

Fiche n°1 : Réaffirmer le rôle et la place des associations de solidarité face à un nouveau contexte de prestation et de contractualisation

Situation actuelle

L'environnement de notre secteur sanitaire et social est en plein bouleversement. En moins de quatre ans, de 2008 à 2011, il a connu des mutations de forte ampleur.

D'une part, les acteurs évoluent : la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) impacte notre organisation et nos rapports avec les autorités, la restructuration des services de l'Etat reconstruit notre environnement direct avec l'instauration d'un niveau régional (instauration des Agences Régionales de Santé, création des Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale...).

D'autre part, de nouveaux modes de régulation apparaissent ou se systématisent : exacerbation de la concurrence au détriment de la coopération interassociative, développement de procédures pluriannuelles avec les CPOM qui vont devenir obligatoires pour les structures dépassant certains seuils...

La systématisation d'une nouvelle procédure comme l'appel à projets a inversé les logiques, passant d'une procédure « ascendante » où le secteur associatif pouvait avoir l'initiative d'un projet, faire valoir sa pertinence pour répondre aux besoins des populations fragiles, être entendu dans une instance consultative large (le CROSM), à une nouvelle procédure « descendante » où la puissance publique définit les besoins, détermine les projets et demande par la suite aux acteurs de se positionner sur ces projets.

En définitive, les relations entre les pouvoirs publics et les associations sont marquées par le passage d'une logique de partenariat à une logique de prestation de service. Une nouvelle régulation est ainsi en train de s'installer dans le cadre de mécanismes de mise en concurrence des acteurs et de développement des relations contractuelles.

Problèmes posés

La systématisation des appels à projets pose la question du maintien de la capacité d'initiative, d'innovation et de détection des besoins sociaux, fonction qui avait été au fondement même de l'essor des réponses aux personnes fragiles. Comment continuer à proposer des réponses innovantes ou expérimentales dans ce contexte ? Comment ne pas tomber dans le « moins-disant » économique ?

D'autre part, peut-on parler d'une procédure d'appel à projet « sincère » et « équitable », comme le déclarait la secrétaire d'Etat d'alors, lorsqu'un appel à projet concerne l'extension d'un EHPAD existant ? Ne s'agit-il pas plutôt d'une inutile complexification administrative ?

Enfin, comment concilier les notions d'appel à projet et donc de concurrence, avec celle de coopération, vecteur de restructuration du secteur ? Le fort mouvement d'incitation par les pouvoirs publics au regroupement doit être questionné quant à ses fondements véritables. Le réseau UNIOPSS / URIOPSS promeut la coopération, à condition que celle-ci se fasse sur une base volontaire et qu'elle ne signifie pas la standardisation et l'uniformisation des réponses. Rappelons que les petites structures ont souvent été l'aiguillon de l'innovation, et que cette innovation est aujourd'hui remise en cause.

Comment parler de véritable contrat et de relation équilibrée lorsque la démarche et le contenu sont quasiment obligatoires, ou lorsque les financeurs reviennent sur leurs engagements pluriannuels, comme cela est parfois le cas pour une signature de CPOM ?

Ce recours de plus en plus fréquent à la « prestation de services » dispensée par les associations pose également la question du risque de disparition de l'implication de la société civile. En effet, semble se développer un système de relation exclusive entre des citoyens et des « prestataires », où un projet collectif porté par des bénévoles au sein d'associations à but non lucratif n'a plus sa place. Si ce système citoyen-prestataire sans intermédiaire peut présenter des avantages en termes de coûts, il présente pour autant un risque lorsqu'il est utilisé par des personnes fragilisées. L'exemple de l'aide à domicile le montre bien, avec les difficultés rencontrées par des particuliers employeurs dépendants et fragilisés. Ne risque-t-on pas de glisser vers un système souhaitable d'usagers bénéficiaires à celui regrettable d'employeurs précarisés ? Or les publics fragilisés doivent d'abord être considérés comme des usagers ayant des besoins spécifiques auxquels la société tente d'apporter une réponse et non uniquement comme des employeurs solvables, payant une prestation.

