladie sur la vie quotidienne, sur la possibilité d'accomplir certaines activités motivaient davantage les personnes concernées à consulter un spécialiste que le diagnostic de la maladie en tant que telle. A cette époque, la classification était surtout expérimentale. Seulement 20 ans après, des modifications ont été apportées avec la nouvelle CIF de 2001 parce que dans l'ancienne classification, les facteurs environnementaux et personnels n'étaient pas pris en compte. La CIF de 2001 repose justement sur la prise en compte de ces facteurs. En effet, l'impact d'une même maladie ou d'un même handicap n'est pas le même selon la personne concernée. Son objectif étant la mise en cohérence des besoins des malades ou des personnes handicapées. Par exemple, les besoins ne vont pas être les mêmes selon la condition physique, l'âge, la morphologie, l'état du lieu d'habitation, etc...



C'est justement parce que les besoins de chacun des usagers sont très spécifiques qu'il peut être nécessaire que les professionnels ou les organismes du médico-social coopèrent ensemble afin de pouvoir leur offrir un accompagnement adapté à leurs spécificités.

**Recommandations de l'ANESM encourageant le décloisonnement dans le secteur médico-social :** L'ANESM<sup>9</sup> essaye d'ailleurs de mettre en avant cette nécessaire coopération dans plusieurs de ses recommandations. C'est le cas par exemple dans celle nommée « Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile » de 2009. Elle avance dans cette dernière que les coordinations entre les professionnels du médico-social doivent être formalisées et que des échanges réguliers entre eux permettront d'obtenir une complémentarité dans les réponses apportées aux usagers.

Puis, la recommandation « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation du handicap » datant de 2018. L'objectif de celle-ci est d'améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en encourageant le décloisonnement notamment du secteur du médico-social. Elle cherche à encourager et accompagner les établissements du secteur dans cette dynamique.

Finalement, l'ensemble de ces éléments poussent les professionnels à se remettre en question, voir à être démunis dans certaines situations difficiles. Le fait de se tourner vers des pairs s'impose assez naturellement pour répondre aux besoins spécifiques des usagers. Le fait d'échanger entre professionnels permet de repérer plus facilement les intervenants intéressants, les outils nécessaires, etc... Les autres professionnels peuvent être des relais, voir des appuis. **L'exemple important des personnes handicapées vieillissantes vient**

---

<sup>9</sup> Existait entre 2007 et 2018. Elle a été dissoute et ses missions ont été confiées à l'HAS.

**parfaitement illustrer ce besoins= de coopération entre les professionnels du médico-social lorsqu'une situation se montre complexe.**

## **2. La situation particulière des personnes handicapées vieillissantes**

« Le phénomène de l'avancée en âge des personnes handicapées impose une réflexion sur les contours et les besoins de cette population et sur l'adéquation des établissements et services existants aux spécificités de ces personnes » (Gohet<sup>10</sup>, 2013)

La loi de 2005<sup>11</sup> définit le handicap ainsi : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Une définition comme telle peut également s'appliquer à la dépendance. En effet, les personnes âgées fortement dépendantes sont limitées pour beaucoup d'activités quotidiennes et ce, de manière durable. Elles se retrouvent souvent en difficulté pour se déplacer (donc sortir, avoir une vie citoyenne active), pour vivre seules (risque de chute, difficulté à effectuer les tâches ménagères...) ou même pour se nourrir toutes seules. De plus, cette définition ne prend pas en considération le critère de l'âge, elle peut s'appliquer au handicap et à la dépendance. Les effets du handicap et ceux de la dépendance peuvent se conjuguer selon l'individu en question.

Cependant, nos politiques d'action sociale utilisent beaucoup le critère de l'âge. En effet, une personne de moins de 60 ans entrant dans la définition ci-dessus sera considérée comme une personne handicapée. Mais sera considérée comme une personne âgée dépendante si elle a

---

<sup>10</sup> Président de l'association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Ladapt) et président de la fondation de recherche appliquée sur le handicap (Firah)

<sup>11</sup> Re transcrite à l'article L114 du CASF

plus de 60 ans. **Ce critère est notamment utilisé pour l'attribution des prestations mais aussi, pour déterminer les établissements dans lequel une personne pourra être accueillie.**

### **Les critères d'attributions des prestations d'aides :**

Les prestations d'aides financières accordées ne seront pas les mêmes selon que la limitation aux activités quotidiennes soit constatée avant l'âge de 60 ou après. Pourtant, comme nous avons pu le voir, la frontière entre le handicap et la dépendance est parfois très mince. Les prestations vont toutes avoir pour but d'aider les personnes concernées à la réalisation des actes du quotidien (aides ménagères, aides aux repas ou livraisons de repas, soins à domicile...) mais les paramètres ne seront pas toujours les mêmes et donc les droits en découlant non plus.

Avant 1997, il n'y avait pas de critère d'âge. Il existait qu'une prestation pour les personnes ayant besoin d'aide pour la réalisation des tâches quotidiennes. Il s'agissait de l'allocation de compensation tierce personne (ACTP). Mais, la loi de 1997<sup>12</sup> va créer la prestation spécifique dépendance dite PSD, remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002. Selon la DREES, 1,3 de millions de personnes de 60 ans ou plus ont perçu l'APA en 2018.

Aujourd'hui, les prestations que les personnes handicapées et âgées dépendantes perçoivent sont différenciées. Les personnes en situation de handicap, bénéficient de la prestation de compensation du handicap (PCH), créée en 2006. En 2018 il y avait plus de 300 000 bénéficiaires de la PCH (DREES). Sous certaines conditions, elle est ouverte aux personnes de plus de 60 ans mais il s'agit d'une part très faible de personnes<sup>13</sup>. Cela peut créer certains désavantages ou certaines ruptures dans le parcours des usagers lorsqu'ils passeront le seuil des 60 ans.

Pour illustration, une personne handicapée qui bénéficiait de la PCH pour certaines aides

---

<sup>12</sup> Loi du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

<sup>13</sup> Pour référence : 11 personnes de 60 ans sur 1 000 bénéficient de la PCH fin 2016, selon la DREES

techniques (une canne blanche, un ordinateur spécifique adapté au handicap...) avant ses 60 ans, ne pourra plus forcément en bénéficier après puisque l'APA ne va pas la prendre en charge. Les conditions de versement des deux prestations ne sont pas les mêmes. C'est le cas également pour certaines aides humaines. Les personnes en situation de handicap qui bénéficient de la PCH ont dans certains cas, des accompagnateurs pour se rendre aux rendez-vous médicaux par exemple. Si la personne décide d'aller en EHPAD une fois qu'elle a 60 ans, l'APA ne financera plus cette aide et pourtant, la personne pourrait encore en avoir besoin dans le cadre de rendez-vous médicaux extérieurs. Selon la DREES, parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 58 % sont très dépendants. Nous pouvons donc penser que leurs besoins se rapprochent davantage à ceux des personnes handicapées et se demander si les mécanismes de l'APA sont toujours adaptés à leurs besoins.

Nous constatons donc que **ce cloisonnement entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées crée parfois des désavantages**. Les usagers ou leurs familles peuvent se sentir démunies face à l'environnement complexe qui ne leur assure pas toujours une continuité de leur parcours.

### **Critère d'admission des personnes âgées et/ou handicapées en établissement :**

Ce cloisonnement entre les deux secteurs posent également des difficultés pour l'accueil des personnes en établissements. En effet, l'entrée en EHPAD est réservée aux personnes de plus de 60 ans. Pour y être admis avant, il faut nécessairement une dérogation de la part du conseil départemental. Puisque les personnes handicapées vieillissantes sont de plus en plus nombreuses ces dernières années, cette réglementation conduit à s'interroger sur la manière dont seront accompagnés les PHV sachant que tous les EHPAD ou EHPA ne sont pas habilités à accueillir des personnes porteuses de handicaps. Selon l'enquête EHPA de la DREES de 2015, sur 25 800 adultes reconnus handicapés avant leur entrée en établissement, 82,1% sont dans un EHPAD. Cependant, sur ce chiffre, seuls 4 200 d'entre eux sont hébergés dans une unité dédiée à l'accueil des PHV. Cela veut dire que l'autre partie est hébergée dans des

établissements pas forcément habilités à leur handicap (les voies de circulation, l'agencement des espaces, le personnel formé...).

Et inversement, pour les établissements accueillant des personnes handicapées, tous ne sont pas habilités à accueillir des personnes âgées. Il est possible d'avoir un agrément spécifique pour ces établissements afin qu'ils puissent héberger des PHV sauf que selon l'enquête ES-Handicap de 2014 de la DREES, ce n'est pas la majorité des établissements qui sont concernés par cela.

**Structures ayant un projet d'accueil de PHV, nombre de places et proportion de places destinées aux PHV**

	Structures qui ont inscrit l'accueil des personnes handicapées vieillissantes dans leur projet (en %)	Nombre de places réservées aux personnes handicapées vieillissantes	Proportion de places réservées aux personnes handicapées vieillissantes par rapport au nombre total de places (en %)
ESAT	21	330	< 1
CRPI/UEOS	0	0	0
Foyer occupationnel /foyer de vie (adultes)	39	3 010	7
Foyer d'hébergement (adultes)	25	950	3
MAS	38	780	3
FAM	48	3 060	13
Foyer d'accueil polyvalent (adultes)	27	160	6
Expérimental adultes	28	120	4
Accueil temporaire Adultes	33	20	3
SAVS/SAMSAH	27	430	1

Lecture > 21 % des ESAT ont inscrit l'accueil des personnes handicapées vieillissantes dans leur projet.

Champ > Structures pour adultes handicapés au 31/12/2014, France entière.

Source > DREES, Enquête ES-Handicap 2014.

La catégorie « proportion de places réservées aux personnes handicapées vieillissantes par rapport au nombre totale de place (en %) » est significative. Nous observons qu'aucune des catégories d'établissements ne dépasse 13% de places réservées aux personnes handicapées vieillissantes. Et pourtant, le nombre d'établissements accueillant au moins une personne de plus de 60 ans a augmenté dans toutes les catégories d'établissements du domaine du handicap.

**Tableau 5 : PRÉSENCE DE PHV SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT POUR HANDICAPÉS EN 2010 ET 2014**

Catégorie d'établissement	Présence d'un ou plusieurs PHV dans les établissements				Ensemble des établissements			
	2010		2014		2010		2014	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
ESAT	200	12,3 %	700	23,1 %	1 400	30,9 %	1 400	28,3 %
Foyers occupationnels, de vie ou d'accueil polyvalent	800	43,3 %	1 100	36,0 %	1 600	34,9 %	1 700	33,8 %
MAS et FAM	800	40,4 %	1 100	37,5 %	1 300	27,4 %	1 500	30,8 %
Autre (CRP, etc.)	< 100	4,0 %	100	3,4 %	300	6,8 %	400	7,1 %
<b>Ensemble</b>	<b>1 900</b>	<b>39,9 %</b>	<b>3 000</b>	<b>58,8 %</b>	<b>4 600</b>	<b>100,0 %</b>	<b>5 000</b>	<b>100,0 %</b>

Champ : Établissements pour adultes handicapés hors foyers d'hébergement.

Lecture : En 2014, les ESAT représentent 23,1 % des établissements pour adultes handicapés accueillant des PHV.

— Sources : Enquêtes ES-Handicap 2010 et 2014 (Drees).

Certains d'entre eux accueillent des PHV sans même l'avoir inscrit dans leur projet et donc sans forcément avoir le personnel formé à l'accompagnement de ce public ou les bonnes conditions pour les accueillir.

La mise en place d'un seuil d'âge crée un cloisonnement entre les deux champs pourtant très similaires et donc peut entraîner des situations compliquées. Ainsi, des PHV vont se retrouver dans des établissements qui ne sont pas habilités que ce soit dans les EHPAD ou dans les établissements accueillant des personnes handicapées. Certains d'entre elles pourront avoir le sentiment de ne pas être à leur place, de ne pas avoir le suivi nécessaire. De plus, **cela aura un impact sur le fonctionnement même des établissements et sur les missions du personnel.**

### **L'impact sur le fonctionnement des établissements :**

Les professionnels intervenant dans le secteur du handicap ne sont pas formés au vieillissement et aux spécificités qui découlent de celui-ci. De plus, dans ces établissements, les PHV cohabitent avec des personnes plus jeunes dont les besoins diffèrent totalement et cela peut être source de désaccords plus ou moins importants. Parallèlement, dans les EHPAD, le personnel soignant est formé au vieillissement et aux réactions qu'il convient d'avoir dans

des situations particulières mais pas aux handicaps et encore moins à des handicaps très précis comme les déficiences sensorielles.

Lorsque ces établissements se retrouvent face à des PHV, il sera nécessaire d'adapter l'accompagnement en fonction du handicap et du rythme de vie mais il faudra aussi assurer une continuité de parcours à l'utilisateur pour pas qu'il ne perde des acquis antérieurs. Pour cela, les compétences des professionnels ou des intervenants devront nécessairement être mises en cohérences. Les établissements n'auront alors pas le choix de se tourner vers la coopération et d'élaborer des partenariats avec les professionnels de l'autre secteur. La coopération leur permettra de mutualiser les interventions de professionnels ayant des compétences spécifiques, d'organiser des formations en commun, de s'échanger des conseils, etc...

Pour toutes ces raisons, l'exemple des personnes handicapées vieillissantes illustre bien la nécessité d'encourager davantage la coopération entre les professionnels du médico-social surtout lorsque la situation des usagers est délicate comme celle des PHV. Mais nous avons pu observer que le cloisonnement des politiques sectorielles participent à la création de ces situations de rupture. **Pourtant, des efforts ont été réalisés ces dernières années et un certain nombre de dispositifs de coordination ont été mis en place pour assurer une logique de parcours aux usagers.**

## **C) La volonté d’instaurer une logique de parcours pour l’usager mise à mal par une application parfois difficile**

Dans le secteur du handicap et de la vieillesse, les politiques d’actions sociales ont développé un certain nombre de dispositions de coordination au niveau local afin d’être au plus proche des usagers. Ces dispositifs ont comme principal objectif de rendre les parcours des usagers plus lisibles et plus fluides. Ils ne sont pas répartis de la même manière sur toute la France, leur développement dépend de la politique de chaque département.

### **1. Développement progressif des dispositifs de coordination au niveau des territoires**

Une des premières initiatives pour instaurer un dispositif de coordination au niveau local, s’est faite en 1981 par la création de 500 postes de « coordonnateurs gérontologiques ». Ils avaient pour mission d’assurer la liaison entre les organismes agissant dans le secteur de la vieillesse et de coordonner l’action des acteurs du domaine lorsque des situations particulières l’imposaient. Le but étant d’améliorer le circuit de l’information. Ce dispositif n’a pas eu un grand succès et a finalement disparu car l’Etat a supprimé sa participation financière lors du transfert des compétences entre l’Etat et les départements en 1983. Ensuite, au cours des dernières années, de nouveaux dispositifs de coordination ont vu le jour.

#### **Les dispositifs de coordination s’adressant aux personnes porteuses d’un handicap :**

- **Les Maisons départementales des personnes handicapées** ont été créées par la loi de 2005. Elles ont comme rôle l’accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles. Elles proposent un plan personnalisé aux usagers, fondé sur l’évaluation d’une équipe pluridisciplinaire. De ce fait, elle a une mission de coordination pour organiser les relations entre les différents professionnels. Et contrairement aux dispositifs de coordination dédiées aux personnes âgées, elles a également la charge d’attribuer les prestations d’aides financières, humaines et techniques. Cela permet

aux usagers et leurs familles d'avoir un seul interlocuteur vers qui se tourner pour toutes les démarches à réaliser.

