

Colloque Chercheurs – Acteurs

ÉCONOMIE SOCIALE ET ÉTAT SOCIAL AU XXIÈME SIÈCLE :  
QUELS RÉ-ALLIANCE ET LEVIERS POUR RÉINVENTER LE MODÈLE SOCIAL FRANÇAIS ?

Vendredi 16 et Samedi 17 juin 2017

Université Paris-Est Marne-la-Vallée

Site Val d'Europe

**Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale de Lorris  
ou la santé comme un commun de territoire**

Auteurs : collectif chercheurs acteurs de Lorris

Introduction

Dans l'émergence et la construction des communs, la menace sur la ressource joue un rôle que l'on peut qualifier de déclencheur. Nous l'observons dans l'exemple que donne Ostrom (1990) au début de son ouvrage majeur en ce qui concerne les pêcheurs de la région d'Alania en Turquie dont le début de sur-pêche menace la durabilité de l'activité. Dans cet exemple, l'autre élément décisif est la présence d'une organisation collective sous la forme d'une coopérative autour de laquelle la solution sera peu à peu élaborée. A Lorris, nous retrouvons ces deux conditions : la désertification médicale qui menace l'accès à la santé et un collectif formé par les directions de trois puis quatre structures du médico-social. C'est l'histoire de cette émergence d'un commun de santé sur le territoire de Lorris toujours en cours de construction que nous allons analyser sous le point de vue de son acteur-leader, l'association du Clos du Roy, avec lequel notre recherche est menée. S

En arrière-plan de cette histoire, il y a notre hypothèse de recherche selon laquelle sur les territoires des réalités de l'économie sociale et solidaire constituent des communs sociaux parce qu'elles construisent collectivement l'accès à des ressources sociales, ici la santé, pour les personnes du territoire, notamment pour les plus fragiles d'entre elles, en les associant. Ces communs sociaux, en introduisant une logique tripolaire entre privé, public et commun, qui reconfigure et le marché et l'Etat, sont porteurs potentiellement d'une réinvention du modèle social français.

Approchée par le prisme des communs sociaux, cette histoire interroge également fortement la place et le rôle des pouvoirs publics locaux et des acteurs du système public de santé dans la réalisation effective des droits fondamentaux liés à la santé sur les territoires ruraux.

## **1 – Une dynamique territoriale multi-acteurs pour pallier aux défaillances du système public de santé sur le Pays de Lorrain**

Au départ de cette dynamique collective, on trouve des établissements du médico-social partageant une implantation sur le territoire du Pays de Lorrain et confrontés de manière isolée à des défaillances du système public de santé menaçant la possibilité réelle pour leurs bénéficiaires et usagers d'accéder aux services de soins et de prévention des risques de santé.

Sur le territoire de Lorrain, le système public devant garantir l'accès aux soins et la prévention est constitué de professionnels de santé indépendants délivrant des prestations prises en charge par le service public national de sécurité sociale.

### *1.1 La structuration progressive d'un collectif territorial de santé*

En 2005, à l'origine de la démarche, deux établissements médico-sociaux étaient installés sur le territoire du Pays de Lorrain sans que des coopérations spécifiques ne se soient développées entre eux : un foyer de vie pour adultes handicapés « Le Clos Roy » géré par l'association « Les Clos du Loiret » et un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) public, la « Résidence Emilie ». C'est l'annonce de l'installation d'un troisième établissement du médico-social sur le territoire, une Maison d'accueil spécialisée (MAS) portée par l'association « HANDAS », qui constitue l'élément déclencheur de cette dynamique.

C'est l'association « HANDAS » qui initie une démarche vers les établissements médico-sociaux déjà présents sur Lorrain. Celle-ci rencontre positivement les pratiques professionnelles du foyer du « Clos du Roy » qui consistent à « aller vers ». La concomitance avec le changement de direction au sein de la résidence Emilie » permet la mise en place d'une rencontre trimestrielle des 3 directions (le G3) autour d'un repas organisé à tour de rôle et très vite ouvert aux équipes de direction des 3 établissements (environ 10 personnes). Le lancement du G3 fait l'objet d'une communication externe vers l'Agence Régionale de Santé (ARS), la presse, les élus locaux et départementaux... mais également en interne vers les salariés-es des établissements en particulier pour le « Clos Roy ».