Est donc posée ici la possibilité pour les associations d'une part de conserver leur place dans la société civile en tant que corps intermédiaire, de préserver les spécificités associatives conciliant souplesse de gestion, respect du projet, liberté d'initiative et d'organisation, et d'autre part de conserver la possibilité d'expérimentations sociales et de détection des besoins.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ Réaffirmer la nécessité d'un partenariat durable et constructif entre les associations et les représentants de l'Etat et les Présidents des principales collectivités territoriales de la région,
- ▶ Réaffirmer la place de l'association comme « corps intermédiaire » de la société civile, en veillant par exemple à l'associer dans les nouveaux dispositifs de concertation –comme la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie ou les Conférences de Territoire-, pour que s'élabore dans ces lieux un véritable débat autour de l'actualisation régulière des besoins des personnes vulnérables,
- ▶ Réaffirmer que l'association de solidarité est un corps de la société civile, garant d'un certain lien social et assurant une fonction de veille des besoins sociaux au service de la cohésion sociale et non uniquement un « prestataire de services ».

Fiche n°2 : Proposer une gestion du secteur social, médico-social et sanitaire qui permette une prise en charge de qualité de chaque usager

Situation actuelle

Neuf ans après la loi 2002-2 dont l'intégralité des décrets n'est pas encore parue, le financement du secteur est à nouveau l'objet d'une forte remise en question, provoquant de grandes inquiétudes des dirigeants associatifs, des personnes prises en charge et de leurs familles. Il apparaît de plus en plus nettement que la logique des enveloppes fermées, des tarifs plafonds, la fin programmée des conventions collectives... prend le pas sur l'estimation des besoins spécifiques des personnes, qui est pourtant l'un des fondements, irréfutable, de la procédure budgétaire. Et, il est évident que le peu de fonds propres des associations n'y suffiront pas pour combler des problèmes de financements qui deviennent récurrents.

Si le réseau URIOPSS/UNIOPSS n'est pas opposé à la notion de convergence tarifaire, sous réserve qu'elle s'attache à réguler des écarts injustifiés dans l'allocation des ressources entre établissements et services, en revanche, il ne peut accepter qu'il s'agisse d'une uniformisation des financements qui ne prendront pas en compte les spécificités de projets d'établissements construits sur les besoins particuliers des usagers. Il nous paraît essentiel de rappeler que les financements octroyés aux associations de notre secteur par les Pouvoirs Publics sont des moyens au service des politiques sociales de notre pays mais aussi au service des droits sociaux reconnus à chaque citoyen. Aussi, reflètent-ils, à la manière d'un miroir grossissant, la place que notre société accorde aujourd'hui aux publics les plus fragiles.

Problèmes posés

La logique actuelle qui se met en place progressivement apparaît purement financière et comptable. Elle s'inscrit dans la démarche plus globale d'inversions de logiques qui apparaissent également en termes de nouvelles relations entre pouvoirs publics et associations basées sur la mise en concurrence et la contractualisation. D'une logique de « besoins » où, à partir de projets élaborés pour y répondre étaient identifiées les charges associées et l'allocation de ressources nécessaires, on passe à une logique de « ressources », où à partir d'une enveloppe de recettes prévisionnelles, sont établies en conséquence les charges possibles. C'est la logique des outils que sont les tarifs plafonds ou l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). Le risque est que les réponses apportées aux usagers ne soient plus au centre du dispositif tarifaire. Si la maîtrise des dépenses publiques est une question centrale et nécessaire, elle ne doit pourtant pas se faire au détriment des personnes concernées. Or la concertation des financeurs et des associations sur ces problèmes de financement de la qualité de la prise en charge est d'une grande urgence pour replacer les personnes vulnérables au centre des préoccupations de tous.

Cette nouvelle logique pose également le risque de la standardisation des réponses et de la normalisation des projets, pour rester dans l'enveloppe budgétaire proposée. Le secteur possède encore certainement des marges de progrès et de « rationalisation », mais une rationalisation excessive risque de s'opérer au détriment des usagers aux problématiques les plus complexes et aux moins solvables -dont le seul exemple des enfants et adolescents placés au titre de la Protection de l'Enfance, est éclairant. Deux risques majeurs apparaissent alors : l'impossibilité de voir émerger des projets adaptés aux spécificités des populations et des territoires, et le risque de sélection des publics. D'ailleurs, on assiste déjà à cette sélection en raison de la mise en place d'objectifs et de tarifs plafonds. Dans le secteur de l'insertion par l'activité économique, ont été systématisés des

objectifs de « retour à l'emploi ». En ESAT, ont été mis en place des tarifs plafonds à 12 840€ par travailleur handicapé. Dans l'aide à domicile, les coûts horaires plafonnés de l'APA ne tiennent pas compte des coûts de revient réels des structures. Ces objectifs ont pour redoutables conséquences de contraindre les associations à sélectionner à l'entrée les publics les plus « performants » de manière à pouvoir répondre à ces dits objectifs.

