



EHESP

Directeur d'Établissement

Sanitaire et Social Public

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Le Groupement de Coopération Sociale
et Médico-Sociale,
un outil fonctionnel de coopération ?**

**L'exemple du GCSMS
« Les EHPAD publics du Val-de-Marne »**

Soumaya ALILI

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement M. TOURISSEAU, directeur de la Fondation Favier Val-de-Marne, du Grand Age à Alfortville, de la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois et administrateur du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale « Les EHPAD Publics du Val-de-Marne » ainsi que Mme LEANDRI, directrice adjointe à la Fondation Favier, qui a assuré la direction de mon stage. Je leur suis reconnaissante de m'avoir accueillie et de m'avoir accompagnée tout au long de l'année ainsi que de la confiance qu'ils m'ont témoignée. Ce soutien m'a été essentiel.

Je remercie très sincèrement Mme KLEIN-FEILLENS, directrice des ressources humaines, M. GUYOMAR, directeur des services économiques et des travaux, Mme GAIGNEBET, directrice adjointe au Grand Age, et M. MENARD, directeur des soins, pour leur accueil et leur confiance. Ils m'ont chacun associée à leurs missions et compétences, enrichissant grandement cette année de stage.

Je remercie M. LHUILLIER, enseignant à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique qui a accepté d'assurer l'encadrement de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble des équipes des trois établissements pour leur accueil tout au long du stage et leur précieuse collaboration ainsi que toutes les personnes que j'ai pu rencontrer et qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion.

Sommaire

Introduction	1
1 La préexistence de liens de coopération entre les établissements Fondation Favier-Val-de-Marne, le Grand Age d'Alfortville et la Maison de Retraite Intercommunale (MRI) de Fontenay-sous-Bois : contexte et enjeux d'une politique de rapprochement	5
1.1 La coopération, pierre angulaire des réformes des secteurs sanitaires et médico-sociaux.....	5
1.1.1 Un procédé d'abord introduit dans le milieu sanitaire	5
1.1.2 Un enjeu étendu au domaine médico-social avec des spécificités propres au secteur.....	8
1.1.3 Une démarche qui peut revêtir deux formes.....	12
1.2 Une coopération favorisée par des circonstances particulières	15
1.2.1 Un rapprochement facilité par une direction commune	15
1.2.2 La coopération : un enjeu fondamental pour le maintien de la MRI.....	22
2 La création du GCSMS : une évolution logique et justifiée de la coopération entre les établissements	27
2.1 Le choix du GCSMS : volonté stratégique et réponse aux limites rencontrées	27
2.1.1 La convention de gestion : un cadre de coopération limité.....	27
2.1.2 Le GCSMS ou de nouvelles opportunités de coopération	30
2.2 Une mise en route positive et encourageante qui atteste de la pertinence de la démarche.....	43
2.2.1 La mise en place d'une coopération renforcée	43
2.2.2 Une mise en œuvre pratique qui nécessite un investissement important.....	51

3 Le GCSMS, un mode de coopération à optimiser : propositions et attentes pour l'avenir	63
3.1 Compléter les compétences du GCSMS	63
3.1.1 Une réglementation qui devra évoluer.....	63
3.1.2 Une mutualisation qui peut être approfondie.....	67
3.2 Préparer les évolutions possibles de l'outil	73
3.2.1 Un outil qui peut aboutir à d'autres formes de coopération	73
3.2.2 Un outil à manier avec précaution : enseignements de cette première expérience pour les futurs promoteurs d'un tel projet	77
Conclusion	83
Bibliographie.....	85
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADJ :	Accueil De Jour
APHP :	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
APA :	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
CA :	Conseil d'Administration
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CGOS :	Comité de Gestion des Œuvres Sociales
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CROSMS :	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
CTG :	Comité Technique du Groupement
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
DESS :	Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
FPH :	Fonction Publique Hospitalière
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIE :	Groupement d'Intérêt Economique
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
GIR :	Groupe Iso-Ressources
GMP :	Gir Moyen Pondéré
MRI :	Maison de Retraite Intercommunale

PUI : Pharmacie à Usage Interieur
SIH : Syndicat Interhospitalier
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UCPA : Unité Centrale de Production Alimentaire
UNIOPSS : Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés
Sanitaires et Sociaux
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés
Sanitaires et Sociaux

Introduction

La coopération est présentée par l'Etat comme un atout majeur pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ce principe, n'est pas étranger au milieu. Il est apparu dans le secteur dès 1975 avec la loi du 30 juin qui prévoyait déjà la possibilité pour les institutions sociales et médico-sociales de se coordonner, notamment par la création de groupements ou par la conclusion de conventions entre celles-ci et l'Etat ou les autres collectivités publiques. Cet aspect de la loi de 1975 n'a cependant pas eu pas le succès escompté par ses promoteurs même si des initiatives virent le jour sur le terrain.

Ainsi que la coopération fut véritablement relancée dans le domaine par la loi du 2 janvier 2002 introduisant de nouveaux instruments de coopération, et par son décret publié en 2006 qui développait sur les GCSMS, inspirés du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

Ces moyens attribués au secteur traduisent une volonté de réorganiser et de rationaliser l'organisation sociale et médico-sociale. Tout comme dans le milieu sanitaire, la recomposition du secteur médico-social est devenue un véritable enjeu. La coopération, qui se définit comme un travail conjoint en vue d'une finalité commune, apparaît ainsi souhaitable à plusieurs égards. En premier lieu, elle permet un aménagement plus rationnel du paysage médico-social, très dispersé et cloisonné, par la collaboration inter-établissements. Cette complémentarité se traduit dans les faits, par un rassemblement des ressources et des compétences humaines des établissements, par des économies d'échelles grâce au partage des matériels et des locaux ou encore par l'acquisition de compétences particulières. Ensuite, le décroisonnement des établissements permet de rendre l'offre plus cohérente et harmonieuse, et d'améliorer la qualité des prestations.

Ainsi, la coopération semble pouvoir répondre à deux objectifs essentiels pour les établissements : la qualité des prises en charge et l'efficacité économique.

C'est actuellement par le GCSMS que les pouvoirs publics espèrent dynamiser la coopération dans le secteur social et médico-social qui dispose désormais d'un outil propre. Ce dispositif a été effectivement conçu pour permettre la restructuration de milliers d'établissements ou structures publics, privés et associatifs, lucratifs ou non lucratifs. Répondant aux spécificités du milieu, il offre de nouvelles potentialités de coopération et présente l'avantage de bénéficier des expériences de coopérations antérieures.

Mis en place véritablement depuis 2006, la formule du GCSMS n'a cependant pas encore été beaucoup exploitée. La création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale entre l'établissement où j'étais en stage, la Fondation Favier, et deux autres structures, la Maison de Retraite Intercommunale (MRI) de Fontenay-sous-Bois et le Grand Age d'Alfortville, constituait donc une des premières expériences de ce genre. C'est la raison pour laquelle j'ai jugé intéressant de retracer et d'analyser cette démarche. Par ailleurs, l'historique des établissements contribue à donner à ce groupement un caractère original dont l'intérêt mérite d'être rapporté.

Les trois structures concernées sont toutes des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), situées chacune dans des communes différentes du Val-de-Marne : La Fondation Favier se situe à Bry-sur-Marne, mais aussi à Noisieu et très prochainement à Nogent-sur-Marne, la MRI à Fontenay-sous-Bois et le Grand Age à Alfortville.

La capacité totale d'accueil en hébergement de ces établissements est conséquente : ces trois établissements présentent ainsi une capacité totale de 1099 lits autorisés. A cela, s'ajoutent des modes de prises en charge alternatifs à l'hébergement permanent : 214 places de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et 25 places en Accueil de Jour (ADJ).

Ces établissements présentent la particularité d'être gérés par une seule et même équipe de direction et d'avoir déjà mis en place des modalités de coopération avant la création du groupement. En effet, ils coopèrent depuis 2002 par le biais d'une convention de gestion. Désireux de renforcer leurs liens pour mener en commun un certain nombre de projets et bénéficier des avantages de la coopération, les établissements ont opté pour la formule du GCSMS.

Cette évolution amène à me poser plusieurs questions :

- De quelle façon les trois établissements coopéraient-ils avant la mise en place du GCSMS ?
- Pourquoi et sous quelle forme intervient le changement de coopération aujourd'hui ?
- En la pratique, le GCSMS est-il un outil opérationnel de coopération?

La problématique centrale de ce mémoire sera donc la suivante :

Dans quelle mesure la mise en place du GCSMS permet-elle de renforcer la coopération entre les trois établissements ?

Pour répondre à cette question il importe de comprendre les enjeux qui ont conduit au rapprochement entre les trois établissements (première partie). Face aux évolutions des établissements, l'adaptation de la coopération est passée par la mise en place d'un GCSMS qui entraîne une nouvelle organisation (deuxième partie). Cette mise en route se présente de manière encourageante mais reste encore à optimiser (troisième partie).

La méthode utilisée pour répondre à l'objectif de ce mémoire repose sur des recherches bibliographiques. Le thème du GCSMS étant récent, celle-ci s'appuie essentiellement sur des articles. J'ai aussi appuyé ma recherche sur la consultation de documents internes à l'établissement (rapports d'orientation budgétaires, compte rendu des conseils d'administration, projets de convention constitutive...), ainsi que des réunions auxquelles j'ai assisté.

Les données ainsi recueillies ont été enrichies par la conduite d'entretiens que j'ai menés auprès des personnels de l'établissement, acteurs de la mise en place du groupement, et des informations que j'ai pu avoir au quotidien de la part de l'équipe de direction et des autorités de tarification. J'ai également eu la possibilité d'échanger avec d'autres promoteurs de ce type de projet.

1 La préexistence de liens de coopération entre les établissements Fondation Favier-Val-de-Marne, le Grand Age d'Alfortville et la Maison de Retraite Intercommunale (MRI) de Fontenay-sous-Bois : contexte et enjeux d'une politique de rapprochement

Au fil des années, des liens se sont tissés entre la Fondation Favier Val de Marne, le Grand Age d'Alfortville et la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois unissant peu à peu les structures. Cette démarche de coopération se situe pleinement dans la logique des orientations des politiques publiques actuelles en même temps qu'elle conserve ses propres spécificités.

1.1 La coopération, pierre angulaire des réformes des secteurs sanitaires et médico-sociaux

La coopération est devenue aujourd'hui le nouveau credo des pouvoirs publics dans le champ sanitaire et médico-social. Cette démarche a d'abord été développée dans le champ sanitaire puis s'est étendue au secteur médico-social. Cette coopération ainsi développée peut revêtir deux formes.

1.1.1 Un procédé d'abord introduit dans le milieu sanitaire

La coopération est d'abord apparue dans le milieu sanitaire au début des années 1970 pour répondre à la volonté de recomposer l'offre de soins comme l'explique Edouard COUTY, ancien directeur de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) : « *la coopération est l'une des voies qui doit être impérativement empruntée pour assurer demain l'existence d'un système sanitaire performant, moderne et ouvert à tous (...)* C'est aussi un moyen de conforter le service public hospitalier dans sa vocation à mieux assurer l'accès aux soins, par sa capacité à s'adapter aux exigences nouvelles de qualité, de sécurité et de rationalité»¹.

¹. L.HOUDART, D. LAROSE, S. BARRE, *Traité de la coopération hospitalière*, volume I, Paris Editions Houdart, 2000, p. 4.

Le principal objectif est d'accentuer la qualité tout en maîtrisant les dépenses de santé, ainsi que l'explique le Ministère de la Santé en 1992 « *Les impératifs de maîtrise des dépenses de santé rendent plus que jamais nécessaire le développement de la coopération inter-hospitalière dont l'objectif est avant tout de mettre en commun des moyens afin de rendre les meilleurs services aux malades dans le cadre d'une rationalisation de l'ensemble des moyens sanitaires* »². En schématisant, la recomposition de l'offre sanitaire relève donc de deux enjeux : un enjeu économique et un enjeu de santé publique. C'est pour cette raison que le législateur est à la fois à la recherche d'un équilibre entre offre et besoins, d'une progression des dépenses proportionnelle à l'évolution de la richesse nationale et l'équité du système au regard de l'accès aux soins. Elle répond également à un besoin de rationalisation du secteur hospitalier

Cela suppose également l'abandon de la concurrence et de la compétition entre établissements de santé publics et les prestataires de soins au profit d'une approche globale des besoins à satisfaire. Un des principaux objectifs de la coopération hospitalière fut donc de dépasser les clivages traditionnels du système français entre secteur lucratif et non lucratif, entre médecine hospitalière et médecine de ville, et entre le sanitaire et le social.

Mais la vocation de la coopération hospitalière est aujourd'hui plus large, davantage que la limitation de la concurrence entre les établissements, elle tend à une rationalisation dans une vue plus globale³.

Au début seulement encouragée, la coopération hospitalière devint progressivement un outil privilégié et parfois imposé de planification sanitaire s'inscrivant dans un dispositif juridique gradué.

Les hôpitaux ont ainsi d'abord été sensibilisés sur l'exigence de complémentarité par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Cette loi fixe les premières bases de la coopération inter-établissements en promouvant deux formules coopératives : la convention et le syndicat interhospitalier (SIH). Par ailleurs, le législateur permet également la création dans le champ hospitalier d'associations de type loi 1901.

². M. KERLEAU, « L'hôpital et ses partenaires : nouvelles formes de coopération » *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, n°2, 1997, p. 271.

³. M. CORMIER, « Mutations et enjeux des coopérations hospitalières » *AJDA*, 2006, p. 416 et suiv.

La loi du 31 juillet 1991 a entendu ensuite insuffler une nouvelle dynamique à la coopération en faisant de cette dernière un outil de planification sanitaire et en développant de nouveaux instruments juridiques. La loi jette les bases d'une base sanitaire plus qualitative que par le passé en mettant à disposition du régulateur deux nouveaux outils : la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Elle instaure aussi des conférences sanitaires qui réunissent dans chaque secteur de santé, les représentants des établissements de santé publics ou privés de ce secteur. La loi oblige également les hôpitaux locaux qui souhaitent conserver des lits de médecine de passer convention avec des centres hospitaliers.

La palette des outils juridiques de coopération se trouve également étoffée avec l'instauration de deux nouvelles modalités plus ambitieuses. Elle offre en effet la possibilité aux établissements d'adhérer à des Groupements d'Intérêt Public (GIP), instrument adapté en 1987 au domaine sanitaire et social. La loi autorise ensuite les établissements à recourir à la formule juridique des Groupements d'Intérêt Economique (GIE).

Ces mesures ne développant pas la coopération à la mesure des espoirs escomptés, le législateur entreprit de relancer une dynamique coopérative : l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996. Il faisait ainsi de la coopération un véritable outil de planification tout en ouvrant la voie à une nouvelle formule de coopération : le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Cet outil a été créé pour répondre essentiellement à deux objectifs : favoriser le rapprochement entre les structures de droit public et de droit privé et inciter les établissements à promouvoir des partenariats autour d'une prise en charge médicale. Les établissements sont également invités à d'autres formes de coopération dans cette ordonnance : communautés d'établissement, réseau de soins ville-hôpital.

Cette formule est cependant significativement remaniée par l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui opère un processus de simplification des formules de coopération et qui fait du GCS un outil performant et ambitieux ayant vocation à remplacer les autres modalités coopératives en vigueur.

Actuellement, la coopération sanitaire est également fortement encouragée par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). La coopération peut même conditionner à une autorisation d'activités de soins ou d'équipement lourds, ou encore être imposée par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Dans un futur proche, la réforme des Agences Régionales de Santé et le récent Rapport de M. G. LARCHER promettent une réorganisation du territoire hospitalier⁴.

De la même façon, la législation du secteur médico-social préconise la coopération comme solution aux problématiques rencontrées. Car les secteurs sanitaires et médico-sociaux se trouvent en fait confrontés à des difficultés identiques. Tout comme le milieu sanitaire, la nécessité de coopérer dans le milieu médico-social traduit le besoin de restructurer le secteur. Mais la coopération répond également aux besoins spécifiques du milieu.

1.1.2 Un enjeu étendu au domaine médico-social avec des spécificités propres au secteur

- Comme pour le milieu sanitaire, la coopération se justifie tout d'abord par un besoin de rationaliser l'offre médico-sociale. En effet, malgré le constat d'une tendance à la montée de puissants organismes gestionnaires de taille importante, le secteur social et médico-social, qui compte environ 32 000 établissements et services, reste très dispersé, hétérogène et cloisonné.

Les prestataires de services présents sur le secteur sont multiples du point de vue du statut juridique des établissements. Le milieu rassemble en même temps le secteur public, le secteur de l'économie sociale et le secteur privé à but lucratif. Les établissements diffèrent ainsi par la taille de la collectivité à laquelle ils sont rattachés et par la culture du milieu auquel ils appartiennent.

Cette dispersion, se traduit souvent par un grand nombre de structures à dimension limitée et ne permet pas de disposer de compétences spécialisées, faute d'atteindre la taille critique nécessaire.

La coopération favorise alors une mise en réseau qui consiste au maillage du territoire social et médico-social. Elle permet de restructurer l'offre sanitaire et sociale et d'en maîtriser les dépenses.

La coopération a aussi pour objectif l'amélioration de la prise en charge de l'usager, par l'accroissement des performances des établissements et de la qualité de

⁴. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. G. LARCHER, 10 avril 2008.

l'offre. Elle doit aussi permettre de rompre l'isolement des acteurs et le cloisonnement des institutions.

- De plus, de la même façon que pour le milieu hospitalier, la coopération se justifie également par des logiques à la fois conjoncturelles, économiques et financières. Les difficultés de recrutement de certaines professions médicales, les départs à la retraite des professionnels qualifiés, l'augmentation des coûts, un contexte économique peu favorable etc...peuvent aussi expliquer cet encouragement à la coopération.

- Cependant, le besoin de coopération s'explique en plus par des raisons structurelles et inhérentes au secteur. Au sein de ces problématiques, certaines sont prégnantes dans le secteur :

Un contexte de vieillissement démographique : Le milieu est confronté à un vieillissement de la population et à une augmentation de la dépendance, ce qui fait croître la demande. La nécessité de trouver des solutions pour répondre aux besoins est donc impérative.

Une grande hétérogénéité de l'offre : Les offres sont multiples et particulièrement complexes dans le secteur, notamment en ce qui concerne le public des personnes âgées : services à domicile, hébergement, soins longue durée... La coopération doit alors favoriser l'interdisciplinarité autour de la personne bénéficiaire et la mise en place de prises en charge « longitudinales » ou continues au plus près des besoins évolutifs des personnes aux différents stades de leur vie tels que repérés par les opérateurs sur le terrain. L'objectif est donc de « *passer du prêt-à-porter à du sur mesure* » selon la métaphore de J.J TREGOAT, directeur général de l'action sanitaire et sociale, pour « *assurer un accompagnement global et coordonné et dans le même temps garantir une réponse de plus en plus individualisée pour s'adapter à la diversité des problématiques rencontrées* »⁵.

Il s'agit de faciliter un développement coordonné de l'offre par les opérateurs et l'acquisition par ceux-ci d'une vision globale, évolutive et opérationnelle des besoins de prises en charge.

La mise en œuvre d'une coopération s'inscrit donc dans une perspective dynamique de l'organisation de l'offre sociale ou médico-sociale, sa finalité est d'offrir aux

⁵. - LAROSE Dominique, « Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCSMS », 2ème partie, in *T.S.A. – Travail social et Actualités*, 22/09/2006. Fascicule 1081, pages 15-19.

promoteurs de cette offre un cadre d'intervention autorisant une organisation encore plus cohérente, pertinente, évolutive, et optimale, capable de recomposer de nouveaux périmètres d'actions.

Le niveau de plus en plus exigeant de la réglementation constitue lui aussi un autre défi pour le secteur. L'accent est en effet mis, depuis 2002, pour le secteur sur le droit des usagers, la démarche qualité.

Au niveau législatif, l'évolution ne s'est pas faite tout à fait de la même façon dans les deux secteurs. Alors que l'évolution de la coopération hospitalière se fait de manière progressive (1970, 1991, 1996, 2003), la coopération médico-sociale, elle, avance de manière plus tranchée (essentiellement deux dates : 1975 et 2002).

Son développement dans les textes remonte en fait presque aussi loin que dans le milieu hospitalier, puisque le principe de la coopération figurait déjà dans la loi du **30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales**⁶. Mais ce principe n'a été ensuite que très marginalement mis en œuvre. La loi de 1975 prévoyait, dans son article 2, la possibilité pour les institutions sociales et médico-sociales de se coordonner notamment par la création de groupements ou par la conclusion de conventions entre celles-ci (ou leurs groupements) et l'Etat ou les collectivités publiques (article 19), mais n'offrait cependant qu'un nombre limité de possibilités de coopération.

Le secteur social était astreint à une alternative étroite : convention ou groupement. La voie contractuelle fut donc la plus employée par les établissements, le groupement demeurant peu attractif pour eux. Les établissements sociaux et médico-sociaux participaient également de droit à des syndicats interhospitaliers et de fait à des groupements d'intérêt économique (GIE) ou à des associations⁷.

Ce cadre a été quelque peu aménagé notamment par la loi du 6 janvier 1986 introduisant les modifications nécessaires à la décentralisation, mais l'insuffisance de la loi de 1975 est apparue clairement après les perspectives ouvertes pour le secteur sanitaire par l'ordonnance du 24 avril 1996 que sont les GCS, communautés d'établissements, réseaux de soins ville hôpital.

⁶. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁷. E. GHERARDI, La coopération dans le secteur social et médico-social, in *ADSP*, juin 2003, N°43, p. 41.

La réforme de la tarification des EHPAD de 1999 a aussi mis l'accent sur la coopération entre les acteurs. Le cahier des charges des conventions tripartites fixé par arrêté du 26 avril 1999 comportait des recommandations relatives à l'inscription des EHPAD dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés⁸.

Mais il faut attendre la loi du **n° 2002-2 du 2 janvier 2002** de rénovation de l'action sociale et médico-sociale pour que soit ouverte explicitement aux Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) la possibilité de coopérer. La loi intègre dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) un article L. 312-7 spécialement dédié à la coopération. La loi pose clairement le principe et les objectifs de la coopération sociale et médico-sociale. Il s'agit 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* »⁹. Elle rappelle ensuite les formules existantes de coopération que sont : les conventions, les Groupements d'intérêt économique (GIE), les Groupements d'intérêt public (GIP), les regroupements et les fusions. Elle prévoit aussi une autre formule de coopération jusque là réservée au secteur sanitaire : le syndicat inter-établissement.

Enfin, elle introduit un nouvel outil juridique de coopération pour le secteur social et médico-social : le Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

La loi de 2002 est ensuite complétée par plusieurs textes en 2005, 2006 et 2007¹⁰.

En 2003, l'ordonnance du 4 septembre portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé vise également les établissements sociaux et médico-sociaux puisqu'elle les autorise à adhérer aux GCS.

⁸ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal Officiel, n°98 du 27 avril 1999.

⁹ Article 21 de la loi n°2002-2, du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel du 3 janvier 2002.

¹⁰. Voir en partie 2.

L'incitation au regroupement se retrouve également dans les nouveaux dispositifs financiers mis en place en 2006¹¹ : pluriannualité budgétaire, dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs.

1.1.3 Une démarche qui peut revêtir deux formes

La coopération ainsi mise en place peut revêtir deux formes.

Tout d'abord elle peut se placer dans le cadre tracé par les autorités ministérielles, notamment à travers la circulaire DH/AF3/SI5 n°99-225 du 14 avril 1999 relatives aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière qui prévoit 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. L'activité est déléguée à la communauté réunie des établissements [...]. La coopération repose sur le principe de partage des coûts de fonctionnement entre l'ensemble des établissements. En d'autres termes, les établissements n'achètent pas une prestation : ils assurent ensemble le financement de l'activité »*.

Une telle définition met donc l'accent sur une coopération conçue entre établissements sociaux et médico-sociaux, une coopération institutionnelle.

Une conception plus large de cette notion permet d'y intégrer les formes conventionnelles conclues entre les établissements et d'autres acteurs du secteur social et médico-social, notamment par le biais des autorisations (Etat) et des financements (Etat, collectivités territoriales et leurs groupements). On retient alors une conception fonctionnelle de la coopération.

Ainsi le système de coopération comprend deux types de coopération tant en ce qui concerne le milieu sanitaire que le milieu médico-social¹² : les coopérations de type

¹¹ ; Circulaire DGAS/SD 5B n°2006-216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.

¹². TOURNEUR Sylvie, « La coopération inter-établissements dans le champ sanitaire et social. Dynamique et enjeux », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2001.

fonctionnel ne donnant pas lieu à la création de personnes morales distinctes des établissements qui les initient, et les coopérations institutionnelles ou « organiques » qui débouchent sur la création d'une entité juridique autonome.

Les coopérations de type fonctionnel s'appuient soit sur des dispositifs conventionnels généraux comme le GIE ou soit sur des dispositifs conventionnels particuliers liés à une activité ou un objet spécifique, tels que les filières et les réseaux. Elles présentent les avantages d'offrir souplesse et grande liberté pour les parties qui peuvent être unies par la simple signature d'un contrat. En contrepartie, la coopération entre établissements doit rester relativement limitée : puisqu'elle ne peut prévoir ni de personnel, ni de patrimoine propre. Il est également à noter l'absence de budget spécifique et autonome et l'impossibilité pour les parties de détenir des autorisations communes. Le principe de spécialité des établissements publics et le Code des marchés publics peuvent en outre restreindre la coopération. Cette souplesse explique cependant qu'elle soit devenue le mode de coopération le plus utilisé¹³.