Le G3 qui va jouer le rôle d'espace ouvert de proximité permettant l'interconnaissance et le partage des pratiques et des enjeux entre les structure naît dans un contexte favorable au démarrage d'une dynamique collective : des personnes ouvertes à la coopération à la tête des 3 établissements, reliées par une proximité géographique mais aussi organisationnelle (secteur du médico-social) mais aussi avec une première expérience positive facilitant l'interconnaissance puisque la future directrice adjointe du foyer du « Clos Roy » va, dès 2005, réaliser un stage dans la MAS qui ouvre pour devenir cadre du médico-social

De 2005 à 2009, le G3, à partir d'une volonté partagée de « faire des choses ensemble », de s'ouvrir, de décloisonner, permet la construction progressive de la confiance par des expériences de coopérations. Les réunions du G3 évoquent toujours en premier lieu les besoins liés aux bénéficiaires puis les besoins liés aux salarié-es et enfin les autres sujets. La recherche de mutualisation des expériences pour les salarié-es débouche sur la mise en œuvre de formations et stages inter-

établissements, tandis que la recherche de solutions locales aux problèmes rencontrés pour certains bénéficiaires conduit à la mise en place des accueils temporaires à la MAS pour le public du « Clos du Roy » et à la mutualisation de l'usage de la balnéothérapie installée à la MAS. La mutualisation porte aussi sur la recherche de solutions à des problèmes matériels (une machine en panne par exemple).

Par ces temps d'échange et d'intelligence collective, les équipes de direction ont « pris l'habitude de réfléchir en plus grand et à plusieurs ». L'enjeu de l'accès aux soins sur le territoire de Lorris émerge donc « naturellement » de ces temps de rencontre à partir du constat que les trois structures, et au travers elles leurs publics, partagent les mêmes professionnel-les de santé qui expriment tous leur épuisement, et se retrouvent confrontées à la même problématique de raréfaction de l'offre de services de santé sur le territoire. Les structures vont alors se construire un intérêt mutuel à partir de leur constat des défaillances du système public de santé sur leur territoire.

Notons que si deux de ces trois structures, (L'association des « Clos du Loire » et l'association HANDAS) appartiennent au champ de l'Economie Sociale et Solidaire tel qu'il sera défini par la Loi de juillet 2014, elles ne se vivent pas à l'époque comme des structures de l'ESS mais uniquement comme relevant du secteur médico-social.

A partir des intérêts particuliers des structures - la Maison d'Accueil Spécialisé ayant des difficultés à recruter du personnel médical, le foyer de vie et l'EHPAD rencontrant des difficultés pour obtenir des rendez-vous de santé préventive pour leurs résident-es - mais aussi du constat de l'augmentation de l'âge des résidents au « Clos du Roy » révélant la problématique du vieillissement des personnes handicapées mentales - les structures du collectif ont construit un intérêt mutuel : prendre en charge collectivement l'accès aux soins et à la prévention pour leurs résidents.

Cet intérêt mutuel s'est cependant rapidement élargi à un intérêt collectif au territoire à partir du constat partagé par la population (dont les salariés) et fréquemment évoqué lors des élections locales de désertification médicale face à la hausse des besoins locaux.

La veille réalisée conjointement par les structures a alors permis de repérer l'idée de Maison de Santé Pluridisciplinaire et a donné une nouvelle impulsion à la dynamique collective.

Au même moment, une quatrième structure intègre la dynamique : le Président de l'ADAPA, association d'aide à la personne, élu d'une des communes du Pays de Lorris, entend parler de la dynamique et de l'idée de maison de santé. Le président de l'ADAPA se rapproche du G3 qui devient alors le G4.

### *1.2 Le passage à un commun territorial de santé : le projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire*

Le projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire repose donc sur la construction d'un intérêt collectif au territoire qui dépasse l'intérêt mutuel des structures et qu'il convient d'analyser. Plusieurs éléments de contexte interviennent ici :

- Face aux problèmes d'accès à la santé rencontrés, une réponse en interne par la coopération des structures n'aurait pas été une solution en raison du manque de professionnels de santé sur le territoire.
- Une culture construite et partagée qui pousse les structures à chercher des solutions à l'extérieur.