Cette généralisation des indicateurs pose également la question du « rapport à la moyenne » : si les coûts d'une structure se situent au-dessus de la moyenne départementale ou régionale, cela signifie-t-il systématiquement que cette structure coûte « trop chère » ? Cela ne peut-il pas être corrélé à un projet d'accompagnement ou à un public accompagné spécifiques, qui engendrent des coûts de prises en charge supérieurs à la « moyenne » ?

Aujourd'hui, considérer « uniquement » les indicateurs comme seuls indices de bonne gestion aboutit à un décalage impossible à gérer entre les obligations et responsabilités des organismes associatifs gestionnaires d'une part et les moyens qui leur sont octroyés d'autre part.

Enfin, la mise en place récente de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) comme outil d'amélioration de la gestion des établissements et services pose la question de la mise en œuvre de la « performance » dans le secteur : les structures ont à devenir « performantes » dans leur gestion mais sur quels critères l'accompagnement social pourra-t-il être jugé comme « performant » ? De même, la parution de recommandations de bonnes pratiques professionnelle par l'ANESM interroge sur la capacité à les mettre en pratique, alors que les financements sont toujours plus contraints.

Les associations restent donc attachées à une politique de gestion souple qui permet d'adapter les réponses aux attentes et besoins des personnes.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- Les modalités de financement et de régulation doivent reposer sur les principes suivants :
 - Offrir à chaque usager, non une prestation « standard », mais une prise en charge adaptée à ses spécificités et traitant l'ensemble de ses difficultés.
 - Apporter une réponse à toute personne en situation de fragilité, quels que soient son état (santé, déficiences, dépendance, capacité ou non à travailler...) et ses ressources, ceux-ci pouvant être source de discrimination pour l'accès aux prestations.
 - Rester au plus près des coûts réels de prise en charge et des réalités de chaque territoire.
 - Laisser aux acteurs du secteur de la souplesse et de l'autonomie dans la gestion et l'utilisation des financements, afin qu'ils conservent leur capacité d'initiative, leur adaptabilité et leur réactivité face aux besoins émergents.
- La question de la tarification, certes d'envergure nationale, renvoie néanmoins au plan régional à la nécessité de faire travailler dans la durée l'ensemble des acteurs concernés. Dans ce sens l'URIOPSS Centre continue à faire se concerter les associations pour définir des positions communes tenant compte des problèmes évoqués, mais aussi des contraintes budgétaires des collectivités locales. Elle propose aussi à l'ensemble des autorités compétentes une réflexion visant à examiner l'ensemble de ces problèmes et recueillir leurs propositions pour alléger les coûts de structures tout en maintenant l'exigence de qualité des réponses.

Fiche n°3 : Reconnaître l'importance et la spécificité de la fonction "employeur" dans les associations et développer la gestion des ressources humaines

Situation actuelle

Appartenant au champ de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS), au même titre que des mutuelles ou des coopératives, les associations de solidarité et leurs dirigeants associatifs assument la responsabilité de l'embauche et de la gestion du personnel, ce qui leur donne des responsabilités et des contraintes complexes. Il revient ainsi aux dirigeants associatifs bénévoles de définir les choix et la politique des associations, ce qui implique qu'ils aient les moyens d'exercer leurs responsabilités, en étant formés et informés.

Les associations de solidarité représentent un gisement d'emplois non délocalisable et de proximité. Selon l'Observatoire de la CRESS¹, l'ESS représente près d'un salarié sur dix en région Centre –soit près de 81 000 salariés- et 11% des établissements employeurs. Les associations du secteur social représentent 40% de ces salariés, soit plus de 32 000 personnes, dont 72% sont des femmes.