Les collaborations institutionnelles ou « organiques », quant à elles, permettent d'offrir un cadre juridique à la coopération. La structure organique est alors l'outil juridique de la coopération et sert la gestion commune d'une activité ou d'un bien. Ces collaborations sont diverses et prennent la forme d'associations loi 1901, de communautés d'établissements de santé, de SIH, de GIP, le GCS et plus récemment de GCSMS :

- L'association loi 1901 vise **les associations à but non lucratif** (article 1 de la loi de 1901). Elle présente l'avantage de se former librement et présente une certaine souplesse en ce qui concerne sa création, sa gestion et ses règles de fonctionnement. Elle peut en outre couvrir un objet très large et ne nécessite pas de capital initial. Des associations ont ainsi vu le jour au niveau national ou local, mais en retour la flexibilité de leur organisation empêche la mise en place d'une coopération dans un cadre juridique stable.

¹³ GHERARDI Eric, « La coopération dans le secteur social et médico-social », in *ADSP*, juin 2003, n°43, pages 41-43.

- **La communauté d'établissements**, créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 et vise à promouvoir les actions de coopération et de complémentarité en même temps que rationaliser l'offre de soins de proximité¹⁴.

- **Les SIH** ont été instaurés par la loi de 1970. Ils ont pour vocation de favoriser la concentration et la rentabilisation des établissements existants ou à créer et de permettre la coordination des actions de ces établissements. Leur vocation est large et englobe toute activité intéressant le fonctionnement des établissements adhérents. Mais leur mode de fonctionnement reste assez complexe. Dans la même logique, les établissements ont été autorisés en 2002 à adhérer aux **syndicats interétablissements (SIE)**. Par analogie avec le SIH, le SIE devaient permettre aux établissements de gérer services et équipements communs. Ses conditions de mise en place étaient simples « *Sa souplesse, sa durée indéterminée, ainsi que son objet, son fonctionnement calé sur celui d'un établissement public, la possibilité de disposer d'un patrimoine propre : autant d'éléments favorables à l'outil dans le secteur social et médico-social*¹⁵ ». Mais le décret d'application de cet outil n'est pas paru par la suite, le rendant inapplicable.

- Les établissements peuvent aussi adhérer à des **Groupements d'intérêt public (GIP)** qui ont été adaptés au secteur en 1987. Doté de la personnalité morale de droit public pour exercer ensemble des activités dans le domaine sanitaire et social, le GIP reste toutefois soumis au contrôle financier de l'Etat, ne peut réaliser de bénéfices et s'inscrit dans une durée limitée.

- **La direction commune** a sa place dans les catégories des coopérations fonctionnelles, même si elle n'est pas clairement définie par les textes et constitue « un montage atypique de coopération »¹⁶. Elle n'est clairement envisagée que dans les statuts des directeurs d'hôpitaux et des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux (DESS)¹⁷. La direction commune facilite elle aussi la mutualisation des moyens et la coopération entre établissements.

¹⁴. Article 30 de l'ordonnance du 24 avril 1996.

¹⁵. F. SALLE, Elargissement des formules de coopération, l'exemple des établissements de Mindin, *Revue hospitalière de France*, septembre/octobre 2002, n°488

¹⁶. EPISSE Céline, « La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient ». L'exemple des établissements du Val d'Aunis et de Saintonge, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2006/2007.

¹⁷. **Décret n° 2005-921 du 2 août 2005** portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n° 83-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et **décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007** portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière

- Les **groupements de coopération sociale et médico-sociale** sont à identifier comme de nouveaux moyens de coopération fonctionnelle.

C'est donc en cohérence avec les objectifs des politiques actuelles que se sont développés les liens de coopération entre les trois établissements.

1.2 Une coopération favorisée par des circonstances particulières

Si la coopération des établissements se place en parfaite cohérence avec le contexte actuel, sa naissance et son développement progressif s'expliquent tout de même par des logiques propres, relatives à l'histoire, aux personnes et à la conjoncture des établissements.

1.2.1 Un rapprochement facilité par une direction commune

Les entretiens que j'ai eus avec les membres de l'équipe de direction, m'ont éclairé sur la mise en place progressive de la coopération entre les trois établissements.

Le point de départ de la coopération entre les établissements a été d'abord une situation de direction commune. Le même directeur prit en effet successivement la direction de la Fondation Favier Val de Marne (1986), puis du Grand Age à Alfortville (1987) et enfin celle de la Maison de Retraite Intercommunale à Fontenay-sous-Bois (2002). Il est ainsi à ce jour responsable des trois établissements répartis sur plusieurs sites dans le Val de Marne.

La Fondation Favier est l'héritage d'une ancienne propriété châtelaine transformée en hospice par sa propriétaire, qui en fit ensuite don au Département de la Seine en 1890. Au fil des années, cet hospice a été l'objet de modernisation et d'agrandissement pour évoluer en 1975 en établissement, conformément aux textes d'application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales.

En 1985, la Fondation Favier devient un établissement public départemental à compter du 1^{er} janvier. La capacité de l'établissement a été fixée à 268 lits par arrêté du préfet du Val-de-Marne en 1979. La convention tripartite a été signée le 17 mai 2002 ce qui fit de la

Fondation Favier Val de Marne un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'établissement est situé sur trois sites totalisant 286 lits :

- Le site à Bry-sur-Marne comprenant trois bâtiments d'hébergement (234 lits) ainsi qu'un Accueil de jour (ADJ) de 10 places et un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de 100 places gérées désormais par « le GCSMS des EHPAD Publics du Val de Marne ». Le site dispose de 46 places destinées à l'accueil de personnes désorientées déambulantes en unités protégées.

- Le pôle gérontologique Le Chemin Vert (16 lits) à Noisieu

- La Fondation Lepoutre, 36 lits dont 12 places pour les personnes désorientées déambulantes et 10 places d'accueil de jour gérées par « le Groupement des EHPAD publics du Val de Marne ». Cet établissement entrera prochainement en fonctionnement.

L'établissement dispose également d'une pharmacie à usage interne. Il emploie au total 218 agents en 2007.

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans avec une priorité aux habitants du département du Val-de-Marne (80%). D'autres personnes âgées peuvent être hébergées dans la limite des places disponibles. Le public est composé essentiellement de femmes d'une moyenne d'âge de 82 ans. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) a été évalué à 723 et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) à 311. En matière d'organisation de la prise en charge dans les établissements, un choix a également été retenu : celui d'une prise en charge des résidents par profil dans les unités de vie.

Dès 1987, la Fondation Favier s'engage dans une démarche de mutualisation des moyens avec la Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (MAPA), située sur la commune d'Alfortville, nouvellement inaugurée et première de ce genre dans le Val-de-Marne (63 lits). Le ressort géographique de cet établissement est communal. Joseph FRANCESCHI, secrétaire d'Etat aux personnes âgées de l'époque, désirait en effet que chaque personne âgée présentant une perte d'autonomie puisse rester dans sa commune. La Maison d'Accueil pour Personnes Agées, qui porte aujourd'hui son nom, et qui a ouvert ses portes le 14 décembre 1987, se voulait la transcription de cette volonté pour Alfortville. Cette politique d'accueil s'est poursuivie ensuite avec ses successeurs.

C'est ainsi que la résidence Bonheur (42 lits) a été mise en service le 5 mars 1995. Les deux sites forment aujourd'hui le Grand Age (105 lits), établissement public médico-social, dont la convention tripartite fut signée en 2001, auquel s'ajoute depuis le 1er janvier 2001, un service de soins infirmiers à domicile d'une capacité de 64 places géré aujourd'hui par le Groupement.

L'établissement emploie au total 76 agents. La population accueillie est composée essentiellement de femmes dont la moyenne d'âge est de 86, 02 ans. Le GMP actuel est de 773 et le PMP de 306.

Pour optimiser la gestion des deux établissements, a été établie une convention de gestion commune conformément à la loi du 30 juin 1975, qui permit dès 1988 de mutualiser des emplois : ceux du personnel de direction et du médecin coordonnateur. Les rémunérations y compris les charges sociales et fiscales, étaient réparties entre les deux établissements sur une répartition : 2/3 – 1/3. Cette convention de gestion évolua ensuite et permit aux établissements d'avoir des personnels qualifiés salariés à temps plein. Ainsi ont également été partagés des postes de médecins salariés, un pharmacien (partage de la pharmacie) mais aussi de personnel paramédical : des psychomotriciens, des ergothérapeutes.

En 2002, la direction commune s'élargit à la Maison de Retraite Intercommunale (MRI) de Fontenay-sous-bois Le directeur a été ainsi chargé de restructurer la maison de retraite qu'il convient de présenter.

Fondée en en 1887, la MRI a été le premier hospice créé en France par l'association de plusieurs communes : Fontenay-sous-Bois, Montreuil, Vincennes et St Mandé. Cet établissement est devenu EHPAD en 2002 régi par la loi 75-735 du 30 juin 1975 remplacée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. L'établissement accueille en priorité des personnes seules ou des couples, âgés d'au moins 60 ans (sauf dérogation) et originaires des quatre communes.

Il s'agit majoritairement de femmes âgées de 85 ans en moyenne et présentant un GMP de 748 et un PMP de 302. En outre les résidents de la maison de retraite sont en majorité bénéficiaire de l'aide sociale (65, 7%).

L'établissement offre une prise en charge diversifiée proposant des services d'hébergement (259 lits) se situant sur deux sites, celui d'Hector Malot (67 lits) et celui de la Dame Blanche (192 lits) au sein duquel 27 lits sont dédiés à l'accueil de personnes désorientées déambulantes. Par ailleurs, 50 places de SSIAD sont également rattachées au site Hector Malot ainsi que 10 places d'accueil de jour situées sur le site de la Dame

Blanche, aujourd'hui gérées par le Groupement. La maison de retraite dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI).

Ainsi chaque établissement dispose d'un ressort territorial différent des autres : la Fondation Favier est de ressort départemental, le Grand Age de ressort communal, et enfin la MRI de ressort intercommunal.

La situation peut être présentée de cette façon :

Etablissements	Ressort territorial	Sites	Services alternatifs à l'hébergement (locaux dans les établissements mais gestion assurée aujourd'hui par le GCSMS)	Capacités totales
Fondation Favier Val-de-Marne	Départemental	- Site à Bry-sur-Marne (234 lits) - Pole gérontologique à Noiseau (16 lits) - Fondation Lepoutre à Nogent sur Marne (36 lits)	- SSIAD (100 places) - ADJ (20 places)	- En hébergement : 286 places - Autres services : 110 places
Le Grand Age	Communal	- MAPA (63 lits) - Bonheur (42 lits)	- SSIAD (64 places)	- En hébergement : 105 places - SSIAD : 64 places
Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois	Intercommunal	- Dame Blanche (192 lits) - Renoir (67 lits)	- SSIAD (50 places) - ADJ (10 places)	- En hébergement : 708 lits dont seulement 259 installés à ce jour - Autres services : 60 places

L'élargissement du champ de la direction commune s'accompagne de changements au niveau de la direction.

Dans un premier temps, le directeur a délégué la direction de l'établissement d'Alfortville à un directeur adjoint, directeur d'établissement sanitaire et social.

Puis dans un second temps, il délégua celle de la Fondation Favier à un autre directeur adjoint, directeur d'hôpital. Le directeur de la Fondation Favier avait également en charge les services financiers, économiques et des travaux. Un poste d'attaché d'administration hospitalière fut aussi créé pour les services financiers.

Peu après sa prise de fonction à la MRI de Fontenay-sous-Bois le directeur recruta deux directeurs d'hôpitaux en 2003 : un directeur chargé des services économiques et une directrice chargée des ressources humaines.

Se dessina alors une nouvelle répartition des tâches entre le directeur de la Fondation Favier et le directeur des services économiques. Le directeur de la Fondation Favier garda en charge les services financiers et les travaux et le nouveau directeur prit en charge les services économiques et techniques.

S'ajoute à l'équipe de direction un directeur des soins, déjà en fonction sur la Maison de retraite avant 2002.

L'année 2004 fut celle d'un changement important pour l'équipe de direction qui se renouvela avec le remplacement du directeur du Grand Age et de celui de la Fondation Favier, par deux directeurs d'établissement sanitaire et social. Ce changement de personne entraîna une nouvelle répartition des tâches entre le directeur des services économiques et celui de la Fondation Favier. Le directeur des services économiques devint alors également chargé des travaux tandis que celui de la Fondation Favier avait davantage des missions centrées sur la direction du site. L'équipe de direction préféra en effet favoriser la permanence des directeurs de site sur les établissements tout en maintenant pour eux quelques missions transversales.

Les missions de chaque membre de l'équipe de direction reflètent ainsi cette dimension de gestion commune.

Le directeur est le responsable et le représentant de l'ensemble des établissements. Il se charge de la politique et de la stratégie générale des établissements. En concertation avec l'équipe, il oriente et décide des choix et projets pour les structures. Il s'assure également du suivi quotidien et régulier de la vie des établissements. Il s'occupe par exemple de la gestion des résidents, notamment par le biais de la politique d'admission. Dans ce cadre, il veille au niveau de l'activité et de la qualité des prestations. Son rôle permet de coordonner et d'articuler les différents sites et directions ainsi que d'impulser la dynamique des établissements dont il a la responsabilité.

Les directeurs « fonctionnels » assurent des missions pour l'ensemble des établissements.

La directrice des ressources humaines se charge de tous les actes concernant la gestion administrative du personnel médical et non médical pour lesquels elle a délégué de signature. Elle définit, en concertation avec le directeur, la politique sociale des établissements et est responsable par exemple des recrutements des personnels. Elle a également en charge la direction du service informatique commun aux trois établissements et du personnel qui y est rattaché.

Le directeur des services économiques et des travaux est responsable des fonctions hôtelières et logistiques, des marchés et achats, et des opérations de travaux concernant les différents sites.

A ses côtés, un ingénieur le seconde dans la conduite des services techniques et des travaux.

Les deux directrices de sites assurent également des missions transversales pour les trois sites en plus de la gestion quotidienne des établissements.

De cette façon, la directrice de site de la Fondation Favier-Val de Marne se charge des dossiers de financements et des emprunts relatifs aux trois établissements. Elle est également en charge des dossiers concernant les CLIC ou autres projets des établissements.

La directrice du Grand Age assure quant à elle depuis peu une mission transversale relative au regroupement des achats des établissements.

Le directeur des soins se charge de la coordination générale des soins sur les trois établissements, il s'occupe entre autres du recrutement du personnel soignant et d'optimiser au mieux la qualité des prestations offertes.

Des réunions de direction régulières permettent de coordonner les actions des membres de l'équipe.

La direction commune facilite clairement la coopération et la mutualisation des moyens. Elle permet également de développer une politique commune aux trois établissements. Celle-ci repose sur de fortes valeurs de service public : permettre l'accès social au plus grand nombre de personnes et offrir les meilleures prestations possibles. Ainsi sont retenus les mêmes choix en matière de prise en charge pour toutes les structures. Les trois établissements sont habilités à l'aide sociale, conventionnés avec l'Assurance Maladie et ont opté pour le tarif global de soins.

La direction commune répond à des règles spécifiques qui renforcent la gestion des établissements. L'ensemble des membres de la direction, excepté l'ingénieur, assure à tour de rôle les astreintes de tous les établissements. En revanche, l'indemnité de direction commune est perçue par le seul chef d'établissement alors même que l'ensemble de l'équipe de direction est amenée à intervenir sur tous les établissements signataires de la convention de gestion commune. Cela s'explique en fait parce que cette indemnité constitue une reconnaissance de la responsabilité supplémentaire incombant au directeur.

La gestion dans le cadre d'une direction commune est décidée par des délibérations identiques des conseils d'administration de tous les établissements concernés.

Il est important de souligner que malgré la direction commune, chaque établissement dispose de son propre conseil d'administration, de son propre budget, de son propre plan de formation etc. Trois conseils d'administrations sont donc préparés et réunis. Chaque établissement est d'ailleurs présidé d'une façon différente puisqu'ils n'ont pas les mêmes ressorts territoriaux : ainsi c'est le président du conseil général qui préside le conseil d'administration de la Fondation Favier, le maire de la commune d'Alfortville pour le conseil d'administration du Grand Age, et si les élus de l'ensemble des communes sont représentés au sein du conseil d'administration de la MRI c'est le maire de la commune de Fontenay-sous-Bois qui en est le président (du fait d'un accord initial entre les communes, non remis en cause depuis).

La direction commune constitue donc un cadre propice à la coopération. Mais l'explication du développement des liens entre les établissements se trouve essentiellement dans la situation conjoncturelle de la MRI en 2002.

1.2.2 La coopération : un enjeu fondamental pour le maintien de la MRI

L'entrée de la MRI de Fontenay-sous-Bois, marque un tournant dans la coopération entre les établissements.

Comme expliqué précédemment, le directeur de la Fondation Favier et du Grand Age a été chargé de sa modernisation. En effet, les locaux ne répondent plus aux besoins en matière de prise en charge et de confort hôtelier : locaux non-conformes à l'arrêté du 26 avril 1999 avec un nombre relativement important de chambres doubles (27,6% sur le site Hector Malot et 16, 5% sur le site de la Dame Blanche) ; Une rénovation complète s'imposait.

Cet objectif, sous-entendait dans un premier temps, la baisse progressive de l'activité des structures pour pouvoir les démolir et ensuite les reconstruire aux normes en vigueur. Le directeur et l'équipe durent alors faire face au défi de préserver les emplois malgré la diminution du nombre de lits et la chute de l'activité.

Les emplois des fonctions logistiques : cuisine (fabrication des repas et leur transport dans les autres établissements), blanchisserie (entretien du linge personnel des résidents) et ateliers (maintenance, entretien) ont été alors partagés avec les deux autres établissements. Ce changement a été négocié avec les équipes concernées. Bien qu'il visait la préservation de leurs emplois, les équipes ne l'acceptèrent pas facilement, notamment les ateliers pour qui la mutualisation entraînait des déplacements sur les autres établissements. Par ailleurs, pour mesurer l'ensemble des enjeux de la situation, il faut également prendre en compte la présence de l'action syndicale. Après un temps de concertation, un point d'entente fut finalement trouvé et la mutualisation acceptée.

Ces changements entraînèrent une réorganisation des activités mutualisées.

En ce qui concerne la restauration, la Fondation Favier et le Grand Age faisaient appel à des prestataires extérieurs pour cette prestation. La réorganisation entraîna donc le passage de la prestation de restauration de mains d'un prestataire privé à celles de service public. Il a été décidé de mettre en place une liaison froide pour les deux établissements avec la Maison de Retraite Intercommunale.

Ces actions touchant à des aspects essentiels de la vie des résidents, elles nécessitent un suivi et un contrôle régulier. Afin de coordonner les actions en la matière, des réunions inter-établissements ont été mises en places sur les domaines de la restauration et du blanchissage des vêtements des résidents.

Ainsi, en matière de restauration, se réunit environ une fois par mois une commission de coordination des menus. Celle-ci supervise les commissions de des menus de chaque établissement, et permet de faire le point sur l'appréciation des repas dans les différents sites. En même temps, elle permet un contrôle de la qualité et la concertation de l'ensemble des acteurs sur les prestations offertes aux résidents. Elle réunit ainsi le directeur des services économiques et logistiques qui dirige la réunion, les directrices de sites, le directeur des soins, le cadre supérieur en charge de la qualité, les cadres de santé, les diététiciennes, l'agent chef de l'Unité Centrale de Production Alimentaire (UCPA).

Dans la même logique, des commissions de coordination de la fonction linge se réunissent tous les mois, dirigée par le directeur des services économiques et rassemblant les directrices de site, le directeur des soins, le cadre supérieur en charge de la qualité, les cadres de santé, l'agent responsable de la blanchisserie.

La mutualisation des emplois s'est poursuivie avec le crédit de nouveaux emplois qualifiés. Le recrutement de ce type de personnel n'est pas toujours aisé car les établissements ne peuvent offrir qu'un temps de travail partiel. En partageant les emplois entre trois établissements, le recrutement devient possible et attractif. Il permet d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents par la diversification des prestations offertes. C'est ainsi que furent recrutés : un cadre supérieur de santé pour la démarche qualité, deux techniciens supérieurs en informatique (mise en place et maintenance informatique et installation, entretien, contrôle des matériels, logiciels, progiciels). Mais le recrutement s'élargit aussi à d'autres emplois comme des postes de conducteur automobiles, de maîtres-ouvriers...¹⁸.

Les rémunérations y compris les charges sociales et fiscales, des personnels mutualisés sont réparties entre les établissements sur le fondement de la répartition suivante :

- Le Grand Age : 1/6^{ème}
- La Fondation Favier-Val de Marne : 2/6^{ème}
- La Maison de Retraite intercommunale : 3/6^{ème}

¹⁸. Cf Tableau évolution des personnels partagés depuis 2002, p.29

Les conventions de gestion liant les établissements ont ainsi évolué avec le temps. Dans un premier temps, nous l'avons vu, une convention de gestion liait la Fondation Favier et le Grand Age. Dans un second temps, une convention lia la Fondation Favier et la MRI avant qu'un troisième type de convention ne vienne lier les trois établissements ensemble.

En ce qui concerne leur contenu, ces conventions énuméraient et présentaient les personnels qui sont mis en commun. Au fur et à mesure que du personnel supplémentaire fut mis en commun, elles ont été modifiées. La convention fait également ressortir les règles de répartition des charges présentées ci-dessus. L'approbation et la mise en œuvre du contenu des conventions est soumise à l'accord des présidents des conseils d'administration.

La coopération a ainsi permis de préserver les emplois en même temps que la réalisation d'une phase importante de restructuration de l'établissement.

Le site Hector Malot est actuellement en reconstruction, et l'ouverture d'un EHPAD de 228 lits est ainsi prévue pour le cours de l'année 2009. Le site de la Dame Blanche (190 lits) fera également l'objet d'une phase de démolition et de reconstruction, une fois que l'EHPAD Hector Malot aura ouvert. Les résidents de la Dame Blanche seront alors transférés à Hector Malot.

Par ailleurs, la construction d'un nouveau site est prévue pour les années à venir : il s'agit d'un EHPAD de 90 lits dans la commune de Montreuil.

Sur le site d'Hector Malot, en face de l'EHPAD en construction, un « **pôle technique** » a été inauguré en 2006. Vers ce pôle technique ont été transférés tous les services présents dans les locaux de l'EHPAD Hector Malot avant sa démolition. Ce pôle technique comprend un bâtiment administratif, composé de bureaux et de locaux logistiques. Il prend aussi une dimension de support administratif et logistique : c'est sur ce lieu en effet qu'ont été centrés les locaux des activités communes aux trois établissements : la blanchisserie, la cuisine, le poste central des ateliers. Cela donne une dimension centralisée à ses fonctions et concrétise la coopération.

C'est donc la même réflexion que celle développée par les pouvoirs publics qu'ont entrepris les établissements. La coopération entre les établissements s'est développée de manière graduée au fil des années, prenant une ampleur nouvelle avec l'entrée de la Maison de Retraite Intercommunale dans la direction commune. L'approfondissement de la collaboration et le développement des moyens mis en commun expliquent la recherche du cadre de coopération le plus adapté.

2 La création du GCSMS : une évolution logique et justifiée de la coopération entre les établissements

Face au développement de la coopération entre les trois établissements, le cadre utilisé jusque là s'est révélé insuffisant. Le choix de l'équipe de direction s'est alors porté sur un nouvel outil de coopération : le GCSMS, qui offre de nouveaux axes de coopération. L'évolution positive que prend la mise en route du groupement confirme la cohérence de la démarche même si ce changement nécessite des efforts conséquents.

2.1 Le choix du GCSMS : volonté stratégique et réponse aux limites rencontrées

Le choix de la mise en place d'un GCSMS répond à un double objectif : en premier lieu dépasser les limites de la convention de gestion en sécurisant la coopération tout en bénéficiant des perspectives ouvertes par le nouvel outil juridique.

2.1.1 La convention de gestion : un cadre de coopération limité

Depuis 2002, les trois établissements, la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois, la Fondation Favier-Val-de-Marne et le Grand Age utilisent la procédure de la convention de gestion pour donner un cadre à leur coopération.

Ce cadre a permis dans un premier temps de formaliser la coopération entre les établissements. Mécanisme souple, la convention n'est ni encadrée par des textes réglementaires spécifiques, ni soumise à des règles particulières. Son champ d'application peut donc être très large selon les objectifs qui lui sont fixés. Ce mode de coopération permet à chaque structure co-contractante de conserver totalement son indépendance et la liberté d'action.

Toutefois, la convention empêche le développement de synergie durable et se révèle aussi inadaptée aux projets d'envergure.

La convention de gestion présente en effet l'inconvénient de fournir un cadre instable et incertain à la coopération. Son existence et son report d'année en année sont en fait conditionnés par l'adhésion des conseils d'administration, et le changement d'acteurs peut, de cette façon, lui être préjudiciable. En cas de changement de conseil

d'administration, la convention demeure et les nouveaux acteurs entrent dans un système qu'ils n'ont pas choisi.