- Plusieurs acteurs du collectif sont aussi des élus donnant une dimension d'intérêt général aux problèmes rencontrés par les structures.
- Une politique territoriale d'ouverture. Ainsi la mairie a cédé pour 1€ symbolique le terrain sur lequel s'est implanté la MAS en 2005.
- Un sentiment partagé d'appartenance au territoire par le fait que le château et son parc dans lequel sont implantées les résidences destinées à l'hébergement des personnes accueillies au Clos Roy, est un lieu symbolique de l'histoire de Lorris et par le fait que les salarié-es et dirigeant-es sont pour beaucoup des résidents du territoire. Ce sentiment partagé se mue en conscience territoriale car des personnes membres du G4 sont aussi des élus locaux (directeur du clos du Roy et le président de l'ADAPA) et introduisent dans la dynamique une vision politique du territoire.
- Ces « élus-acteurs » entretiennent des liens politiques avec la Région Centre Val de Loire qui s'engage alors fortement pour le développement de Maisons de Santé Pluridisciplinaires sur le territoire régional et ont su saisir cette opportunité.

La dynamique va alors intégrer les élus locaux dans une logique de co-construction du projet et d'utilité sociale au territoire. Le G4 et leurs associations présentent l'idée au maire de Lorris, au président de la Communauté de Communes et au conseiller général du canton qui y adhèrent et participent avec les quatre directeurs aux réunions avec l'ARS, la Région Centre Val de Loire, l'Etat (SGAR) et le Pays du Gâtinais dont dépend Lorris. Pendant plus de quatre ans, de 2010 à 2015, les réunions du G4 élargies aux 3 élus sont mensuelles. La présence des associations financées par l'ARS a facilité la construction de la légitimité institutionnelle du projet et permis par exemple d'obtenir un financement de l'ARS pour faire réaliser, par l'Observatoire Régional de la Santé, le diagnostic territorial.

Plusieurs éléments permettent de considérer l'histoire des acteurs de Lorris comme l'histoire de la construction d'un commun social de territoire autour de la santé.

Les communs sont des actions collectives qui permettent aux acteurs de construire ensemble des règles et des modalités de gouvernance permettant de gérer et développer l'accès à la ressource qu'ils considèrent comme menacée le plus souvent sur un territoire. On retrouve ces caractéristiques dans la dynamique collective sur le Pays de Lorris mais avec une visée universaliste : face à un problème rencontré par des structures du médico-social sur un territoire rural enclavé, les acteurs construisent leur solution comme une réponse à un problème commun où la santé est conscientisée comme une ressource dont il faut prendre soin afin qu'elle soit accessible à tous, aux plus fragiles dont les plus âgés en particulier.

Or les communs sociaux ajoutent justement une visée de justice sociale à l'approche « traditionnelle » des communs qui se traduit par le fait que la ressource gérée en commun fait l'objet d'un jugement partagé d'utilité, de désirabilité et d'un vœu de dotation équitable construit par la délibération. Autrement dit, si les droits d'accès à la ressource ont une visée universaliste, leur gouvernance collective est toujours locale et démocratique. C'est en cela que l'approche par les communs sociaux permet potentiellement de réinventer le modèle social français car, si la santé en tant que droit fondamental constitue le cœur du système public de santé depuis 1945, l'approche par les communs sociaux permet de construire localement et démocratiquement la gouvernance de ce système.

C'est ce que l'histoire de l'action collective en Pays de Lorris nous montre avec la création, avec l'aide de l'UNIOSS (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux),

du Groupement de Coopération Sociale et Medico-Sociale (GCSMS) en janvier 2013 pour porter la Maison de Santé Pluridisciplinaire.

Le principe d'une coopération sociale et médico-sociale n'est pas nouveau. En effet, il figurait déjà dans la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales mais était peu exploité. La loi du 2 janvier 2002 a souhaité redynamiser la coopération entre les différents intervenants de l'action sociale et médico-sociale en introduisant à côté des outils de coopération existants (notamment la convention, le groupement d'intérêt économique (GIE), le groupement d'intérêt public (GIP)), un nouvel outil : le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Inspiré du groupement de coopération sanitaire (GCS), le GCSMS ne verra son rôle clarifié qu'à l'occasion de la publication de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées avant qu'un décret, en date du 6 février 2006, ne vienne fixer les modalités de sa mise en œuvre.