Ainsi, la place et l'importance de la dimension « ressources humaines » est une caractéristique majeure des associations du secteur social et médico-social : des responsables associatifs bénévoles, en passant par les salariés, acteurs de la mise en œuvre des projets de l'association, des projets d'établissement et des projets personnalisés, tous sont impliqués au service des usagers accompagnés.

Cette dimension « ressources humaines » doit plus que jamais être valorisée, quand on sait qu'elle représente 70% à 80% du budget des structures, dans un contexte où les associations ont à faire face à des difficultés particulières :

- usure professionnelle physique et parfois psychologique des salariés,
- difficultés de financement de certaines formations,
- difficultés d'attractivité de certains secteurs par exemple le travail en internat ou de certains territoires excentrés, particulièrement en milieu rural
- dans plusieurs qualifications, pénurie de professionnels formés (personnels médical et para médical),
- inquiétude devant l'évolution de la réglementation et notamment la fin prévue de l'opposabilité des conventions collectives du secteur.

Ces différents éléments sont bien connus par les pouvoirs publics pour avoir été relevés dans différents documents de planification. Le Plan des Métiers expérimenté en région Centre a également travaillé ces questions, avec une action de Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences (GPEC) conduite avec la participation de l'URIOPSS Centre.

Problèmes posés

La question de la gouvernance des associations revêt une importance toute particulière aujourd'hui, compte-tenu des contraintes qui s'exercent sur les associations et leurs dirigeants bénévoles.

¹ Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire

Face à la pénurie de certains professionnels ou aux difficultés d'accès à la formation, les associations doivent rester vigilantes pour ne pas employer du personnel déqualifié par rapport à la technicité et au professionnalisme nécessaire pour accompagner des personnes en difficulté.

Les associations doivent également favoriser la mobilité des salariés et réfléchir aux moyens d'accompagnement des parcours professionnels de leurs salariés, au développement et à l'évolution de leurs compétences. Le secteur associatif doit constamment réinterroger ses pratiques pour mieux répondre aux besoins des usagers et être vecteur de l'accompagnement au changement.

La fonction « Ressources Humaines » doit encore être mieux structurée au sein des associations, en partenariat avec les autorités compétentes et les instituts de formation.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ Renforcer la formation des dirigeants associatifs bénévoles
- ▶ Développer les outils de la GPEC en mettant l'accent sur sa territorialisation, afin notamment :
 - D'anticiper des départs à la retraite en promouvant le secteur de la « solidarité » et ses métiers
 - De développer la qualification, et la professionnalisation des salariés
 - De mettre en œuvre des moyens pour favoriser l'évolution professionnelle et la mobilité des salariés,
- ▶ Renforcer la formation des cadres et leurs capacités à accompagner les évolutions,
- ▶ Favoriser les concertations inter associatives, construire des mutualisations dans la perspective de rendre plus efficace la gestion des emplois,
- ▶ Poursuivre, dans les autres départements, les actions d'information collective et de communication, telles que le Carrefour des Associations du Loiret, initié en 2010,
- ▶ Créer ou renforcer des collaborations plus actives avec les écoles de formation en travail social et les instituts de formations paramédicales,
- ▶ Pérenniser la participation au schéma régional des formations sanitaires et sociales.

Fiche n° 4 : Recueillir et analyser plus précisément les besoins des publics fragiles

Situation actuelle

Dans le secteur social et médico-social, l'outil de recueil et d'analyse des besoins est traditionnellement le schéma.

La loi de 2002 impose l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale pour « apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux » de la population. Ainsi co-existent plusieurs acteurs de la planification qui chacun vont élaborer leurs schémas, selon leurs champs de compétence : l'Etat², les Conseils généraux³ et plus récemment l'ARS, avec l'élaboration d'un Projet Régional de Santé (PRS).

Cependant, avec la généralisation de la procédure d'appels à projet dans le cadre de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009, le besoin de schémas précis et définissant clairement les besoins devient de plus en plus prégnant. En effet, pour être en mesure d'élaborer un cahier des charges répondant aux besoins, faut-il être en mesure d'apprécier de manière suffisamment précise les besoins sur un territoire donné.