Concrètement, cela signifie que les moyens et les personnels communs peuvent être remis en question. De cette manière, les emplois mis en commun par la convention de gestion ne sont pas véritablement protégés. L'impossibilité d'assurer la préservation et la pérennité des emplois présentait donc un inconvénient important pour l'équipe de direction d'autant que leur nombre croissait d'années en années.

En présentant l'évolution des emplois depuis 2002, il est plus facile d'apprécier l'évolution du contenu des conventions annuelles qui ont lié les trois établissements.

Evolution des emplois partagés depuis 2002 :

Nombre de poste en ETP par fonction	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Administration et direction :						
Directeur d'hôpital	4	4	3	3	3	3
D.E.S.S	1	1	2	2	2	2
Attaché d'adm hosp.						1
Adj Cadres hosp.						2
Adjoint adm						11
Sous total admin.	5	5	5	5	5	19
Maintenance et entretien :						
Ingénieur			1	1	1	1
Agent chef 2ème cat.						1
Contremaître princ.						1
M.O.P						3
M.O						5
O.P.Q						2
O.P.S						1
Sous total atelier						14
Restauration :						
Techn. Sup. Hosp.				1	1	1
Diététiciennes					2	2
Agent chef 1ère cat				1	1	1
Contremaître				2	2	1
Maître ouvrier				4	4	2
O.P.Q				4	4	3
O.P.S				2	2	5
A.E.Q				1	1	3
Sous total UCPA				15	17	18
Blanchisserie :						
Contremaître princ					1	1
Contremaître					1	1
M.O				3	3	2
O.P.Q				2	2	1
O.P.S				4	4	4
A.E.Q					1	1
Sous total linge				9	12	10
Transports						
Conducteur auto*				2	5	5
Sous total transport				2	5	5
Informatique	1	1	1	1	1	1
Soins :						
Directeur des soins	1	1	1	1	1	1
Cadre sup. de santé				1	1	1
Sous total soins	1	1	1	2	2	2
TOTAL	7	7	8	35	43	69

* Les agents faisant fonction de conducteurs automobiles détiennent divers grades correspondant à leurs emplois précédents, soit OPQ, soit conducteurs d'automobile. Ils sont maintenant reclassés dans le grade des OPQ selon le décret n°2007-1085 du 3 août 2007.

Avec le risque de disparition de ces emplois, se profilait le risque de disparition de certaines prestations offertes au public accueilli et c'est ainsi toute l'organisation et l'équilibre des établissements qui pouvaient être remis en question.

En outre, les modalités financières des conventions rendent difficiles la lisibilité et le contrôle de leur gestion. Aujourd'hui de nombreuses conventions peuvent être contestées, par exemple par un concurrent éventuel dans le cas de réalisation de prestations de services ou par le juge des comptes dans l'hypothèse où un établissement public supporte indûment sur son budget des dépenses au profit d'un autre établissement. De même, un agent pourrait contester ses conditions d'emploi en dehors de son cadre statutaire ou conventionnel. La responsabilité des acteurs peut être mise en cause à tout moment à l'occasion d'un événement fortuit.

Par ailleurs, le mode conventionnel présente l'inconvénient d'être très succinct et de ne pas prévoir de clause pour les étapes majeures de la vie du contrat. La rédaction parfois approximative des actes peut donner lieu à un contentieux abondant et un contrôle délicat de la part du juge.

2.1.2 Le GCSMS ou de nouvelles opportunités de coopération

A) Un nouvel outil juridique plus adapté à la coopération

Plusieurs formules de coopération s'offraient à l'équipe de direction : le GIE, le GIP, les syndicats interétablissements et les groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Le GIE, de nature privée, vit son éventualité écartée.

Le syndicat interétablissement, quant à lui ne reçut pas les dispositions réglementaires et ne put donc pas être mis en place par les établissements.

Le GIP fut également écarté, en raison de son objet limité et de sa lourdeur, celui-ci supposant la nomination d'un commissaire du gouvernement (Préfet ou DDASS).

Il restait donc la formule du GCSMS qui, malgré des inconvénients, assure une certaine sécurité juridique à la coopération renforcée que la direction voulait mettre en œuvre. Le passage au groupement de coopération sociale et médico-sociale permettait ainsi de

renforcer les liens mis en œuvre par la convention de coopération depuis 2002 tout en assurant une plus grande pérennité aux emplois mis en commun.

Evoqué précédemment, ce nouvel outil a été créé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle introduit un nouvel article 312-7 dans le CASF complétant ainsi la palette d'outils qui existait jusque là en matière de coopération tels que les GIE et GIP. Par ailleurs, le CASF s'est vu dans sa partie réglementaire, complété par une section 4 « Coordination des interventions » dotée d'une sous section unique intitulée « Groupements » comprenant 25 articles (R 312-194-1 à R 312-194-25) qui détaille les différents aspects des GCSMS.

D'autres textes viennent préciser la loi de 2002 sur le GCSMS :

- La **loi n°2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées précise les missions spécifiques du nouveau GCSMS.

- Le **décret n° 2006-413 du 6 avril 2006** relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale complète les bases juridiques de ce nouvel outil. Il en précise les missions, les règles de création, d'organisation, d'administration, de dissolution et de liquidation.

- **L'instruction DGAS/5D n°2007-309 du 3 août 2007** relative à la mise en oeuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale en précise le fonctionnement.

Et enfin, il y a quelques jours **le décret n°2008-928 du 12 septembre 2008** relatif à la mise à disposition et au détachement et modifiant le décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers élargit la possibilité du détachement au GCSMS.

Ce nouveau cadre juridique a été explicité par **la circulaire n°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006** relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globale commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de mêmes enveloppes de crédits limitatifs, et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.

Le GCSMS est largement soutenu par les pouvoirs publics, pour qui les objectifs de cette coopération se présentent comme ceci : « *favoriser une mise en réseau qui*

procède au maillage du territoire social et médico-social » et faciliter un « *développement coordonné de l'offre par les opérateurs et l'acquisition par ceux-ci d'une vision globale évolutive et opérationnelle des besoins de prise en charge* » selon la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS). Très fortement promu par l'administration qui a multiplié les actions d'information, il constitue pour elle un « *levier d'action essentiel* »¹⁹ (DGAS). Le texte même de l'article 312-7 du CASF semble reconnaître la primauté du GCSMS en ce sens qu'il permet d'établir des partenariats plus perfectionnés²⁰.

Avec le GCSMS, les établissements sociaux et médico-sociaux disposent désormais d'un outil juridique dédié. Il incarne ainsi la coopération institutionnelle dans le secteur sanitaire et social. Inspiré du GCS, dont il est parfois comparé au « **clone presque parfait** »²¹, ce dispositif a pour objectif de relancer la coopération en permettant la restructuration des établissements afin de répondre de manière optimale aux attentes évolutives des usagers.

Le GCSMS offre des modalités de coopération avancées par rapport aux autres instruments juridiques. Les textes régissant les formules juridiques auxquelles pouvaient jusqu'alors avoir accès les établissements sociaux et médico-sociaux limitaient en effet les possibilités de coopération, soit en cantonnant les activités du groupement à des prestations accessoires à l'objet principal des membres, soit en réservant l'accès à ces groupements à certaines catégories de membres. Le CASF écarte, pour le groupement de coopération sociale et médico-sociale, ces limites légales et réglementaires, ce qui permet d'ouvrir très largement le champ des coopérations dans le secteur social et médico-social.

Une forme juridique ouverte

Le groupement de coopération se caractérise tout d'abord par une constitution souple quant à la qualité des personnes susceptibles d'en devenir membres.

- Il peut être constitué entre **des personnes physiques et morales**, ce que n'autorise pas d'autres formes de coopération comme le GIP, et entre les personnes de

¹⁹. Circulaire DGAS n°216 du 18 mai 2006

²⁰. Article 312-7 « Outre les missions dévolues, le groupement peut... »

²¹ BARRE-HOUDART Stéphanie, LAROSE Dominique, « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation », in *Revue hospitalière de France*, 08/07/2006. Fascicule 511, page 43.

droit public et de droit privé, qu'elles soient ou non à but lucratif. Il peut rassembler des publics pris en charge différents et des collectivités publiques différentes.

Un GCSMS peut donc être constitué entre :

- les établissements et services sociaux et médico-sociaux avec ou sans personnalité morale propre,
- les personnes physiques ou morales qui en sont gestionnaires,
- les professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire,
- les établissements de santé publics et privés,
- les organismes agréés de services à la personne,
- ainsi que les institutions sociales ou médico-sociales.

Non seulement le groupement peut être créé entre plusieurs départements et entre des établissements de sièges différents, mais il peut en outre lier des organismes dispersés sur l'ensemble du territoire dans la mesure où ils agissent en coordination sur une même problématique spécifique.

- Sa souplesse est également visible au regard de **son objet**. Il détient des missions propres et des missions qui peuvent être également mises en œuvre dans le cadre d'autres formes de coopération.

Ainsi, les GCSMS peuvent être constitués comme les GIE et GIP en vue :

- d'exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale ;
- de créer et de gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à leur activité ;
- de faciliter ou d'encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité de leurs membres et de la qualité de leurs prestations notamment par le développement ou la diffusion de procédures, de références ou de recommandations de bonnes pratiques, en lien avec les travaux de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- de définir ou de proposer des actions de formation à destination des personnels de leurs membres. Toutefois précise l'administration, le groupement de coopération ne peut pas être organisme formateur.

Mais au-delà de ces missions, seul le groupement de coopération sociale et médico-sociale peut :

- permettre des interventions communes de professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, de professionnels salariés du groupement ainsi que de professionnels associés par convention ;

- être autorisé à la demande de ses membres, à exercer directement des missions et prestations des établissements et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation des autorisations ;

- être chargé de procéder aux fusions et regroupements d'établissements ;

- recruter directement des personnels. Deux possibilités concernant le personnel sont prévues. Les personnels des membres du groupement peuvent être mis à sa disposition. Le groupement peut en outre disposer de personnel propre mais contractuel.

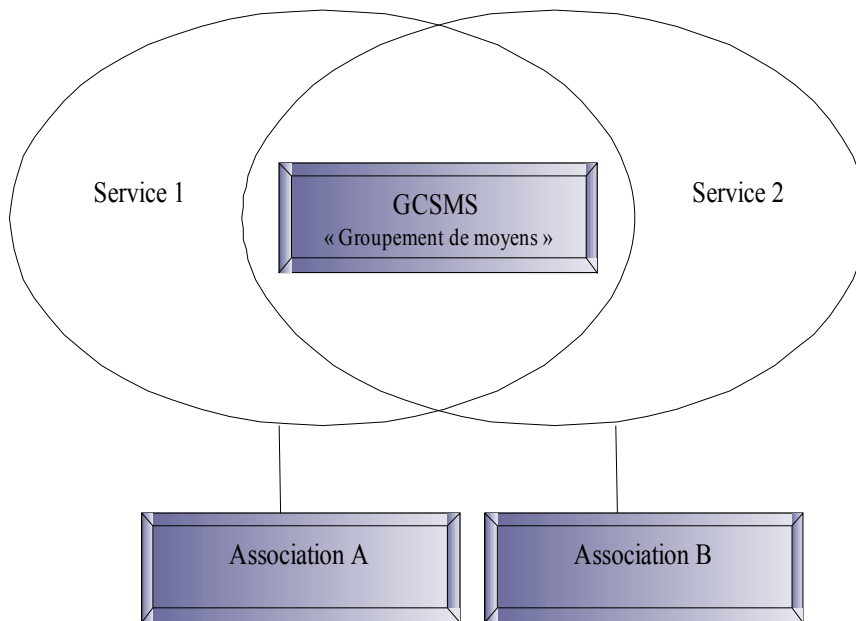
Par ailleurs, le groupement peut avoir plusieurs objets ou ne réaliser certaines actions que pour un seul de ses membres, ce qui imposera une gestion budgétaire et comptable extrêmement stricte.

Pour résumer, deux niveaux de mutualisation sont possibles :

- Le GCSMS « groupements de moyens » qui peut être représenté par ces figures²² :

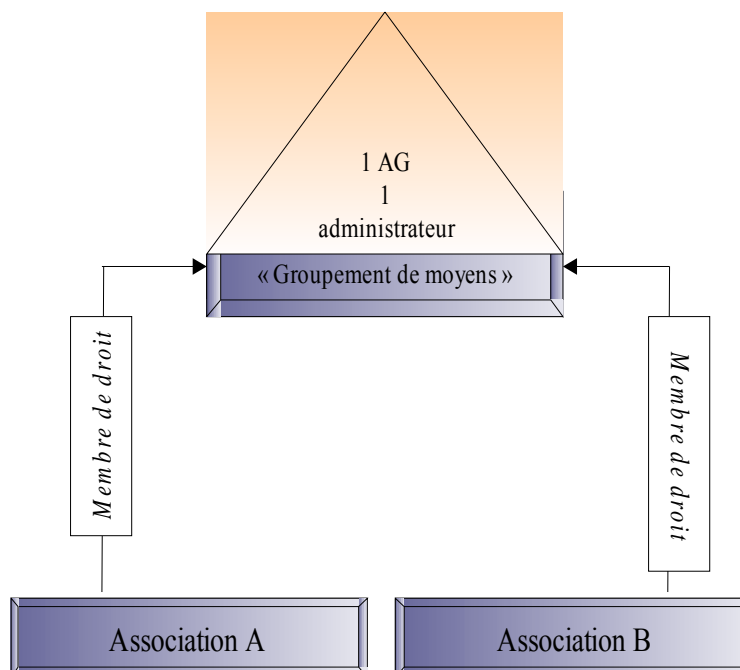
²² Source : Intervention d'A. VINSONNEAU (adjoint au directeur général de l'UNIOPSS) à l'Association Nationale des Cadres du Social (ANDESI), le 17 janvier 2008, disponible sur le site : www.andesi.asso.fr/Vinsonneauandesi.ppt

Organigramme fonctionnel



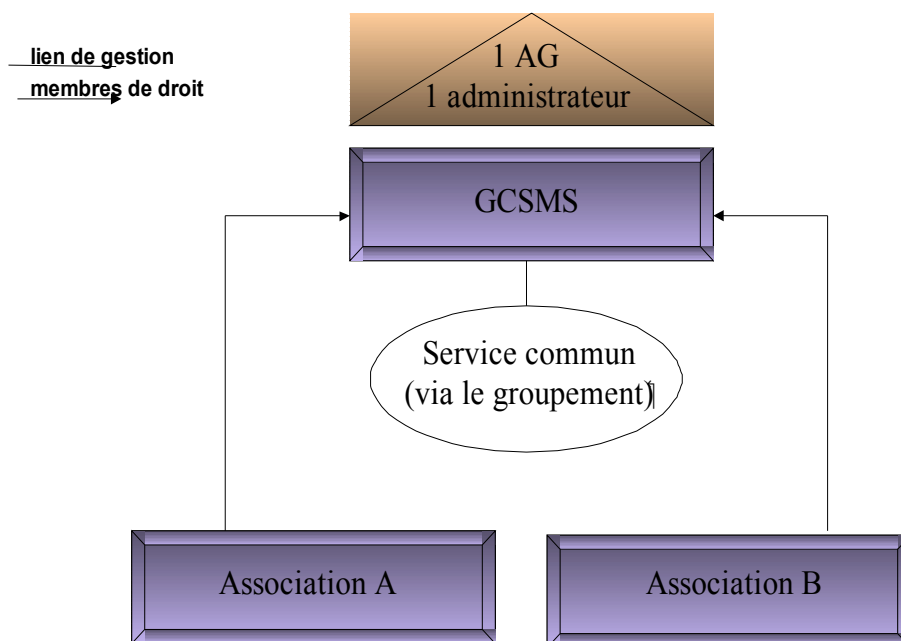
(Source : UNIOPSS)

Organigramme institutionnel



(Source : UNIOPSS)

- Le GCSMS assurant l'exploitation des autorisations des établissements et services (version maximaliste) qui peut être présenté de cette façon²³ :



(Source : UNIOPSS)

Le GCSMS est donc la formule juridique qui permet le plus grand champ d'activités, de la réalisation d'activités, logistiques ou administratives, à la fusion d'établissements, en passant par la réalisation des missions et prestations des établissements sociaux et médico-sociaux membres du groupement.

Un cadre juridique stable

- Contrairement aux conventions de gestion, les membres du groupement disposent d'un *modus vivendi* clair, dès lors que sa convention constitutive et son règlement intérieur sont établis.

²³ Source : Intervention d'A. VINSONNEAU (adjoint au directeur général de l'UNIOPSS) à l'Association Nationale des Cadres du Social (ANDESI), le 17 janvier 2008, disponible sur le site : www.andesi.asso.fr/Vinsonneauandesi.ppt

La convention constitutive est le document essentiel du groupement, il traduit l'accord des parties sur les objectifs poursuivis, les missions qui seront réalisées en commun et les modalités de gestion du groupement.

Elle doit obligatoirement comporter certaines mentions :

- :- 1°) la dénomination et le siège du groupement ;
- :- 2°) l'identité de ses membres et leur qualité ;
- :- 3°) sa nature juridique ;
- :- 4°) sa durée ;
- :- 5°) le cas échéant, son capital ;
- :- 6°) les règles selon lesquelles sont déterminés les droits des membres du groupement ainsi que, le cas échéant, les modalités d'adaptation de ces règles ;
- :- 7°) les modalités de représentation de chacun de ses membres au sein de l'assemblée des membres ;
- :- 8°) les règles de détermination de la contribution de ses membres à ses charges de fonctionnement ainsi que leurs modalités de révision annuelle dans le cadre du projet de budget compte tenu des charges réellement constatées au titre de l'année précédente ;
- :- 9°) les règles selon lesquelles ses membres sont tenus de ses dettes ;
- :- 10°) les règles d'adhésion, de retrait et d'exclusion, notamment les modalités selon lesquelles est entendu le représentant du membre à l'égard duquel une mesure d'exclusion est envisagée ;
- :- 11°) les cas de dissolution et les modalités de dévolution des biens du groupement ;
- :- 12°) les règles relatives à son administration, son organisation et à sa représentation ;
- :- 13°) les conditions d'intervention des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement, ainsi que, le cas échéant, les activités du groupement faisant l'objet des tarifications prévues au CASF.

Le groupement jouit de la personnalité morale à compter de la date de publication de l'acte d'approbation au Recueil des actes administratifs de la Préfecture. Le Préfet exerce donc un contrôle de légalité et non d'opportunité.

Les avenants à la convention font l'objet d'une procédure identique.

Sa stabilité juridique dépend aussi du respect des règles de marchés publics, de la comptabilité et de la fiscalité.

- Pour les opérations internes au GCSMS, il n'y a pas lieu d'appliquer les marchés publics. En revanche, les opérations externes peuvent y être soumises.

- En ce qui concerne la comptabilité du GCSMS de droit public plusieurs cas de figures sont envisageables. Si le GCSMS n'exerce pas directement les missions d'un établissement membre, l'instruction M 9-5 s'applique. En revanche si le groupement exerce directement les missions d'un établissement, il est soumis aux mêmes règles, soit à l'application de l'instruction M 22.

- Quant à la fiscalité des GCSMS, elle se cale progressivement sur celle des GCS. Les GCSMS de droit public peuvent être soumis à la taxe sur la valeur ajoutée sauf exonération, à la taxe sur les salaires, aux droits d'enregistrement afférents à la constitution d'un GCSMS et à la taxe foncière²⁴.

Un outil souple

- La **nature juridique** du groupement de coopération est également originale. Le groupement de coopération sociale et médico-sociale est doté de la personnalité morale dont il jouit à compter de la date de publication au recueil des actes administratifs de l'acte d'approbation par le préfet de la convention constitutive. Contrairement au GIE obligatoirement de droit privé et au GIP, la nature juridique du groupement est protéiforme.

Quatre cas de figure peuvent se rencontrer :

- le GCSMS constitué uniquement d'établissements ou d'organismes de droit public est une personne morale de droit public,
- le GCSMS constitué d'établissements ou d'organismes de droit public et de professionnels libéraux membres à titre individuel est une personne morale de droit public ;
- le GCSMS constitué uniquement d'établissements ou de personnes privées est une personne morale de droit privé
- le GCSMS constitué de personnes morales de droit public et de personnes morales de droit privé peut choisir sa forme juridique. Ce choix sera souvent dicté par ses incidences notamment en termes de personnel et de fiscalité.

²⁴. Instruction DGAS/5D n°2007-309 du 3 août 2007 relative à la mise en oeuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale

La nature juridique constitue un élément important du choix. En effet, elle emporte des conséquences significatives en matière de gestion des contrats, du personnel, de fiscalité, de domanialité.

- Le GCSMS peut être constitué pour une durée indéterminée ce qui n'était pas le cas pour le GIE et GIP. Dans les autres cas, il appartient à la convention de préciser la durée du groupement. Enfin, contrairement aux GIE les membres du groupement ne sont responsables de sa gestion que proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations. Mais à l'instar du GIP, la responsabilité des membres n'est pas limitée aux seuls montants de leurs apports ou de leur participation mais indéfiniment à proportion de leurs droits sociaux.

- En dernier lieu, c'est l'organisation du GCSMS qui symbolise sa malléabilité. Celle-ci apparaît fortement épurée au regard du GIP par exemple. Seuls deux organes composent le GCSMS. L'un, l'assemblée générale des membres, est collégial et délibérant ; l'autre, l'administrateur du groupement, a la charge de l'exécution des délibérations de l'assemblée. Ce dernier préside également l'assemblée qui délibère notamment sur le budget annuel, l'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation des résultats, la nomination et la révocation de l'administrateur, les modifications de la convention des différents professionnels ou encore le règlement intérieur du groupement. Dans les autres matières, l'assemblée peut donner mandat à l'administrateur qu'elle aura nommé pour trois ans. Celui-ci prépare et exécute les décisions de l'assemblée, représente le groupement dans tous les actes de la vie civile comme en justice et, dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.

En somme le GCSMS se veut un outil attractif par ses potentialités, facile à constituer et léger dans son organisation. Bien qu'imparfait, cet outil juridique fournit à la coopération un élément essentiel : un cadre juridique stable. Il apparaît ainsi qu'aujourd'hui les établissements et autres acteurs médico-sociaux font primer ce point sur tous les autres²⁵. C'est en effet parce qu'il assurait une certaine sécurité juridique que la direction commune de la Fondation Favier, du Grand Age et de la Maison de Retraite

²⁵. Dossier « Groupements de coopération, apprendre à jouer collectif », *Directions*, n°46, novembre 2007 p.24.

Intercommunale a choisi cette formule. Mais c'est aussi parce qu'il offrait de nouvelles potentialités de coopération que la formule fut retenue.

B) La perspective de nouveaux projets pour les établissements

Outre la stabilité, le GCSMS permet aux établissements d'avancer sur un certain nombre de points en terme de coopération, confirmant la position de l'équipe de direction et ouvrant la possibilité à la réalisation de nombreux projets.

- En premier lieu, les établissements trouvent un réel intérêt dans le fait que le **GCSMS puisse gérer des activités médico-sociales**. C'est la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui par son article 94, a permis aux GCSMS d'être autorisés, à la demande de leurs membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services et à assurer directement l'exploitation de l'autorité l'ayant délivrée. Cette modification permet de mentionner que le GCSMS peut-être considéré comme un nouvel établissement autorisé à gérer des activités médico-sociales.

Cette disposition a ouvert la possibilité aux établissements de transférer au GCSMS la gestion des autorisations et le fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile du Grand Age (64 places), de la Fondation Favier (100 places) et de la MRI (50 places).

Cette possibilité permet concrètement de moduler le nombre de places autorisées en fonction des besoins des communes du département et donc de mieux adapter l'offre des établissements. Elle s'inscrit pleinement dans les orientations départementales qui se fixent pour objectif d'apporter une alternative publique aux réponses aux besoins en EHPAD dans le Val-de-Marne, tel que le prévoit le schéma gérontologique²⁶.

D'autre part, le transfert d'autorisation concerne aussi l'accueil de jour. La Fondation Favier dispose de 15 places autorisées (10 sur Bry et 5 sur Noisieu, ces dernières n'étant pas en activité), la MRI ayant de son côté 10 places. Le Grand Age dispose d'une capacité autorisée de 2 places, qui ne sont pas en activité. Les nouveaux projets prévoient tous une capacité d'accueil de jour de 10 places : la Fondation Lepoutre à Nogent, la Résidence Grunebaum-Ballin à Alfortville, les EHPAD de Montreuil et de Limeil Brévannes.

²⁶. Schéma gérontologique du Val de Marne, p. 69

A terme, la capacité d'ensemble de l'accueil de jour sera donc progressivement portée à 60 places. La nécessité d'organiser des complémentarités, tant en matière de gestion des ressources humaines qu'en application du code des marchés publics, est donc facilitée par le transfert au groupement.

Par ailleurs, la gestion en commun des alternatives à l'hébergement (SSIAD et accueil de jour) offre également, par l'harmonisation des services, la possibilité d'améliorer les prestations offertes aux personnes accueillies et les conditions de travail du personnel.

- Le GCSMS des EHPAD Publics du Val-de-Marne trouve sa pertinence dans la possibilité qui lui était offerte de **créer et gérer des équipements** à la place des établissements. Les coûts de telles opérations, peuvent entre autres, être mutualisés et moins lourds pour les établissements.