Et c'est justement dans la mise en œuvre et en particulier dans la gouvernance du GCSMS de Lorris que les acteurs ont traduit leur volonté de dépasser la recherche de solutions mutualisées aux défaillances du système public de santé sur le territoire de Lorris (construction d'un commun), pour rechercher l'intérêt collectif au territoire au travers du projet de territoire de santé co-construit (construction d'un commun social). La dynamique engage alors les pouvoirs publics locaux et parvient à interpeller les instances de régulation du système public de santé (Agence Régionale de Santé) permettant d'éclairer également la place et le rôle spécifique que doivent avoir les pouvoirs publics dans la construction des communs sociaux de territoire.

## **2 – La place et le rôle des pouvoirs publics : une spécificité des communs sociaux**

Dans les communs sociaux, on cherche à avoir une gouvernance localisée, multi partenariale et délibérative entre les membres et qui tend également à l'inclusion des habitants. Par ce mode de gouvernance recherchée, les communs sociaux introduisent une logique tripolaire entre privé, public et commun qui fait, des pouvoirs publics, des acteurs à part entière de l'action collective instituante. Ce rôle d'acteurs ou de partenaire opérationnel des communs sociaux est essentiellement porté par les municipalités et les EPCI. L'histoire de la dynamique sur Lorris, illustre parfaitement l'importance de ce rôle de partie-prenante des pouvoirs publics locaux dans le processus de co-construction d'un commun social territorial autour de la santé.

### *2.1 La Maison de Santé Pluridisciplinaire : un projet impulsé par les acteurs mais réalisée par un processus de co-construction avec les élus et collectivités locales.*

Le GCSMS comprend des membres fondateurs : Le Clos Roy, l'ADAPA, l'EHPAD et des membres associés : la MAS, la commune de Lorris, la Communauté de Commune de Lorris, et les conseillers départementaux du canton de Lorris ainsi que les 2 pharmacies. La Maison de Santé Pluridisciplinaire devant en devenir membre associé via un Pôle Territorial de Coopération Economique lors de sa création.

En 2011, l'association HANDAS, gestionnaire de nombreux établissements et services pour enfants et adultes en situation de polyhandicap, a fusionné avec l'Association des Paralysés de France (APF). C'est donc l'APF qui devait statuer sur l'entrée de la MAS de Lorris dans le GCSMS. Contrairement aux autres directeurs de structures qui sont en position décisionnaire avec l'accord de leurs Associations, le directeur de la MAS devait en référer au directeur régional de l'APF – lequel exigeait une refonte du projet pour que la MAS intègre les membres fondateurs, ce qui a été refusé par l'ensemble des autres acteurs de la dynamique. La MAS est donc devenue membre associé du GCSMS, ce qui lui a ensuite été reproché par l'ARS. Cet épisode illustre les tensions et éventuels conflits qui peuvent survenir dans les dynamiques de coopération territoriale entre des petites structures directement décisionnaires et des établissements dépendants de structures de plus grosse envergure organisée sur un mode pyramidal.

Le GCSMS présente le projet devant le Conseil Communautaire qui accepte de reporter son projet de salle omnisport sur Lorris pour que l'investissement puisse être consacré à la construction de la MSP. L'accord des élus des 14 communes composant l'intercommunalité a reposé sur le fait que l'accès à la santé est une thématique récurrente de la politique locale. Mais le projet génère également des tensions en interne (salarié-es mais aussi Conseil d'Administration) du Clos du Roy car la direction est beaucoup accaparée à l'extérieur – les salarié-es et le CA avaient une connaissance des coopérations avec les autres établissements mais s'interrogent sur la pertinence d'étendre l'action à l'intérêt du territoire (de l'intérêt mutuel vers l'intérêt général). Le partage du projet lors des réunions générales permet d'emporter progressivement l'adhésion des salarié-es qui sont aussi des habitants du territoire.