D'ailleurs, au sein des MDPH, il y a un ce que l'on appelle un « coordinateur » dans l'équipe pluridisciplinaire. C'est lui qui fait le lien entre les différents intervenants dans le parcours d'un usager afin de leur proposer une offre claire et globale en fonction du handicap et du parcours de vie de chacun d'entre eux.

**C'est le dispositif de coordination le plus abouti puisque il y en a un dans chaque département** et ils recouvrent tous les mêmes missions. Les MDPH ont généralement une place importante au sein des départements.

### **Dispositifs s'adressant aux personnes âgées :**

- **Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)** ont été mis en place en 2000, d'abord à titre expérimental. Ils sont rattachés aux conseils départementaux et sont des guichets uniques ayant pour principales missions : le conseil, l'écoute et l'information sur les offres médicales, sociales ou médico-sociales présentées sur leur territoire pour répondre à leur perte d'autonomie. Le but étant d'assurer une logique de parcours en coordonnant l'intervention des professionnels et des services selon les besoins de la personne âgée en prenant en compte l'ensemble des aspects de la vie de cette dernière. En 2005, 1000 CLIC devaient être créés mais moins de 800 sont actuellement en place<sup>14</sup>. Le développement de ces guichets uniques n'est donc pas totalement abouti. Les CLIC sont classés par label de 3 niveaux et seuls ceux du dernier niveau ont réellement une mission de coordination (concernent 80% de l'ensemble des CLIC). Cela veut dire que 20% d'entre eux n'ont que des missions d'informations et de conseils. Ces missions sont insuffisantes dans la plupart des cas puisque même avec les informations nécessaires, les usagers et leurs familles ont souvent du mal à coordonner l'intervention des professionnels, à faire le lien entre eux

---

<sup>14</sup> Source : Annuaire en ligne sur le site « Cap retraite »

lorsqu'ils sont suivi par plusieurs et doivent donc souvent recommencer les mêmes démarches. La réussite de ce dispositif est donc mitigée.

Selon l'ANNCLIC<sup>15</sup>, ils s'adressent aussi aux personnes handicapées à l'heure actuelle. C'est ce qu'elle constate en 2017 : « 30% des structures interrogées s'adressent dorénavant à un public de moins de 60 ans en situation de handicap ». Cela prouve à nouveau que l'offre recherchée par les personnes handicapées et les personnes âgées est souvent similaire et que leurs champs d'intervention respectifs sont finalement très proches.

- **Le dispositif MAIA**, à l'origine créé en 2008<sup>16</sup> pour les personnes atteintes d'Alzheimer. Mais aujourd'hui, le dispositif mobilise sur un territoire l'ensemble des acteurs accompagnant des personnes de plus de 60 ans pour coconstruire et partager leurs actions. Actuellement, 98 % du territoire français est couvert par 352 dispositifs MAIA. Un des objectifs principaux selon la CNSA est « la continuité des parcours des personnes âgées – autrement dit, éviter les ruptures de prise en charge – dans un environnement complexe qui mobilise de nombreux professionnels de disciplines différentes ». Les réponses apportées sont les plus complètes et adaptées possibles à la situation de l'utilisateur.

Tout comme il existe les coordinateurs au sein des MDPH, les MAIA disposent « d'un pilote » qui est garant de la cohérence des réponses apportées aux personnes âgées. En effet, c'est lui qui identifie les différents professionnels du secteur et les associe entre eux, il anime également les instances du dispositif et fait le lien entre elles. Ce dispositif ressemble beaucoup aux MDPH mais dans le secteur de la vieillesse. La différence, c'est que les MAIA ne sont pas autant développées. De ce fait, elles n'ont pas en charge l'attribution des prestations. Bien que le dispositif permet d'offrir une réponse globale aux usagers s'agissant de l'offre de soins et d'accompagnement, les personnes âgées ne bénéficient toujours pas d'un interlocuteur unique, ils doivent

---

<sup>15</sup> Association Nationale des Coordinateurs et Coordinations Locales

<sup>16</sup> Dans le cadre du 3<sup>e</sup> plan Alzheimer de 2008-2012

s'adresser à différents organismes qui ne seront pas les mêmes d'un territoire à l'autre. Cela rend les démarches très difficiles et anxiogènes pour eux.

- **La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)** Créée en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, propose un soutien aux professionnels rencontrant des situations complexes (plusieurs pathologies, des pathologies couplées à des problèmes sociaux, psychosociaux...). Leurs missions principales sont d'informer les professionnels sur les services et établissements qui existent sur le territoire et vers lesquels ils pourront diriger leurs patients. Également, elles vont apporter une aide pour coordonner l'intervention de ces services et organismes en question et vont être un soutien aux projets initiés par les professionnels dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- **Les réseaux de santé** ont évolué au fil du temps depuis le 20<sup>ème</sup> siècle. Tel que nous les connaissons aujourd'hui, ils sont définis à l'article L6321-1 du code de la santé publique « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ». Ils coordonnent les interventions tant des professionnels et établissements du secteur médical (médecins libéraux, hôpitaux, infirmiers...) que ceux du secteur médico-social en fonction des besoins de l'utilisateur.
- **Le dispositif PAERPA** est en place depuis 2014 pour coordonner les interventions des professionnels essentiellement dans un objectif de maintien de l'autonomie des personnes âgées de 75 ans ou plus (maintien à domicile, éviter les hospitalisations quand c'est possible, sécuriser le retour d'hospitalisation pour éviter un glissement...). Les personnes qui se tournent vers ce dispositif ne sont pas encore dans un état de dépendance, l'objectif est justement d'éviter une telle situation.
- **Le dispositif d'appui à la coordination** est prévu par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le DAC est l'un des objectifs fixés dans la Stratégie Nationale de Santé de 2018 – 2022. Comme nous avons pu le

voir, **plusieurs dispositifs de coordination interviennent dans un même territoire avec souvent, le même objectif final** : apporter des réponses claires et globales aux usagers en coordonnant l'action des intervenants et des professionnels afin d'éviter des ruptures de parcours. Mais finalement, **la multiplicité de ces dispositifs ont l'effet inverse et peuvent rendre l'offre de services illisible** pour les usagers et même pour les acteurs du secteur. En effet, le fait qu'il existe plusieurs dispositifs avec le même objectif n'est pas très logique. L'intérêt est de permettre aux usagers et aux professionnels d'avoir un seul interlocuteur qui va faciliter les démarches. A l'heure actuelle, ils ne savent pas forcément vers qui se tourner, ils ne comprennent peut-être pas la différence entre chacun des dispositifs. Sans compter, que les possibilités vont être différentes selon le territoire. Les démarches sont finalement à nouveau compliquées.



L'objectif du DAC est justement de mettre fin à cette difficulté en regroupant l'ensemble de ces dispositifs pour en faire un guichet unique. Cette unification devrait être aboutie en juillet 2022 sur l'ensemble de la France. L'objectif sera donc le même, c'est-à-dire d'apporter une réponse globale et coordonnée aux professionnels du secteur et aux usagers en plus d'être un lieu d'écoute et de conseils. Ils devront mettre en place une organisation cohérente sur

l'ensemble du territoire afin de s'assurer que les professionnels coopèrent entre eux et réussissent à concilier leurs compétences.



Son efficacité n'est pas encore prouvée et nous pouvons émettre quelques doutes puisque ce dispositif ne sera toujours pas complet comme peut l'être la MDPH, il ne se suffira pas à lui-même pour accompagner comme il se doit une personne âgée. Pour reprendre le même exemple, elle ne s'occupera pas de l'attribution des prestations d'aides financières. Les personnes âgées continueront à s'adresser à plusieurs organisations.

## 2. Un manque de conditions techniques et financières qui nuit à l'application efficace des dispositifs de coordination

Pour Jean Kervasdoué « certaines lois n'atteignent pas leurs objectifs parce qu'elles présupposent des conditions techniques et financières dont il est facile de démontrer qu'elles n'existent pas ». En effet, beaucoup d'innovations impulsées par les politiques sociales sont peu suivies de textes opérationnels laissant les territoires, les organismes ou les professionnels en total autonomie. Parfois, l'application simultanée de plusieurs textes peut

créer un manque de cohérence et les moyens nécessaires à la mise en place de certains outils ne sont pas toujours assurés alors que l'ambition est parfois grande.

### **1. Les conditions techniques :**

Nous avons pu voir en présentant les différents dispositifs de coordination existants que le besoin de lisibilité et de continuité dans les parcours n'est pas entièrement comblé. D'une part, les dispositifs ont chacun leurs limites et incertitudes dans un domaine où les professionnels ont parfois des manières de travailler très différentes et des valeurs très affirmées. D'autre part, comme précisé plus haut, les dispositifs ne sont pas répartis de manière égale sur tout le territoire, cela créé encore trop d'inégalités de prise en charge sur l'ensemble de la France. L'accumulation du nombre de dispositifs provoque l'effet inverse de celui recherché, l'offre de services peut sembler très illisible pour les professionnels ou les usagers et leurs proches. Le DAC sera éventuellement la solution mais les résultats sont encore incertains.

Cette difficulté vient du fait que les textes sont souvent trop peu exhaustifs, les détails de mise en œuvre, de fonctionnement ne sont pas apportés. Les politiques publiques devraient davantage réfléchir à fournir des outils ou des solutions complémentaires. Nous avons le sentiment que beaucoup de décisions sont prises de manières très éparpillées, sans concertation et sans réfléchir à une certaine cohérence au sein du médico-social dans sa globalité. Cela rend le paysage très déstructuré.

### **Les conditions financières :**

Les conditions financières nécessaires à la mise en place de l'ensemble de ces dispositifs ne sont pas disponibles sur l'ensemble du territoire Français. Par exemple, certains de ces dispositifs sont très peu développés et ne comprennent pas beaucoup de salariés. Le nombre de dossiers pris en charge de manière simultanée est alors limité. Les dispositifs ont été mis en place par des lois (donc au niveau national) mais les moyens qui seront accordés pour

développer le dispositif dépendra de chacun des départements. Des départements vont les considérer comme très importants et vont investir beaucoup pour leur développement et d'autres non. Cela crée des situations d'inégalité de prise en charge dans le pays.

De plus, c'est un domaine dans lequel les moyens humains manquent et dont la situation n'ira pas en s'améliorant avec la crise sanitaire que nous connaissons actuellement. Afin d'offrir une logique de parcours aux usagers, d'assurer une coopération entre les services, un nombre suffisant de professionnels doit être disponible pour couvrir l'ensemble du territoire. Des professionnels qui sont dans une dynamique positive. Malheureusement, les professions du secteur souffrent d'un manque d'attractivité. C'est une difficulté supplémentaire pour les dispositifs qui doivent apporter des offres globales et diriger les usagers vers les professionnels pouvant répondre au mieux à leurs besoins alors que des territoires souffrent d'une pénurie de certains spécialistes par exemple. Les politiques d'action sociale sont les seules à pouvoir agir sur cette attractivité.

Cette première partie permet d'observer que les professionnels du médico-social sont en réelle difficulté pour assurer une bonne prise en charge des usagers notamment en raison de l'évolution de la société qui se veut plus inclusive et de la démographie actuelle qui est vieillissante. Les politiques d'action sociale essayent de mettre des solutions en place pour que les usagers aient le meilleur accompagnement possible et pour que les ruptures de parcours soient évitées notamment via les dispositifs de coordination. Mais leurs résultats sont mitigés comme nous avons pu le voir notamment du fait d'un manque de moyens techniques et financiers. Il faudrait que de telles solutions soient appliquées sur l'ensemble du territoire Français pour assurer une prise en charge de qualité à tous les usagers du pays qui souhaitent en bénéficier. Les DAC sont en cours de développement pour arriver à un tel résultat mais la réussite n'est pas encore certaine.

Mais elle a également permis de montrer que pour toutes ces raisons, **la coopération peut être un levier essentiel pour les structures et professionnel du médico-social**. C'est un outil qui a beaucoup d'avantages si son organisation est réfléchie, il permet d'exploiter au mieux

les compétences de chacun des professionnels d'un organisme et de compléter les carences qu'il peut avoir. C'est pourquoi, **les établissements ne comptent pas uniquement sur l'évolution des politiques publiques et se tournent naturellement vers la coopération** pour pouvoir aboutir à certains projets et pour pouvoir assurer une prise en charge correcte à leurs usagers. **C'est le cas par exemple de l'EHPAD Bartischgut qui a toujours été membre de partenariats** et qui est persuadé que c'est par l'existence de ces derniers que le développement et l'innovation sont possibles.

## **PARTIE 2 : La coopération à l'initiative des responsables de structures**

De manière paradoxale, **il est demandé aux professionnels et organismes du domaine d'éviter les ruptures de parcours des usagers en leur apportant des réponses adaptées à leurs besoins et à leur rythme de vie tout en leur demandant d'agir dans une logique de rentabilité et de performance.** Même s'ils ont des envies d'innovation et de développement, ils doivent respecter des normes et budgets stricts. C'est une des raisons pour laquelle les professionnels prennent l'initiative de se rapprocher les uns des autres afin d'atténuer les conséquences de cette difficulté. Mais ce n'est pas la seule.

C'est pourquoi, il est intéressant : d'étudier l'exemple concret d'un établissement investi dans des coopérations et les raisons qui le motivent à faire cela. Mais aussi, de se demander si cette motivation concerne la plupart des professionnels du secteur ou uniquement ceux qui prennent en charge des publics « difficiles » comme les PHV. Enfin, d'observer comment se déroule une recherche de partenariat.

## **A) L'EHPAD Bartischgut et la coopération : l'ambition d'offrir un meilleur accompagnement aux personnes déficientes visuelles**

### **1. Présentation de l'EHPAD**

L'EHPAD Bartischgut a vu le jour en 1981 par l'Association des Aveugles d'Alsace et de Lorraine à laquelle il a été rattaché jusqu'en 2006 pour finalement devenir indépendant lorsque l'Association Bartischgut a été créée. Il est situé à la Meinau, quartier sud de la ville de Strasbourg. Il a une capacité d'accueil de 129 résidents avec la particularité de pouvoir héberger des personnes atteintes de déficiences visuelles. Actuellement, 60% sur la totalité des résidents sont malvoyants et 25% sont aveugles. De ce fait, des personnes de moins de 60 ans peuvent résider à l'EHPAD avec une dérogation de la MDPH.

L'établissement est composé d'un service de soins, de deux psychologues, d'un service d'animation, restauration, cuisine en interne, hôtelier (qui comprend également la lingerie), d'agents techniques, et de personnels administratifs. Une unité de vie protégée (UVP) a ouvert ses portes en mars 2021 et un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) va prochainement être inauguré. De plus, l'Association Bartischgut dispose d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) depuis le premier janvier 2020 qui est composé d'une cheffe de service, d'une instructrice en locomotion, d'une ergothérapeute et d'une conseillère en économie sociale et familiale. Il vient en aide au domicile de personnes déficientes visuelles ayant besoin de leurs services. Les professionnels se déplacent sur la totalité du département.