La Maison de retraite intercommunale dispose d'une capacité autorisée de 708 lits. Au terme de sa rénovation, elle comptera 420 lits installés (Hector Malot : 228, Dame Blanche : 100 et Montreuil : 90), mais il n'est pas envisagé de revenir à une capacité plus importante pour les besoins des quatre communes.

La Fondation Favier, quant à elle, a une capacité autorisée de 286 lits dont 16 pour l'hébergement temporaire, et le Grand Age de 107 lits dont 2 pour l'hébergement temporaire.

Pour autant, les besoins existent dans le Val de Marne et il y a peu d'opérateurs publics, habilités à l'aide sociale et conventionnés avec l'assurance maladie sur le fondement du tarif global de soins. En regroupant l'ensemble des capacités, le groupement peut jouer ce rôle puisqu'il dispose d'une capacité de 1099 lits dont 18 pour l'hébergement temporaire, ce qui répond en grande partie aux besoins propres des établissements membres.

Cette démarche d'offre de prise en charge se place en cohérence avec les discours des pouvoirs publics : des élus du Conseil général du Val-de-Marne, le Préfet d'Ile de France et Ministère constatent, chacun à leur niveau, que les réponses de proximité, accessibles à tous d'un point de vue financier et de qualité sont peu nombreuses, notamment pour les personnes relevant des GIR 1 et 2.

Par ailleurs, elle permet de représenter une alternative au recentrage possible de l'AP-HP sur ses missions sanitaires. En effet, dans le cadre de son Plan Directeur,

l'AP-HP a souhaité réduire ses interventions dans le cadre des unités de soins de longue durée et trouver des partenaires susceptibles de la relayer par des EHPAD.

Au niveau local, une telle démarche trouve également son sens et son soutien. La création d'établissements publics se fait avec hésitation face à la complexité croissante des questions à résoudre. Les dernières créations dans le Val-de-Marne remontent aux années 1986-1987, à Fresnes et Alfortville. Pour autant, dès lors qu'il existe une alternative publique crédible, les élus manifestent leur choix. Ce fut le cas pour la Fondation Lepoutre à Nogent sur Marne.

La création d'un GCSMS public à caractère départemental trouve donc ici son opportunité. S'appuyant sur les capacités potentielles, il peut en outre compenser les délais imposés par le passage en Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS).

- Le GCSMS offre la possibilité aux établissements **d'approfondir la mutualisation**, puisqu'il peut créer et gérer des services d'intérêt commun. Nous avons vu précédemment que la mise en commun de services notamment logistiques reposait sur la convention de gestion qui prévoyait explicitement le partage d'emplois.

Ainsi la direction, les fonctions d'ingénieur et d'assistant informatique, le personnel de restauration, de blanchisserie, les chauffeurs et les ateliers ont été progressivement mis en commun. Pour autant, chaque établissement continuait, officiellement, à gérer distinctement ses approvisionnements, les ressources humaines, ce qui ne permettait pas des économies d'échelle pour redéployer et favoriser le cœur du métier : l'accompagnement et les soins aux personnes âgées.

Le GCSMS peut se voir confier la gestion des services économiques et celle des ressources humaines. Dans le premier cas, cela permettrait de représenter en quelque sorte un groupement de commandes, qui irait au-delà des travaux visés par le point précédent. Dans le second, les évolutions statutaires, en particulier les retraites, mais d'autres domaines comme les congés bonifiés, les accidents de service, les commissions paritaires, la gestion des instances, l'évolution des masses salariales requièrent des spécialisations qu'aucun établissement n'est capable à lui seul de porter, d'autant plus que les agents n'ont pas toujours toute la spécialisation nécessaire pour faire face à tous les problèmes.

- Le GCSMS peut, en outre, participer à des **actions de formation des personnels**. Cette option permettait de mutualiser les crédits des établissements et de reverser les crédits non utilisés aux les établissements qui en auraient besoin.

- Le Groupement peut avoir également pour **mission l'évaluation de la qualité des prestations**. Cette mission avait déjà été intégrée dans la convention de gestion. Il a donc été proposé de la conforter au sein du GCSMS. Par ailleurs, le groupement est lui-même soumis à la procédure d'évaluation de la qualité.

Pour résumer, le GCSMS permet aux établissements de continuer à gérer leur activité d'hébergement, leur politique d'admission, et la gestion au quotidien des agents qui y oeuvrent. Les autres activités présentées, pouvaient être déléguées au groupement.

2.2 Une mise en route positive et encourageante qui atteste de la pertinence de la démarche

2.2.1 La mise en place d'une coopération renforcée

La mise en route du groupement fut précédée d'une période d'information, de contact avec les différents acteurs et partenaires des établissements même si cette démarche s'inscrivait dans la continuité de la démarche et du discours de l'équipe de direction.

- Dans un premier temps, il a fallu présenter le projet aux membres conseils d'administration des établissements.

Convaincre des présidents de conseil d'administration de la nécessité de renforcer la coopération n'est pas toujours une action simple. Dans le cas des établissements, les choses étaient facilitées par un contexte de coopération développé depuis de nombreuses années. De plus, dès 2002 avec l'entrée de la MRI dans la direction commune et les nouvelles possibilités de la loi 2002-2, l'équipe de direction a manifesté la volonté de faire évoluer la coopération entre les établissements, par le biais du GCSMS, lors des différents rapports avec les élus (conseils d'administration...).

Le projet du GCSMS se présentait donc comme une évolution logique des rapports entre les structures et les élus déjà sensibilisés à la coopération. De bonnes relations existantes entre les présidents des conseils d'administration et l'équipe de

direction ont encore facilité cette étape. Il ne s'agissait donc pas plutôt de convaincre ces acteurs mais davantage de leur présenter et de les associer au projet.

- Les autorités de tarification ont constitué elles aussi un appui nécessaire : le Conseil Général et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Celles-ci se sont également montrées favorables à la constitution du groupement. L'expertise technique des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) de la DDASS du Val-de-Marne a été requise par l'équipe, notamment sur le choix délicat entre transférer au GCSMS une prise en charge en lieu et place de l'un ou plusieurs établissements, ou alors exploiter directement l'autorisation d'un ou plusieurs établissements, entraînant des conséquences sur l'autorisation et la tarification des établissements²⁷. Ici aussi, de bons rapports entre l'équipe de direction et la DDASS ont facilité le travail sur le GCSMS. Les conseils des IASS ont donc bien accueillis et utiles aux structures et en même temps la DDASS a, de cette façon, pu veiller au contenu juridique des conventions.

- La communication avec le personnel fut également primordiale. Elle passe par les instances comme le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

Cette communication a été primordiale d'autant plus que les entretiens avec les représentants du personnel des établissements montre que les agents éprouvèrent certaines craintes à la mise en place du GCSMS.

Ces craintes étaient de plusieurs ordres.

Elles concernaient d'abord le changement des conditions de travail. Tout d'abord, le statut et la position des agents qui devaient être mis à disposition du groupement²⁸. Avec l'apparition d'une nouvelle entité à gérer, des craintes par rapport aux nouvelles méthodes et au risque de surcroît de travail se manifestèrent également. Ensuite, l'appréhension que tous les agents soient affectés, à terme, au groupement.

²⁷. Voir aussi le mémoire M. LAHOUCINE, « Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes dans le Val-de-Marne », mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, IASS, 2008, p. 57.

²⁸. Voir tableau des emplois, p.

Les nouveaux rapports entre les établissements ont aussi été source de préoccupations : chaque établissement craignait de voir les autres s'ingérer de manière trop importante dans leur fonctionnement. Derrière ce point se trouve un problème identitaire, point récurrent lorsqu'on parle de regroupement. Le maintien de sa propre identité et de sa culture propre semble être une préoccupation essentielle pour chaque établissement.

Enfin, la peur de perdre le directeur s'est également fait ressentir. Déjà éprouvée lors de l'arrivée de la MRI dans la direction commune par les agents des deux autres établissements, le personnel craignait, cette fois, qu'il ne devienne plus que l'administrateur d'un groupement.

L'ensemble de ces craintes a généré certaines tensions. Le projet a alors demandé le travail d'une année à l'équipe de direction pour obtenir l'aval des organisations syndicales : « *Il nous a fallu prendre le temps de la concertation. Et nous nous sommes engagés à ce que les agents ne soient pas affectés à un autre site du jour au lendemain* » explique la directrice des ressources humaines. Ce temps a été en effet essentiel, car il permet aux agents de s'approprier le projet, d'en comprendre la logique et d'y participer.

L'avis des familles sur le sujet revêt là aussi toute son importance. La participation des familles est de plus en plus souhaitée et souhaitable, elle s'inscrit pleinement dans les obligations de la loi 2002-2. L'avis des usagers et des familles a donc également été recueilli sur le sujet, lors des réunions de familles mais aussi lors des instances institutionnelles, par le biais du Conseil de la vie sociale (CVS) et des représentants des familles. Il ne fut pas observé de réticences particulières envers le projet mais un besoin d'information et d'explication auquel il était important de répondre.

Ce travail de négociation et de réflexion aboutit à la rédaction des documents nécessaires à la mise en œuvre du GCSMS, soit la convention constitutive et le règlement intérieur du Groupement, validés par les instances des établissements en 2007.

La convention est l'acte le plus fondateur car c'est elle qui détermine avec précision le périmètre et la nature des interventions, les personnes constitutives, le statut, les droits et les obligations des membres en fonction de leurs apports respectifs. Le

règlement intérieur reprend les éléments fixés dans la convention constitutive mais apporte des précisions sur l'organisation du groupement²⁹.

Nous expliciterons les éléments les plus importants du contenu de ces deux documents mettant en évidence le renforcement de la coopération.

- La convention fixe la dénomination du Groupement qui est « *Groupement des EHPAD publics du Val-de-Marne* ».

- L'article 3, constitue un article essentiel de la convention, qui présente l'objet du groupement et donc par là ses missions, qui mérite d'être cité :

« [...] Le GCSMS pour le compte de ses membres :

- exerce directement les missions et prestations des services de soins infirmiers à domicile et des accueils de jour, en assurant l'exploitation des autorisations accordées à l'Etat et le Département du Val-de-Marne ;

- gère des autorisations données aux différents établissements [...] soit 1081 lits d'EHPAD, 18 lits d'hébergement temporaire, 214 places de SSIAD et 25 places d'accueil de jour ;

- réalise des opérations de rénovation et de construction que nécessitent les établissements dans le cadre du mandat confié ;

- gère les services d'intérêt commun, tels que la gestion des ressources humaines y compris la formation continue, les services économiques, les régies de vie sociale, l'entretien du linge des résidents, l'élaboration et la fourniture des repas, l'entretien et la maintenance des bâtiments et des équipements ;

- met en œuvre les actions concourant à l'amélioration de la qualité des prestations dans le cadre de l'évaluation des activités ».

Cet article essentiel, mérite d'être explicité de quelques informations. Lors de la procédure d'approbation de la convention constitutive par les services de la DDASS, il est apparu que les autorisations de lits transférées au GCSMS par les établissements ne pourraient plus faire l'objet d'une exploitation par les établissements. Seule la personne juridique détenant l'autorisation peut à la fois réaliser l'équipement et l'exploiter.

Ainsi, deux opérations correspondant au partenariat prévu sur le site de l'Hôpital Emile Roux à Limeil Brévannes entre la Fondation Favier Val-de-Marne et l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et l'opération Grunebaum Ballin à Alfortville ne pouvaient être

²⁹. Ces documents se trouvent en annexe.

que réalisées et gérées par le GCSMS puis transférées à nouveau vers la Fondation Favier Val de Marne et le Grand Age. C'est donc le Groupement qui doit en assurer l'exploitation, une fois ces opérations réalisées.

Ces dispositions impliquent des changements au niveau du personnel. En effet, puisque les services de SSIAD et d'ADJ sont transférés au groupement, c'est désormais lui qui a en charge les dépenses et la gestion de ce personnel qui devient mis à disposition du groupement. Ce personnel fait partie du budget annexe du groupement.

Le Groupement est devenu le gestionnaire des services communs aux trois établissements. Les emplois partagés, qui étaient auparavant liés à la MRI, sont désormais rattachés au groupement.

Le tableau des emplois du groupement se présente donc de cette façon :

TABLEAU DES EMPLOIS NON MEDICAUX	
Grades et emplois	Emplois permanents Nets budgétés 2008
GROUPE I	
11 - ADMINISTRATIF	
Directeur d'hôpital hors-classe	3
DESS classe normale	2
Sous total 11	5
12 - SOIGNANT	
Directeur des soins	1
Sous total 12	1
14 - TECHNIQUE	
Ingénieur	1
Sous total 14	1
TOTAL GROUPE I	7
GROUPE II	
21 - ADMINISTRATIF	
Attachée d'administration	1
ADCH cl. exceptionnelle	1
ADCH cl. Normale	1
Sous total 21	3
22 - SOIGNANT ET/OU EDUCATIF	
Cadre supérieur de santé	1
Diététicien	2
Sous total	3
24 - TECHNIQUE	
Technicien supérieur	3
Sous total 24	3

TOTAL GROUPE II	9
GROUPE III	
31 - ADMINISTRATIF	
Adjoint Adm. Principal 1ère classe	1
Adjoint Adm. Principal 2ème classe	2
Adjoint administratif 1ère classe	3
Adjoint Adm. Principal 2ème classe	1
Sous total 31	7
34 - TECHNIQUE	
Agent chef 1ère catégorie	1
Agent chef 2ème catégorie	1
Agent de maîtrise	3
Maître ouvrier principal	3
Maître ouvrier	9
O.P. qualifié	18
A.E.Q	8
Sous total 34	43
TOTAL GROUPE III	50
TOTAL GENERAL I - II - III -	66

Il est important de noter que cette coopération renforcée ne se limite pas à un partage de moyens et d'équipements. Elle concerne également la prise en charge des usagers, puisque le GCSMS détient des autorisations propres, constituant une démarche novatrice dans le secteur. Des indicateurs semblent confirmer cette idée : pour l'heure les dossiers de regroupements confiés à des consultants reposent sur des formes de coopération traditionnelles (restauration, lingerie, informatique etc...) qui, le plus souvent ne concernent pas directement l'utilisateur. *« C'est un élément important dans la constitution du groupement. On s'aperçoit que la démarche se fait généralement sur la logistique, simplement parce que les besoins sont évidents, et que la structure du GCSMS permet ensuite d'envisager d'autres choses. On prend l'habitude de travailler ensemble, on apprend à se connaître, ça rend plus intelligent et ça conduit à chercher d'autres domaines d'intervention »* témoigne Dominique LAROSE, juriste au cabinet HOUDARD à Paris, l'un des rares cabinets investis dans le montage des groupements de coopération³⁰.

³⁰. M. PAQUET, « Le groupement de coopération : un instrument à manier avec précaution » in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2 mai 2008, N°2556, p38.

- La convention précise aussi le siège du groupement et sa durée qui a été fixée à dix ans. Cette durée permet d'assurer une stabilité à la coopération. Cette coopération est relativement longue comparée aux autres exemples de GCSMS observés dont la durée de constitution tourne le plus souvent autour de deux et cinq ans. Les établissements manifestent ainsi la crainte de s'engager pour plus longtemps, ce qui est quelque peu regrettable au regard de l'investissement que représente la mise en place d'un GCSMS.

- Le siège choisi est le Pôle technique de Fontenay-sous-Bois. Les établissements présentent donc l'avantage d'avoir déjà leur « bâtiment central ». Le Pôle technique est donc désormais une structure faisant partie du Groupement : c'est le support logistique du Groupement.

- Il est également à souligner qu'un Comité Technique du Groupement (CTG) est constitué, dont la composition est fixée par le règlement intérieur. Les textes sur le GCSMS ne prévoyant pas d'instances pour le personnel, le CTG est une formule que la direction a imaginé pour permettre la représentation du personnel concerné par le groupement.

- Les ressources du groupement sont assurées par les participations des membres en numéraires, sous forme de contribution financière au budget annuel. Le montant des participations est proportionnel au nombre de lits d'hébergement dans le cadre de l'annualité budgétaire.

Ainsi la répartition est la suivante pour 2008 :

- Fondation Favier-Val de Marne : 43%
- Maison de Retraite Intercommunale : 41%
- Le Grand Age : 16%

De plus, dès le premier exercice, chaque membre du groupement a versé aux caisses du groupement une somme proportionnelle à sa part dans les charges du groupement, destinée à couvrir les premiers frais et charges.

Le budget supporte l'ensemble des dépenses liées à l'exercice de ses missions. Ses recettes sont notamment constituées des remboursements ou des contributions effectués par chacun des membres.

Pour la section de fonctionnement, les appels aux contributions financières de ses membres sont établis sur la base des charges prévisionnelles. Ainsi, afin d'alimenter la trésorerie du groupement, trois titres sont émis chaque mois par les établissements dont

le montant est calculé à partir d'une clef de répartition : 43% des dépenses du groupement couverts par la Fondation Favier, 41% par la MRI et 16% par le Grand Age.

La section d'investissement du groupement traduit le caractère renforcé de cette coopération. L'investissement repose d'une part sur les locaux utilisés par le Groupement : le pôle technique à Fontenay-sous-Bois, d'autre part, sur les opérations projetées qui seront au terme de la réalisation gérées par le Groupement.

Le budget du groupement s'élève au total à 12 116 648 euros pour l'année 2008.

- Enfin, on peut noter que la convention prévoit des conditions modifiant ou mettant fin au groupement.

Tout d'abord elle prévoit l'exclusion d'un membre. Cette exclusion ne peut être prononcée qu'en cas de non-respect grave ou répété de ses obligations résultant de la convention ou du règlement intérieur et à défaut de régularisation dans le mois après une mise en demeure adressée par l'administrateur et demeurée sans effet. Elle prévoit également le retrait d'un membre en cours d'exécution de la convention. Toutefois, compte tenu des orientations et des opérations confiées, aucun retrait, complet ou partiel, de l'un des membres ne pourra intervenir avant l'expiration d'une période de cinq ans. La convention prévoit aussi les conditions dans lesquelles le groupement est dissous de plein droit. Cette possibilité est envisagée si par le retrait d'un ou plusieurs de ses membres, il n'en compte plus qu'un seul ou alors à l'échéance de sa durée conventionnelle. Le groupement peut également être dissous par décision de l'assemblée générale, notamment du fait de la réalisation ou de l'extinction de son objet.

- Le 26 juillet 2007, l'arrêté préfectoral a validé la convention constitutive. L'agent comptable de la trésorerie publique chargé de suivre les comptes du GCSMS a été nommé par arrêté du ministre du budget le 25 novembre 2007.

Un code FINESS nécessaire pour la reconnaissance de l'établissement, pour le budget et les recrutements a été attribué au groupement de la même façon que les codes SIREN SIRET et APE.

Une fois la convention approuvée, l'organisation du Groupement a pu se mettre en place. La première Assemblée Générale du Groupement a eu lieu le 27 novembre 2007. Un administrateur du groupement a été désigné : le directeur des trois établissements. Il fut également procédé à l'élection du Président du Groupement, choisi parmi les présidents des conseils d'administration des établissements : le président du conseil d'administration de la MRI de Fontenay-sous-Bois fut ainsi élu.

L'Assemblée générale se réunit sur convocation du Président et au moins deux fois par an et notamment :

- avant le 1^{er} mai pour arrêter les comptes de l'exercice précédent ;
- avant le 1^{er} novembre pour arrêter le projet de budget de l'exercice suivant.

La première réunion du CTG a pu aussi avoir lieu. Lors de cette première réunion ont été élus ses membres représentants. Celui-ci donne son avis sur le plan et les actions de formation des personnels du groupement, il peut également suivre les actions de formation mises en œuvre par le groupement au profit des personnels des établissements adhérents. Le CTG dispose lui aussi de son propre règlement.

Organisation mise en place par le Groupement	
Moyens mutualisés entre établissements	Missions propres au Groupement
<ul style="list-style-type: none"> ● Ressources humaines ● Services économiques ● Services logistiques 	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestion d'équipements ● Gestion des SSIAD et ADJ ● Evaluation de la qualité

Le GCSMS offre donc un cadre stable et sécurisé à la coopération des trois établissements. Il permet également de renforcer la coopération par le biais de la mutualisation de nouveaux moyens. Cette procédure de coopération présente toutefois des difficultés dans sa mise en œuvre concrète.

2.2.2 Une mise en œuvre pratique qui nécessite un investissement important

Si le fonctionnement du GCSMS est positif par les avancées qu'il offre aux établissements, il n'en demeure pas moins que des objectifs pratiques sont encore à développer. Ainsi, si la mutualisation des moyens s'avère satisfaisante, l'expérience du GCSMS des EHPAD publics du Val-de-Marne m'a montré qu'il était aussi un outil complexe à réaliser.

A) Des difficultés pratiques

Le groupement implique trois difficultés pratiques :

- Un groupement est en effet une nouvelle entité qui vient se rajouter aux autres déjà existantes, et donc représente une nouvelle structure à gérer, presque un établissement supplémentaire,
- Le GCSMS implique une mutualisation des moyens. Celle-ci implique une charge de travail supplémentaire pour les agents concernés,
- Il crée des liens complexes entre les établissements

Une structure supplémentaire à créer et à gérer

- La mise en place du groupement a supposé tout d'abord un travail important de la part des services économiques et logistiques de l'ensemble des établissements. Le groupement entraîna un certain nombre de changements à ce niveau toutefois chaque établissement conserve son service économique. La Fondation Favier dispose donc d'un agent affecté à ce service dans ses locaux, de la même façon que le Grand Age. La gestion de la MRI est, elle, située au Pôle technique. Elle est donc confondue dans la direction des services économiques et travaux qui est composée de trois agents.

Ces services ont été, tout d'abord, amenés à contacter les partenaires extérieurs au sujet du groupement. Dans un premier temps, il a fallu en effet signaler sa création à de nombreux intervenants : fournisseurs, sociétés, assurances, banques. Et si pour beaucoup d'acteurs privés les GIE ou les GIP sont communs, le nouveau GCSMS l'est beaucoup moins. J'ai ainsi moi-même pu observer des difficultés de compréhension avec ces différents intervenants.

Le passage au groupement a également entraîné un grand travail de récupération des contrats sur les sites : contrats informatiques, maintenance et la réalisation de nombreux avenants. Des changements ont du être effectués pour les contrats transférés au groupement, ce qui constitua un passage long et assez délicat. Par exemple, le transfert du SSIAD au GCSMS, supposait que les véhicules de ce service passent au nom du groupement. Il a donc fallu modifier les cartes grises de ces véhicules, leur assurance et effectuer un avenant au contrat et ce changement prit quelques mois avant

d'être réalisé. Les entités de facturation, les codes clients auprès des fournisseurs constituèrent d'autres dispositions à modifier.

La gestion quotidienne du groupement et des établissements suppose donc de la part du personnel et des différents prestataires une connaissance des biens, des factures ou des contrats relevant du groupement et ceux relevant des établissements, ainsi que le réflexe d'effectuer cette distinction, ce qui ne se fait pas toujours de manière évidente. Au niveau de la comptabilité, on observe aussi une augmentation du nombre d'écritures que les services doivent réaliser, en partie due à des avances, remboursements, transferts.

Ce sont les services économiques du pôle technique qui se chargent de la gestion économique du Groupement. Ces services assurent ainsi le suivi des opérations du groupement, des marchés, des situations de travaux relatives au GCSMS. A noter par ailleurs, une régie d'avance du Groupement s'est rajoutée pour les dépenses à réaliser (petits entretiens des véhicules, contrôles techniques) et depuis juillet une régie de recettes (ventes de tickets repas du personnel) dont ils ont également la charge. Par le biais des compétences du groupement, ces services commencent à se charger de plus en plus des autres établissements. Il s'agit alors de bien déterminer la répartition entre les missions du pôle technique, celles des établissements ainsi que les compétences du groupement.

Pour le moment les principales dépenses prises en charge par le GCSMS peuvent se présenter ainsi :

Dépenses	Ordre d'importance de la dépense dans le budget
Groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courante	
• Denrées alimentaires	1
• Eau, électricité, chauffage, pôle	3
• Fournitures d'atelier	5
• Fournitures hôtelières (Cuisine, usage unique)	4
• Autres	2
Groupe 3 : Dépenses afférentes à la structures	
• Location de véhicules (cuisine)	9
• Contrats de maintenance	7
• Contrats de maintenance informatique	8
• Autres *	6

* Hors frais financiers.

C'est la direction qui se charge de la supervision du budget et des finances du groupement. Le budget du GCSMS nécessite en effet un suivi supplémentaire des mouvements effectués. Ce suivi est aussi effectué par le service économique du pôle technique et l'équipe de direction. Il est d'autant plus nécessaire que le groupement pose des questions complexes : récemment s'est posé par exemple la question de l'affectation des réserves de compensation des budgets annexes (SSIAD et ADJ). Une direction des services financiers pourrait être envisagée pour optimiser la gestion financière du groupement.

• Par ailleurs, même si l'outil propose une organisation souple qui tend à dépasser les lourdeurs de la coopération institutionnelle, le GCSMS suppose néanmoins un un

travail supplémentaire : organisation de nouvelles instances et préparation de leur fonctionnement, rapport d'orientation budgétaire supplémentaire, un projet de groupement (équivalent du projet d'établissement)...

Une activité « multi établissements » pour les agents des services centralisés

Le regroupement des établissements implique la centralisation de certains services : ressources humaines, techniques et logistiques, SSIAD et ADJ.