Problèmes posés

D'une part, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ne sont pas systématiquement élaborés en concertation avec les acteurs présents sur le terrain. Ils ne font parfois pas l'objet d'une réactualisation, voire dans certains départements, ils ne sont pas formalisés.⁴

D'autre part, les pouvoirs publics ne disposent pas aujourd'hui d'outils d'analyse des besoins satisfaisants, qui permettent à la fois de réaliser un état des lieux à un instant T et de prévoir les évolutions sur les 3 à 5 années à venir.

L'analyse des besoins apparaît souvent partielle, ne tenant pas suffisamment compte des notions de territoires et des spécificités de ceux-ci. Les besoins doivent être analysés en fonction de l'âge, de la pathologie, des déficiences des personnes, mais aussi en fonction des bassins de vie et des spécificités locales et socio-historiques.

Dans le secteur du handicap, ce sont les MDPH⁵ qui ont pour mission le « suivi de la mise en œuvre des décisions prises » ; pourtant, à ce jour, peu de MDPH se sont saisies de cette mission d'observation, qui serait pourtant nécessaire pour accroître la lisibilité en termes de besoins non couverts et faire évoluer les structures en fonction de ces besoins. Une observation insuffisamment développée risque en effet de voir arriver dans des structures médico-sociales des publics pour lesquels les professionnels ne sont pas formés.

² Par exemple le PDAHI (Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion) ou le schéma régional MJPM (Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs)

³ Par exemple les schémas départementaux Personnes Agées ou personnes Handicapées ou les schémas ASE et PJJ

⁴ La Cour des comptes estimait, en mars 2007, que 65% des schémas gérontologiques n'étaient pas à jour

⁵ Maison Départementale des Personnes Handicapées

Les MDPH ne sont généralement pas en capacité de fournir des informations quant aux besoins non couverts ; elles n'ont pas développé d'outils de recueil des besoins et de suivi des orientations proposées par les CDAPH⁶, outils qui pourraient venir alimenter l'analyse des besoins dans le domaine du handicap.

Les décisions d'orientation des CDAPH sont souvent prises en fonction de l'offre existante sur un territoire donné et non en fonction des besoins des personnes. Pourtant, une orientation « par défaut » gomme les véritables besoins et ne permet donc pas de les faire remonter pour qu'ils soient pris en compte. De plus, une telle orientation peut générer des tensions voire des situations de violence chez la personne accueillie, son entourage, ce qui met en difficulté les professionnels.

Enfin, si la notion de « taux d'équipement » sur un territoire peut permettre d'apprécier quantitativement l'offre existante, elle est insuffisante pour apprécier l'offre qualitativement : ainsi par exemple, si le département du Loir-et-Cher est « bien » doté en places de SESSAD (3,13 places pour 1000 enfants de 0-20 ans, pour une moyenne régionale à 2,30), il n'est en revanche pas en mesure de proposer une prise en charge en SESSAD à des enfants sourds, qui relèvent alors d'un SSEFIS – SAFEP.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- Systématiser la concertation avec les acteurs de terrain dans la construction des schémas : l'URIOPSS, compte-tenu de sa représentativité, a vocation à être un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics en tant que représentant du mouvement associatif sanitaire et social, dans son ensemble, dans la transversalité et le respect des diversités sectorielles,
- Veiller à la participation des associations dans les comités de pilotage de suivi des schémas, afin de livrer périodiquement un bilan des schémas en cours,
- Inciter à la création et faire vivre les cellules de signalement des situations préoccupantes et les observatoires,
- Contribuer, autant que faire se peut, à mettre en place la mission d'observation des MDPH,
- Développer les capacités d'argumentation des associations à identifier et défendre les besoins des publics qu'elles accompagnent.

⁶ Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Fiche n° 5 : Promouvoir la coopération interassociative

Situation actuelle

Le secteur associatif social et médico-social s'est historiquement constitué pour faire remonter des besoins non couverts de la population et construire de nouvelles formes de réponse sur un territoire donné. Il en a donc résulté une pluralité d'initiatives et d'actions, qu'il est important de préserver encore aujourd'hui.