#### **Valeurs et priorités de l'établissement :**

Le Bartischgut est encore sous la Convention Tripartite 2015 – 2019 car la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens n'a pas encore été validée par les autorités compétentes. Cette dernière détaille le projet d'établissement. C'est à l'intérieur que nous retrouvons les valeurs et les priorités de l'établissement. Parmi les quatre valeurs que l'établissement affiche dans son projet d'établissement nous pouvons relever la suivante :

**« La nécessité de travailler en réseau avec les partenaires internes et externes à l'établissement ».**

Les schémas (*Cf. annexe numéro 2*) illustrent l'ensemble des partenariats de l'EHPAD. Nous pouvons observer qu'ils sont plus d'une trentaine et pourtant tous différents avec des objectifs distincts. Le Bartischgut est riche de ses partenariats. Le bon fonctionnement de l'établissement est notamment possible grâce à eux. Depuis, certains partenariats ont pris fin et de nouveaux ont vu le jour mais il est intéressant de voir, par ces schémas, la dynamique dans laquelle se trouve l'établissement.

### **Les axes d'amélioration :**

L'une des priorités de l'établissement est de répondre aux six axes d'amélioration relevés par les évaluations internes<sup>17</sup> et externes<sup>18</sup>. **L'axe numéro 3 « Accompagnement adapté au maintien de l'autonomie, à la compensation du handicap, jusqu'à la fin de vie »** ne se retrouvera pas dans tous les EHPAD. Il est spécifique à ceux qui assurent la double prise en charge handicap et dépendance. Comme nous avons pu le voir, l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est complexe et le Bartischgut se retrouve confronté aux difficultés énoncées : le personnel n'est pas toujours formé, l'ensemble des locaux doit être adapté, les animations également.

L'un des plans d'action mis en place pour réussir l'axe 3, est le partenariat. Il se nomme **« développement des partenariats pour enrichir et diversifier le panel d'animations proposées et intégrer l'établissement dans la vie de la cité »**. L'objectif étant de créer des partenariats pour bénéficier de nouvelles animations adaptées à la déficience visuelle par exemple. Ou pour que les résidents puissent agrandir leur cercle de connaissances puisque un

---

<sup>17</sup> L'évaluation interne est effectuée tous les 5 ans par l'établissement lui-même pour évaluation la pertinence des actions menées dans l'EHPAD et du respect des droits des résidents (loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale)

<sup>18</sup> L'évaluation externe est effectuée tous les 7 ans par un organisme externe habilité pour procéder aux mêmes évaluations

partenariat avec le Centre Socioculturel de la Meinau a été fait ou encore avec l'Association « Les familles rurales » qui proposent notamment des animations.

Cela prouve que la coopération peut être une des solutions pour accompagner correctement une PHV ou un usager qui souffre de plusieurs pathologies. En pratique, il est évident de se rendre compte que les professionnels ne peuvent pas maîtriser toutes les pathologies. Même en faisant des formations, elles sont souvent spécifiques et il est impossible pour une même personne de se former sur l'ensemble des profils qui peuvent l'entourer. Faire appel à de nouvelles compétences pour une animation par exemple peut être la solution et permettra également au professionnel d'adopter de nouveaux réflexes à une situation particulière.

**Ensuite l'axe numéro 5 « développer la gestion d'activités et de projets »** est divisé en plusieurs plan d'action dont deux sont liés aux partenariats :

- L'un des deux concerne le « **Développement du partenariat entre les établissements intégrés à l'Accord Cadre** ». En effet, l'EHPAD a signé un accord cadre en 2010 avec cinq EHPAD afin de mutualiser leurs moyens et d'organiser des opérations collectives entre eux pour offrir une prise en charge adaptée aux résidents. Les participants à l'accord sont convaincus que le fait de réfléchir ensemble, de partager leurs compétences et leurs moyens est l'une des seules solutions pour pouvoir assurer cet accompagnement de qualité. L'objectif affiché dans la convention tripartite est de développer davantage ce partenariat dans différents domaines : mutualisations de formations, animations inter-établissements, mutualisation de la lingerie avec la création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (Cf...)

Aujourd'hui, beaucoup **d'actions autour de l'animation** ont été réalisées (en particulier avant la crise sanitaire), les établissements ont notamment mutualisé leurs animatrices et les résidents ont pu se rencontrer autour de diverses activités. En découle un bénéfice pour les professionnels puisque l'échange leur permet de découvrir d'autres manières de travailler, des nouvelles idées d'animations. Mais les résidents en tirent également un bénéfice puisqu'ils rencontrent de nouvelles personnes, participent à des activités inhabituelles.

Des **formations ont été organisées en commun** notamment sur la non voyance des résidents auprès du personnel des établissements. Ce sont les professionnels de l'EHPAD Bartischgut (médecin coordonnateur, ergothérapeute...) qui forment les professionnels des autres établissements de l'accord. Cet exemple illustre parfaitement le fait que la coopération permet un partage de connaissances, de compétences qui peut être très intéressant. Ce partage permettra aux professionnels des autres établissements d'adopter un comportement adapté si l'un des résidents qu'ils accueillent est porteur d'une telle déficience.

Puis, ce partenariat permet également un échange de pratiques professionnelles. Les directeurs peuvent partager sur leur pratiques managériales, sur la veille réglementaire, sur les difficultés qu'ils rencontrent, sur les diverses expériences rencontrées par chacun d'entre eux... c'est pour cela que les signataires de l'accord-cadre se rencontrent plusieurs fois dans l'année.

- Le deuxième plan d'action qui nous intéresse concerne **le partenariat avec la Fédération des Aveugles et Amblyopes de France (FAF)**. L'établissement souhaite développer son partenariat avec la Fédération pour assurer une meilleure logique de parcours aux usagers. Les adultes déficients visuels situés sur le secteur de Strasbourg et alentours, sont généralement en contact avec la Fédération. Elle **pourrait alors faire le lien avec l'EHPAD lorsque la personne vieillit ou avec le SAVS si la personne en question en ressent le besoin**. Aussi, les professionnels du SAVS peuvent orienter l'utilisateur en fin d'accompagnement vers la Fédération pour qu'il ne se retrouve pas démuné. La FAF a un nombre important d'activités : un ESAT, un espace culturel et de loisirs... **Elle peut être un relais intéressant**.

De plus, le Bartischgut a rejoint un groupe de travail créé par la fédération qui agit dans le but de faire reconnaître la déficience visuelle comme un handicap nécessitant une prise en charge spécifique via l'obtention d'un label. Il y a 5 participants dont 2 EHPAD, 1 foyer de vie, un foyer d'hébergement et une représentante de la Fédération.

Ensemble, ils créent un référent de bonnes pratiques qui pourra servir comme cahier des charges pour l'obtention du label. La composition du groupe de travail (professionnels venant du secteur du handicap et de la vieillesse) prouve encore que leurs modes de fonctionnement et leurs pratiques au quotidien peuvent être les mêmes.

Enfin, même si cela n'apparaît pas dans la convention tripartite en question, **le SAVS a rejoint le Bartischgut par une fusion absorption** au premier janvier 2020. Le transfert a été physique, géographique et juridique. Le SAVS peut également être une passerelle pour l'entrée en EHPAD. Certains usagers apprennent l'existence du Bartischgut grâce au service et peuvent ensuite songer à l'entrée en EHPAD comme une solution qu'ils n'avaient pas envisagée jusqu'alors (en raison de leur âge, de l'idée qu'ils se faisaient de l'EHPAD, de peur que l'établissement ne soit pas adapté à leur handicap...). A nouveau, nous constatons que la frontière entre le champ du handicap et celui de la dépendance n'est pas toujours très étanche et que la coopération entre des services des deux domaines peut apporter de nouvelles solutions aux usagers.

L'EHPAD Bartischgut est donc très ancré dans une logique de partenariats, ils font partie de ses priorités et il mise beaucoup sur eux. La coopération est donc la solution à beaucoup de difficultés qu'il peut rencontrer. Cependant, la plupart des objectifs est de mieux prendre en charge les personnes atteintes de déficiences visuels et de leur offrir un bon accompagnement. Nous pouvons donc penser qu'il s'agit d'une de ses spécificités propres.

## 2. Les hypothèses de recherche découlant des connaissances pratiques et théoriques acquises

**Hypothèse 1 : « Les échanges entre professionnels permettent de répondre aux difficultés liées à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes »**

Cette hypothèse s'intéresse à la situation dans laquelle se trouvent les professionnels accompagnant des PHV. C'est une situation que nous pouvons nommer « d'inédites ». Vingt ans auparavant, les professionnels accompagnant des personnes handicapées n'étaient que peu confrontés au vieillissement de cette population. Ainsi, les acteurs du domaine, ont dû s'adapter à l'augmentation du taux de dépendance mais aussi aux handicaps de certains résidents. Ils ne sont pas formés et se retrouvent souvent démunis face à certaines situations. C'est le cas des professionnels de l'EHPAD Bartischgut. Lorsque de nouveaux salariés débutent à l'EHPAD, ils n'ont aucune connaissance de la DV. Des formations internes sont alors prévues : plusieurs demi-journées d'intégration sont organisées dans l'année et une grande partie de la demi-journée est consacrée à sensibiliser les nouveaux arrivés sur la DV et ses spécificités. Puis dans l'année, les professionnels du SAVS prévoient des sensibilisations à cette déficience notamment pour les services civiques et/ou les stagiaires.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'autre solution de l'EHPAD Bartischgut pour pallier à cette difficulté, est de développer des partenariats. Ce mode de fonctionnement peut nous ramener à **la théorie de l'organisation en réseaux**. C'est l'un des onze facteurs du modèle d'intelligence économique. L'objectif est de mettre en coopération plusieurs intervenants de qualifications et de compétences différentes pour la réalisation d'objectifs communs. Cette coopération prend la forme d'un réseau où les parties se complètent et mutualisent leurs compétences. Cela permet à chacun des membres d'en tirer un avantage. Ici, l'objectif commun pour les professionnels serait de réussir à répondre aux besoins des PHV en partageant leurs compétences. Par exemple : la création d'un réseau entre un EHPAD et un FAM qui accueillent tous deux des PHV. Les professionnels de l'EHPAD pourrait conseiller,

voir former ceux du FAM sur les spécificités de la dépendance et inversement.

Dans ce type d'organisation, chaque partie doit être contractuellement libre de s'engager ou de se retirer du réseau et de mettre fin à son engagement. Cependant, selon G. Charreaux, la coopération donne nécessairement lieu à des contrats incomplets. Pour lui, dans ces échanges la transaction est peu fréquente. C'est pour cela que les coopérations doivent nécessairement être formalisées pour que chacune des parties y trouvent un intérêt comme pour l'accord-cadre que l'EHPAD Bartischgut a signé. L'objectif n'étant pas qu'une des parties se retrouve lésée à l'issue de la coopération. Lorsque la coopération est formalisée à l'écrit et que les parties ont signé, ce risque est réduit.

De ce fait, il est intéressant d'observer, par l'hypothèse posée, **si le modèle de l'organisation en réseau convainc l'ensemble des professionnels éprouvant des difficultés dans leurs missions ou si au contraire, comme Charreaux ils craignent un contrat incomplet qui ne bénéficiera qu'à l'une des parties**. Mais avant tout, il s'agira **d'analyser si le vieillissement des PH est réellement une difficulté pour les professionnels de ces secteurs** et si le besoin de trouver des nouvelles manières de travailler comme la coopération, se fait vraiment ressentir.

## **Hypothèse 2 : « *Les coopérations améliorent le fonctionnement des structures* »**

Dans un même service, comme le SAVS du Bartischgut par exemple, les connaissances des trois professionnelles du terrain sont souvent similaires. Elles ont pour habitude de travailler en collaboration et leur manière de fonctionner, d'appréhender les choses peuvent se ressembler au fil du temps. De plus, ils ont les mêmes contacts d'intervenants extérieurs. De ce fait, les solutions se trouvent parfois limitées, ce qui limite l'évolution des pratiques.

C'est ce que l'auteur Mark Granovetter appelle les liens forts. Sa théorie « des liens faibles » oppose deux types de liens que les individus peuvent tisser entre eux. D'une part, ce qu'il appelle les liens forts qui sont tissés avec l'entourage proche soit la famille, les amis, les collègues ou un groupe auquel nous appartenons. Ces liens sont créés avec le temps, par des centres d'intérêt communs avec des personnes que nous avons beaucoup côtoyées. Ils pourront pas ou peu être vecteurs de nouvelles informations. D'autre part, les liens dits faibles, créés en dehors de ces groupes d'appartenance. Ce sont des connaissances qui se caractérisent par des contacts occasionnels. Selon Granovetter ce sont les liens faibles qui ont une force supérieure et qui peuvent davantage nous enrichir. Contrairement aux liens forts, ils ont accès à d'autres informations, ils permettent d'agrandir notre réseau avec de nouvelles connaissances, ils ont d'autres compétences également lorsque c'est dans un milieu professionnel.

Si l'on transpose cette théorie dans le monde professionnel et surtout dans un domaine complexe comme celui du médico-social, elle prend tout son sens. Si nous reprenons à nouveau l'exemple des professionnels du SAVS, il serait bénéfique pour eux de travailler avec d'autres SAVS ou d'autres services avec lesquels ils n'ont pas l'habitude de travailler au quotidien. Ces professionnels auront d'autres compétences, connaîtront d'autres formations, auront des méthodes de travail différentes et connaîtront d'autres intervenants. Cela pourrait être enrichissant pour les professionnels d'un service comme de l'autre puisqu'il est toujours possible de s'améliorer.

L'étude de cette hypothèse va exposer les raisons qui poussent les professionnels à coopérer et donc à créer des liens faibles. **Est-ce une méthode à laquelle ils accèdent occasionnellement lorsqu'ils éprouvent des difficultés d'accompagnement ? Ou est-ce une pratique fréquente qui leur permet de bénéficier d'un meilleur fonctionnement au quotidien ?**

Après avoir développé les hypothèses, il est indispensable de détailler les deux méthodologies de recherche utilisées pour vérifier l'exactitude de leur exactitude.

## B) Utilisation de méthodologies permettant de vérifier l'exactitude des hypothèses posées

Le choix des méthodologies utilisées a été stratégique. La première méthode est le questionnaire qui permet de toucher un nombre important de professionnels afin d'avoir un avis général sans que cela soit trop contraignant. Ensuite, la recherche-action a complété les résultats par une expérience de terrain. Ces deux méthodes sont complémentaires.

### 1. Obtenir l'indispensable opinion des professionnels du secteur

Le premier outil utilisé pour vérifier les hypothèses posées est le questionnaire (*Cf annexe numéro 3*). C'est une méthode qui consiste à collecter des données par une série de questions ouvertes ou fermées :

- **Les questions ouvertes** permettent aux répondants de développer leurs questions. Elles enrichissent l'étude par des expériences précises, détaillées qui pourront nous apporter des informations supplémentaires et parfois intéressantes. Cependant, les réponses sont moins faciles à exploiter lors de l'analyse. Également, cela demande plus de temps aux répondants qui doivent rédiger leurs réponses.
- **Les questions fermées**, elles, ne permettent pas de développement. Le répondant a le choix entre quelques propositions seulement. Elles permettent d'avoir des réponses facilement exploitables pour effectuer une analyse. En revanche, leurs sincérités peuvent être variables. En effet, puisque les répondants n'ont le choix qu'entre quelques possibilités, ils répondent parfois par dépit et pas toujours par réelle conviction.