Les ressources humaines des établissements sont presque entièrement centralisées au pôle. Il ne reste qu'un agent chargé du personnel sur la Fondation Favier, qui sera peu à peu affecté à d'autres tâches administratives.

Ce transfert des missions vers le pôle technique s'est faite de manière progressive dans la perspective du groupement. Les tâches des agents du pôle sont donc devenues au fur et à mesure plus importantes et plus complexes puisqu'ils doivent gérer les différentes données des établissements et du groupement. Ils se chargent désormais des dossiers du personnel de l'ensemble des établissements : paye, retraite, gestion des dossiers, des carrières, congés bonifiés, arrêts maladie...

Dans la même logique, la gestion des SSIAD et les ADJ de l'ensemble des établissements a été centralisée en début d'année. Auparavant suivis par les services des admissions des établissements, la gestion des ADJ est actuellement assurée par le cadre supérieur de santé en charge des SSIAD et son secrétariat. Au niveau technique et logistique, l'ensemble des ouvriers est désormais amené à travailler et à se déplacer sur toutes les structures. Ces changements impliquent donc une charge de travail supplémentaire, et pour les services logistiques, des déplacements plus récurrents entre les structures. Les services économiques vont eux aussi vers une centralisation de leur gestion.

Cette mutualisation peut être source de difficultés du fait des différences de fonctionnement qu'il peut y avoir sur chaque établissement. Par exemple, les trésoreries ne sont pas les mêmes pour les quatre entités : le groupement et la Fondation Favier dépendent de la trésorerie départementale, le Grand Age de celle d'Alfortville et la MRI de la trésorerie de Fontenay-sous-Bois (bientôt rattachée à la trésorerie de Vincennes). Cela nécessite donc une adaptation constante des acteurs. La mise en commun des moyens présente de ce fait une grande richesse, mais aussi une certaine complexité.

Nous pouvons résumer la situation décrite plus haut de cette façon :

Services	Missions centralisées au Pôle technique		Missions qui restent gérées sur les sites
	Missions concernant les EHPAD	Missions concernant les activités propres du GCSMS	
<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de l'ensemble des ressources humaines des trois établissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des personnels SSIAD et ADJ 	<ul style="list-style-type: none"> • La Fondation Favier conserve un agent sur son site pour la gestion quotidienne des dossiers du personnel.
<ul style="list-style-type: none"> • Services économiques et travaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la MRI 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des services et prestations mutualisés • Gestion des opérations d'équipements (emprunts...) 	<ul style="list-style-type: none"> • La gestion quotidienne des établissements Fondation Favier et au Grand Age est assurée par leur service économat.
<ul style="list-style-type: none"> • Services logistiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers : entretien maintenance technique des établissements. • Blanchisserie : gestion du linge des résidents • Restauration Unité centrale de production alimentaire • Informatique 	<ul style="list-style-type: none"> • A l'avenir : intervention de ces services sur les établissements gérés par le Groupement 	

La complexification des liens entre les établissements

La complexification des liens entre les établissements s'explique par les remboursements, avances, virements de crédits qu'implique le GCSMS.

Au niveau de la paye particulièrement les tâches se sont complexifiées. La paye des trois établissements est gérée par un agent, qui s'occupe du salaire d'environ 650 personnes.

Une des difficultés du travail résulte dans le statut du personnel du groupement qui est constitué de personnel mis à disposition par les trois structures.

Si l'on prend le personnel du SSIAD et de l'ADJ :

- Comme les services de SSIAD et ADJ sont devenus ceux du groupement, les personnels de ces services font partie d'un **budget annexe du GCSMS**.

- Cependant le statut de la mise à disposition implique que **ces personnels sont toujours liés à leur établissement d'origine**. La fiche de paye de ces agents est toujours au nom de celle de leur établissement.

- Les dépenses de ces personnels **sont alors rattachées aux budgets principaux** de leurs établissements d'origine, gonflant de ce fait « artificiellement » leurs charges en personnel car les EHPAD se font ensuite **rembourser** par le groupement. Plusieurs écritures sont donc nécessaires à ce fonctionnement.

Il en est de même pour les emplois partagés, qui restent toujours rattachés à leur structure d'origine (souvent la MRI).

La complexité du travail réside essentiellement dans les virements de crédits et remboursements entre les établissements en fin de mois. La paye doit être effectuée en lien avec trois trésoreries ce qui complexifie aussi la tâche. Trois bordereaux de mandats sont émis en début de mois de manière concomitante, afin de permettre au groupement de rembourser aux trois établissements les coûts des payes des personnels mis à disposition.

Face à ces changements pratiques, le rôle du directeur est donc d'évaluer les charges de travail et d'en assurer leur répartition. Le directeur doit donc également veiller à ce que ces mécanismes soient bien assimilés et réalisés au quotidien, car les relations que le GCSMS développe entre les établissements se traduisent par des dispositifs complexes qui nécessitent un suivi et un certain niveau de compétence. Son rôle de négociateur et la qualité des échanges humains qu'il pourra développer sont également essentiels au bon fonctionnement d'un tel projet.

B) La nécessité d'une concertation et d'un accompagnement réguliers du personnel

Un des défis du groupement a été son acceptation par l'ensemble du personnel des établissements. Nous l'avons évoqué, une longue période de négociation a précédé la mise en place du groupement. Les discussions avec le personnel sont un facteur à ne pas négliger par le directeur, d'autant plus lorsque le groupement a vocation à être employeur.

Mais même une fois un accord conclu avec le personnel sur le groupement, son acceptation continue à se faire au quotidien par le directeur. Le personnel peut être amené à travailler pour plusieurs sites en raison de la coopération. Il est alors indispensable de l'aider à trouver ses repères car l'intégration est alors rendue plus complexe. La réorganisation des tâches fut d'ailleurs un sujet sensible pour certains services.

Par ailleurs, le renforcement de la mutualisation des moyens ne va pas toujours de soi. Par exemple, les représentants du personnel n'ont pas facilement accepté le partage d'un même plan de formation pour le groupement. De plus, il n'a pas été évident pour tous les représentants de voir se mutualiser les crédits relatifs au plan de formation. Il a été finalement décidé, d'un commun accord, par les représentants du personnel et la direction que de la mutualisation des crédits de formation plafonnés à hauteur de 10% les crédits initiaux du 2, 1% de chaque établissement (taux de cotisation patronale obligatoire) sur l'action de formation.

La communication, l'écoute, le dialogue doivent être permanents « *la communication est au cœur des processus de changement* »³¹. Le directeur doit donc privilégier le dialogue avec le personnel, la concertation et l'information. Il s'agit donc de convaincre, d'expliquer constamment les choix opérés et d'y intégrer au mieux les acteurs de terrain concernés. Une écoute attentive au terrain est donc indispensable.

Développer une communication performante était essentiel pour le directeur. La communication est en effet un élément indispensable pour porter une telle opération. L'objectif est toujours le même, assurer l'adhésion de l'ensemble des personnes au projet. Il importe donc de trouver face à chacun les arguments les plus pertinents, les plus adaptés à la situation afin de parvenir à convaincre les acteurs concernés. C'est de cette implication constante et de l'intériorisation du projet qui en découle, que dépend la

³¹. CARTON G.D, *Eloge du changement*, Paris, Pearson Education France, 2004.

légitimation des promoteurs de la coopération. C'est la raison pour laquelle le directeur doit veiller à l'adhésion de ses adjoints au projet et à un discours commun. Les aspects humains sont donc fondamentaux dans la conduite de tels changements : le succès de la réalisation du groupement ne peut s'effectuer sans l'adhésion et la volonté de l'ensemble des personnels des établissements.

Pour permettre aux agents d'intégrer le groupement dans les meilleures conditions, il revient également au directeur la tâche de trouver une base commune, permettant d'opérer des comparaisons pertinentes entre chacune des entités. Ceci explique la nécessité d'harmoniser les systèmes de gestion du personnel qui sont spécifiques à chaque établissement. La comparaison porte notamment sur le temps de travail et les congés.

C'est pourquoi un protocole relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des personnels non médicaux (ensemble du personnel excepté les médecins) a été signé le 23 juin 2008. Ce protocole détermine de nouvelles organisations de temps de travail et établit des règles explicites d'organisation de temps de travail. Il améliore également les conditions de travail en réduisant, dans la mesure du possible, les plages de 5 jours de travail consécutifs, en favorisant les organisations en temps choisi.

Afin d'accompagner les changements occasionnés par le GCSMS dans le travail de certains personnels, ce même protocole accorde une prime au personnel assujéti à une activité multi établissements. Celle-ci occasionne par exemple des déplacements inter établissements. Les agents doivent donc se déplacer d'une structure à l'autre avec éventuellement éloignement de leur lieu d'habitation. Elle entend aussi des astreintes sur les trois structures pour certains agents. Cette modification de travail a été prise en compte lors des négociations.

Une indemnité de sujétion a en effet été accordée pour activité multi établissements à certains agents. Le protocole dispose en effet que « *Tout agent dont l'activité permanente l'amène à travailler sur plusieurs établissements au sens juridique du terme bénéficie d'un complément mensuel de rémunération prenant en compte cette spécificité. Le montant de cette indemnité est fixé à 150 euros sur onze mois* ».

Le protocole prévoit aussi une indemnité pour les activités multi établissements occasionnelles : « *Tout agent dont l'activité l'amène ponctuellement à travailler sur plusieurs établissements bénéficiera d'un complément de rémunération [...] Le montant de ce complément est fixé à 7, 50 euros par jour de travail effectif. Un jour de travail*

effectif s'entend par une journée où la prise de fonction ou la fin du service est effectuée sur un autre site autre le site de travail habituel de l'agent ».

Ces dispositions sont donc intéressantes financièrement pour le personnel du groupement. Elle concerne essentiellement les services techniques (ateliers...). Elle facilite l'acceptation du groupement tout en donnant une motivation supplémentaire aux agents.

Se pose alors la question d'une éventuelle indemnité pour les administratifs qui se sont vu attribuer une charge de travail supplémentaire. Le protocole y fait référence « *le principe d'une indemnité de sujétion pour activité multi établissements est validé pour les agents dont l'activité permanente les amène à travailler pour plusieurs établissements. Les signataires conviennent d'en déterminer les modalités au moment de l'ouverture effective de l'EHPAD Hector Malot ».*

En répondant à ces attentes individuelles, les directions évitent donc de susciter une frustration collective, régulant ainsi les oppositions éventuelles à la coopération.

Par ailleurs, la réussite du dispositif tient aussi en partie aux personnalités en place sur les établissements. Le pôle technique a ainsi besoin d'une remontée d'informations claires, fiables et rapides. Les cadres de santé des établissements ont donc ici un rôle important à jouer au niveau de la gestion des ressources humaines, tout comme les agents administratifs des établissements. Des réunions ponctuelles regroupant ces personnels pourraient être intéressantes.

Pour clore cette sous-partie, je reprendrai ici une image développée par le directeur pour m'expliquer le fonctionnement du GCSMS, que j'ai trouvé illustratrice de la situation, rapprochant ainsi la mise en place du groupement à la construction européenne.

Comme l'Union Européenne (UE), les débuts de la coopération entre les établissements ont d'abord été fondés sur des intérêts économiques et fonctionnels : auxquelles répond la mise en place de coopérations centrées sur des moyens telles que Communauté du Charbon et de l'Acier (CECA) puis Communauté Economique Européenne (CEE) et convention de gestion pour les EHPAD.

Cette coopération aboutit sur des formes de coopération plus poussées : la création de l'UE pour l'Europe et celle du GCSMS pour les EHPAD. Les compétences de ces nouvelles entités étendent la coopération.

Enfin, semblablement à l'Union Européenne, le groupement constitue une structure, une couche supplémentaire, entraînant des zones de chevauchement de compétences et de frictions dont l'approfondissement peut parfois poser des difficultés.

En revanche, l'organisation de l'Union Européenne étant particulière, nous ne pouvons pas élaborer de liens entre les deux systèmes.

Le fonctionnement du GCSMS peut être toutefois rapproché de celui d'un mode de coopération proche de l'Union Européenne, la fédération³² :

- **L'unité dans la fédération** est la superposition d'ordre juridique, ceux des Etats fédérés et celui de l'Etat fédéral qui recouvre l'ensemble du territoire des Etats fédérés et s'applique à l'ensemble de leur population chaque citoyen ayant la double nationalité. Le groupement peut ainsi se comparer à l'Etat fédéral, puisque c'est une personne morale qui recouvre l'ensemble des établissements.

- **La participation** des Etats fédérés au pouvoir fédéral, constitue une double nécessité afin d'assurer une parité entre les collectivités et leur offrir des possibilités d'agir de l'intérieur. Dans le GCSMS, celle-ci s'effectue au sein de l'Assemblée Générale du Groupement.

- **La superposition d'un Etat Fédéral** se suppose également dans le GCSMS, puisque certains obligations s'imposent aux membres participants au groupement.

- **Le principe d'intégration et équilibre** qui entend que les Etats sont autonomes en même temps qu'associés à un ensemble se superposant à eux. Nous retrouvons bien ce principe fondamental dans le groupement qui permet l'intégration de chaque établissement dans un ensemble harmonieux, avec des valeurs communes tout en préservant les spécificités de chaque structure.

- **La répartition des compétences entre Etat fédéral et Etats fédérés** est effectuée par la Constitution fédérale qui énumère les compétences au profit de l'Etat fédéral ou au contraire l'Etat a des compétences de droit commun et il convient d'énumérer les compétences des Etats membres. Elle définit des clefs de répartition de compétences. La répartition des compétences dans le groupement se fait à travers la convention constitutive.

- **Un système complexe et hiérarchisé** : le système mis en place est complexe, appelant des négociations variées sur le plan juridique et politique. Les difficultés sont liées à la répartition des compétences d'une part et aux rapports multiples : citoyens,

³². Je retranspose ici une réflexion réalisée par L. POILLERAT, dans son mémoire « Le projet d'établissement au service de la fusion d'un établissement médico-social. Le projet d'établissement garant de la fusion ? Et si la fusion était garante du projet... », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESMS, 2003, p. 77 et 78.

Etats fédérés, instances fédérales. La complexité des problématiques du GCSMS à ce sujet est également importante.

Dans les deux cas, tout le pari se trouve dans la recherche d'un équilibre entre le développement de la « force unifiante » et le respect des « forces participantes ».

Le fonctionnement du GCSMS se présente donc sous des signes positifs, malgré des complexités, qui ne pourront toutes être relevées, du fait de la structure même du groupement. Cependant ce mode de coopération doit encore évoluer et peut être optimisé.

3 Le GCSMS, un mode de coopération à optimiser : propositions et attentes pour l'avenir

Bien que sa mise en place ait relancé la dynamique liant les trois établissements, le GCSMS peut être encore optimisé et peut évoluer sur d'autres perspectives. Mais il doit également répondre à un certain nombre de conditions pour fonctionner et se développer de manière optimale.

3.1 Compléter les compétences du GCSMS

Des améliorations de cet outil sont souhaitables, d'autant plus que plusieurs pistes ouvrent la voie à des avancées. Elles concernent à la fois le plan juridique du GCSMS, mais aussi le plan pratique.

3.1.1 Une réglementation qui devra évoluer

La formule juridique présente des lacunes dans le corpus juridique qui peuvent bloquer la coopération sur un certain nombre de points. Ces lacunes expliquent pour partie pourquoi les groupements sont constitués encore avec parcimonie.

J'envisageais de préconiser une amélioration juridique sur le plan social du GCSMS, car une des grandes absences juridiques du GCSMS se trouvait au niveau du statut de son personnel. Mais au moment où la rédaction de ce mémoire s'achève, un nouveau texte vient de paraître permettant le détachement du personnel des établissements membres auprès du Groupement³³.

Ce texte était vivement attendu le détachement n'étant pas prévu par les textes précédents. Ces derniers ne permettaient qu'une mise à disposition du personnel des établissements membres engendrant, nous l'avons développé, d'importantes complexités au niveau de la gestion des établissements et du groupement. De plus, cette lacune pouvait représenter un risque de conflit social pour les établissements.

³³. Décret n°2008-928 du 12 septembre 2008 relatif à la mise à disposition et au détachement et modifiant le décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers. Voir l'article 3 de ce texte.

L'évolution de ce point permettra donc d'une part de recruter sans risque du personnel pour les projets de structures à venir et d'autre part, de faciliter grandement la gestion des établissements.

La démarche de la direction face à ce changement juridique sera donc de renseigner les modalités concrètes de ce détachement et chercher à avoir plus d'informations, et d'explicitation sur le texte.

Toutefois, des lacunes demeurent quand même en matière de droit social. Ainsi, aucune règle n'est prévue pour la constitution et le fonctionnement des instances représentatives des personnels ce qui peut dissuader les promoteurs des projets de groupements. Une révision des textes s'avère donc indispensable en la matière³⁴.

En ce qui concerne les autres interrogations juridiques, nous pouvons relever qu'il n'existe pas de disposition permettant la transformation en GCS ou en GCSMS sans dissolution des groupements existant (GIE, GIP). Aujourd'hui, tout groupement qui entend se transformer en GCS ou en GCSMS doit procéder à sa dissolution et à sa liquidation, à la répartition de l'actif après règlement du passif entre les membres et à la constitution de la nouvelle structure. Ceci n'est pas sans poser des difficultés pratiques de continuité du service, de reprise des contrats comme de transfert de salariés et du patrimoine.

Pour certains juristes, une simple disposition législative comme il en existe pour les GIE et les GIP suffirait à mettre un terme aux difficultés rencontrées en la matière. Il suffirait de s'inspirer de l'article L. 251-18 du code du commerce³⁵.

Dans un second temps, il est important de rappeler les questions pratiques en suspens.

Un problème réside d'abord dans l'impossibilité actuelle de nommer des directeurs relevant de la fonction publique dans les groupements qu'il s'agisse du GCSMS ou du

³⁴. BARRE-HOUDART Stéphanie, LAROSE Dominique, « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation », in *Revue hospitalière de France*, 08/07/2006. Fascicule 511, page 47.

³⁵. « Toute société ou association dont l'objet correspond à la définition du groupement d'intérêt économique peut être transformée en un tel groupement sans donner lieu à la dissolution ni à la création d'une personne morale nouvelle. Un groupement d'intérêt économique peut-être transformé en société en nom collectif lieu sans donner lieu à dissolution ni à création d'une personne morale nouvelle ». A ce sujet voir BARRE-HOUDART Stéphanie, LAROSE Dominique, « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation », *op. cit.*

GCS. Car ces structures, lorsqu'elles présente une taille critique suffisante doivent disposer d'un directeur administratif propre.

L'administrateur est donc élu parmi les représentants des membres du groupement. Il doit donc assumer seul l'administration du GCSMS en parallèle à la gestion quotidienne des autres structures.

On peut alors s'interroger sur la viabilité d'un tel dispositif qui risque de peser lourdement sur des établissements déjà sollicités en termes de gestion administrative. Et ce malgré les indemnités de mission pouvant lui être attribuées, car le mandat d'administrateur est exercé par principe gratuitement. Il aurait donc été intéressant de pouvoir disposer d'un directeur, comme dans les GIP. En particulier si le groupement de coopération devient un quasi-établissement, fédérant des activités et gérant les autorisations pour ses membres. L'administrateur ne pourra y consacrer tout son temps. Sur mon lieu de stage, la question n'a pas posé problème, la direction étant commune, mais ce point peut être source de réticences de la part des acteurs.

Toutefois l'assemblée générale peut décider de lui allouer des indemnités de mission. De plus, si cela est nécessaire, il est possible de prévoir des apports en personnel au sein du groupement pour soutenir l'exercice quotidien de la mission de l'administrateur ou encore d'affecter des ressources dans l'établissements dont un ou des personnels sont appelés à exercer pour le groupement³⁶. La présence d'un coordonnateur pour gérer l'entité pourrait donc être envisageable pour les établissements du Val-de-Marne si la gestion du groupement s'avère trop complexe.

D'autre part, nous pouvons nous demander si en cas d'élargissement du groupement il serait bon politiquement que le directeur du groupement soit issu de l'un des établissements membres, notamment lorsque la constitution du groupement a pour objet de faire émerger un nouveau projet d'envergure.

Ainsi, il serait sans doute intéressant de modifier les statuts des directeurs afin de permettre leur nomination directe à la tête des GCSMS. Par ailleurs, les textes ne prévoient rien sur le pouvoir disciplinaire de l'administrateur, sur la nécessité de contracter une assurance dirigeant. La responsabilité des administrateurs est encore difficile à prévoir au regard des textes actuels.

³⁶. Instruction DGAS 3 août 2007, annexe 4.

L'impossibilité actuelle pour les groupements de disposer d'une pharmacie à usage intérieur est un autre problème. A l'heure actuelle, le GCSMS n'est en effet pas autorisé à assurer pour ses membres le portage une PUI. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 entendait cependant offrir la possibilité aux établissements sociaux et médico-sociaux de gérer une PUI par l'intermédiaire d'un GCSMS. L'objectif était de renforcer la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en leur permettant d'assurer une meilleure gestion des médicaments.

Cette mesure n'a cependant jamais vu le jour. D'une part en raison de la nécessité invoquée de préserver le réseau de proximité constitué par « *les pharmacies d'officine qui remplissent une véritable mission de service public, en particulier en milieu rural* »³⁷. D'autre part, parce qu'au lieu d'être une source d'économies, la constitution d'une PUI portée par un GCSMS engendrerait un nombre de surcoûts. « *En milieu rural, par exemple, la création d'une PUI nécessite le regroupement de trois, voire quatre maisons de retraite de 85 à 100 lits, généralement installées à 20 kilomètres au moins les unes des autres* ». Or, « *seul le siège de la PUI serait livré par les laboratoires* » et « *les autres établissements devraient donc envoyer une personne y chercher les médicaments, une navette étant mise en place* »³⁸. Autre coût invoqué : la rémunération élevée du pharmacien chargé d'assurer la gérance de PUI.

L'alternative proposée aux établissements est d'intégrer un GCS, lequel est contrairement au GCSMS habilité à disposer d'une PUI³⁹. Cette disposition interdit donc de droit toute optimisation de la gestion des médicaments dans les établissements sociaux et médico-sociaux, d'autant plus que les trois établissements chacun d'une pharmacie et mutualise déjà les moyens en la matière. Le GCSMS conserve donc son fonctionnement habituel, qui pourrait donc être optimisé avec l'évolution d'un texte.

Des efforts juridiques sont encore à fournir même si d'importantes précisions ont donné l'an dernier, notamment sur le régime des autorisations qui avait divisé la doctrine. En matière fiscale, le vide décrié a été également comblé par des précisions juridiques sur le fonctionnement de cet outil⁴⁰ : l'instruction de la DGAS du 3 août 2007 récapitule ainsi le régime fiscal dont relève le GCSMS en s'appuyant sur des dispositions communiquées par le ministère des finances. Subsistent cependant tout de même des

³⁷. J.O Sénat [C.R.] n°90 S. du 18-11-05, page 7394.

³⁸. J.O Sénat [C.R.] n°90 S. du 18-11-05, page 7365

³⁹. Code de Santé Publique : article L. 5126-1 et L. 6133-1, al. 4

⁴⁰. BARRE-HOUDART Stéphanie, LAROSE Dominique, « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation », in *Revue hospitalière de France*, 08/07/2006. Fascicule 511, page 46.

doutes sur les règles applicables en matière de taxe sur la valeur ajoutée lorsqu'un des membres y est assujéti : aux promoteurs de réaliser une étude fiscale pour mesurer les incidences financières. La parution du très récent décret sur le détachement du personnel nous permet d'espérer l'arrivée prochaine d'autres réponses.

Ces précisions devraient permettre l'amélioration du fonctionnement du GCSMS et faciliterait la tâche du directeur dans la mise en place de cette formule. Une évolution des textes serait donc bénéfique pour les promoteurs des GCSMS. De plus, cela encouragerait davantage les acteurs à se lancer dans un tel projet. En attendant, les absences nécessitent des ajustements de la part des directeurs.

3.1.2 Une mutualisation qui peut être approfondie

Sur ce sujet, plusieurs domaines peuvent être exploités.

- Au niveau des **admissions**, une gestion commune pourrait être envisagée pour l'ensemble des établissements. Néanmoins le maintien d'un service dans les établissements pour assurer l'accueil et l'information du public est nécessaire. La mutualisation concernerait donc la facturation ou alors les régies de la vie sociale. Il pourrait également être envisagé de traiter les demandes d'admission en commun et l'orientation dans l'un ou l'autre des établissements serait fonction de la personne, tout en tenant compte de ses souhaits ou de ceux de son entourage si elle ne peut les exprimer.

- La coopération peut être développée au niveau de l'**animation**. Cette activité est essentielle car elle touche au plus près le résident. Celle-ci devra évoluer les années à venir. Tout d'abord en raison de l'augmentation de la dépendance, et parce que les demandes des résidents ne seront plus forcément les mêmes dans les années à venir. Les établissements pourraient mutualiser leurs équipes d'animation, ce qui favoriserait les échanges entre établissements et mettre en commun leurs moyens : locaux et matériels coûteux (minibus, vidéo projecteur). Ce partage permettrait d'améliorer la qualité des prestations sans en augmenter le coût. La mise en œuvre d'une telle démarche devra être précédée d'une évaluation des besoins et des souhaits des personnes âgées, en même temps que devront être identifiées les compétences des membres des équipes ainsi que les ressources pouvant être mutualisées.