Le GCSMS ne dispose d'aucun moyen financier pour l'animation qui repose sur l'apport en nature (en temps) de chacune des structures et personnes. Il ne dispose pas non plus des compétences techniques pour suivre le chantier de construction de la MSP. Face au risque financier sur un projet estimé à 1,3 millions d'euros avec 50% de subvention et 50% d'emprunts, la Région demande à ce que ce soit la Communauté de Communes qui porte la Maison de Santé Pluridisciplinaire. La Communauté de Communes, membre associé du GCSMS, devient donc porteuse de la MSP et à ce titre reçoit les subventions régionales, emprunte, fait construire, gère le dossier FEDER... et assume les aménagements extérieurs, les frais de montage du dossier et la prise de risque. La commune apporte le terrain pour 1€ symbolique.

Le projet de MSP a donc été impulsé par les acteurs du médico-social mais réalisé par un processus de co-construction avec les élus et collectivités locales qui a permis de répondre à la demande de l'instance régulatrice du système public de santé au niveau régional (l'ARS) que la MSP soit portée par la Communauté de Communes. Mais sans « déposséder » les acteurs initiateurs de la dynamique du projet puisque sa gouvernance effective passe par le GCSMS et que sa coordination quotidienne est réalisée par la direction du « Clos Roy ».

La volonté d'assurer un accès réel à la santé et pas seulement aux services de soins à l'ensemble de la population avec une attention particulière pour les plus fragiles (personnes plus âgées, handicapées) pousse les acteurs du GCSMS à ne pas s'arrêter sur le succès de la création de la MSP mais à poursuivre l'histoire de la construction de leur commun.

## 2.2. Un commun toujours en cours de construction

Sur la lancée de la dynamique ayant mené à l'ouverture en mai 2015 de la MSP, et sur les conseils de l'UNIOPSS, le GCSMS dépose un dossier en réponse à l'appel à projets interministériel de juin 2015 visant à soutenir les Pôles Territoriaux de Coopération Economique.

Les Pôles Territoriaux de Coopération Economique sont inscrits dans la Loi de 2014 sur l'Economie Sociale et Solidaire. Elle les définit comme « *le regroupement sur un même territoire d'entreprises de l'économie sociale et solidaire, qui s'associent à des entreprises, en lien avec des collectivités territoriales et leurs groupements, des centres de recherche, des établissements d'enseignement supérieur et de recherche, des organismes de formation ou toute autre personne physique ou morale pour mettre en oeuvre une stratégie commune et continue de mutualisation, de coopération ou de partenariat au service de projets économiques et sociaux innovants, socialement ou technologiquement, et porteurs d'un développement local durable* ».

Le projet de PTCE intitulé « Projet territorial de Santé du Pays de Lorrain » a été élaboré dans le cadre de la gouvernance partagée entre les acteurs et les collectivités locales que constitue le GCSMS sur le Pays de Lorrain. Il se propose ainsi de :

« - développer des coopérations et des mutualisations en matière de santé en conjuguant le développement économique local à la santé et en renforçant l'attractivité du territoire ;

- piloter le projet territorial de santé à gouvernance partagée en développant de nouvelles réponses, de nouvelles activités et structures et ainsi contribuer au dynamisme économique du territoire. »

Malgré le refus du financement dans le cadre de ce second appel à projet sur les PTCE, certaines actions prévues dans le cadre de ce dossier sont actuellement en cours de réalisation et témoignent de la poursuite de la dynamique partenariale entre les acteurs et les pouvoirs publics locaux pour construire des solutions territoriales répondant aux défaillances du système public de santé :

- la création d'un « circuit sécurisé du médicament » : Il répond à la problématique de pénurie d'infirmières sur le territoire qui dans un fonctionnement classique dans chaque établissement du médico-social préparent les médicaments du jour pour les personnes hébergées. Dans le système mis en place à Lorrain, la préparation de ces médicaments est réalisée dans l'officine pharmaceutique sous le contrôle du pharmacien et les boîtes individuelles et identifiées sont ensuite livrées aux centres d'hébergement pour permettre l'administration des traitements médicaux sans nécessiter la présence d'une infirmière pour cela. Ce circuit sécurisé du médicament a été rendu possible par l'engagement militant du pharmacien qui a aujourd'hui regroupé les deux officines de Lorrain, qui participe aux réunions et a accepté de réaliser l'investissement nécessaire. Il est important de noter que l'EPHAD « la résidence Emilie » ne participe pas encore à cette action en raison d'un changement dans son personnel de direction.