## **Pourquoi le questionnaire ?**

Pour pouvoir répondre correctement aux hypothèses posées, les méthodologies de recherche devaient forcément s'orienter vers des professionnels et leurs expériences. L'objectif était d'utiliser un outil qui cherche leur ressenti, leur opinion sur le sujet sans qu'ils ne se restreignent. L'hésitation s'est alors faite entre le questionnaire et les entretiens directs à l'oral.

Le choix a été celui du questionnaire car il a l'avantage d'être anonyme, simple et rapide d'utilisation. Ce sont des critères que les professionnels peuvent rechercher. De plus, l'objectif était de pouvoir questionner un grand nombre de professionnels, soit des chefs de service ou des directeurs d'établissements, de services, cela est difficile avec la méthode des entretiens oraux. Pour obtenir des rendez-vous avec un grand nombre de professionnels cela aurait été compliqué compte-tenu de leurs emplois du temps et de la crise sanitaire actuelle qui peut freiner à la rencontre. Le questionnaire ne demande quasiment pas de temps et aucune organisation (prise de rendez-vous, organisation d'une rencontre par visioconférence, etc..).

Du côté pratique, il est beaucoup plus facile d'envoyer des mails avec le questionnaire en lien pour laisser le professionnel choisir s'il souhaite répondre ou non que de devoir appeler jusqu'à obtenir des réponses positives.

## **Méthode :**

Le questionnaire a été élaboré sur l'application gratuite en ligne « google forms » qui permet de créer des questionnaires. Son utilisation est très simple. Il a été complété par un échantillon de 128 établissements ou services agissant dans le secteur du handicap ou dans le secteur de la vieillesse du Bas-Rhin et des départements voisins. Le choix des établissements a été stratégique.

- Dans le secteur du handicap, il a été envoyé à des établissements accompagnant des personnes handicapées adultes : des MAS, FAS, FAM, SAVS, SAMSAH... En revanche, tous les établissements accueillant des enfants ou adolescents (SESSAD, IME, ITEP...) ont été évincés puisqu'ils ne peuvent pas être concernés par le vieillissement de leur public. L'hypothèse 1 concerne uniquement les PHV.
- Dans celui de la vieillesse, c'est essentiellement aux EHPAD, aux foyers résidences qu'il a été adressé. Mais pas aux USLD, aux SLD ou aux EHPAD rattachés à des hôpitaux puisqu'ils ont des modes de fonctionnement différents et des moyens souvent plus importants.

Le questionnaire a été transmis par mail (**Cf annexe numéro 4**) à l'ensemble d'entre eux. C'est sur le site internet « ViaTrajectoire » que l'ensemble des adresses mails des directeurs d'établissements ou de services est répertorié. « ViaTrajectoire » est un site qui permet aux usagers d'identifier les établissements et service qui sont le plus adaptés à leurs besoins. Tous les organismes du département choisis sont présentés de manière détaillée. Les dossiers de demandes d'admission sont effectués sur le site. De ce fait, c'est également un outil professionnel qui permet de gérer le dossier des usagers, les entrées et sorties, etc...

## **2. Effectuer une recherche pertinente de nouveaux partenaires selon les besoins et les complémentarités de chacun**

Parallèlement au questionnaire et aux recherches littéraires qui ont permis de développer les parties ci-dessus, il est intéressant d'essayer d'aller plus loin en vérifiant comment se déroule une recherche de partenariat sur le terrain. La recherche-action est utile en ce sens. C'est une méthode qui va permettre l'apprentissage de connaissances par des actions, des situations concrètes du terrain en complément des connaissances théoriques acquises. Aussi, de mieux comprendre la pratique et d'éventuellement réfléchir à améliorer ce qui a pu dysfonctionner.

## **Pourquoi la recherche-action ?**

L'intérêt de la coopération peut difficilement être prouvé par une simple observation ou des sondages. C'est une situation dans laquelle il est difficile de séparer l'étude de l'action. En effet, se confronter à la recherche de partenariat permet de se rendre compte des difficultés qui y sont liées et d'évaluer la motivation des professionnels.

Dans ce cas, elle est également entreprise dans un but précis qui pourra être utile à l'EHPAD Bartischgut et plus précisément au SAVS et lui apporter un avantage. Puisque la recherche-action a consisté à trouver de nouveaux partenaires pour le SAVS du Bartischgut. La cheffe de service actuelle a repris le service en janvier 2020 et ressent le besoin de faire évoluer le service et son mode de fonctionnement. Un éventuel partenariat pourrait lui permettre de connaître de nouvelles manières de travailler, de nouveaux logiciels, de partager des pratiques professionnelles, d'échanger sur les difficultés rencontrées. Lorsqu'un professionnel doit reprendre un service en le réorganisant il peut se sentir démuni et l'aide d'autres professionnels qui ont plus d'expérience peut avoir un réel intérêt. La recherche-action permet donc de tirer un double avantage.

## **Méthode :**

La recherche de partenariats s'est effectuée en trois parties :

- Premièrement, une recherche des SAVS et SAMSAH existants dans les départements voisins a été effectuée dans l'annuaire du site « action sociale » qui détaille l'ensemble des organismes agissant dans le secteur médico-social. La recherche visait des services accompagnant des usagers avec différents profils. Les SAVS trop spécifiques ont été écartés car l'objectif est de pouvoir échanger dans les deux sens pour que les deux services puissent tirer un avantage du partenariat. Un service trop spécifique qui est depuis longtemps en place n'aurait pas forcément trouvé beaucoup davantage à créer un partenariat avec un SAVS DV. Certains d'entre eux ont été sélectionnés et appelés par téléphone pour exposer notre volonté de créer un partenariat. Un premier tri a

alors été fait en observant ceux qui semblaient le plus motivés par le projet et les coordonnées des chefs de service ont pu être récupérés.

- Un mail a ensuite été envoyé à treize d'entre eux pour réexpliquer le projet en joignant un tableau Excel qu'ils pouvaient remplir avec les informations suivantes : la profession des membres qui composent le service et leurs coordonnées. Cela permettait de savoir s'ils pouvaient avoir des compétences complémentaires à celui du SAVS du Bartischgut.
- Le choix s'est alors affiné et une première rencontre a été organisée avec le SAVS de Sainte-Marie-aux-Mines, les Tournesols qui semblait être l'un des plus enthousiastes dès le début et qui avait des compétences intéressantes. Notamment, deux éducateurs spécialisés, compétences que la cheffe de service du Bartischgut souhaite acquérir. Et parce qu'ils ont comme projet de devenir un SAMSAH (capacité d'accompagnement plus importante qu'un SAVS et donc forcément possibilité plus importante d'embauche) comme le Bartischgut.

La complémentarité de ces deux méthodes donne des résultats exhaustifs. Dès lors, **il convient d'analyser en dernière partie si les hypothèses sont affirmées ou infirmées**. Ces résultats sont importants pour apporter une réponse à la problématique initiale. Les recherches théoriques répondent en partie, mais ce n'est pas suffisant. L'opinion et l'expérience des professionnels du terrain est primordial.

## C) La coopération : outil effectivement nécessaire mais non suffisant

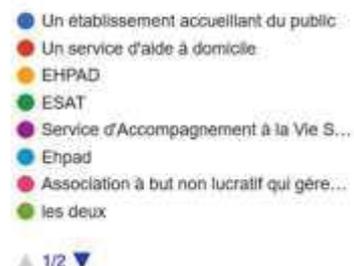
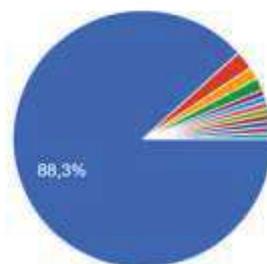
### 1. Résultats des hypothèses

**Hypothèse 1 : « Les échanges entre professionnels permettent de répondre aux difficultés liées à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes »**

Le questionnaire a été adressé uniquement à des professionnels agissant dans le secteur des personnes âgées et dans le secteur du handicap. 128 réponses ont été comptabilisées dont 56 dans le secteur du handicap, 50 dans le secteur de la vieillesse et 22 qui interviennent dans les deux champs à la fois. Certains professionnels ont d'ailleurs fait de très bons retours sur le questionnaire (*Cf. annexe 5*).

#### Le profil des professionnels ayant répondu :

Vous êtes :  
128 réponses

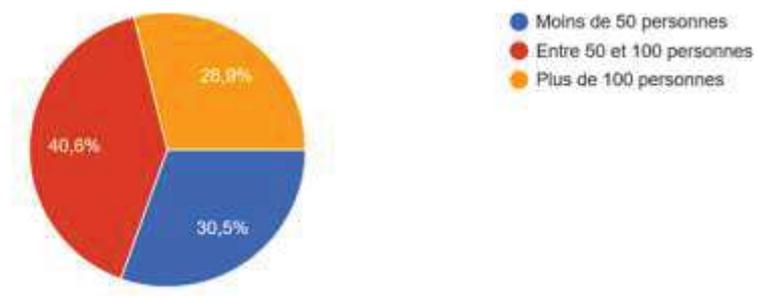


La grande majorité des professionnels sensibles au sujet sont des gestionnaires ou chefs de service d'un établissement accueillant du public (89,3%). Bien que ce ne soit pas vrai dans tous les cas, on peut penser que les services d'aide à domicile se sentent un peu moins concernés

puisque les usagers sont dirigés vers eux pendant un temps et pour des problématiques précises, ils ne sont pas confrontés au quotidien de ces personnes. Mais aussi et surtout, le résultat est logique au vu des personnes qui ont été questionnées puisque le questionnaire a davantage été adressé à des établissements accueillant du public en internat.

Vous accueillez/accompagnez

128 réponses



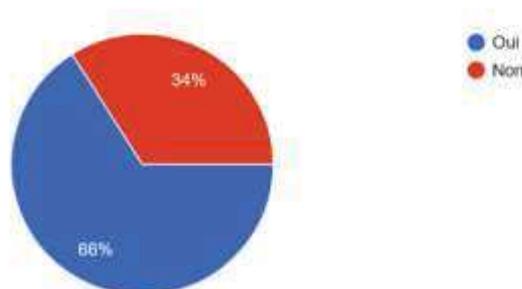
Les professionnels intéressés par le sujet travaillent dans des structures de petites tailles comme de grandes tailles. Cependant, nous observons tout de même que les établissements/services prenant en charge plus de 100 usagers ou résidents le sont un peu moins (28,9%). Certainement parce qu'un établissement de plus grande taille a des moyens plus importants pour former son personnel ou pour s'adapter d'une manière ou d'une autre aux besoins évolutifs des personnes âgées et/handicapées. De plus, ils sont plus visibles des autres organismes et donc éventuellement plus exposés à des propositions de coopérations.

Au contraire, les établissements de taille moyenne sont ceux qui sont le plus concernés (40,6%). Certainement parce qu'ils commencent à accueillir une plus grande diversité de personnes mais que les moyens en leur possession ne suivent pas forcément.

## L'habilitation des EHPAD à l'accueil des personnes handicapées :

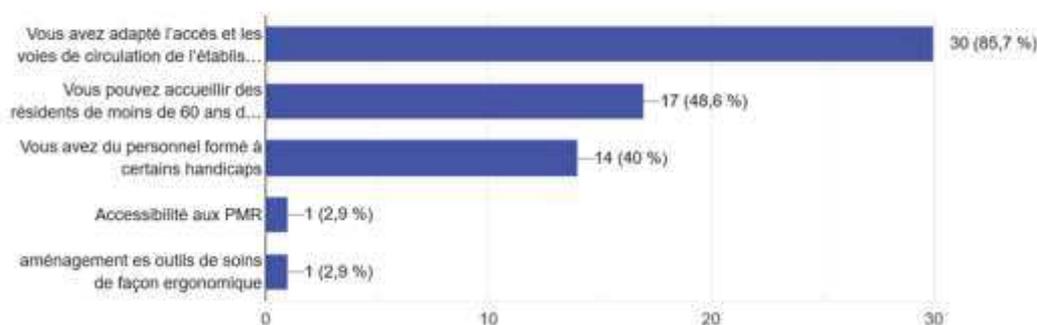
Est-ce que votre établissement est habilité à accueillir des personnes handicapées ?

50 réponses



Si oui, quelles adaptations sont mises en place? (plusieurs réponses sont possibles)

35 réponses



Sur les établissements/services dans le champ des personnes âgées, 34% d'entre eux ne sont pas du tout habilités à accueillir des personnes handicapées, ce qui est tout de même une part significative au vu de la dépendance de plus en plus importante des personnes âgées et du vieillissement des personnes handicapées. La plupart des personnes âgées hébergées en EHPAD ont besoin de fauteuils roulants par exemple et donc besoin d'accès et de voies de circulation adaptées.

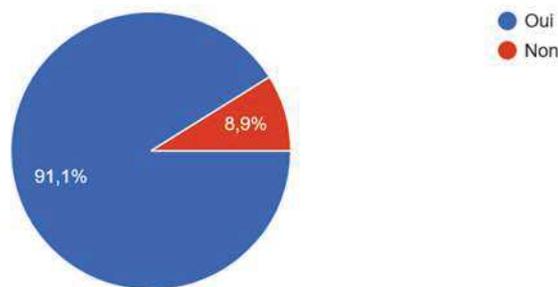
De plus, dans le pourcentage de ceux qui affirment être « habilités » à accueillir ce public (66%), la majorité ont adapté l'accès et les voies de circulation de l'établissement (85,7%) mais seulement 40% d'entre eux ont du personnel formé à certains handicaps. Donc finalement, la

majorité peut accueillir des personnes handicapées comme visiteur mais seule une petite partie d'entre eux peuvent les prendre en charge au quotidien et les accompagner.

### **Les établissements accueillant des personnes handicapées face au vieillissement :**

Ressentez-vous le besoin de sensibiliser votre personnel au vieillissement des personnes handicapées ?

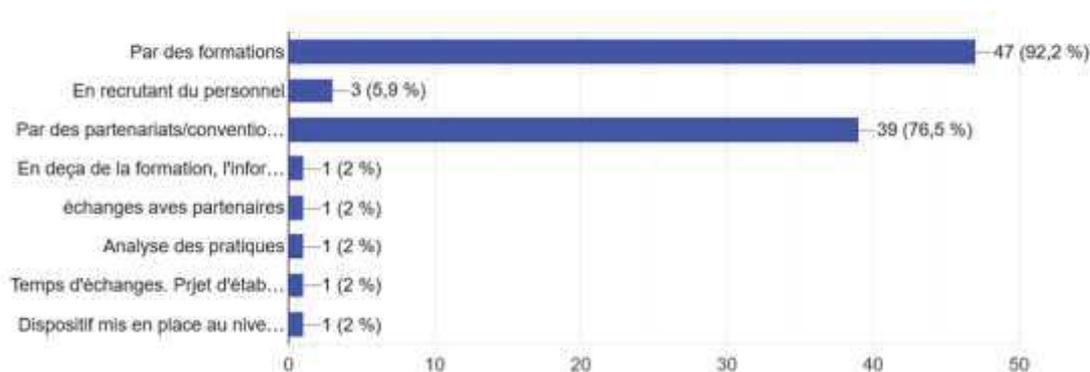
56 réponses



Le graphique ci-dessus est très parlant. En effet, le questionnaire révèle que sur 56 gestionnaires ou chefs de service d'un établissement accompagnant des personnes handicapées, quasiment la totalité (91,1%) ressentent le besoin de sensibiliser leur personnel au vieillissement de ce public. Cela prouve que c'est un phénomène nouveau et que le personnel se trouve parfois démunie face à certaines situations qu'il ne maîtrise pas. Si les chefs de service et les directeurs en ont autant conscience, cela veut dire que le manque de formation a déjà pu avoir des conséquences sur le bon fonctionnement de l'organisme ou que les salariés ont déjà remonté cette difficulté un certain nombre de fois.