- **Au niveau économique et financier**, une des perspectives serait l'unification progressive des marchés de certaines prestations. A la fin de cette année est prévue d'ailleurs le déroulement du premier marché commun du GCSMS, celui de la fonction

linge. Des réunions ont eu lieu entre les différentes équipes afin d'harmoniser les besoins et la qualité de la prestation rendue. Ce travail a permis un gain de temps et de travail pour les gestionnaires des établissements tout renforçant les liens entre les équipes. Par ailleurs, les établissements devraient y gagner en terme de coûts. Il pourrait être envisagé dans l'avenir un marché unique pour la prestation nettoyage des locaux. Des gains pourront être effectués dans la publicité des marchés et dans les coûts des fournisseurs. Dans la même logique, l'établissement s'est engagé dans une démarche d'adhésion à un groupement de commandes « RESAH Ile de France » afin d'unifier ses besoins et diminuer ses coûts. Cependant les besoins doivent être bien évalués et devra être posée clairement la question du lieu de livraison des commandes.

Toujours au niveau économique, la mise en commun de certains comptes peut être envisagée. Le compte fournitures d'atelier a déjà été mutualisé, et il pourrait être effectué la même action pour d'autres comptes : le compte fournitures administratives par exemple (compte 60624 sur la nomenclature comptable). Cela facilite l'organisation qui est centralisée, mais en contrepartie on s'aperçoit d'autres contraintes de gestion : allongement des délais, le choix des fournisseurs ne relève plus que d'un seul service. Les structures peuvent donc perdre en liberté de gestion. Cette démarche ne pourra donc pas être appliquée à tous les besoins, mais uniquement pour certains dont cette organisation rend nettement plus simple la gestion et la comptabilité des établissements.

- En matière des **ressources humaines**, de nouvelles pistes peuvent être suivies.

Tout d'abord, je ferai une proposition concernant l'accompagnement des personnels. Nous l'avons expliqué, il est indispensable d'accompagner le personnel dans l'organisation de la coopération. A ce titre, je préconiserai la mise en place organigramme hiérarchique et fonctionnel. Pour le moment, il n'y en a pas d'établi dans les établissements. Celui-ci pourrait s'avérer utile et nécessaire : il permettrait en effet à l'ensemble du personnel de mieux saisir les changements qui ont été opérés et aux nouvelles personnes recrutées de bien comprendre le fonctionnement du groupement et des établissements.

Une autre des possibilités ouvertes est la mise en œuvre par le groupement d'un service de médecine du travail. Actuellement, son organisation au sein de chaque établissement est assez disparate. Il existe un service de médecine du travail à Fontenay-sous-Bois pour le personnel de la MRI. La Fondation Favier, et le Grand Age font, quand à eux, appel à des services extérieurs. L'activité et la situation des agents nécessitent la

création d'un vrai service de médecine du travail, qui rendrait plus uniforme cette prise en charge.

La mobilité du personnel est également une démarche qui peut être encouragée. Cette mobilité entre les établissements permettrait de remédier à l'absentéisme, et pourrait servir de remède à l'épuisement professionnel des soignants et à la démotivation des agents. En effet, les changements périodiques d'équipes, de résidents, de locaux permettraient aux personnels d'avoir une ouverture sur l'extérieur, faciliterait les échanges et permettrait une prise de conscience sur la situation de leur établissement. Cela permettrait de prévenir les risques de maltraitance, qui sont dus le plus souvent, à un travail routinier et une absence de remise en question. Cependant, cette démarche doit être basée sur le volontariat et ne peut être imposée aux agents déjà en fonction sur les établissements. Elle peut cependant être encouragée auprès des personnes nouvellement recrutées. Par ailleurs, elle peut objectivement être réalisée, puisque les établissements se situent en milieu urbain, et bien desservi.

- L'intérêt de cette démarche réside aussi dans le fait qu'elle permettra le développement d'une **coopération inter-établissement en matière de prise en charge**. La mutualisation peut être en effet intéressante à ce niveau.

Des liens existent déjà entre les établissements, ils constituent donc autant de voies à exploiter. D'autant plus que le cadre de prise en charge soignante est uniforme pour les établissements. Par exemple, sur toutes les structures nous retrouvons le choix d'une prise en charge totale du résident en matière de soins, par le biais de la dotation globale. Nous retrouvons également sur toutes les structures le choix d'une prise en charge différenciée selon le profil et l'état de dépendance des résidents accueillis.

De plus, le directeur des soins est déjà missionné pour assurer cette coopération, de la même façon que la cadre supérieure de santé. Des formations communes aux personnels des trois établissements sont déjà mises en place, mais celles-ci n'ont pas toujours le succès escompté. Par ailleurs, la Fondation Favier et le Grand Age dispose du même médecin coordonnateur dont les liens sont bien développés avec les médecins des autres structures. Par exemple, le plan grippe aviaire a été récemment élaboré en commun pour l'ensemble des établissements.

Cependant, le travail peut être encore approfondi. « Les coopérations inter établissements doivent être facilitées par une plus grande harmonisation des pratiques de soins »⁴¹. Une harmonisation des protocoles des établissements Fondation Favier, Grand Age avec ceux de la MRI peut être envisagée. Les réunions des cadres de santé des trois établissements peuvent être elles aussi développées. Les équipes pourraient échanger autour de rencontres à thèmes. De la même façon, des groupes inter établissements peuvent être constitués sur un objectif précis avec obligation de résultat. Par exemple, des groupes réunissant les SSIAD ou ADJ, qui font désormais partie de la même entité. Les administratifs pourraient être conviés à ces réunions. Cet échange permettrait aux agents de faire connaissance, d'enrichir leur pratique par d'autres points de vue.

Cela pourrait aussi se faire par le biais de réunions interservices ou encore par l'évaluation de la qualité des établissements. Elle est réalisée par la même personne pour les trois établissements, une cadre supérieure de santé. On pourrait imaginer un travail en commun entre les trois établissements sur le thème de leur évaluation. Cette démarche permettra d'améliorer la qualité de la prise en charge en même temps que ces éléments pourront aboutir à la création d'une culture commune.

- Cette démarche d'harmonisation permettra en effet de créer des liens et de donner le sentiment d'une **nouvelle identité commune aux trois établissements**. Car si la coopération est développée depuis 2002, chaque établissement conserve néanmoins sa propre identité et culture.

La tâche du directeur est donc de développer une culture partagée tout en tenant compte des spécificités des établissements car l'objectif n'est pas de balayer les identités des structures.

Des relations de confiance entre les établissements doivent être favorisées, ainsi que la compréhension du fonctionnement et du raisonnement de chacun. Pour travailler ensemble, les acteurs doivent se reconnaître dans les logiques des uns et des autres. Il est important de développer des manifestations communes, rassemblant l'ensemble des personnels des établissements. L'arbre de Noël se déroulant pour tous les enfants des personnels des établissements à Fontenay-sous-Bois peut en représenter une. De même, les fêtes des établissements (Printemps, Noël) et les journées portes ouvertes. Mais ces occasions sont ponctuelles.

Cela peut cependant se constituer par des rencontres du personnel, visites d'établissements ou de services, ou encore par la formation continue du personnel,

⁴¹. Conférence nationale des directeurs de Centre Hospitalier. « Les enjeux de la recomposition de l'offre de soins ». *Gestions hospitalières*, Décembre 1999.

commune aux trois établissements. De cette façon, par des journées de formation commune, les différents personnels des établissements peuvent se découvrir et créer des liens, et même au-delà, c'est-à-dire développer un même sentiment d'appartenance.

Actuellement les projets des établissements sont en cours de rédaction. Il est donc important que soit inscrite la coopération dans ces documents, ainsi que les nouveaux objectifs et que soient définis clairement les prochains axes de la coopération.

Par ailleurs développer une stratégie de communication tournée vers l'extérieur afin d'assurer la valorisation de ce groupement s'avérerait nécessaire. Les enjeux de cette stratégie de communication sont nombreux avec notamment la création d'une identité commune. Il s'agit de créer une unité au Groupement en s'appuyant sur des outils de communication adaptés.

Le travail réside donc dans la matérialisation du groupement : le dénomination du Groupement a déjà été donnée. Son logo a été récemment choisi. Il convient désormais de développer des documents communs : les contrats de séjours, le projet d'établissement au nom du groupement. Par exemple les logos des voitures des SSIAD ont été revus et mis au nom du groupement. Un nouveau livret de présentation de ce service est en cours de préparation. Le travail sur un livret d'accueil du personnel est également projeté. Il permettrait de présenter les structures aux établissements et renforcerait le sentiment d'appartenance des agents.

Pour clore cette sous partie, je reprendrai ici une image développée par le directeur pour m'expliquer le fonctionnement du GCSMS, que j'ai trouvé très illustratrice de la situation, rapprochant ainsi la mise en place du groupement à la construction européenne. Tout comme l'Union Européenne, le groupement se présente comme une structure, une couche supplémentaire, entraînant des zones de chevauchement de compétences et de frictions.

Cette réflexion sur l'identité du groupement nous montre que les identités des établissements, même avec une direction commune, sont finalement difficilement dissolubles. Elle pourrait donc servir de réponse aux craintes de certaines structures. D'autres acteurs du terrain confirment ce positionnement : à la question « *perd-on son identité quand on fait une construction à plusieurs ?* » J-P. MARIE, directeur de l'Association départementale pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte de la Manche (ADSEAM), répond « *Non, car une fois raisonnée la peur de perdre son pré carré, on peut aussi avoir le sentiment de créer une nouvelle identité* ». Et pour P. PETIT, directeur de l'Union des aveugles et handicapés de la vue (UAHV) du Languedoc-Roussillon ce qui

importe avant tout « *c'est de garder une vraie vie associative et de défendre de vraies valeurs* »⁴².

La fonctionnalité du GCSMS repose donc sur ses possibilités juridiques mais dépend aussi de l'adaptation pratique que le directeur en fait. Plusieurs voies peuvent donc encore être exploitées pour améliorer et approfondir la coopération. Cependant, nous pouvons déjà anticiper plusieurs perspectives d'évolution pour le groupement.

⁴². PAQUET Michel, « Le groupement de coopération : un instrument à manier avec précaution » in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2 mai 2008, N°2556, p37.

3.2 Préparer les évolutions possibles de l'outil

Il est du rôle du directeur d'anticiper les évolutions possibles du fonctionnement des entités dont il a la charge. Il est donc important de préparer les évolutions possibles de l'outil qui ne peut se développer sans une réflexion cohérente et préalable au projet.

3.2.1 Un outil qui peut aboutir à d'autres formes de coopération

Plusieurs perspectives sont envisageables pour l'avenir du groupement.

Tout d'abord, des évolutions concrètes et pratiques. Des changements importants en terme d'équipements sont en effet attendus dès 2009.

Un des grands changements pour le Groupement sera l'ouverture de l'EHPAD Hector Malot l'année prochaine. Les services relatifs à l'EHPAD seront transférés dans ses murs soit à quelques mètres du pôle technique et le pôle se concentrera uniquement aux activités communes des établissements. Ainsi, le service des admissions par exemple n'aura plus de raison de se trouver au pôle technique et sera « décentralisé » dans l'établissement concerné. Cette ouverture devrait ainsi simplifier l'organisation et la visibilité du Groupement qui disposera d'un bâtiment lui étant entièrement dédié. Un changement de perception est à attendre de la part de l'ensemble des personnes qui réaliseront réellement son existence.

Par ailleurs, une possibilité est offerte au groupement de s'élargir. En effet, la commune de Vincennes, ou le CCAS, a manifesté son intérêt de participer aux activités du groupement pour la seule activité de restauration. Elle voudrait ainsi trouver une solution adaptée pour assurer les repas des 47 résidents du foyer-logement. Ce projet n'est pas sans poser certaines questions pratiques complexes mais devrait voir le jour d'ici peu. Il convient de noter par ailleurs, que pour toute nouvelle adhésion un avenant à la convention devra être effectué et publié.

D'autre part, les activités du Groupement vont prendre une grande ampleur dans les mois à venir puisque le GCSMS va entamer en 2009 ses premiers travaux d'équipement. En effet, seul le groupement peut réaliser et exploiter l'équipement pour lequel des autorisations de lits lui ont été transférées. Au début de l'année commenceront ainsi les travaux de l'EHPAD de 36 lits Grunebaum Ballin à Alfortville. Les dossiers de financement au nom du groupement ont commencé à être constitués. Une fois

l'établissement construit, il sera entièrement géré en exploitation directe par le groupement et pourra être amené à signer des conventions tripartites pour ces structures.

Deux hypothèses d'évolution peuvent ensuite être développées.

Une évolution prévue par les textes mêmes relatifs au groupement : la procédure de la fusion, qui figure dans les missions du GCSMS. Les groupements peuvent ainsi se constituer conformément à l'article L. 312-7 en vue de fusionner ou de regrouper des établissements et des services « *les facultés laissées aux groupements de coopération par la loi en manière de regroupement et de fusion s'exerceront dans un secteur où les besoins sont portés par des tendances socio-démographiques lourdes qui n'invitent pas à la contraction de l'offre ; la fusion ou la regroupement sont dans ce contexte, des outils de reconversion, de transformation ou d'adaptation qui rendent cette offre pérenne, réactive et évolutive* » précise l'administration⁴³.

Nous pouvons donc envisager le GCSMS être une étape avant la fusion. Le principal avantage serait de limiter le nombre d'instances et la complexité de la coopération.

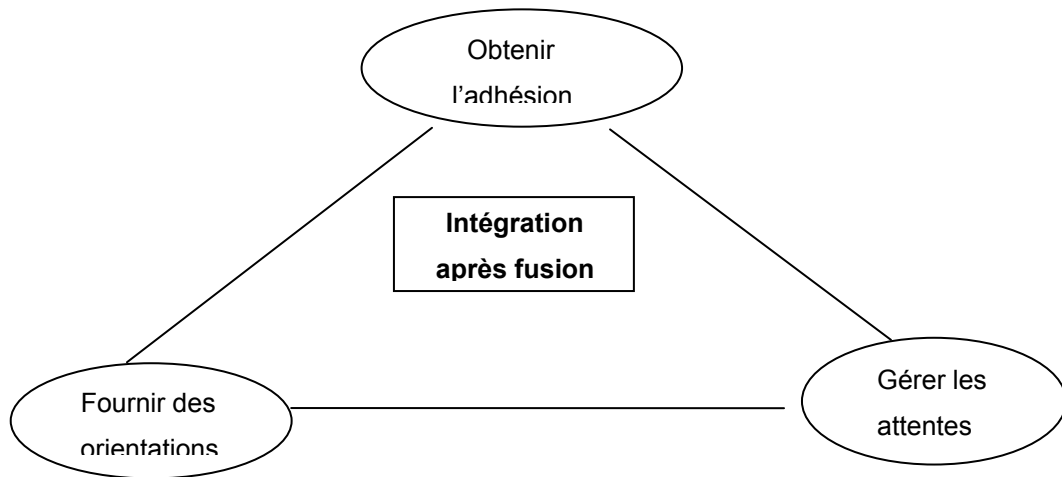
La décision de fusionner devra cependant résulter d'une volonté forte des acteurs des établissements et présenter des intérêts manifestes, car il est possible que des Présidents de Conseil d'Administration craignent de voir perdre leur rôle stratégique et les agents de se voir intégrés dans un fonctionnement de masse, perdant leurs structures de représentation.

Si cette éventualité est envisagée il conviendra donc de bien la préparer et respecter certaines conditions.

Je reprendrai un schéma qui représente « le triangle de la fusion réussie » pour le secteur privé et industriel⁴⁴. Les problématiques n'étant pas propres à ce secteur en particulier, il peut illustrer la démarche, qui à mon sens il conviendra de suivre :

⁴³. Instruction DGAS 3 août 2007, annexe 4, page 4.

⁴⁴. POILLERAT Laurence, *op. cit.*



Trois points au centre de l'intégration

Ainsi :

- L'adhésion doit être effective à tous les échelons, de la direction comme des agents.
- L'ensemble du personnel doit être informé des orientations, afin d'adhérer à la « vision » de la fusion.
- Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, toutes les attentes doivent être gérées de façon proactive et directe. Ceci suppose une information ouverte et honnête dès le départ, puis une communication tout au long du processus d'intégration.

Même si la question se pose de manière plus récurrente, la problématique de la fusion d'établissements sanitaires et sociaux reste encore relativement peu abordée. Elle est restée encore une question essentiellement sanitaire. Cependant, la nécessité de regroupements dans ce secteur est inévitable. La fusion apparaît toutefois complexe difficile, en particulier la fusion des esprits, des volontés, des dynamismes, des cultures des établissements. Elle demandera donc une stratégie de conduite de projet.

En ouverture, j'envisagerai une réflexion sur la coopération du GCSMS avec des établissements avec le secteur sanitaire. Objectif pour les établissements sanitaires et sociaux dans les conventions tripartites, les dernières productions des pouvoirs publics confirment bien que cette collaboration est la nouvelle évolution prônée. Par la récente

circulaire relative aux filières gériatriques la réglementation incite d'ailleurs expressément un partenariat entre les établissements de santé et les structures médico-sociales⁴⁵. Cette coopération fait aussi partie des axes envisagés dans les récents rapports de M. Ph. RITTER et celui de M. G. LARCHER⁴⁶. Les idées majeures de ces deux rapports concernant le médico-social sont d'une part la proposition de rapprocher le secteur médico-social et le secteur sanitaire à travers les ARS et le second d'assurer une continuité des soins et le secteur médico-social. Pour savoir précisément quelles catégories d'établissements et de services médico-sociaux les ARS devront piloter, M. Philippe RITTER propose de choisir comme critère leur financement total ou partiel par l'assurance maladie, ce qui revient à retenir surtout les établissements et services concourant à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées : il reviendrait à transférer aux ARS le pilotage des établissements et services entrant dans le champ du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Ces projets devraient figurer très prochainement dans le projet de loi de Mme BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé intitulé « **Hôpitaux, patients, santé, territoire** »⁴⁷.

Il est donc important d'anticiper les décisions des pouvoirs publics, et à prendre avec considération une possible incitation à coopérer avec les établissements de santé à proximité.

L'outil du GCSMS permet déjà des rapprochements entre le secteur sanitaire, social et médico-social. Cette voie pourrait éventuellement être exploitée si besoin est. Ce type de groupement rapprochant les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social restent encore à l'état d'inconnue. Par exemple, si rien n'autorise qu'un GCSMS soit porteur d'un réseau de santé, aucun texte ne l'interdit non plus. Pour preuve : la fusion du réseau de santé lillois TND (Troubles du Neuro-Développement) et du réseau médical Synapse (Synergie associative et publique au service des enfants) qui travaillaient dans leur champ respectif des enfants souffrant de troubles neurologiques de développement – dans un groupement de coopération lancé en septembre 2007⁴⁸.

⁴⁵. Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

⁴⁶. Rapport de M. Ph. RITTER sur la création des Agences Régionales de Santé, janvier 2008 et rapport de M. G. LARCHER, *op.cit.*

⁴⁷. Le projet de loi est prévu pour la mi septembre 2008

3.2.2 Un outil à manier avec précaution : enseignements de cette première expérience pour les futurs promoteurs d'un tel projet

En dernier lieu, je voudrai formuler des préconisations sur le GCSMS pour les futurs promoteurs d'un tel projet. Nous l'avons évoqué, cet outil est amené à se développer notamment par l'action des pouvoirs publics. Cependant, il convient d'avoir à l'esprit que ses performances juridiques ne suffisent pas. Pour être pertinent et fonctionnel, le groupement doit respecter un certain nombre de conditions : dont une qui sous tend toutes les autres : assurer une cohérence entre le projet de développement de l'établissement dont il a la charge et les orientations des politiques publiques.

- Tout d'abord, la mise en œuvre d'un GCSMS doit s'opérer sur la base **d'un projet partagé**, construit en commun et validé politiquement par les différentes instances des organismes concernés.

La coopération du GCSMS ne peut pertinemment se faire que sur une base volontaire des établissements et non lorsqu'elle est imposée, le facteur humain étant très important, pouvant entraîner des blocages. De plus, je pense que le groupement peut être utilisé de manière pertinente par les structures à condition qu'elles aient déjà établies, dans leur projet politique et dans leur rapport avec les autres, l'opportunité d'un travail en réseau. Le GCSMS, comme le GCS, reste un outil soumis à la volonté partenariale de ses promoteurs, les acteurs médico-sociaux restant maîtres de leur adhésion à une structure coopérative. Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ont d'ailleurs un rôle limité, le code disposant qu' « *afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale* » (art. L 312-7 CASF). Ils « *précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services* » sociaux et médico-sociaux, sans imposer celle-ci (art L. 312-1-4 CASF). Par ailleurs, si le directeur de l'ARH peut, sous certaines conditions, imposer à des établissements publics de santé la création d'un GCS (art L. 6122-15 CASF), il semble qu'aucune disposition équivalente n'existe dans le secteur médico-social, où la coopération par voie de GCSMS est préconisée plus qu'imposée.

Toutefois, des gestes d'incitations au regroupement sont visibles à travers le soutien des projets de GCSMS en CROSMS, la liaison des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) aux GCSMS, ou les incitations pour que le groupement

⁴⁸. PAQUET Michel, « Le groupement de coopération : un instrument à manier avec précaution » in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2 mai 2008, N°2556, p38.

porte l'autorisation de ses membres. Et les récentes déclarations du directeur de la DGAS, M. TREGOAT, annoncent que les établissements pourraient être plus fortement incités, voire contraints à y adhérer s'il fallait accélérer la restructuration du secteur en vue du transfert de son pilotage aux Agences Régionales de Santé⁴⁹.

Cela explique la crainte pour certains acteurs, que le GCSMS soit un premier pas vers une fusion-absorption des organismes gestionnaires au détriment des petites structures. Notamment, dans le milieu associatif, est ressentie la crainte que l'incitation ne se transforme ici ou là en injonction adressée à de petites structures affaiblies par les vagues successives de coopération. Cette crainte est à mon sens à relativiser car un groupement a plutôt intérêt au maintien de ses membres. Et qu'une fusion ne s'improvise pas⁵⁰. Je citerai aussi M. B. DELANGLADE, directeur de l'URIOPSS-PACAC « *Sans tomber dans l'angélisme, Il faut dépasser le sentiment de suspicion d'autant que la circulaire du 3 août 2007 est claire : aux organisations de définir le périmètre de leur coopération* »⁵¹. Néanmoins, un des risques d'une politique trop incitative pourrait être le repli défensif des structures et de leur marginalisation dans un contexte où la transversalité semble être un atout important pour le secteur. Ainsi, il est important que l'incitation des structures par les pouvoirs publics se fasse avec mesure.

- **Développer une communication performante est essentiel.** Elle est désormais incontournable pour développer une action de partenariat. Pour le directeur, qui devient communicant, il s'agit de transmettre les informations pour laisser du temps aux intervenants l'appropriation des enjeux, tout en conservant une certaine marge de manœuvre. Les outils de communication doivent donc permettre de convaincre les interlocuteurs.

Une bonne communication est essentielle en externe avec les financeurs, les élus pour assurer la viabilité du projet. En interne, le développement de la communication permet aussi d'assurer la diffusion des informations, afin de supprimer les confusions existantes et les oppositions systématiques. Elle permet ainsi de contrer les rumeurs possibles par une bonne communication mais aussi de pallier le risque de ressenti de manque d'informations de la part de certains acteurs. Cette stratégie passe par une pluri-diffusion de l'information au travers de plusieurs moyens possibles : notes d'informations, journaux internes...La communication doit aussi se faire dans les instances officielles : CHSCT, CTE...Le directeur doit, enfin, développer des actions de communication avec les familles et les partenaires extérieurs.

⁴⁹. Rapport d'information de M. Yves BUR, 6 avril 2008, page 65.

⁵⁰. POILLERAT Laurence, *op. cit* p. 85

⁵¹. Dossier « Groupements de coopération, apprendre à jouer collectif », *Directions*, n°46, novembre 200, p. 24.

- **La convention constitutive doit être rédigée de manière très précise.**

Pourtant la tendance est marquée par de nombreux porteurs de projets à ne voir dans la convention constitutive du GCSMS qu'une « *formalité obligatoire permettant d'obtenir la personnalité morale* » que relève le juriste D. LAROSE⁵². « *L'engagement dans le groupement réveillant toutes les peurs, la plupart des gens pensent que plus la convention est légère, moins il y a de contraintes* » explique t-il. « *Or c'est l'inverse qui se passe. Car cette convention représente à la fois le code civil et le code pénal du GCSMS. C'est elle qui en délimite le fonctionnement et fixe les règles, notamment pour prévenir les risques dans la vie du groupement* ». Il faut que les promoteurs de GCSMS rédigent un projet à leur main, sans « copier-coller » les modèles types même s'ils peuvent s'en inspirer.

Il est très important de penser à la gouvernance du groupement, à la représentation des gestionnaires en son sein. Il en est de même pour la durée du groupement afin de vérifier la pertinence de la démarche, l'évaluer avant de la pérenniser. Il faut enfin penser à baliser les règles de sortie du GCSMS, en particulier si des investissements importants sont réalisés.