- la création d'une Maison d'accueil pour Personnes Handicapées Agées (MAPHA) de 10 places, pour répondre aux enjeux du vieillissement des personnes en situation de handicap mental, constitue le 2<sup>ème</sup> projet du GCSMS porté plus spécifiquement par le foyer de vie « le Clos Roy ». Il nécessite la construction d'un bâtiment nouveau, sur un terrain apporté par la commune – très proche de la MSP.

- Sur ce même terrain, un bâtiment existant à rénover fait l'objet d'un projet, porté par le GCSMS, de création d'une salle d'activité gérée en commun qui permettra notamment de développer l'axe d'action prévu dans le dossier PTCE : « développer des actions de promotion et de prévention santé à destination des publics fragilisés ».

- enfin, à l'horizon 2020, le GCSMS porte la mise en œuvre d'une production mutualisée de repas sur le site de l'EPHAD qui aura été rénové et qui concernera également l'ADAPA pour le portage des repas et des médicaments à domicile.

Le GCSMS est le cadre de la gouvernance du PTCE de Lorris. Aujourd'hui, les réunions du GCSMS sont redevenues trimestrielles et servent de support d'animation du PTCE. Si les statuts du GCSMS prévoient que les décisions soient prises par les membres fondateurs, dans la pratique les membres associés participent pleinement aux prises de décision sur la base de la recherche du consensus. Chaque membre dispose de deux places au GCSMS pour éviter les absences mais aussi pour pouvoir inviter d'autres personnes à participer et ainsi élargir le collectif. Il apparaît également que le « Clos Roy » y joue le rôle de leader coopératif informel en mettant des moyens humains importants au service du GCSMS.

Les pouvoirs publics locaux ont donc non seulement sécurisé les arrangements institutionnels établis entre les acteurs mais adopté une posture de co-production en devenant partie prenante de la dynamique collective et en jouant un rôle très actif dans la conception et la réalisation des projets. A partir d'une dynamique entre acteurs plutôt homogènes (médico-social), le PTCE de Lorris est entré dans une démarche multi-partenaire en regroupant aujourd'hui des parties prenantes plus diversifiées (pouvoirs publics, pharmacien, association d'aide à la personne). Cette volonté d'intégrer des parties prenantes diversifiées se manifeste particulièrement dans l'idée de création d'une résidence autonomie pour personnes âgées (un foyer intermédiaire entre domicile et EHPAD) qui pose à nouveau la question du porteur. Le GCSMS souhaiterait qu'un bailleur social devienne partenaire et membre associé au travers de ce projet.

L'histoire de la dynamique collective autour de la santé sur le territoire de Lorris met en évidence également un élargissement progressif des finalités. A partir d'une volonté d'ouverture entre structures du médico-social pour faire face à leurs problématiques de gestion du personnel et de prise en charge de leurs bénéficiaires, la dynamique s'est élargie vers la gestion en commun de l'accès aux soins sur le territoire pour aujourd'hui s'orienter vers la prise en charge collective du bien-être au travers de projets co-construits visant le « bien vieillir sur le pays de Lorris ».

Cette histoire racontée du point de vue de l'acteur leader questionne cependant fortement le rôle et la place des acteurs du système public de santé dans la co-construction de remédiations territoriale à ses défaillances et laisse apparaître des freins.

### **3– Les freins rencontrés et les questions en suspens**

La dynamique des communs sociaux n'annule ni l'Etat, ni le marché. Elle les reconfigure. Pour cela il est nécessaire qu'elle exerce un effet structurant. Ce dernier se confronte à des résistances aussi bien du côté du marché que de l'Etat, des professionnels privés de santé que des pouvoirs publics en matière de santé.



### *3.1 La place des acteurs du système public de santé : la coopération à l'épreuve de la logique libérale des professionnels de santé.*

Dans l'histoire de cette dynamique collective les professionnels de santé du territoire à l'exception du pharmacien « militant » nous semblent absents.