Si oui, comment ? (plusieurs réponses sont possibles)

51 réponses



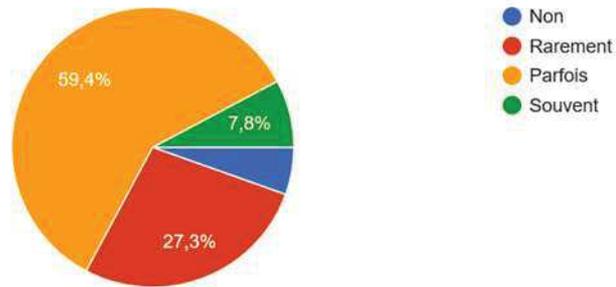
Même en laissant aux professionnels la possibilité de donner leur propre réponse avec la section « autre », les partenariats et les conventions avec d'autres établissements/professionnels font parties des solutions qui paraissent les plus adaptées (à 76,5%) pour répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

Ce résultat prouve le besoin des professionnels de partager et de travailler avec d'autres pour pouvoir assurer de bons accompagnements. Cela leur paraît même être une des seules solutions possibles pour affiner leurs connaissances des PHV et pour cerner la manière dont il faut les prendre en charge. L'idée est certainement de pouvoir partager certaines compétences, échanger sur les pratiques, mutualiser l'intervention de certains acteurs spécifiques qui peut être coûteuse (un médiateur animal par exemple) ou du matériel qui peut servir à l'accompagnement des deux publics et qui peut facilement s'échanger entre établissements.

## Le cloisonnement des deux secteurs

Est-ce que vous vous êtes déjà retrouvé(e) dans l'impossibilité de pouvoir répondre à certains de leurs besoins ?

128 réponses



Le constat peu sembler inquiétant pour les usagers puisque seule une petite minorité (5,5%) affirme ne s'être jamais retrouvée dans une telle impossibilité. C'est-à-dire que 95,5% des professionnels questionnés ont déjà été dans l'impossibilité de répondre à certains besoins des usagers qu'ils accompagnent, avec une certaine récurrence pour la moitié d'entre eux (59,4%).

Pour mieux comprendre quelles difficultés rencontrent les acteurs du terrain, une question ouverte a été posée dans le questionnaire. Il est intéressant de laisser les professionnels s'exprimer librement et développer leurs visions des choses. La question posée était la suivante : **Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées lorsque l'on intervient dans les deux champs ?**

Certaines réponses très intéressantes sont ressorties :

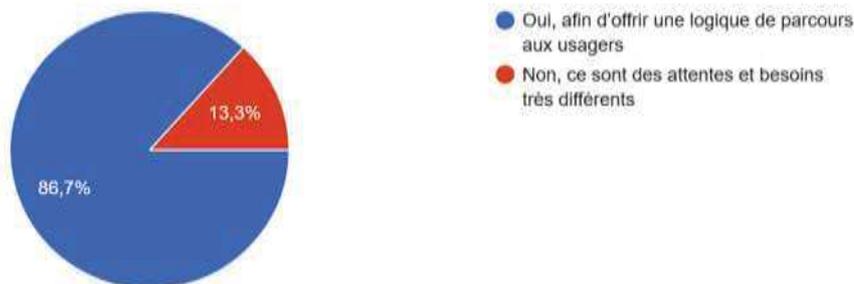
- « L'accompagnement de personnes ayant des besoins différents et la coexistence entre ces deux populations. Par exemple, nous accueillons actuellement trois générations. La plus jeune (56 ans) et la plus âgée 99 ans ».

- « Le manque de connaissances des PH d'une partie du personnel, le déracinement institutionnel des PH dans un Ehpad où le taux d'encadrement est très inférieur d'un Foyer de Vie ou les modalités d'accompagnement dans un Foyer d'Hébergement »
- « Manque de compétences des professionnels éducatifs (AES, ES...) pour accompagner un public vieillissant soumis à des besoins de l'ordre du sanitaire (surveillance médicale, accompagnement fin de vie...) »
- « Difficultés liées à la catégorisation des politiques publiques + les personnes accompagnées ont des profils divers du fait de leur parcours + des difficultés liées à l'âge viennent s'ajouter au handicap »
- « Au regard de l'allongement de leur espérance de vie, pas ou peu de réflexions menées en amont (10 à 15 ans) sur : Le vieillissement des personnes en situation de handicap / la création de structures adaptées (et l'adaptabilité des structures existantes) au profil spécifique de cette population (par exemple : formation des personnels des EHPAD aux caractéristiques des personnes en situation de handicap) / la mise en œuvre de réseaux et partenariats locaux qui permettent la création et/ou le maintien du réseau social extra-institutionnel des personnes (hors foyer d'hébergement et milieu de travail protégé) ».

Enfin, les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels accompagnant des PHV sont similaires à celles de l'EHPAD Bartischgut ou celles relevées dans les recherches théoriques. Le vieillissement des personnes handicapées ressort comme principale difficulté des établissements interrogés. Les conséquences sont celles développées plus haut : le manque de personnel formé à l'accompagnement de ce public, les structures qui ne sont pas habituées et adaptées, différentes populations doivent cohabiter. Comme évoqué précédemment, les politiques publiques participent à maintenir ces contraintes en sectorisant les politiques. C'est d'ailleurs le ressenti de la majorité des professionnels ayant répondu au questionnaire comme le démontre le graphique ci-dessous.

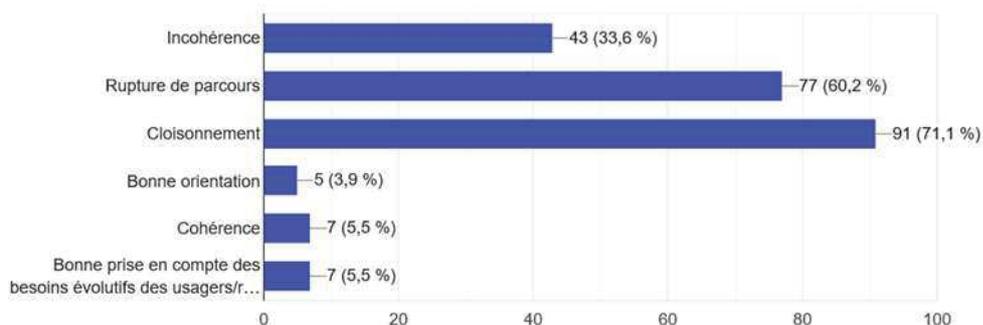
Pensez-vous que des efforts doivent être réalisés pour rapprocher les politiques dédiées aux personnes âgées et celles dédiées aux personnes handicapées ?

128 réponses



Quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit lorsque l'on évoque les politiques dédiées aux personnes âgées et handicapées à l'heure actuelle? (plusieurs réponses sont possibles)

128 réponses



Près de la totalité des répondants (86,7%) affirment que les politiques dédiées à ces personnes doivent être rapprochées afin d'offrir une logique de parcours aux usagers. Les mots les plus choisis pour parler des politiques du secteur sont le cloisonnement (71,1%), la rupture de parcours (60,2%) et l'incohérence (33,6%).

### **Conclusion à l'hypothèse numéro 1 :**

En conclusion, la méthodologie du questionnaire a permis de valider l'hypothèse « la coopération permet de répondre aux difficultés liées à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ». En effet, les professionnels interrogés que ce soit dans le

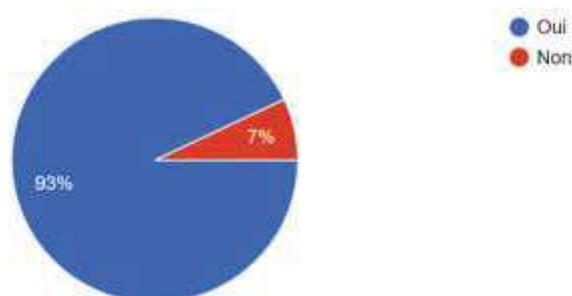
domaine du handicap ou dans le domaine de la vieillesse sont tous confrontés au vieillissement des personnes handicapées. Leur accompagnement est compliqué parce qu'il n'est finalement pas prévu par les politiques d'action sociale, qu'il n'est pas anticipé et que les professionnels se retrouvent à devoir gérer les situations tous seuls avec les moyens, souvent restreints, qui sont à leur disposition. Pour cela, la coopération leur semble être l'une des seules solutions envisageables et réellement efficaces. Il est vrai que le fait de se tourner vers d'autres professionnel représentant un soutien, un support sur lequel s'appuyer peut être rassurant en plus de pouvoir être un réel apport de compétences et d'informations nouvelles. Cependant, au vu de l'importance des difficultés rencontrées, la coopération ne pourra pas être la seule et unique solution. Des formations doivent tout de même être organisées (elles peuvent être organisées et mutualisées dans le cadre d'un partenariat). Mais surtout, les politiques publiques devront faire évoluer cette situation et aller vers un décloisonnement des deux champs.

## **Hypothèse 2 : « *Les coopérations améliorent le fonctionnement des structures* »**

Au-delà du seul accompagnement des PHV, l'objectif de cette deuxième hypothèse est de vérifier si les professionnels en question ont un réel intérêt pour les différentes formes de coopérations et si elle peuvent réellement être un levier dans leurs missions quotidiennes ou s'ils l'envisagent uniquement comme un recours « d'urgence » lorsqu'ils se retrouvent dans des situations complexes comme celle de l'accompagnement d'une PHV.

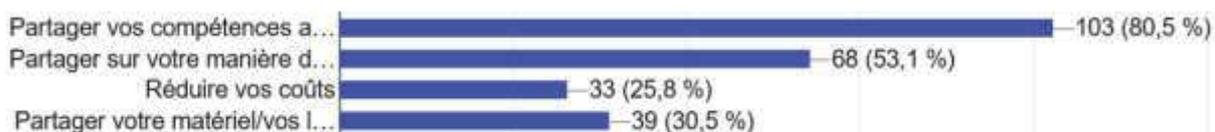
Seriez-vous partant si un établissement se rapproche de vous pour créer un partenariat ?

128 réponses



Si oui, dans quel objectif ? (plusieurs réponses sont possibles)

128 réponses

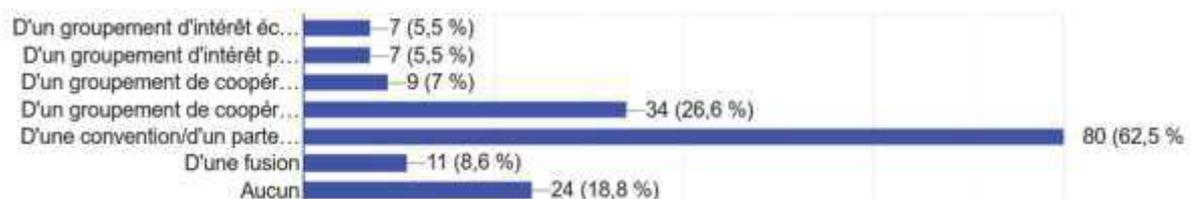


Nous observons que sur 128 gestionnaires ou chefs de service quasiment la totalité (93%) seraient partants pour créer un partenariat s'ils en avaient l'occasion. La principale source de motivation pour 80,5% d'entre eux, c'est la recherche d'un partage de compétences ou d'un partage sur la manière de fonctionner (53,1%). Cela prouve que la majorité d'entre eux ont besoin de faire évoluer leur fonctionnement avec de nouvelles méthodes et perçoivent le partenariat comme une solution pour s'améliorer dans les missions du quotidien.

Vous êtes déjà partie prenante (plusieurs réponses sont possibles) :

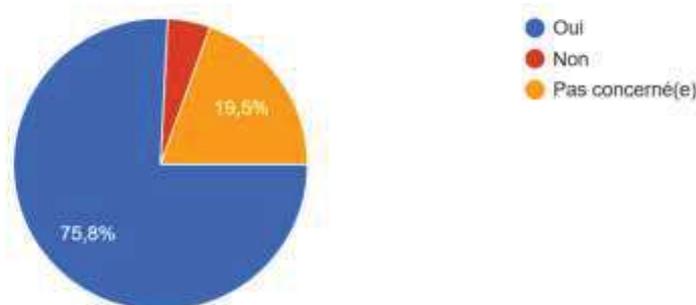


128 réponses



En êtes-vous satisfait(e) ?

128 réponses



Le fait que 81,2% des répondants fasse partie d'une coopération, et qu'ils continuent tout de même de la percevoir comme une méthode efficace démontre qu'elle fait partie de leur mode de fonctionnement pour la majorité d'entre eux. Les résultats relèvent qu'ils en sont satisfaits et qu'ils seraient donc prêts à cumuler plusieurs partenariats à la fois.

De plus, la coopération semble être efficace au-delà de l'accompagnement des PHV. Au-delà de l'accompagnement des PHV, comme nous pouvons le voir ci-dessus la coopération peut aussi être utile pour réduire les coûts de l'établissement, pour partager du matériel, des locaux, etc...

## Résultat de la recherche-action et la rencontre avec le SAVS les Tournesols de Sainte-Marie-aux-Mines :

Cependant, pour vérifier l'exactitude de l'hypothèse numéro 2, il est nécessaire de vérifier sur le terrain, s'il est aisé de trouver des professionnels pour établir un partenariat ou au contraire, si les refus sont nombreux. Cela a également permis d'élaborer une stratégie de recherche de partenaires et de se rendre compte si elle fonctionnait.

Une rencontre a été organisée avec le SAVS les Tournesols de Sainte-Marie-aux-Mines. Elle a été étalée sur une demi-journée. Le SAVS du Bartischgut s'est déplacé avec l'ensemble de l'équipe et le directeur de l'établissement dans les locaux du futur partenaire. La rencontre a surtout été l'occasion d'apprendre aux deux services à se connaître pour cerner leurs caractéristiques et comprendre ce que chacun peut apporter à l'autre. Cette été l'occasion de déterminer les aspects négatifs et positifs de la recherche de partenariats.

**Concernant les aspects négatifs**, la recherche de partenariats prouve que **tous les chefs d'établissement n'ont pas toujours une ouverture d'esprit développée**. Dès le début des recherches, dans de rares cas, certains services se sont montrés très fermés, ils perçoivent peut-être le service comme un concurrent. Ce constat s'est également fait au niveau de l'organisation de la rencontre puisque les Tournesols n'ont pas pu se déplacer, le directeur de l'association n'a pas accepté. Ce manque d'ouverture peut être perçu comme un obstacle et peut être une raison de baisser les bras. Heureusement, la direction du Bartischgut ne voyait aucun inconvénient au fait de se déplacer, la rencontre a tout de même pu avoir lieu.

Ensuite, **l'élaboration d'un partenariat demande forcément du temps** qui pourra être perçu comme une perte si le partenariat n'aboutit pas. Surtout lorsqu'il faut se déplacer par exemple, même si ce n'est pas une trop grande distance, une rencontre demande au moins une demi-journée, voir une journée entière. Les professionnels du médico-social n'ont pas toujours ce temps. Puis, il a fallu organiser la rencontre pour que celle-ci se déroule au mieux. Il est nécessaire de faire réfléchir les professionnels du service sur ce qu'ils attendent, sur ce

que le service peut apporter à l'autre. Mais la recherche de partenariat et la rencontre d'autres professionnels peut faire partie des missions quotidiennes d'un service et donc, il est normal d'y passer du temps.