- La coopération du GCSMS nécessite également de bien distinguer **ce qui peut être mis en commun de ce qui doit demeurer du ressort de chacun des organismes gestionnaires**. Ainsi, la pression est parfois forte pour que le GCSMS porte l'exploitation des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux en lieu et place des gestionnaires. Ce choix doit être mûrement réfléchi s'agissant de l'essence du projet politique du gestionnaire et de la réponse mise en œuvre⁵³.

- La coopération doit se matérialiser non pas sur la base d'un modèle unique mais sur la base de **l'outil le plus adapté**. Ainsi, il n'est sans doute pas toujours judicieux de créer un GCSMS pour mettre en commun le personnel d'entretien des espaces verts de plusieurs structures alors qu'une simple convention de mise à disposition ou une autre formule plus souple peut être utilisée. Il faut bien prendre en compte les limites juridiques du GCSMS avant d'en mettre en place.

⁵². PAQUET Michel, « Le groupement de coopération : un instrument à manier avec précaution » in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2 mai 2008, N°2556, p37.

⁵³. Intervention de C. MARIVAL, chargée de mission à l'UNIOPSS, *XXIXe Congrès de l'UNIOPSS, le 14 novembre 2007*.

- On peut également s'interroger sur la **taille** critique que devra atteindre un GCSMS pour apporter une réelle plus-value à l'action de ses membres, par exemple en termes d'économies d'échelle pour l'achat de biens ou prestations correspondant à des besoins mutualisés. Si le GCSMS n'est constitué qu'avec un nombre réduit d'adhérents, le gain attendu sera vraisemblablement proportionnel à l'ampleur de la mutualisation opérée. Une étude devra s'efforcer d'évaluer préalablement les gains attendus en termes financiers ou de qualité de prise en charge, au regard des investissements exigés.

- Par ailleurs, il faut avoir à l'esprit que la **mise en commun de moyens** n'est pas toujours synonyme d'économies et peut parfois engendrer des dépenses nouvelles liées à l'amélioration du service rendu aux usagers.

- Une indemnité pour l'agent comptable est à prévoir ;

- Des droits d'enregistrement, au moment de la constitution du groupement sont également à anticiper :

Pour les groupements créés sans capital, ce droit est fixe et s'élève à 125 euros.

Les groupements constitués avec capital, lorsqu'il s'agit d'apports en espèces ou d'apports purs et simples de biens mobiliers ou immobiliers n'ont pas à verser de droits, mais procèdent tout de même à leur enregistrement.

Les apports à titre onéreux, s'ils ne sont pas soumis à la taxe sur la valeur ajoutée, donnent lieu à des versements de droits d'enregistrements dans les conditions de droit commun.

Des frais peuvent également être à prévoir pour financer les études préalables sur l'opportunité et la faisabilité des projets de groupement. Certes, une aide au démarrage comprise entre 6 000 et 15 000 euros peut être accordée pour la constitution d'un GCSMS mais elle est uniquement destinée à couvrir les frais d'intervention d'un « appui extérieur » : consultant, audit financier, cabinet en organisation et les études préalables ne peuvent être financées par ce biais. Ce qui n'est pas sans poser problème : « *en effet, ce sont souvent les petites structures qui pourraient être intéressées par ces démarches mais qui rencontrent le plus de difficultés dans la construction du projet* »⁵⁴.

Il convient également de prévoir des dépenses en personnel puisque le groupement est censé recruter plus facilement du personnel à temps plein pour le compte

⁵⁴. Voir l'encadré dans l'article de M. PAQUET, « Le groupement de coopération : un instrument à manier avec précaution » in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2 mai 2008, N°2556, p37.

de plusieurs établissements ou services, là où un établissement pris isolément n'y arrivait, ne proposait qu'un temps partiel. De même, le groupement permet le financement de compétences nouvelles jusqu'alors non prises en charge dans les établissements et services.

D'autre part, la mise en commun des moyens au niveau du GCSMS n'est pas toujours signe de simplicité. En effet, la mutualisation, la centralisation nécessite des montages complexes, et qui peuvent ralentir l'organisation ou augmenter les délais des circuits. Il convient donc de définir clairement les tâches de chacun et la nouvelle organisation.

- Enfin, il convient de rappeler que le **groupement doit rester un outil au service de démarches et de projets**. Aussi, si la disposition (article L. 312-7 CASF) qui autorise le GCSMS d'être à vocation multiple ou « à la carte » lui permet de fournir des prestations de service particulières à l'un ou l'autre seulement de ses membres (par exemple dans un groupement constitué d'un Etablissement et Services d'Aide par le Travail (ESAT) privé et d'un EHPAD public, l'ESAT fournit la prestation de blanchissage à l'EHPAD), celle-ci peut s'avérer contestable : en effet, qui pourrait être utilisée à des fins de contournement des obligations en matière de marchés publics. Car dans une telle hypothèse, les membres publics du groupement ne sauraient bénéficier des dispositions particulières aux prestations intégrées prévues à l'article 3 des marchés publics : elle pourrait aussi, le cas échéant, constituer un abus de droit au sens fiscal en permettant abusivement d'échapper à l'application de la taxe sur les prestations fournies. Des instructions claires rappelant ces contraintes devraient donc être diffusées à l'ensemble des acteurs afin d'éviter de telles dérives, sources de contentieux et de redressements fiscaux.

Conclusion

Ainsi, le GCSMS est le nouvel outil de coopération sur lequel les pouvoirs publics comptent pour dynamiser la coopération dans le secteur médico-social. Pourtant, celui-ci n'est pas exempt de critiques et reste encore à parfaire. Plusieurs éléments attestent de ses lacunes qui pourraient d'ailleurs être pareillement identifiés à celles du GCS, ce qui confirme la grande proximité des deux groupements. Au point que certains se demandent s'il était opportun de créer un autre groupement de coopération spécifique au secteur social et médico-social plutôt que d'accroître le domaine des compétences du GCS⁵⁵.

Néanmoins, il était nécessaire que le milieu médico-social dispose lui aussi de son propre outil de coopération, offrant aux établissements sociaux et médico-sociaux un cadre partenarial plus conforme à leur environnement, et en même temps qu'une reconnaissance spécifique à ce milieu.

Par ailleurs, si cet outil n'est pas idéal, il présente le mérite d'apporter des ouvertures en termes de partenariat entre les acteurs médico-sociaux, et lève de réels obstacles juridiques. Sa souplesse a, semble-t-il, permis de créer des rapprochements sur le territoire qui pourraient évoluer. Cependant, il est encore difficile d'évaluer exactement le nombre d'expériences réalisées. Deux ans après la parution du décret du 6 avril 2006, le flou continue donc encore d'entourer le développement des groupements de coopération. La DGAS indique toutefois qu'un bilan est en cours et devrait être disponible à la fin du premier semestre 2008. Cette photographie permettra de savoir si le pari de la simplification du paysage social et médico-social peut être réussi, et d'envisager, le cas échéant, un cadre de coopération de plus en plus incitatif.

Pour les établissements Fondation Favier Val-de-Marne, le Grand Age et la MRI de Fontenay-sous-Bois ce passage a été une étape importante. La particularité de cette coopération tient aux circonstances et au contexte du rattachement des structures. La préexistence de liens de coopération a, sans conteste, favorisé la mise en œuvre de ce groupement. Le changement de mode de coopération, nous l'avons vu, n'était pas neutre.

⁵⁵. BARRE-HOUDART Stéphanie, LAROSE Dominique, « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation », in *Revue hospitalière de France*, 08/07/2006. Fascicule 511, page 47

Ce GCSMS se place dans une « version maximaliste » de la formule du groupement de coopération, allant jusqu'à la détention d'autorisation. C'est un exemple plus rare de GCSMS, la plupart des regroupements étant des regroupements de moyens. C'est pourquoi le GCSMS des EHPAD publics du Val-de-Marne constitue un exemple intéressant de coopération. Cette collaboration dépasse en effet les domaines de mutualisation traditionnels et touche directement l'utilisateur et sa prise en charge.

Une telle coopération est, il est vrai, à manier avec précaution. Elle doit auparavant être mûrement réfléchie et définie et nécessite une implication constante une fois mise en place. Elle peut être source de complexité, dans la mesure où l'ensemble des liens entre les établissements est à revoir. Mise en place sous certaines conditions, elle peut toutefois être fonctionnelle. Le rôle du directeur aujourd'hui est donc non seulement de développer des pratiques coopératives mais aussi d'assurer une réelle cohérence entre la stratégie de développement de l'établissement dont il a la charge et la stratégie de coopération qu'il est invité à mettre en place.

Le GCSMS en étant encore à ses prémices il est pour le moment difficile d'en dresser le bilan et d'en mesurer toutes les conséquences. Il a cependant permis de sécuriser et relancer la coopération des établissements, lui donner un nouvel essor et ouvert la voie à de nouveaux projets.

C'est donc avec promesses que s'annonce l'avenir du GCSMS.

Bibliographie

1) Ouvrages et Mémoires

- HOUDART (L.), LAROSE (D.), BARRÉ (S.), *Traité de la coopération hospitalière*, Ed. Houdart, Paris, 2000, vol. 1, 207 p.

- DEVILLERS Marie, « La mise en place d'un groupement sanitaire : un simple changement de structure juridique ? ». L'exemple du partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, EDH, 2005.

- EPISSÉ Céline, « La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient ». L'exemple des établissements du Val d'Aunis et de Saintonge, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2006/2007.

- LUSSET Arnaud, « Le projet de GCS « Dialyse Haute-Savoie Nord » : un exemple de coopération stratégique », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, EDH, 2006.

- POILLERAT Laurence, « Le projet d'établissement au service de la fusion d'un établissement médico-social. Le projet d'établissement garant de la fusion ? Et si la fusion était garante du projet... », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESMS, 2003.

- PETIT Laurence, « Les risques de la multi-coopération », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2004.

- ESCALIER NICOLAS Marie France, « La coopération inter établissements. La coopération : facteur d'efficience et de qualité de la prise en charge des personnes âgées en institution », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2005.

- TOURNEUR Sylvie, « La coopération inter-établissements dans le champ sanitaire et social. Dynamique et enjeux », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2001.

2) Articles

- APOLLIS Benoît, « Le GCSMS, l'autre groupement de coopération », in *Revue générale de droit médical*, n°22, 2007 p. 49.

- BARRE-HOUDART Stéphanie, LAROSE Dominique, « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation », in *Revue hospitalière de France*, 08/07/2006. Fascicule 511, pages 42-47.

- CORMIER Maxence, BADIN Xavier, APOLLIS Benoît, Dossier. Le GCS (Groupement de coopération sanitaire) et le GCSMS (Groupement de coopération sociale ou médico-sociale), in *Revue générale de droit médical*, mars 2007. Fascicule 22, pages 5-63.

- DURIBREUX Marie, «Un groupement ad hoc pour coopérer », in *Directions* - (Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social), 08/07/2006. Fascicule 32, pages 32-33.

- Dossier « Groupements de coopération, apprendre à jouer collectif », in *Directions*, n°46, novembre 200, p. 23.

- ESPER Claudine, « Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale », in *Revue de droit sanitaire et social*, 10/09/2006, pages 909-917.

- GHERARDI Eric, « La coopération dans le secteur social et médico-social », in *ADSP*, juin 2003, n°43, pages 41-43.

- LAGA Lydia, « Les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale », in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2 mai 2008 et 16 mai 2008 N°2556 et N°2558, p. 23-32 et p13-21.

- LAROSE Dominique, « Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCSMS ». 1ère partie, in *T.S.A. – Travail Social et Actualités*, 15/09/2006. Fascicule 1080, pages 13-20.

- LAROSE Dominique, « Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCSMS », 2ème partie, in *T.S.A. – Travail Social et Actualités*, 22/09/2006. Fascicule 1081, pages 15-19.

- LE LARD Brigitte, « Le groupement de coopération sociale et médico-sociale. Ballon d'oxygène ou ballon de baudruche ? », in *Gestions hospitalières*, 09/08/2006. Fascicule 458, pages 470-474.

- MEHEUT Valentine, « Vers un secteur social et médico-social de (re)groupements ? », in *Revue Droit et santé, la revue juridique des entreprises de santé*, janvier 2007. Fascicule 15, pages 117-121.

-PAQUET Michel, « Le groupement de coopération : un instrument à manier avec précaution » in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2 mai 2008, N°2556, p35-38.

3) Note juridique

- Les nouvelles formes de coopération : GCS et GCSMS, note juridique de l'Ecole Nationale de la santé, D3S 2007-2008, 2007.

4) Conférences

Intervention d'A. VINSONNEAU (adjoint au directeur général de l'UNIOPSS) à l'Association Nationale des Cadres du Social (ANDESI), le 17 janvier 2008, disponible sur le site : www.andesi.asso.fr/Vinsonneauandesi.ppt

Intervention de C. MARIVAL, chargée de mission à l'UNIOPSS, *XXIXe Congrès de l'UNIOPSS, le 14 novembre 2007.*

TEXTES REGLEMENTAIRES

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

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

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluri annuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal Officiel, n°98 du 27 avril 1999.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées

Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale

Circulaire n°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globale commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de même enveloppe de crédits limitatifs, et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.

Instruction DGAS/5D n°2007-309 du 3 août 2007 relative à la mise en oeuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Décret n°2008-928 du 12 septembre 2008 relatif à la mise à disposition et au détachement et modifiant le décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers.

Liste des annexes

ANNEXE I : Convention constitutive du GCSMS « Les EHPAD Publics du Val-de-Marne ».

ANNEXE II : Règlement intérieur du GCSMS « Les EHPAD Publics du Val-de-Marne ».

ANNEXE III : Règlement intérieur du Comité Technique du Groupement

ANNEXE IV : Guide d'entretien

Convention constitutive

Préambule :

Afin d'assurer un service public de qualité pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes, les établissements, Le Grand Age d'Alfortville, La Fondation Favier-Val de Marne et la Maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois, décident de favoriser une coopération étendue par la création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale.

Il s'agit de permettre la mutualisation des compétences et l'optimisation des locaux et des équipements, d'apporter des réponses de qualité aux besoins des personnes âgées val de marnaises, de bénéficier d'économies d'échelle pour faciliter le meilleur accès social des personnes concernées.

La mise en commun des capacités autorisées (1 081 lits d'hébergement, 18 lits d'hébergement temporaire, 214 places de SSIAD et 25 places d'accueil de jour) permettront d'apporter une alternative publique aux réponses aux besoins en EHPAD dans le Val de Marne, tel que le prévoit le schéma gérontologique, tout en assurant les réponses de proximité des territoires concernés actuellement.

La nécessité de rénover les équipements existants ou futurs, la recherche des financements pour y procéder, et la réalisation des opérations qui en découlent, constituent un ensemble indissociable et une ambition commune.

La gestion en commun des alternatives à l'hébergement (SSIAD et accueil de jour) permettra d'améliorer les prestations offertes aux personnes accueillies et les conditions de travail du personnel.

Le passage au groupement de coopération sociale et médico-sociale renforcera les liens mis en œuvre par la convention de coopération depuis 2002. Cela assurera également une plus grande pérennité aux emplois mis en commun tout en facilitant les adaptations nécessaires.

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L 312-7,

Vu le décret n° 2006-413 du 6 avril 2006, relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L 312-7 du code de l'action sociale et des familles, et sa partie codifiée,

Vu les avis rendus par les comités techniques d'établissement de :

- le Grand Age, le ;
- la Fondation Favier Val de Marne, le ;
- la Maison de Retraite Intercommunale, le.

Vu les avis rendus par les conseils de la vie sociale de :

- le Grand Age, le ;
- la Fondation Favier Val de Marne, le ;
- la Maison de Retraite Intercommunale, le

Vu les avis rendus par les conseils d'administration de :

- le Grand Age, le ;
- la Fondation Favier Val de Marne, le ;
- la Maison de Retraite Intercommunale, le

TITRE I – FORME, DENOMINATION, OBJET, SIEGE, DUREE

Article 1^{er} : Création

Il est constitué entre les soussignés :

Le Grand Age

Etablissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

67 rue Louis Blanc

94140 - Alfortville

Fondation Favier Val de Marne

Etablissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

1 à 5 rue du 136^{ème} de ligne

94360 - Bry sur Marne

Et

La Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous Bois, Montreuil,
Saint Mandé et Vincennes

Etablissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
74 avenue de Stalingrad
94120 Fontenay-sous-Bois

dénommés ci-après les membres, un groupement de coopération sociale et médico-sociale de droit public régi par les dispositions du code de l'action sociale et des familles et par la présente convention.

Article 2 : Dénomination

La dénomination du groupement est « Groupement des EHPAD publics du Val de Marne ».

Dans tous les actes et documents émanant du groupement et destinés aux tiers, devra figurer la dénomination suivie de la mention : « Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale ».

Article 3 : Objet

En conformité avec le schéma gérontologique départemental, et avec les principes fédérateurs de la présente convention constitutive, le groupement a pour objet de coordonner les missions de service public de ses membres, de développer et d'encadrer leurs actions de coopération et de mettre en place un projet stratégique commun.

A cet effet, le GCSMS, pour le compte de ses membres :

- exerce directement les missions et prestations des services de soins infirmiers à domicile et des accueils de jour, en assurant l'exploitation des autorisations accordées par l'Etat et le Département du Val de Marne ;
- gère les autorisations données aux différents établissements pour la capacité exposée ci-dessus ;
- réalise les opérations de rénovation et de construction que nécessitent les établissements dans le cadre du mandat confié ;
- gère les services d'intérêt commun, tels que la gestion des ressources humaines, y compris la formation continue, les services économiques, les

régies de vie sociale, l'entretien du linge des résidents, l'élaboration et la fourniture des repas, l'entretien et la maintenance des bâtiments et des équipements ;

- met en œuvre les actions concourant à l'amélioration de la qualité des prestations dans le cadre de l'évaluation des activités.

Article 4 : Siège

Le groupement a son siège rue d'Estienne d'Orves à Fontenay-sous-Bois (94120).

Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision de l'assemblée générale.

Article 5 : Durée

Le groupement est constitué pour une durée de 10 ans, qui prendra effet au.

Article 6 : Personnalité morale

Le groupement jouira de la personnalité morale à compter de la date de publication de l'acte d'approbation de la présente convention au bulletin des actes administratifs de la préfecture du Val de Marne.

Le groupement est une personne morale de droit public au ressort départemental.

TITRE II – APPORTS, DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

Article 7 : Apports

Le groupement est réalisé sans apport en capital des membres. Chaque membre met à disposition les biens mobiliers et immobiliers nécessaires à son fonctionnement.

Article 8 : Droits et obligations des membres du groupement :

Chaque membre participe aux assemblées générales et dispose d'autant de voix que la quote-part des participations qu'il a à sa charge. Elles s'appuient sur la capacité en lits d'hébergement budgétaires.

Dans les rapports entre eux, les membres du groupement sont tenus des obligations de celui-ci. Ils doivent contribuer aux charges du groupement à proportion des services qui leur sont rendus par ce dernier et selon les modalités définies en tant que de besoin par le règlement intérieur. Ces modalités pourront, le cas échéant, être redéfinies à l'occasion de la préparation de chaque budget annuel. Les modifications éventuelles donneront lieu à l'établissement d'un avenant au règlement intérieur.

Chaque membre doit, à due concurrence de sa quote-part, contribuer au déficit éventuellement constaté à la clôture d'un exercice au titre des activités concernées.

Lors du retrait volontaire ou par exclusion d'un membre ou bien dans le cas de liquidation du Groupement, chaque membre est responsable des dettes à proportion de sa quote-part.

Dans leur rapport avec les tiers, les membres sont responsables des dettes du groupement dans les mêmes proportions que celles prévues ci-dessus en cas de liquidation.

Les membres du groupement ne sont pas solidaires entre eux.

Chaque membre est tenu de respecter les statuts et le règlement intérieur du groupement.

TITRE III – ADMISSION, RETRAIT

Article 9 : Admission de nouveaux membres

L'admission d'un nouveau membre est soumise à la délibération de l'assemblée générale.

Le nouveau membre sera tenu des dettes antérieurement contractées par le Groupement au prorata de sa contribution aux charges du Groupement telle qu'elle aura été arrêtée par décision de l'Assemblée Générale.

Tout nouveau membre est réputé adhérer aux dispositions de la présente convention et de ses annexes, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances du Groupement et qui s'appliqueraient aux membres de celui-ci.

L'admission d'un nouveau membre en cours d'année ne lui confère les droits statutaires prévus à l'article 8 qu'à la date d'approbation de l'avenant.

Pour toute nouvelle adhésion, l'avenant à la présente convention devra faire l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Article 10 : Exclusion d'un membre

L'exclusion d'un membre ne peut être prononcée qu'en cas de non-respect grave ou répété de ses obligations résultant de la présente convention ou du règlement intérieur et à défaut de régularisation dans le mois après une mise en demeure adressée par l'administrateur et demeurée sans effet.

Le membre défaillant peut mettre en œuvre la procédure de conciliation prévue à l'article 16 des présentes dans le mois qui suit la mise en demeure.

A défaut de régularisation ou si la conciliation n'aboutit pas, l'exclusion est décidée par l'Assemblée Générale saisie par l'administrateur, dans les conditions visées à l'article 13.2 de la convention.

Le membre défaillant est obligatoirement entendu par l'Assemblée Générale, convoquée au minimum 15 jours à l'avance, mais il ne prend pas part au vote et ses voix ne sont pas décomptées pour les règles de quorum et de majorité.

Les voix exprimées en faveur de l'exclusion doivent représenter la majorité des droits de l'Assemblée Générale.

Le membre exclu reste tenu des dettes contractées par le Groupement jusqu'à la date effective de son exclusion.

Il est procédé à un arrêté des comptes à la date de l'exclusion selon les modalités et conditions prévues à l'article 7.3. de la présente convention.

La répartition des droits statutaires telle que définie à l'article 8 donne lieu à régularisation qui sera effective à compter de l'exclusion ; jusqu'à cette date, les voix de l'exclu ne sont pas décomptées pour l'application des règles de quorum et de majorité.

Pour toute exclusion, l'avenant à la présente convention devra faire l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Si le Groupement ne comporte que deux membres, la procédure d'exclusion ne peut être engagée ; en cas de non-respect grave ou répété des obligations de l'un des membres, l'autre peut alors engager une procédure de conciliation prévue à l'article 16 des présentes.

A défaut ou en cas d'échec, il peut également demander la convocation de l'Assemblée en vue de la dissolution anticipée du Groupement, conformément à l'article 18 des présentes.

Article 11 : Retrait d'un membre

En cours d'exécution de la convention tout membre peut se retirer du groupement. Toutefois, compte tenu des orientations et des opérations confiées, aucun retrait, complet ou partiel, de l'un des membres ne pourra intervenir avant l'expiration d'une période de cinq ans.

Ce retrait ne peut intervenir qu'à l'expiration d'un exercice budgétaire. Le membre du groupement désirant se retirer doit notifier son intention à l'administrateur par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, six mois au moins avant la clôture de l'exercice au terme duquel interviendra son retrait.

L'administrateur en avise aussitôt chaque membre et convoque une assemblée générale qui devra se tenir 60 jours au plus tard après la réception de la notification de retrait.

L'Assemblée Générale constate par délibération le retrait du membre, détermine les conditions dans lesquelles l'activité menée en commun pour le compte des membres peut être continuée, et dans lesquelles les équipements et moyens communs peuvent être utilisés par le ou les membres restants.

Elle arrête la date effective du retrait et procède à l'arrêté contradictoire des comptes.

La quote-part de l'actif disponible (valeur nette comptable) revenant éventuellement au retrayant sera déduite de sa quote-part des dettes éventuelles du groupement à la date du retrait, incluant les dettes échues et les dettes à échoir constatées en comptabilité ainsi que les annuités à échoir des emprunts ou locations en cours à la date du retrait.

Dans le cas où l'arrêté des comptes ferait apparaître un solde positif en faveur du retrayant, le groupement lui versera les sommes dues dans les 60 jours suivant l'assemblée générale qui approuve les comptes de l'exercice à la clôture duquel le retrait aura été prononcé.

Dans le cas contraire où il apparaîtrait un solde négatif, le retrayant procèdera au remboursement des sommes dues dans le même délai.

Pour tout retrait, l'avenant à la présente convention devra faire l'objet de la publication prévue par les textes en vigueur.

TITRE IV – ASSEMBLEE GENERALE

Article 12 : Assemblée générale

L'assemblée générale est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement.

Elle est composée des membres du groupement représentés par des représentants élus par le conseil d'administration de chaque établissement.

Sont éligibles, les représentants élus des collectivités territoriales et les directeurs. Dès lors qu'un établissement compte au moins quatre représentants à l'assemblée générale, sa délégation est composée à raison de trois sièges pour les premiers et d'un pour les seconds, selon les dispositions fixées dans le règlement intérieur.

Les représentants des membres participent librement aux débats.

Les membres du groupement disposent d'autant de voix qu'ils disposent de parts de capital. Le vote par procuration est autorisé lorsque le groupement compte plus de deux membres. Aucun membre ne peut détenir plus d'un mandat à ce titre.

L'assemblée générale se réunit sur convocation du Président aussi souvent que l'intérêt du Groupement l'exige et au moins deux fois par an.

Elle se réunit également de droit à la demande d'un de ses membres sur un ordre du jour qu'il propose.