Le constat de départ d'une difficulté partagée d'accès aux soins et à la prévention pour les bénéficiaires des structures du médico-social provient également de discussions avec le médecin généraliste exerçant en cabinet libéral et qui intervient dans ces établissements. Ces discussions portent sur la situation des professionnels de santé sur le territoire : manque de temps structurel (situation de sur-demande), épuisement, vieillissement et non remplacement ...Mais ce n'est qu'au moment de l'aboutissement du projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire que les membres du GCSMS ont organisé la communication vers les professionnels de santé du territoire élargi en organisant une réunion dans les locaux de la Maison d'Accueil Spécialisé réunissant 40 professionnels.

Si on peut s'étonner de cette inclusion tardive des professionnels de santé dans un projet concernant l'accès aux soins, il faut souligner le rôle de médiateur joué par le GCSMS entre des élus peu à l'aise avec les questions de santé et des professionnels de santé surchargés de travail et culturellement peu enclins aux coopérations (professions libérales). Pour les structures du médico-social, ce rôle de médiateur visait à ce que les professionnels de santé aient une meilleure connaissance de leurs publics et que l'offre de santé sur Lorris s'améliore pour leurs publics, leurs salarié-es et pour toute la population.

Si en majorité, les professionnels présents lors de cette réunion à la MAS ont exprimé un intérêt pour le projet, très peu se sont effectivement impliqués dans la création de la Société Civile de Moyens leur permettant d'intégrer la MSP. Dans la pratique, c'est la directrice adjointe du « Clos Roy » qui a assumé le rôle d'accompagnement des professionnels de santé par le GCSMS en animant une réunion par mois pour arriver à l'écriture du projet médical (acté par l'ARS), à l'écriture des statuts de la Société Civile de Moyens (actés par l'ARS) et qui, aujourd'hui encore, joue le rôle de médiateur et d'accompagnement pour l'inclusion de nouveaux professionnels de santé dans le projet.

La culture de la coopération n'est donc pas partagée par l'ensemble des parties prenantes. Les acteurs du médico-social soulignent ainsi la faible habitude et appétence des professionnels libéraux de santé pour les mutualisations et coopérations : pas de secrétariat mutualisé, pas d'utilisation du dossier médical partagé permettant le suivi pluri disciplinaire des patients, et en même temps un fort corporatisme des professions médicales. Cette culture professionnelle des acteurs du système public de santé et le manque de temps de ces professionnels en situation de sur demande peut expliquer que le projet de MSP n'ait absolument pas été co-construit avec ces professionnels de santé.

Mais cette posture constitue aujourd'hui un frein puisque ces professionnels réunis au sein d'une société civile de moyens et occupant la MSP ne semblent pas enclins à modifier leurs pratiques ni à prendre en charge la recherche et l'intégration de nouveaux collègues. Ils développent ainsi des stratégies basées sur leur intérêt individuel qui provoquent des échecs lors des tentatives

d'installation de nouveaux praticiens dans la MSP et nécessite une médiation constante par le GCSMS.

Seul le pharmacien, qualifié de « militant » par les acteurs du médico-social est pleinement impliqué comme en témoigne les risques financiers qu'il a assumé seul pour la mise en œuvre du « circuit sécurisé du médicament » ou sa volonté de contribuer à des animations de promotion et de prévention santé à destination des publics fragilisés dans le cadre de la salle d'activité gérée en commun.

C'est le mode de gouvernance informel du GCSMS et le projet PTCE qui permettent à ce professionnel de santé de s'inclure dans la dynamique. En effet, le cadre légal des GCSMS ne permet pas à un pharmacien d'être membre d'un GCSMS mais le PTCE tel que défini dans la loi sur l'ESS le reconnaît comme une partie-prenante essentielle tandis que la gouvernance actuelle du GCSMS (ouverte avec recherche de consensus) lui donne une place effective dans la dynamique collective unanimement reconnue par les autres acteurs y compris les pouvoirs publics locaux.

A part le pharmacien, les praticiens de santé de Lorris ne sont donc pas des parties prenantes du projet. Pourtant des signes encourageants apparaissent : la sage-femme récemment installée dans la MSP s'implique davantage et semble plus ouverte à une culture de la coopération ; l'ensemble des professionnels de la MSP ont manifesté leur attachement à la salle de réunion qui leur permet des échanges autour de leurs pratiques professionnelles.