Enfin, **l'organisation de la rencontre nécessite d'adapter l'emploi du temps de chacun des professionnels.** Ils ne peuvent pas suivre d'usager ce jour en question et donc doivent mettre en « pause » leurs missions quotidiennes. Cela peut sembler habituel pour les chefs de service ou les gestionnaires qui ont pour habitude d'avoir des rendez-vous à l'extérieur avec des prestataires extérieurs par exemple. Mais, les professionnels du terrain sont au quotidien avec les usagers et ce n'est pas courant de ne programmer aucun rendez-vous durant une journée entière. Dans l'intérêt du bon fonctionnement du service, ils ne peuvent pas le faire de manière trop récurrente.

**Concernant les aspects positifs relevés lors de la rencontre,** cette dernière a eu une conclusion positive puisque les professionnels des deux services étaient satisfaits et une prochaine rencontre sera organisée à Strasbourg cette-fois, au sein de l'EHPAD Bartischgut. Ils étaient rassurés de ne pas être seuls dans certaines difficultés notamment sur le vieillissement des usagers ou la prise en charge d'usagers ayant plusieurs handicaps. Ils ont également pu échanger sur leur mode de fonctionnement afin de s'inspirer de chacune des méthodes. Les éléments suivants sont ressortis de la rencontre :

- 50% des usagers du SAVS des Tournesols sont porteurs de déficiences psychiques. Les professionnels du Bartischgut se retrouvent parfois confrontés à des usagers porteurs de telles déficiences, ce qui rend l'accompagnement plus difficile et les professionnels ne savent pas comment réagir à certaines conséquences de leurs pathologies. Un partenariat formalisé avec le SAVS de Sainte-Marie-aux-Mines permettrait de programmer des formations en commun puisqu'ils ont certaines connaissances de ce public et ont également connaissance des formations qui peuvent être intéressantes dans ce cadre.
- Les Tournesols ont la capacité d'accueillir des personnes porteuses de handicap quelle que soit la forme du handicap et donc ils peuvent être confrontés à un handicap

sensoriel comme celui de la déficience visuelle. Ils pourront se tourner vers le Bartischgut lorsque ce sera le cas. Notamment pour les formations comme cité au-dessus ou pour un échange de conseils. Mais aussi, pour rediriger les usagers vers ce SAVS qui saura mieux répondre à leurs besoins. Cette solution sera possible lorsque la MDPH du Haut-Rhin et celle du Bas-Rhin auront fusionné. A l'heure actuelle un service du Haut-Rhin ne peut pas rediriger un usager vers un service du Bas-Rhin mais cela sera possible lorsque la fusion sera totalement aboutie.

- Ensuite, les Tournesols font partie d'un groupe de travail rassemblant des SAVS des départements du Bas-Rhin et Haut-Rhin dans lequel ils échangent sur leur fonctionnement, leurs missions... Ils vont d'ailleurs essayer d'intégrer le Bartischgut à ce groupe de travail. Ce serait un réel atout pour toutes les raisons positives que peuvent apporter les outils de coopérations, comme nous avons pu le voir ci-dessus.
- Enfin, les Tournesols sont beaucoup confrontés au vieillissement des usagers qu'ils accompagnent : en 2035, si la dynamique reste telle qu'elle est à l'heure actuelle, 75% des usagers qu'ils suivent auront plus de 45 ans. Une personne pourra sortir du service lorsqu'il est prouvé que la déficience qu'elle présente est liée au vieillissement mais il est difficile de savoir si la déficience est liée au handicap ou à la vieillesse parfois. Le SAVS du Bartischgut a de nombreuses connaissances sur la vieillesse et la cheffe de service est d'ailleurs psychologue à l'EHPAD. Il peut également être un soutien au SAVS de Sainte-Marie-aux-Mines en ce sens, il peut apporter des conseils, discuter de certaines situations...

### **Conclusion Hypothèse 2 :**

Finalement, le questionnaire et la recherche-action ont partiellement confirmé l'hypothèse «Les coopérations améliorent le fonctionnement des structures ». En effet, ces deux méthodes deux recherches ont prouvé que les professionnels d'un domaine complexe et changeant comme celui du médico-social ont besoin de travailler ensemble pas uniquement pour l'accompagnement des PHV. D'autres situations complexes (comme le handicap multiple) peuvent mener à la coopération, le besoin de mutualiser les moyens financiers, les

locaux, l'échange de pratique font également partie des motivations potentielles. La recherche-action a permis de relever nombreux points positifs à la rencontre alors que la recherche de partenariats n'était pas très poussée et qu'aucun objectifs clairs a été défini à l'avance.

Cependant, cette recherche-action a également montré qu'en réalité, lorsque nous contactons des organismes, tous ne se montrent pas ouverts à la coopération. Il est difficile de savoir si c'est la prise de contact qui ne leur convenait pas ou si c'est l'absence d'objectifs. En effet, pour qu'elle puisse se dérouler au mieux, la recherche de partenariats aurait dû être mieux organisée et réfléchi au préalable. Une meilleure sélection des SAVS par exemple, et un renseignement plus poussé sur chacun d'entre eux aurait peut-être été la solution pour obtenir davantage de réponses positives. **Si l'EHPAD Bartischgut souhaite que ses recherches de partenariat se déroulent au mieux et que les coopérations dans lequel il est investi aient un impact positif pour l'établissement, certaines recommandations peuvent être adressées.**

## 2. Recommandations d'amélioration

Selon l'auteur Taylor, la coopération est contre-productive, entraîne à la « flânerie collective » et pourrait même mener à une collusion envers la direction. Dans le secteur du médico-social, il est difficile de penser que les professionnels seraient indisciplinés et qu'une coopération peut être contre-productive étant donné qu'ils agissent pour des personnes dites vulnérables et qui ont besoin d'aide et de bienveillance. Les professionnels ont à cœur de les accompagner au mieux et de leur offrir un cadre de vie agréable et respectueux de leurs droits.

Cependant, lorsqu'il n'y a aucun cadre et que les rôles ne sont pas clairement définis au sein de la coopération, elle peut mener, dans certaines situations particulières, à des échanges très peu structurés où les temps de paroles ne sont pas respectés et seules les mêmes personnes prennent la parole. Les participants plus réservés auront du mal à imposer leurs idées. Les

collusions envers la direction sont peu probables mais dans le cas où des professionnels de plusieurs établissements travaillent ensemble, partagent les mêmes difficultés dans leurs quotidiens et qu'ils pensent leurs directions respectives responsables, cela peut tout de même mener à des révoltes ou des remontrances particulièrement virulentes. Les membres d'un groupe ont tendance à se sentir plus forts lorsqu'ils agissent ensemble.

Au sein de l'EHPAD, la direction doit organiser la coopération puisqu'elle prendra forcément du temps, elle doit également prévoir les objectifs de sa participation à celle-ci et les résultats qui en sont attendus. Pour cela, les organismes qui pratiquent la coopération ont tout intérêt à mettre un cadre en place non seulement au sein de l'établissement pour ne pas toucher à l'équilibre interne mais également entre les parties prenantes à la coopération. Puis, pour que la coopération soit réussie le management pratiquée doit être adaptée. Après avoir observé le fonctionnement de l'EHPAD Bartischgut, quelques recommandations d'amélioration à ce sujet peuvent être adressées aux gestionnaires.

### **Conduite de projet :**

La première recommandation qui peut être faite à l'EHPAD Bartischgut, c'est d'utiliser des méthodes de conduite de projets. S'engager dans une nouvelle coopération est un projet comme un autre. Si les difficultés éventuelle sont relevées à l'avance, si des objectifs sont fixés, il sera plus simple de suivre l'avancée d'un projet et de se rendre compte, in fine, de sa réussite ou de son échec. De ce fait, les objectifs ou les attentes pourront être revu ou le projet pourra être abandonné. Cela peut être le cas dans une coopération, si l'évaluation révèle que les résultats de la coopération ne répondent pas exactement aux attentes, il faudra peut-être quitter cette dernière ou revoir certains termes. Elle est censée avoir un effet bénéfique pour l'établissement concerné. Une bonne conduite de projet permet d'être conscient de ces éléments, de composer en fonction de ceux-ci et de suivre le projet du début à la fin. Un certain nombre d'outils stratégiques de management très intéressants peuvent être utilisés à cette fin, les suivants en sont un exemple :

Tout d'abord, le premier outil permet une analyse claire de la situation afin de ne pas foncer dans un projet sans être conscients de la réalité des éléments qui « entourent » le projet. Il s'agit de l'outil **P**olitique **E**conomique **S**ocial **T**echnologie **E**nvironnement **L**égislatif (PESTEL) :

- **Politique** : il s'agit des éléments politiques qui pourront avoir un impact sur le projet. Par exemple, dans le cadre d'une coopération, il pourra s'agir du mode de fonctionnement (si l'un est privée à but non lucratif et l'autre privé à but lucratif), le positionnement que peut prendre le Conseil d'Administration de chacun. Ce sont des éléments qui peuvent avoir un impact dans une relation de coopération selon la forme qu'elle prendra.
- **Economique** : il s'agit des éléments économiques qui auront un impact sur le projet. Dans une coopération, les impacts financiers seront importants. Dans certains cas, une convention peut être effectuée avec la volonté qu'aucune conséquence financière n'en découle. Ou encore, l'objectif peut justement de faire baisser les coûts, c'est élément qui devra être pris en compte tout au long du projet.
- **Social** : les éléments sociaux peuvent correspondre à des mésententes entre les membres ou des difficultés d'en trouver des nouveaux s'il en manque, etc...
- **Technologique** : les éléments technologiques peuvent être nombreux. Il peut s'agir d'une rupture numérique, d'une problématique liée au stockage des données ou d'une nécessité d'investir dans de nouveaux appareils.
- **Environnemental** : cela concerne l'impact environnemental qu'aura le projet ou les éléments environnementaux qui peuvent avoir un impact sur le projet. Dans le cadre d'une coopération, on peut penser à un groupement qui se forme pour investir dans un nouveau système d'élimination des déchets afin de réduire leur impact environnemental. Ou d'un groupement d'intérêt public dont les membres ont en commun leur restauration et qui mettent en place un cycle de trie très règlementé.

Deuxièmement, **il est nécessaire de faire un diagnostic**. Pour ce faire, il existe l'**outil SWOT**. Il permet à l'établissement de se pencher sur ses forces et faiblesses (donc les avantages et inconvénients qu'il présente en interne) et les menaces et opportunités qui se présentent à lui (il s'agit des impacts extérieurs qui peuvent fragiliser l'équilibre de l'établissement). Il peut

être utile d'effectuer un tel diagnostic avant de se lancer dans une coopération, l'établissement pourra mettre en avant ses forces face aux futurs partenaires et il saura également sur quels points il a besoin d'une complémentarité et d'un soutien (par ses faiblesses).

La troisième étape, est de formaliser sa stratégie et la rendre plus lisible il est nécessaire de mettre en place un plan d'action clair et formalisé.

L'un des **outils d'élaboration de plan d'action efficace est le Spécificité Mesurable Atteignable Réalisable Temporellement définit**

- **Spécificité** : il s'agit de l'objectif global du projet. Permet de réfléchir au contexte particulier et à la raison pour laquelle le projet est lancé.
- **Mesurable** : cette section permet de déterminer des objectifs précis et que l'on peut valoriser. Par exemple, un établissement qui intègre une coopération dans le but de mutualiser les moyens et de baisser le coût d'une formation de 20% par exemple.
- **Atteignable** : cette section permet de réfléchir clairement aux moyens que l'établissement se donne pour réussir à atteindre son objectif global. Comment il compte faire et avec quels instruments.
- **Réalisable** : entraîne à réfléchir sur les raisons pour lesquelles le projet fonctionnerait.
- **Temporellement définit** : il est indispensable de se fixer des dates précises auxquelles certaines actions doivent être réalisées. Mais aussi, une date finale où le projet doit être abouti. Si c'est une coopération sur le long terme, il faut au moins définir la périodicité des rencontres, etc...

Le fait de réfléchir sur l'ensemble de ces paramètres et élaborer sous forme de stratégie permet de se rendre compte si les objectifs fixés sont faisables, si les moyens qui étaient prévus sont suffisants ou non. Le prévoir à l'avance permet d'adapter les stratégies et de ne pas se confronter à des conséquences inattendues ou des obstacles imprévus. **D'autres méthodologies existent pour formaliser son plan d'action, c'est le cas par exemple d'un tableau** qui présentera le plan d'action de manière très lisible. Cela peut même être

complémentaire avec le SMART qui serait un travail préalable et le tableau permettrait de formaliser le plan d'action. Le tableau pourrait prendre cette forme :

<b>Objectif général</b>								
<b>Résultats attendus</b>								
<b>Objectifs opérationnels</b>	Moyens	Responsable	Echéances	Personnes concernées	Budget	Indicateurs d'évaluation	Critères d'évaluation	Résultats obtenus

Enfin, il existe également des logiciels numériques qui permettent de suivre le plan d'action. **C'est le cas par exemple du logiciel « Ganttproject ».** Il permet de répartir les tâches du projet sur une certaine durée en précisant à quelle échéance chacune doit être terminée et quel professionnel est chargée d'effectuer la tâche en question. Il est également possible de les relier entre elles pour savoir si la fin d'une tâche entraîne le début d'une autre (*Cf. annexe numéro 6*). Cette solution offre un suivi en temps réel.

Dernièrement, il est nécessaire **d'effectuer une évaluation des résultats** : l'évaluation peut prendre plusieurs formes. Elle peut être comptable pour vérifier si une économie de moyens a été fait si tel était l'objectif. Ou peut prendre la forme d'un questionnaire aux résidents pour savoir s'ils sont satisfaits de l'activité qui a pu être mise en place ou du jeux qui a été organisé grâce à une coopération. L'évaluation est nécessaire puisqu'elle permet de savoir si les objectifs qui ont été fixés au départ son atteints et si la mise en œuvre du projet est satisfaisante. Elle permettra de savoir si un terme doit être mis à la coopération par exemple ou si certains termes de cette dernière doivent être revus.

Finalement, l'ensemble de ces outils permettent de se lancer dans un projet réfléchi qui correspond à l'établissement et à ses spécificités. Le fait d'élaborer une stratégie de cette manière évite d'être confronté à des surprises indésirables et le responsable peut garder le contrôle. Cependant, cela ne suffit pas. Pour qu'un projet soit compris et accepté de tous, il faut impérativement que son enjeu et objectif final soit communiqué à l'ensemble des membres concernés par celui-ci. Puis à l'ensemble des salariés de l'établissement.