Dès 1975, la loi prévoyait la possibilité pour les institutions sociales et médico-sociales de se coordonner par la création de groupements, la conclusion de conventions sur la base du volontariat. La loi de 2002 ouvrait explicitement aux ESMS la possibilité de coopérer, en l'intégrant dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (article L312-7). L'objectif est de « *favoriser la coordination, la complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés* ». Elle introduit un nouvel outil juridique, le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), défini par le décret du 6 avril 2006.

L'objectif de la coopération doit être de pouvoir rompre l'isolement des établissements et services, développer les complémentarités à l'intérieur du secteur, mettre en commun des moyens pour assurer la diversité et la continuité de la prise en charge sur un territoire et obtenir des économies d'échelle, le tout dans un contexte de plus en plus contraint financièrement et de plus en plus complexe qui nécessite le développement de nouvelles compétences.

Actuellement, les autorités placent la coopération comme l'une des solutions majeures - accompagnée de la contractualisation - aux défis auxquels est confrontée l'action sociale et médico-sociale et notamment aux nouveaux enjeux socio-démographiques tels que le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins en termes de prise en charge de la dépendance. Selon l'administration, elle devrait ensuite constituer un moyen de survie pour les associations de petite taille – le plus souvent mono-établissements – et permettre de réduire le cloisonnement entre acteurs ainsi que leur trop grande dispersion (environ 35000 établissements et services à dimension souvent limitée).

Problèmes posés

Le réseau UNIOPSS / URIOPSS est favorable à la coopération inter-associative, sous certaines conditions.

Cette coopération doit se faire sur une base volontaire et non être imposée par la puissance publique. Elle doit s'opérer sur la base d'un projet partagé, construit en commun et validé politiquement par les différentes instances des organismes concernés. Elle nécessite de bien distinguer ce qui peut être mis en commun de ce qui doit demeurer du ressort de chacun des organismes gestionnaires. Or actuellement, les structures ont parfois tendance à recevoir des injonctions fortes de la part des autorités pour « coopérer », sous peine de ne pas voir leurs projets aboutir ou leurs financements pérennisés. Ces conditions imposées ne peuvent être la base d'une réflexion de coopération, qui doit s'initier de manière volontaire.

De plus, il faut rappeler que la mise en commun de moyens n'est pas toujours synonyme d'économies mais peut parfois engendrer des dépenses nouvelles !

La coopération doit se matérialiser non pas sur la base d'un modèle unique mais sur la base de l'outil le plus adapté. Or actuellement, l'outil prôné par les autorités de tarification est le GCSMS ; cet outil,

s'il peut répondre à certains besoins de coopération, ne répond pas cependant à toutes les formes de coopération. Dans certains cas, une convention de partenariat, un groupement d'employeurs ou la constitution d'une association répondra davantage aux besoins des structures qui souhaitent coopérer.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ Remobiliser le niveau politique de l'association, pour éviter de cantonner celle-ci à un simple prestataire, instrument des politiques publiques, en le formant et l'informant des nouveaux enjeux actuels et des conséquences pour les associations. C'est une condition nécessaire pour porter un projet associatif fondé sur des valeurs fortes, au service de personnes vulnérables quels que soient leur situation de handicap ou leurs difficultés, leur niveau de ressources, leur lieu de résidence, leur origine...
- ▶ L'URIOPSS Centre propose dans le cadre d'un partenariat avec les autorités compétentes pour en fixer les priorités, les méthodologies et les modalités pour :
 - Former les associations, établissements et services à la notion de coopération et aux différentes formes qu'elle recouvre,
 - Inciter les associations à initier des démarches de mutualisation, en fonction de leurs besoins et de leurs projets, tel que par exemple la collaboration interassociative ALMHA dans le Loiret.
- ▶ Initier des séminaires de cohésion entre associations, pour apprendre à se connaître et étudier les zones possibles de travail en commun : l'objectif serait d'avoir, entre associations, des temps d'échanges pour analyser collectivement le contexte dans lequel les associations évoluent et voir quelles peuvent être les solutions proposées collectivement, en coopérant
- ▶ Faire-valoir l'intérêt d'instances de concertation tels que les GLASS (Groupe de Liaison des Associations Sanitaires et Sociales), les Commissions régionales ou la CDHL (Commission Départementale du Handicap dans le Loiret), comme lieux d'échange, de connaissance et de mutualisation d'expériences.