### *3.2 La fragilité de l'intérêt collectif face aux changements des pouvoirs publics locaux*

L'histoire de la dynamique de Lorris révèle aussi l'importance des liens de confiance interpersonnels dans ce type d'action collective instituante. En miroir, elle met aussi en évidence les risques que les changements des personnes leur font courir :

- les élus impliqués fortement dans la dynamique n'ont pas tous vu leur mandat renouvelé et si le changement du maire de Lorris ne semble pas avoir affecté la dynamique, les nouveaux élus départementaux ne participent plus aux réunions.
- le changement de direction à la tête de l'EPHAD a provoqué un retrait de la Résidence Emilie du projet de circuit sécurisé du médicament, ce qui aggrave considérablement le risque pris par le pharmacien d'investir dans le matériel permettant sa mise en œuvre.

Dans le cas de Lorris, la dynamique doit également faire face à des changements importants dans l'organisation administrative et politique locale avec la création, au premier janvier 2017, d'une intercommunalité regroupant la Communauté de Communes du canton de Lorris et deux autres EPCI (communautés de communes du canton de Châtillon-Coligny et du Bellegardois). Alors que la Communauté de Communes du canton de Lorris regroupait 14 communes permettant une proximité relationnelle forte avec tous les élus, la nouvelle intercommunalité issue de la Loi NOTRe, la communauté de communes Canaux et forêts en Gâtinais, regroupe 38 communes. Lors de notre rencontre avec les acteurs de Lorris en février 2017, aucune décision n'avait été prise pour savoir si ce nouvel EPCI reprenait la qualité de membre associé du GCSMS à la suite de la Communauté de Communes du canton de Lorris et qui il désignait éventuellement pour l'y représenter. Ces évolutions

ont appauvri, peut être temporairement, le caractère multi-partenaire de la dynamique et la posture de co-production des pouvoirs publics locaux faisant planer une incertitude sur les acteurs et les projets en cours.

Cette évolution administrative et politique touche particulièrement l'ADAPA dont les activités servent le canton de Lorris et pour qui, avec la nouvelle Communauté de Communes, la question du périmètre d'intervention se pose. Le président de l'ADAPA souhaite rester centré sur son territoire d'origine et reçoit le soutien des 14 communes du canton de Lorris. Mais ce positionnement fait courir un risque de conflit avec la nouvelle intercommunalité qui risque de rejaillir sur la dynamique collective.

Par ailleurs, l'ADAPA est aussi en conflit avec le département (son financeur) à propos des taux de prise en charge par le département des heures d'aide à domicile en milieu très rural. Sans hausse du prix de l'heure, l'ADAPA a annoncé qu'elle fermera au 01/04/2017. La fragilisation de l'ADAPA fait peser une menace sur les projets puisque cette structure devait assurer le portage des repas et des médicaments à domicile dans le cadre du parcours sécurisé du médicament et de la mise en place de la production mutualisée de repas sur le site de l'EPHAD. Les acteurs du G4 sont donc aujourd'hui devant un défi inédit qui est de coopérer pour venir en aide à l'une des quatre structures afin d'assurer la pérennité des projets.

Le rôle de l'Agence Régionale de Santé peut également être questionné en tant qu'acteur du système public de santé. Si l'ARS s'est montré facilitante dans le montage de la maison de Santé Pluridisciplinaire, elle reste impuissante pour inciter les professionnels de santé à sortir de leur logique non coopérative et à faciliter le fonctionnement de la MSP. Les acteurs du médico-social de Lorris ont déployé beaucoup d'énergie et de moyens pour trouver une solution aux défaillances du système de santé non seulement pour leurs bénéficiaires mais également pour la population. A contrario, les stratégies basées sur leur intérêt individuel des professionnels de santé indépendants rendues possibles par le manque d'implication de l'ARS et des pouvoirs publics nationaux pour les obliger à contribuer à l'intérêt général du système public de santé, mettent à mal ces efforts et obligent les structures du médico-social de Lorris à envisager de mutualiser un poste salarié de médecin ce qui revient pour elles à se recentrer sur leur intérêt mutuel et à délaisser leur volonté de contribuer à l'intérêt collectif de leur territoire.