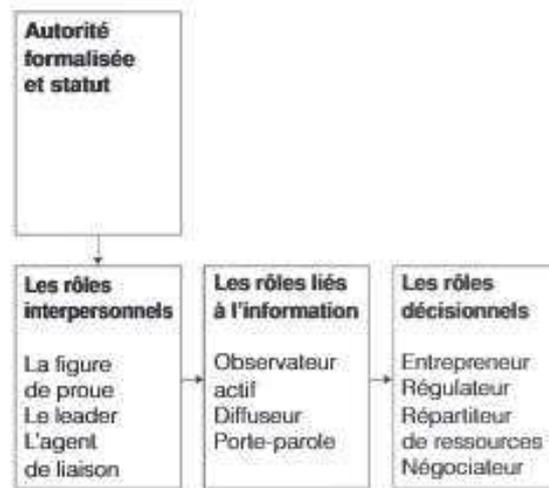
### **Communication :**

C'est pourquoi, la deuxième recommandation **est d'améliorer leur communication**. "La communication requiert 25 % du temps d'un dirigeant" (Chester Barnard)<sup>19</sup>. En effet, c'est l'un des principaux rôles d'un manager, il est important de récolter les informations qui peuvent lui être utiles. Puis, de faire circuler les informations en interne de l'organisation pour que les salariés se sentent inclus et pour qu'ils fassent confiance à leur supérieur hiérarchique. Lorsqu'aucune information n'est cherchée auprès d'eux et qu'un projet est lancé sans les consulter, ni même les informer correctement, ils peuvent ressentir une non-reconnaissance de leur travail et une absence de prise en compte de leur fonction. Ainsi, un bon manager doit maîtriser l'art de la communication.

---

<sup>19</sup> *The Functions of Executive*, 1938. C'est un théoricien du management et des organisations.

Henry Mintzberg a d'ailleurs défini la profession du manager par trois grands rôles qui sont eux-mêmes subdivisés par plusieurs missions. Selon lui, chacun de ses rôles et chacune de ses missions sont toutes aussi importantes les unes que les autres. Si on en supprime l'une, c'est la nature de la profession en tant que telle qui est modifiée. **L'un de ces trois rôles est nommé « le rôle informationnel »** comme le démontre le schéma ci-dessous qui a été tiré de l'un de ses ouvrages :



Le rôle informationnel est divisé en trois missions :

- Le manager doit être en permanence à la recherche d'informations, il doit pour cela aller vers ses collaborateurs et salariés en étant très attentifs, ces informations lui arrivent donc de manière verbale la majorité du temps. Il doit savoir être à l'écoute pour enregistrer les informations et les utiliser à bon escient. Il s'agit « **du rôle d'observateur actif** » (Mintzberg).
- Ensuite, il a un **rôle de répartition et de diffusion** des informations qu'il a en sa possession à l'intérieur de l'organisation. Il est important que les salariés reçoivent des informations qu'ils ne pourraient pas obtenir autrement que par leur supérieur hiérarchique.
- Et enfin, il doit transmettre les informations qui concernent son organisme en externe. Il fait cela pour défendre son organisation, diffuser ses valeurs. Mais aussi, pour satisfaire les attentes de personnes extérieures ayant un lien avec l'organisme. C'est un « **rôle de porte-parole** » (Mintzberg).

Par cette absence de communication, les salariés de l'EHPAD Bartischgut ne cernent pas tous les valeurs et les projets que la direction souhaite mettre en place. Ils ont tendance à penser qu'elle se trouve loin des préoccupations des professionnels du terrain et de l'intérêt de l'usager. Mais au contraire, la direction du Bartischgut a des projets très ambitieux qui ont pour seuls objectifs un meilleur accompagnement des usagers. **C'est le cas de la plupart des coopérations qui ont été mises en place ou qui sont en cours.** Cependant, les salariés n'ont pas connaissance des coopérations qui sont faites. Il existe en effet, le projet d'établissement qui retracent l'ensemble des partenariats qui ont été créés mais c'est un document vers lequel les salariés se tournent que très peu. Ils affirment également que leurs avis est peu pris en compte dans la plupart des décisions et qu'ils souhaitent davantage pouvoir partager leurs idées. Si les salariés ressentent cela c'est en partie en raison d'un manque de communication, il s'agit de l'un des points faibles du Bartischgut.

Il existe plusieurs moyens de rechercher et diffuser en interne comme en externe les informations que la direction à en sa possession.

### **Outil pour récupérer au mieux des informations/des suggestions qui peuvent être utiles :**

Tout d'abord, pour approfondir le rôle « d'observateur actif » et donc recueillir davantage d'informations et de suggestions de la part des salariés, il existe des outils qui permettent aux salariés de remonter les informations à la direction ou à leurs chefs de service :

- Le premier outil intéressant à développer, **est la boîte à idées** : idéalement placée dans un lieu qui « appartient » aux salariés comme la salle de pause ou les vestiaires. Elle permet de faciliter la communication verticale qui n'est pas toujours facile. Les salariés peuvent avoir du mal à exprimer oralement, face au directeur ou au chef de service, les suggestions qu'ils peuvent avoir ou les défaillances qu'ils ont pu constater. Ce dispositif permet qu'ils s'expriment en toute confiance et sincérité puisque ils peuvent décider de rester anonymes et de ne pas inscrire leur identité. Les salariés peuvent

avoir des idées intéressantes qui vont différer de celles des cadres puisqu'ils sont sur le terrain au quotidien, cela leur permet d'avoir une approche très concrète des difficultés qu'ils rencontrent. Ils pointeront alors très justement certains dysfonctionnement et auront éventuellement des suggestions pour y remédier. De plus, cela permet de montrer aux salariés que leurs points de vues est pris en compte, qu'ils sont entendus et qu'ils ont une importance dans le fonctionnement de l'organisme. Cela permet également des les valoriser d'une certaine manière. Ainsi, la boîte à idée offre un avantage aux deux parties.

- Le deuxième outil est **le sondage en ligne** : il existe plusieurs logiciels en ligne qui permettent de créer des sondages. Il pourrait être diffusé sur l'ensemble des adresses électroniques professionnelles mais aussi sur le logiciel de gestion « Titan » qu'utilise l'établissement. La différence avec la boîte à idée, c'est qu'il permet d'avoir l'opinion des salariés sur un sujet précis que le créateur du sondage aura choisi. Il peut s'agir d'un dysfonctionnement qui a été observé par la direction, d'un projet ou d'un sujet qui semble peu clair dans l'esprit des salariés et que la direction souhaite éclaircir. Dans la boîte à idée, il peut y avoir des avis ou des suggestions sur tous types de sujet, la direction ou les chefs de service n'ont pas le temps de se pencher sur l'ensemble des sujets. C'est pourquoi, le sondage en ligne peut être une bonne solution pour la direction qui cherche à obtenir des informations et des avis sur un sujet particulièrement préoccupant tout en valorisant la place des salariés.

Ces outils de communication verticale laisserait la possibilité aux professionnels de proposer de nouveaux projets et même de nouveaux partenariats par exemple. Ils ont peut-être connaissance d'intervenants ou d'organismes intéressants.

### **Outils pour diffuser au mieux les informations en interne :**

Ensuite, si la communication est défaillante en interne, les salariés pourront avoir l'impression que leur rôle n'est pas important dans le fonctionnement de l'établissement. Lorsqu'une information est transmise clairement et de manière formelle, les salariés vont y adhérer plus

rapidement ou au moins la comprendre. Mais, s'ils ont l'impression qu'on leur impose de manière informelle sans leur expliquer de quoi il s'agit et pour quelles raisons, ils auront tendance à entrer en opposition. Il existe également des outils qui facilitent cette communication en interne :

- C'est le cas par exemple **du journal interne**. Il serait à disposition de l'ensemble des salariés, mais pourrait également l'être à tous ceux qui s'intéressent à la vie de l'établissement (familles et proches des résidents, élus...). Il peut regrouper les dernières actualités importantes comme un point travaux étant donné que l'EHPAD Bartischgut a entamé d'importants travaux qui dureront plusieurs années, un point décès puisque cela fait partie du quotidien d'un EHPAD, les évènements à venir, la validation d'un appel à projet, etc... Il permet également d'afficher les valeurs de l'établissement, les priorités qui seront à l'honneur les temps suivant la publications du journal. Mais aussi, d'évoquer les projets en cours, les projets éventuels sur lesquels la direction réfléchis, **les nouvelles coopérations qui ont été formalisées**. Ce journal permet de retracer toutes les informations importantes que les salariés méritent de connaître en passant par un outil plus agréable que les réunions très formelles. L'avantage c'est qu'il peut être en format papier ou numérique. Ce qui est important c'est de respecter une périodicité, celle qui conviendra le mieux à l'établissement.
- Puis, l'autre possibilité **est les tableaux d'affichage**: ils sont utiles s'ils sont placés aux bons endroits comme à l'entrée de l'établissement par exemple pour être sûr que tout le monde le visualise. De plus, il est nécessaire qu'il soit mis à jour. Pour cela, il existe des tableaux d'affichage numériques qui sont directement reliés à un ordinateur, ce qui permet une actualisation rapide.
- Enfin, l'une des manières de partager les informations est de **faire un « feedback » des réunions** notamment celles entre l'ensemble des cadres ou celles entre les membres de l'accord-cadre. Des éléments importants peuvent être évoqués lors de l'une d'elle et même des décisions ayant un impact sur le quotidien des salariés peuvent être prises (changement d'organisation, partage de dysfonctionnements entre les service, partager un incident...). C'est important qu'ils aient connaissance des informations

découlant de ces réunions. Les feedbacks doivent être organisés par chacun des cadres dans leurs services.

### **Outil pour diffuser en externe :**

La communication externe est également importante. Il est essentiel que les autres organismes, professionnels du secteur mais aussi les familles des résidents ou encore les éventuels candidats à des postes vacants puissent avoir connaissance des valeurs partagées au sein de l'établissement, les projets que la direction souhaite mettre en œuvre et son mode de fonctionnement. C'est par la connaissance de ces derniers que des personnes extérieures pourront vouloir se rapprocher de l'établissement. Ils décideront de s'intéresser à l'EHPAD Bartischgut uniquement s'ils partagent certaines convictions ou si le mode de fonctionnement leur convient et qu'ils pensent pouvoir trouver un avantage dans une potentielle relation.

L'outil de communication externe qui est le plus efficace et le plus simple d'utilisation est **le site internet**. A l'heure actuelle, l'EHPAD Bartischgut n'a pas de site internet, il est en cours de création mais il n'est pas encore accessible. Il a un certain retard puisque le Bartischgut est une association indépendante depuis 2006, donc depuis quinze ans. Le site internet permet d'être la vitrine de l'établissement : le livret d'accueil peut y être accessible, l'activité du quotidien à l'EHPAD, l'actualité, ou toutes sortes d'informations jugées importantes. L'absence de site internet empêche des personnes extérieures (**notamment de futurs partenaires potentiels**) de connaître le Bartischgut et ses spécificités (accueil de personnes atteintes de déficiences visuelles).

## Méthodologie de participation aux échanges :

En dernier lieu, c'est au sein des rencontres entre les partenaires que des outils de communication peuvent être mis au point pour éviter des échanges « déstructurés » : ces outils vont éviter que les mêmes personnes gardent la parole et que les personnes plus timides ne s'expriment pas. Dans une coopération, ce qui est intéressant, c'est justement de pouvoir échanger avec l'ensemble des membres.

- **La méthode Métaplan** qui vise à améliorer l'efficacité du groupe de travail. Le principe est le suivant : il y a un animateur neutre qui lance des propositions ou des questions et distribue des feuilles, chacun va écrire une idée. Lorsqu'une idée va ressortir à plusieurs reprises, une discussion sera organisée autour de celle-ci jusqu'à ce que tout le monde tombe d'accord. Il ne faut pas être trop nombreux pour que cette méthode soit efficace.
- **La méthode de votes colorés** : l'objectif est de structurer une discussion collective. L'ensemble des membres du groupe prend connaissance des avis des uns et des autres de manière visuelle (le fait d'être d'accord à l'affirmation qui sera affichée se traduira par du vert par exemple, le fait d'être en désaccord par du rouge). Tant que tout le monde n'utilisera pas la même couleur, des débats seront lancés. Cette méthode permet également de détecter rapidement quel sujet sont conflictuels ou non.

## CONCLUSION

En conclusion, la coopération est effectivement un levier essentiel aux professionnels des secteurs du handicap et de la vieillesse pour les multiples raisons que nous avons évoqué. Mais aussi, un projet comme un autre. C'est pour cela que les dirigeants de structures doivent adopter les bons réflexes avant de se lancer dans la coopération (conduite de projets, communication, méthodologies de participation aux échanges...).

Au-delà de cela, les outils de coopération ont leurs limites et ne peuvent pas être la solution à toutes les difficultés d'un secteur aussi complexe que celui du médico-social. Les politiques publiques ont la volonté de développer la coordination des parcours par les DAC. Cependant, il serait intéressant d'aller plus loin et développer en France la fonction de « case manager ». C'est un métier qui a vu le jour au Canada. Pour l'instant, il est surtout présent dans les établissements de santé avec comme mission de suivre les patients afin d'identifier les besoins de ce dernier en terme de soins et d'interventions de professionnels et élaborer un projet global. Le case manager aura alors la mission de coordonner les activités de soins et la venue des intervenants pour permettre à l'utilisateur d'avoir une vision globale des services dont il bénéficiera. Il devra s'assurer que le lien se fasse entre les professionnels, qu'ils sont intervenus, que l'utilisateur se trouve dans une continuité de parcours, etc... De ce fait, il a le même rôle que les dispositifs de coordination. Sauf qu'en étant rattaché à un établissement, tous les usagers qui ont besoin d'un tel accompagnement peuvent en bénéficier sans qu'aucune démarche ne soit faite de leur part. De plus, si cette fonction était en place dans l'ensemble des établissements, il n'y aurait que très peu de ruptures de parcours.

C'est ce type d'évolution qui pourrait réellement aider et soulager les professionnels du secteur. Tant que les avancées resteront très minces, alors que le taux de dépendance s'alourdi rapidement et que les prises en charges sont de plus en plus spécifiques, le secteur du médico-social restera un domaine avec beaucoup de difficultés.

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages :

Alvin Toffler, « *Le Choc des Futurs* », Denoël, 1970

Bruno LATOUR, « *Changer de société. Refaire de la Sociologie* », La Découverte, 2006.

Faïza GUELAMINE et Valère SOCIRAT, « *Diriger au sein des nouvelles organisations sociales et médico-sociales – donner du sens à l'action* », Dunod, 2021

Gilles PACHE et Claude PARAPONARIS, « *L'entreprise en réseau : approches inter et intra-organisationnelles* », Les éditions de l'ADREG, 2006

Henry MINTZBERG, « *voyage au centre des organisations* », Editions d'Organisation, 1990

Jeffrey PFEFFER et Gerald SALANCIK, *The External Control of Organizations*, « *A Resource Dependence Perspective* », Parental Adviso., 1978

Karl POLANYI, « *La Grande transformation* », Gallimard, 1944

Marlis PORTNER, « *Accompagnement des personne âgées avec l'approche centrée sur la personne* », Chronique Socia, 2012

Marie Aline BLOCH et Léonie HENAUT, « *Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », Dunod, 2014

Michel GROSSETTI, « *Les limites de la symétrie* », La Découverte, 2006

Nicolas GUIRIMAND et Philippe MAZERAU, « *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social - Décloisonner & coordonner les parcours de vie* », Champ social éditions, 2018

## Revues :

Alain CAPIEZ, « Réseaux d'entreprise et performance : une approche empirique », *Comptabilité Contrôle Audit et institution(s)*, 2010

Arièle LAMBERT BARRAQUIER, « Ingénieries collaboratives et coordination des parcours de personnes handicapées », *Vie sociale*, 2014

Brian UZZI, The sources and consequences of embeddedness for the economic performance of organisations: the network effect, *American Sociological*, 1996

Brigitte DUJARDIN, « Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins », Bulletin des bibliothèques de France (BBF), 2006

Cécile PETITQUEUX-GLASER, Saïd ACEF, Mohsen MOTTAGHI, « Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? », *Vie Sociale*, 2010

Corinne GRENIER et Sandra GUITTON-PHILIPPE, « La question des regroupements/mutualisations dans le champ sanitaire et social : 'l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? », *Management et avenir* 2011

Delphine ROY, « Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement », *Revue française des affaires sociales*, 2016

François Reynaud, « Les personnes handicapées vieillissantes : évolutions récentes », *Gérontologie et Société*, 2019

Gérard CHARREAU, « La théorie positive de l'agence : une synthèse de la littérature », *Economica*, 1987

Jean KERVASDOUE, La réforme perpétuelle, « *Inflexions* », 2012

Marc FOURDRIGNIER, « Les coopérations, de nouvelles transactions dans le travail social ? », *Pensée plurielle*, 2016

Marcel JEAGER, « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », *Vie sociale*, 2010,

Marie-Pascale SENKEL, Bruno DURAND et Hoa VO, « La mutualisation logistique : entre théories et pratiques », *Logistique et Management*, 2013

Mark GRANOVETTER « Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness », *American Journal of Sociology*, 1985

Myriam Le Sommer-Père, « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société*, 2002, numéro 100

« Politiques sociales locales », *Revue française des affaires sociales*, 2019

### **Site internet :**

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

[www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)

[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

[www.viepublique.fr](http://www.viepublique.fr)

[www.gouvernement.fr](http://www.gouvernement.fr)

[www.pour-les-personnes-âgées.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-âgées.gouv.fr)

[www.ehpa.fr](http://www.ehpa.fr)

[www.cairn.info.fr](http://www.cairn.info.fr)

[www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)

[www.wikipédia.fr](http://www.wikipédia.fr)

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)

[www.sietmanagement.fr](http://www.sietmanagement.fr)

[www.drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr)

[www.anclic.fr](http://www.anclic.fr)

### **Textes législatifs et réglementaires :**

*Circulaire DAS/RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination*

*Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)*

*Code de la Santé Publique*

*Code du Commerce*

*Code de l'action sociale et des familles*

*Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales*

*Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière*

*Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*

*Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

*Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*

*Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*

*Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat*

*LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*

### **Thèses et mémoires :**

L. DROUET, « *La place des usagers dans les stratégies de rapprochement des établissements sociaux et médico-sociaux en 2016* », mémoire MAE : Master Management des Organisations de Santé et Médico-Sociales, 2016

Benoît COSTA, « *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* », mémoire EHESP, 2009

## Rapports :

Cour des Comptes, « *Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés* », novembre 2005

Haute Autorité de Santé, « *Synthèse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles – pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap* », 2018

Rapport PIVETEAU, « *Zéro sans solution* » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, 2014

## Enquêtes :

DREES, *Enquête ES-Handicap*, 2014

DREES, *enquête Aide sociale*, 2019

## Autres documents :

Cahier d'activités d'apprentissage, *Les formes organisationnelles selon Henry Mintzberg*, Par Alain DEPUIS et Richard DÉRY

EHPAD Bartischgut, *Convention Tripartite*, 2014 – 2019

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, « *Guide méthodologique des coopérations territoriales* », 2011

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé

Stéphanie DAMERON, « *Les deux conceptions du développement de relations coopératives dans l'organisation* », Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, 2001

# ANNEXES

## Annexe numéro 1 : Convention créée lors du stage.

### Entres les soussignés :

L'EHPAD Bartischgut situé au 7 rue Bartisch, 67100 Strasbourg

ET

L'association UnisCité situé au 47 Route de Bischwiller, 67300 Schiltigheim

### Préambule :

L'association UnisCité a comme mission d'organiser et de promouvoir le service volontaire des jeunes pour la solidarité, afin de contribuer à l'émergence d'une société d'individus

- responsables,
- solidaires,
- et respectueux des différences.

Depuis 2010, l'association développe un programme national de service civique sur toute la France.

### Est convenu et arrêté ce qui suit :

#### 1. Objet

La présente convention régit la relation unissant les deux associations dans l'objectif d'accueillir trois services civiques au sein du Bartischgut qui effectueront des animations sur les temps prévus à cet effet.

La convention précise les droits et obligations des deux cocontractants afin que le partenariat puisse se dérouler dans l'intérêt de chacun.

#### 2. Durée de la Convention

La convention produit ses effets à partir de la date de signature jusqu'au 30 juin 2021.

Cette dernière pourra éventuellement être reconduite sur accord des deux parties.

#### 3. Droits et engagements de l'EHPAD Bartischgut

L'EHPAD s'engage à préparer l'arrivée du partenaire et à lui assurer des conditions convenables de travail. De ce fait :

- Un espace dédié aux animations leur sera mis à disposition
- Avec l'accord des animatrices, du matériel pourra être prêté dans la limite du stock disponible
- Une animatrice du Bartischgut sera présente à chacune de leurs interventions notamment pour leur apporter une aide dans l'accompagnement des résidents déficients visuels

#### 4. Droits et engagements du partenaire

Le partenaire s'engage :

- A respecter le mode de fonctionnement du Bartischgut
- A respecter le matériel prêté et ne pas le détériorer
- A consulter les animatrices au sujet du thème de l'intervention
- A préparer et animer l'intervention
- A effectuer ces prestations sans contrepartie financière

#### 5. Modifications

La présente convention peut être révisée par les parties d'un commun accord en cas de besoins par un avenant.

#### 6. Résolution des litiges

A défaut d'accord amiable entre les parties, les litiges seront de la compétence des tribunaux de Strasbourg.

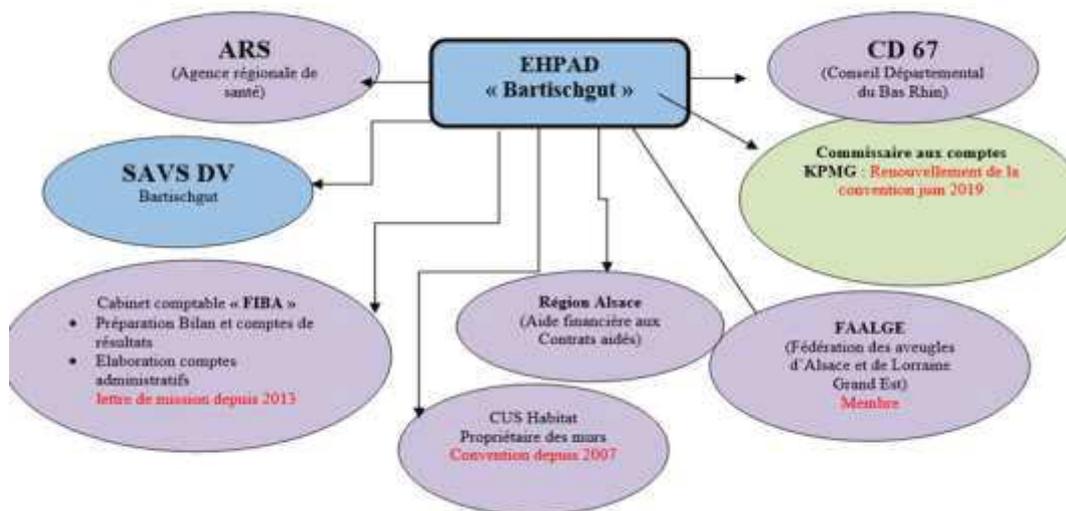
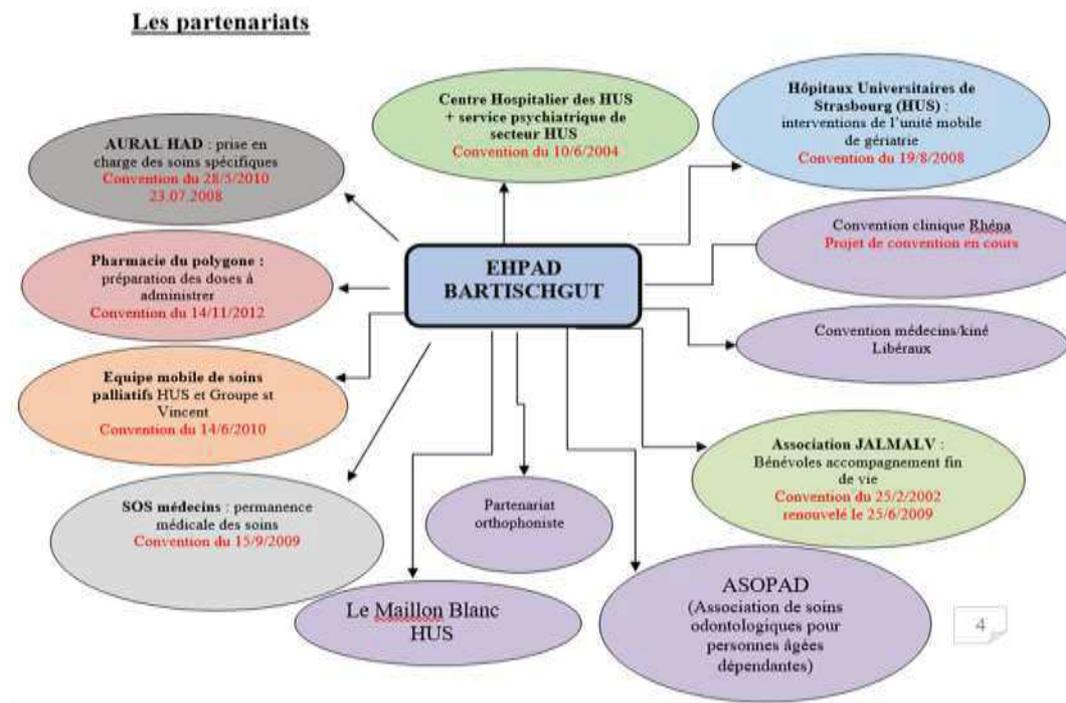
##### L'EHPAD Bartischgut

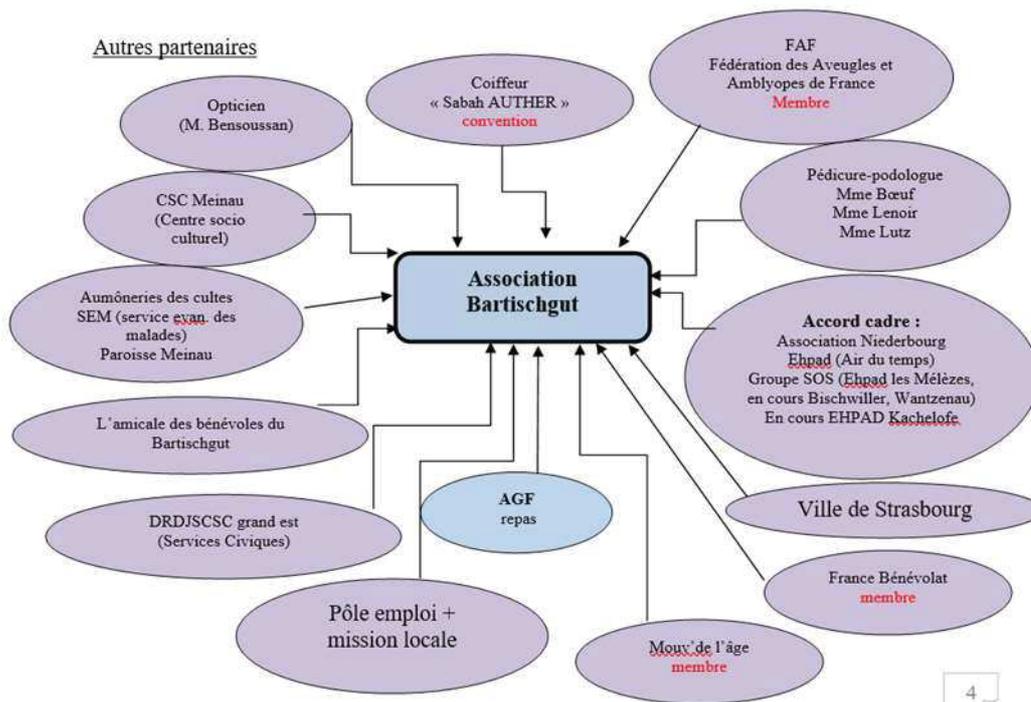
Date et signature
-------------------

##### Le partenaire

Date et signature
-------------------

**Annexe numéro 2 :** Schémas reprenant l'ensemble des partenaires de l'EHPAD Bartischgut.





**Annexe numéro 3** : Questionnaire – Méthodologie de recherches :

<https://forms.gle/B6CHNSRmicxjkD4y9>

**Annexe numéro 4 :** Le mail qui a été transféré pour récolter des réponses au questionnaire.

---

**Envoyé :** vendredi 2 juillet 2021 13:46

**Objet :** Questionnaire - étudiante Master Management des Organismes Sociaux

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en Master Management des Organismes Sociaux à l'Université de Strasbourg et suis actuellement stagiaire de Direction au sein de l'EHPAD Bartischgut de Strasbourg. J'ai décidé de faire mon mémoire sur la coopération entre établissements et plus précisément, entre professionnels des domaines du handicap et/ou des personnes âgées. Et ce, dans une logique de parcours.

Au vu de l'évolution démographique, les établissements et services du champ du handicap sont amenés de façon inédite à accompagner un public vieillissant, et les structures du champ gérontologique sont conduites à accueillir des personnes de plus en plus dépendantes.

En répondant au questionnaire, vous me permettrez de comprendre comment face à cette situation, il est possible d'assurer une bonne prise en charge des usagers. Et à l'inverse, quels en sont les obstacles. Voici le lien : <https://forms.gle/B6CHNSRmicxjkD4y9>

Je vous remercie par avance pour le temps consacré au questionnaire. Vos réponses sont essentielles pour moi.

Bien cordialement,

PETER Alizée.

## Annexe 5 : Retours positifs suite à l'envoi du questionnaire

### RE: Questionnaire - étudiante Master Management des Organismes Sociaux

à : Alizée

---

Bonjour Alizée

Votre questionnaire était simple, précis, clair

Je n'ai mis que 5min pour le remplir

Après finalisation de votre mémoire, je serais agréablement intéressée pour le lire et en faire des extractions avec les 6 chefs de service de mon pôle

Soyez la bienvenue dans le secteur médico-social/sanitaire

Secteur dans lequel je prends plaisir à travailler et à œuvrer au quotidien depuis 32 ans

Bonne continuation dans votre projet professionnel

Bien cordialement

### RE: Questionnaire - étudiante Master Management des Organismes Sociaux

à : Alizée

---

Bonjour Madame,

J'ai fait réponse à votre demande, le thème m'en semble en effet très pertinent.

Bonne continuation à vous,

### RE: Questionnaire - étudiante Master Management des Organismes Sociaux

à : Alizée

---

Bonjour Madame PETER,

Je viens de répondre à votre questionnaire. A terme, je serais très intéressé par la lecture de votre mémoire si c'est envisageable.

Ci-joint un petit lien qui pourrait peut-être vous intéresser si toutefois vous n'en avez pas déjà pris connaissance.

<https://www.avenir-esat.org/>

## Annexe 6 : Exemple d'un projet (simple) inséré dans GanttProject