Sauf urgence, l'assemblée générale est convoquée par écrit quinze jours au moins avant la date de la réunion. A ces convocations, qui indiquent l'ordre du jour et le lieu de réunion, doivent être annexés les projets de délibérations et tous les documents nécessaires à l'information des membres.

Toute assemblée ne peut valablement délibérer que sur les questions figurant à l'ordre du jour.

L'assemblée ne délibère valablement que si, au moins, les membres présents ou représentés représentent la moitié des droits des membres du groupement. A défaut, l'assemblée est de nouveau convoquée dans les quinze jours et peut valablement délibérer quel que soit le nombre des présents ou représentés.

L'assemblée est présidée par le Président, l'administrateur assurant le secrétariat de séance. En cas d'empêchement ou d'absence du Président, la présidence est assurée par le vice-président de l'assemblée.

Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux signés par le Président et l'administrateur, réunis en un registre tenu au siège du groupement. Les délibérations ainsi consignées obligent les membres.

Les copies ou extraits sont certifiés par l'administrateur et notifiés par ce dernier à l'ensemble des membres.

L'agent comptable assiste à l'Assemblée générale du groupement.

Article 13 : Délibérations

L'assemblée délibère sur les questions relevant de sa compétence selon les termes de la présente convention et notamment :

1. La définition de la politique générale du groupement ;
2. les demandes d'autorisation mentionnées au b du 3° de l'article L 312-7 ;
3. les conditions d'intervention des professionnels salariés des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ;
4. Le budget annuel et les décisions modificatives ;
5. La fixation des participations respectives des membres aux charges du groupement ;
6. L'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation des résultats ;
7. La nomination et la révocation de l'administrateur ;
8. Toute modification de la convention constitutive ;
9. L'admission de nouveaux membres ;
10. L'exclusion d'un membre ;
11. La constatation et les conditions du retrait d'un membre ;
12. Les conditions de remboursement des indemnités de mission de l'administrateur ;
13. Les actions en justice et les transactions ;
14. La prorogation ou la dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation ;
15. Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation relatifs au domaine public, les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
16. La participation à des actions de coopération et notamment l'adhésion à des structures de coopération ou le retrait de l'une d'elles ;
17. La décision de recours à l'emprunt ;
18. La décision de délégation à l'administrateur dans les autres matières ;
19. L'établissement du règlement intérieur ;
20. La modification du siège.

Les délibérations de l'Assemblée Générale visées aux 8^{ème} et 9^{ème} alinéas sont prises à l'unanimité des membres présents ou représentés. Les autres délibérations de l'Assemblée Générale sont prises à la majorité simple.

Toutefois, les délibérations visées au 10^{ème} alinéa ci-dessus sont valablement prises sans tenir compte du vote des représentants du membre dont l'exclusion est demandée sous réserve que les voix exprimées représentent la majorité des voix des membres de l'Assemblée générale.

TITRE IV – ADMINISTRATION DU GROUPEMENT

Article 14 : Présidence

Les présidents de conseils d'administration des établissements du groupement élisent pour une durée de trois ans, renouvelable une fois, le président et le vice-président du groupement, qui ne peuvent être un représentant légal d'un établissement.

Article 15 : Administrateur

Le groupement est administré par le représentant légal des établissements membres, élu pour une durée de trois ans. Il est révocable à tout moment par l'assemblée générale. Il est assisté d'un ou plusieurs membres des corps de direction des établissements publics de la fonction publique hospitalière.

L'administrateur est chargé de l'administration du groupement. Il prépare et exécute les décisions de l'assemblée générale. Il a la qualité d'ordonnateur des recettes et des dépenses.

L'administrateur représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.

Il a autorité sur le personnel mis à la disposition du groupement.

Le mandat d'administrateur est exercé gratuitement. Toutefois des indemnités de mission peuvent lui être attribuées dans les conditions déterminées par l'assemblée générale.

TITRE V – MODALITES D'INTERVENTION DU PERSONNEL – BUDGET ET COMPTES – COMPTABILITE

Article 16 : Modalités d'intervention du personnel

Le groupement a vocation à recruter directement du personnel. Les dispositions du décret n° 91-55 du 6 février 1991, relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière, sont applicables aux agents recrutés.

Les membres du groupement peuvent mettre à la disposition de celui-ci, les personnels médicaux et non médicaux correspondant quantitativement et qualitativement aux moyens humains qui sont nécessaires à la réalisation de son objet social.

Les personnels mis à disposition restent régis selon les cas, par leur contrat de travail, par la convention ou accord collectif de travail, par le statut qui leurs sont applicables.

Les mises à la disposition du groupement constituent des participations en nature qui sont remboursées par le groupement au membre concerné.

Les mises à la disposition du groupement sont valorisées et se traduisent dans la comptabilité du groupement par des écritures de charges.

Article 17 : Budget et comptes

L'exercice budgétaire commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Les ressources du groupement sont assurées par les participations des membres, en numéraire, sous forme de contribution financière ou recette du budget annuel.

Les locaux et matériels mis à disposition du groupement par un membre restent la propriété de celui-ci.

Les participations des membres définies lors de la constitution du groupement sont révisables, chaque année, dans le cadre de la préparation du projet de budget.

A ce titre, lorsque le groupement assure des prestations au bénéfice de ses membres, les charges d'exploitation correspondantes sont réparties au prorata des services rendus.

Les membres sont tenus des dettes du groupement dans la proportion de leurs droits, conformément à l'article 8 des présentes.

Le budget approuvé chaque année par l'assemblée générale inclut l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice. Il fixe le montant des crédits nécessaires à la réalisation des objectifs du groupement en distinguant :

- les dépenses et les recettes de fonctionnement, isolant en particulier les dépenses de personnels ;
- les dépenses et les recettes d'investissement.

Le budget est voté en équilibre réel. Les résultats de l'exercice, s'ils existent, seront reportés sur l'exercice suivant, le groupement ne donnant pas lieu à la réalisation et au partage de bénéfices.

Les modalités de fixation et de paiement des participations annuelles sont déterminées par le règlement intérieur.

Article 18 : Tenue des comptes

La comptabilité du groupement est tenue et sa gestion assurée selon les dispositions du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962, portant règlement général sur la comptabilité publique.

Article 19 : Agent comptable

L'agent comptable est nommé par arrêté du ministre du budget. Si l'agent comptable du groupement se trouve également être agent comptable de l'un des établissements publics participant au groupement, il exerce ses fonctions de comptable du groupement spécifiquement et non en sa qualité d'agent comptable de l'établissement membre. Il ne peut être fait application d'unité de caisse.

Il assiste, avec voix consultative, aux réunions de l'assemblée générale du groupement.

Article 20 : Contrôle de la Cour des comptes

Le groupement est soumis au contrôle de la Chambre régionale des comptes en vertu de l'article L 211-9 du Code des juridictions financières.

TITRE VI – CONCILIATION – DISSOLUTION LIQUIDATION – PERSONNALITE MORALE

Article 21 : Conciliation - contentieux

En cas de litige ou de différend survenant entre les membres du groupement ou encore entre le groupement lui-même et l'un de ses membres à raison de la présente convention ou de ses suites, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à deux conciliateurs qu'elles auront respectivement désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de trois mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'assemblée générale.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

Article 22 : Dissolution

Le groupement est dissous de plein droit dans les conditions suivantes :

- si par le retrait d'un ou plusieurs de ses membres, il n'en compte plus qu'un seul ;
- à l'échéance de sa durée conventionnelle ;

Le groupement peut également être dissous par décision de l'assemblée générale, notamment du fait de la réalisation ou de l'extinction de son objet.

La dissolution du Groupement est notifiée au Préfet du département du Val de Marne dans un délai de 15 jours. Ce dernier en assure la publicité dans les formes prévues à l'article R 312-194-18 du code de l'action sociale et des familles.

Article 23 : Liquidation

Le groupement est en liquidation dès l'instant de sa dissolution pour quelque cause que ce soit. La personnalité morale du groupement subsiste pour les besoins de sa liquidation et jusqu'à la clôture de celle-ci.

L'assemblée générale fixe les modalités de la liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs.

Les règles relatives à la dévolution des biens du groupement ainsi qu'à leur liquidation sont arrêtées par l'assemblée générale. Ces règles seront établies avec le souci de privilégier la continuité des activités médico-sociales et le maintien d'une offre conforme aux besoins de la population.

Les fonctions de l'administrateur cessent avec la nomination des liquidateurs.

Après extinction du passif, le produit net de la liquidation est utilisé pour le remboursement du capital social.

TITRE VII – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 24 : Règlement intérieur

Il sera établi un règlement intérieur pour régir les modalités pratiques de fonctionnement interne du groupement et pour régler les rapports des membres entre eux. Il est opposable à chacun des membres.

Article 25 : Engagements antérieurs

Les actes accomplis et justifiés par les fondateurs du groupement pendant la période de formation de celui-ci et antérieurement à la naissance juridique de sa personnalité morale seront considérés comme engagés dans l'intérêt du groupement.

Article 26 : Modifications de la convention constitutive

La présente convention constitutive pourra être modifiée par l'assemblée générale des membres statuant dans les conditions visées à l'article 13 des présentes.

Ces modifications devront faire l'objet d'une approbation des autorités compétentes et d'une publicité telle que prévue par les textes en vigueur.

Article 27 : Disposition finale

Les soussignés donnent mandat au directeur des établissements à l'effet de conclure pour le compte du groupement les formalités nécessaires à sa publication.

Fait à

En quatre exemplaires originaux,

Le

**GROUPEMENT DE COOPERATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE
DES EHPAD du VAL DE MARNE**

Siège social : Pôle administratif et technique
73, rue d'Estiennes d'Orves
94125 FONTENAY SOUS BOIS

*Groupement de coopération sociale et médico-sociale tel que prévu à l'article
L.312-7
du code de l'action sociale et des familles*

REGLEMENT INTERIEUR

Préambule

Les soussignés, agissant comme seuls membres du groupement de coopération sociale et médico-sociale « GCSMS des EHPAD du Val de Marne », adoptent le présent règlement intérieur.

Ce règlement intérieur est établi en application de l'article R. 321-194-21 du code de l'action sociale et des familles et de l'article 25 de la convention constitutive du groupement dont il est indissociable. Chaque membre a pu en prendre connaissance et s'oblige à en respecter toutes les dispositions.

Les membres du groupement s'engagent à mettre en œuvre, chacun pour ce qui le concerne et dans leurs organisations respectives, les décisions prises en commun dans le cadre du groupement.

Les membres s'engagent à participer activement à la réalisation des objectifs du groupement et à assurer les obligations qui leur sont confiées dans ce cadre.

Ils mettent en œuvre, pour ce faire, les moyens institutionnels, humains et matériels, définis par les instances du groupement.

La représentation de chaque adhérent est fixée en fonction du nombre de lits en fonctionnement et ce par tranche de 50 lits :

- de 1 à 49 lits : 1 représentant ;
- de 50 à 99 lits : 2 représentants ;
- de 100 à 149 lits : 3 représentants ;
- de 150 à 199 lits : 4 représentants ;
- de 200 à 249 lits : 5 représentants ;
- de 250 à 299 lits : 6 représentants.

Les établissements sont représentés par :

- les administrateurs représentant les collectivités territoriales ayant créé l'établissement public,
- les administrateurs représentant les collectivités locales qui supportent en tout ou partie les frais de prise en charge des personnes accueillies,
- Les administrateurs représentant les communes d'implantation, s'ils n'y sont pas dans les cas ci-dessus.

Dès lors que la délégation d'un établissement comprend au moins 5 représentants, un des membres doit être issu d'un corps de direction de la fonction publique hospitalière.

TITRE I Fonctionnement Administratif

Assemblée générale

L'assemblée se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins deux fois par an et notamment :

- avant le 1^{er} mai pour arrêter les comptes de l'exercice précédent ;
- avant le 1^{er} novembre pour arrêter le projet de budget de l'exercice suivant.

Elle se réunit de droit à la demande d'au moins un tiers de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

La convocation établie par le Président du groupement indique l'ordre du jour dans lequel doit figurer une **rubrique « questions diverses »** et le lieu de réunion. Elle est adressée à chaque membre au moins quinze jours avant la date prévue pour l'assemblée.

Lorsque l'assemblée générale est convoquée en urgence, la convocation comportant l'ordre du jour est adressée à chaque membre 48 heures au moins à l'avance.

Les documents et pièces diverses nécessaires aux délibérations et notamment celles visées à l'article 13 de la convention constitutive sont joints à la convocation ou, à défaut, remis au début de la séance.

Les demandes d'inscription de questions diverses à l'ordre du jour sont formulées par écrit auprès de l'administrateur au moins huit jours ouvrables avant la réunion de l'assemblée générale.

L'assemblée générale est présidée par le président du groupement, président de la séance. En cas d'absence, du président, elle est présidée par le vice-président du groupement.

Au début de chaque séance, une appréciation du quorum est effectuée et une feuille de présence est signée par chacun des représentants présents.

L'assemblée générale délibère à l'unanimité de ses membres sur les points relevant de l'article 13 8^{ème} et 9^{ème} alinéas de la convention constitutive et à la majorité simple de ses membres pour toutes les autres décisions.

Des personnes qui ne sont pas membres du groupement peuvent être conviées par l'administrateur du groupement à la réunion. Celles-ci ne prennent pas part aux votes.

Tous les représentants des membres, régulièrement désignés, participent aux débats. Toutefois, seul un représentant désigné participe aux votes, à proportion des droits sociaux que les établissements détiennent conformément à l'article 8 de la convention constitutive.

A l'exception des votes portant sur les personnes, qui ont lieu à bulletins secrets, les votes ont lieu à main levée sauf demande expresse du président de séance ou de deux des membres présents ayant voix délibérative.

Le procès verbal contient obligatoirement les éléments suivants :

- la date et l'heure d'ouverture et de clôture de la réunion ;
- le rappel de l'ordre du jour figurant sur la convocation ;
- l'indication des membres présents et représentés ;
- la mention des documents et rapports éventuellement soumis à discussion ;
- un résumé des débats ;
- les décisions.

Les procès verbaux de réunion sont signés par le Président et l'administrateur.

Un exemplaire est envoyé aux membres de l'assemblée générale du groupement et l'original est classé au siège du groupement.

Les délibérations de l'assemblée générale sont immédiatement adressées à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Val de Marne ainsi qu'à l'agent-comptable.

Présidence

Conformément à l'article 14 de la convention constitutive, le groupement dispose d'un Président et d'un Vice-Président qui sont élus par les présidents des conseils d'administration des établissements membres au sein de leur collège, pour une durée de trois ans.

L'élection a lieu préalablement à celle du poste d'administrateur.

L'administrateur

Choisi parmi les membres du corps de direction délégués par les établissements adhérents, l'administrateur est chargé de l'administration du groupement. A cet effet, il prépare et exécute les décisions de l'assemblée générale, prépare le budget annuel.

Il a qualité d'ordonnateur des dépenses et des recettes. Il engage, liquide et mandate les dépenses dans le cadre du budget adopté, et constate, liquide et émet les titres de recettes.

Il présente les comptes annuels en assemblée générale ainsi que le budget prévisionnel de l'année civile suivante. Il analyse l'activité du groupement et présente un rapport à chaque réunion de l'assemblée générale.

Plus généralement, il assure la gestion du groupement et le représente auprès des tiers.

Il représente le groupement en justice. A cet effet, il doit disposer d'une autorisation préalable de l'assemblée générale pour toute demande d'ester devant une juridiction sauf urgence (action en référé, action à jour fixe, dépôt de plainte avec ou sans constitution de partie civile). Dans ce cas, il en informe par tout moyen les membres du groupement et en rend compte à la prochaine séance de l'assemblée générale. Il en est de même en cas d'action diligentée à l'encontre du groupement, il représente le groupement, désigne tel avocat de son choix si nécessaire et en informe aussitôt chacun des membres. Il rend compte devant l'assemblée générale des suites du dossier.

Il détermine par note de service les modalités du fonctionnement du groupement pendant ses absences (délégation et champ de délégation). Il a autorité sur le personnel mis à la disposition du groupement ou employé par le groupement.

Il assure la communication du groupement en accord avec l'assemblée générale.

Comité technique du groupement (CTG)

L'administrateur du groupement élabore un règlement intérieur organisant le fonctionnement du comité. Il est adopté par les membres titulaires du comité technique du groupement.

4 Le règlement intérieur adopté est annexé au règlement intérieur du groupement.

TITRE II Fonctionnement Financier

Budget du Groupement

L'administrateur est garant du respect des équilibres financiers et du respect du budget défini par l'assemblée générale.

Le budget du groupement est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les dépenses et les recettes du groupement. Il est préparé par l'administrateur.

Il est régi par les principes généraux de l'annualité, de l'unité, de la spécialité des crédits et de l'universalité, et par les dispositions du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié.

La nomenclature budgétaire du groupement correspond à la nature des recettes et des dépenses ; elle est adossée à la nomenclature comptable M 22 relative aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux.

Le rapport préliminaire des recettes et des dépenses du groupement doit être présenté à l'assemblée générale avant le 31 octobre de l'exercice précédent.

Les règles applicables en matière d'exécution du budget, et notamment celles régissant les modifications budgétaires en cours d'exercice, sont celles prévues au chapitre V du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 modifié.

Le compte administratif des recettes et des dépenses du groupement doit être présenté à l'assemblée générale avant le 1^{er} mai de l'exercice suivant celui de la réalisation.

Après le vote, il est transmis à l'agent comptable.

Dépenses du Groupement

Le groupement supporte l'ensemble des dépenses liées à l'exercice de ses missions.

Couverture des charges

Les recettes du groupement sont notamment constituées des remboursements ou des contributions effectués par chacun des membres.

Les contributions prévisionnelles des membres au groupement sont définies, chaque année, dans le cadre de la préparation du projet de budget par l'assemblée générale, sous réserve de conventions particulières.

L'année de référence commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de l'année civile, à l'exception du premier exercice.

Pour la section de fonctionnement, les appels aux contributions financières de ses membres sont établis sur la base des charges prévisionnelles.

Chaque membre du groupement devra, dès la signature de la convention constitutive, verser dans les caisses du groupement une somme proportionnelle à sa part dans les charges du groupement, destinée à couvrir les premiers frais et charges du groupement. La première année, l'appel à contribution sera établi sur la base d'une estimation. Les évaluations suivantes le seront sur la base de leur coût réel.

Suivi comptable et contrôle des comptes

Les comptes sont présentés annuellement au juge des comptes par l'agent comptable nommé conformément à l'article 21 de la convention constitutive.

Il est responsable du maniement des fonds du groupement. Il contrôle la comptabilité – matière.

Il effectue les opérations de dépenses, de recettes et de trésorerie et tient la comptabilité du groupement.

Il peut conseiller le groupement dans l'élaboration de son budget.

Compte de gestion

Le compte de gestion est établi annuellement par l'agent comptable et présenté à l'assemblée générale.

Pièces justificatives

Les créanciers sont réglés au vu des pièces justificatives prévues dans le cadre de l'instruction M 22.

Contrats et conventions

Le groupement est soumis au code des marchés publics.

L'administrateur est chargé de définir l'organisation technique et administrative de la procédure de consultation.

Commission d'appel d'offres

Il est constitué une commission d'appel d'offres composée conformément aux règles fixées par l'article 22 du code des marchés publics.

Cette commission est présidée par l'administrateur ou son représentant.

La commission d'appel d'offres peut faire appel au concours d'agents de l'une ou l'autre des personnes publiques membres du groupement compétents en matière de droit des marchés publics.

Peuvent participer, avec voix consultative, aux réunions de la commission d'appel d'offres des personnalités désignées par le président de la commission en raison de leur compétence dans la matière qui fait l'objet de l'appel d'offres.

Les convocations aux réunions de la commission sont adressées à ses membres au moins cinq jours francs avant la date prévue pour la réunion.

Le quorum est atteint lorsque plus de la moitié des membres ayant voix délibérative est présente.

Si, après une première convocation, ce quorum n'est pas atteint, la commission d'appel d'offres est à nouveau convoquée. Elle se réunit alors valablement sans condition de quorum.

Ont voix délibérative les membres titulaires de la commission d'appel d'offres. En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

La commission d'appel d'offres dresse procès-verbal de ses réunions. Tous les membres de la commission peuvent demander que leurs observations soient portées au procès-verbal.

Les débats et l'ensemble des rapports, documentation référencée non publique sont confidentiels et ne peuvent faire l'objet d'aucune diffusion directe ou indirecte à toute personne non membre de la commission d'appel d'offres. Cette confidentialité oblige tous les membres aussi bien au cours de leur mandat que pendant une durée de trois ans à la fin de celui-ci.

Le non respect de cette règle peut conduire à une demande d'exclusion de la commission d'appel d'offres.

TITRE III Personnel

Dispositions générales

La gestion au sein du groupement des personnels est assurée par l'administrateur du groupement.

Les personnels mis à la disposition du groupement par un des membres font l'objet d'une convention signée avec l'employeur d'origine, dans le cadre de la position statutaire prévue par les textes en vigueur.

L'ensemble des personnels dépend directement de l'autorité de l'administrateur du groupement quant à l'organisation des tâches au sein du groupement.

Le pouvoir disciplinaire est exercé par le responsable hiérarchique détenteur du pouvoir de nomination de l'agent, après concertation avec l'administrateur du groupement, et selon les règles propres applicables dans la structure juridique dont l'agent relève.

En application du décret n° 2006-413 du 6 avril 2006, relatif aux groupements de coopération sanitaire, l'article R 312-194-15 s'applique en cas de recrutement de personnel par le GCS.

TITRE IV Dispositions Diverses

Evaluation

Le groupement est soumis à la procédure d'évaluation de la qualité. Dans cette optique, une évaluation du fonctionnement du groupement sera réalisée annuellement et présentée à l'assemblée générale.

Modification du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur pourra faire l'objet d'une révision annuelle, afin de répondre à l'évolution du groupement.

Toute modification du présent règlement intérieur doit être adoptée par l'assemblée générale du groupement.

Clause

Le non-respect par l'un des membres de l'une des obligations résultant de la convention constitutive, du présent règlement intérieur ou des décisions de l'assemblée est susceptible de mettre en jeu sa responsabilité et de déclencher une procédure d'exclusion.

* * *

Le présent règlement intérieur a été adopté par l'assemblée générale du groupement.

Fait à Fontenay sous Bois,

Le

2007

GROUPEMENT DE COOPERATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

« EHPAD publics du Val de Marne »

* * *

<h3>PROJET DE REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE TECHNIQUE DU GROUPEMENT</h3>

I -COMPOSITION

Le Comité Technique du Groupement (C.T.G.) est composée de 10 représentants des personnels, en application de l'article R 315-27 du code de l'action sociale et des familles. La proratisation des collèges correspond aux emplois mis à disposition du GCSMS.

Les représentants sont désignés par les organisations syndicales représentatives au sein du groupement, au prorata des résultats obtenus par chaque organisation syndicale dans les collèges concernés des CTE des établissements adhérents.

La durée de leur mandat est alignée sur celui du CTE.

Les membres du CTG élisent en son sein un bureau de 3 membres représentant chaque établissement.

Un suppléant est désigné par organisation syndicale dans les mêmes conditions que les titulaires. Il peut participer aux séances sans prendre part ni aux débats, ni aux votes sauf lorsqu'il remplace un titulaire.

L'administrateur participe aux réunions et peut être assisté de membres de l'équipe de direction. Il est accompagné d'une secrétaire administrative chargée de prendre les notes de la réunion.

II – Missions

Sont soumis à l'avis du comité technique du groupement :

- Les conventions passées par le groupement ;
- Les organisations et modifications d'organisations du travail au sein du groupement ;
- De manière générale, tous les points qui concernent les conditions de travail des personnels non médicaux ;
- Les comptes, le budget et les décisions modificatives.

III – Fonctionnement

La date de la réunion est fixée par l'administrateur après avoir pris l'avis du bureau.

A – Convocation

Elle est envoyée par l'administrateur 15 jours avant la réunion aux membres titulaires de manière nominative à l'adresse syndicale.

B – Ordre du jour

Il comporte obligatoirement l'adoption du compte rendu de la séance précédente. Il comprend des questions et des informations. Les questions portent sur les points liés aux missions du CTG.

Des points peuvent être mis à l'ordre du jour par les représentants titulaires du CTG. Ils doivent être envoyés à l'administrateur un mois avant la date de la réunion. L'ordre du jour définitif est arrêté par l'administrateur après avis du bureau du CTG. Il est adressé de la même manière que la convocation.

C – Déroulement de la séance

La séance est présidée par l'administrateur du groupement.

La commission siège valablement à condition que 6 membres au moins représentant les trois établissements soient présents. Les avis sont donnés à la majorité des membres présents. Le CTG se réunit au moins trois fois dans l'année. Il peut être convoqué sur demande d'un tiers de ses membres.

Les avis du CTG sont portés à la connaissance de l'assemblée générale.

Des experts peuvent être invités à la demande du bureau en concertation avec l'administrateur. Ils n'assistent qu'à la partie des débats qui les concerne.

Une suspension de séance peut être effectuée à la demande d'un quart de ses membres.

D – Compte rendu

Il est rédigé par la secrétaire administrative et soumis aux membres du bureau. Il est envoyé ensuite, dans un délai d'un mois, aux membres du CTG.

E – Moyens de fonctionnement

Des autorisations d'absences au titre de l'article 15 du décret du 19 mars 1986 sont accordées aux membres du comité. Les frais de déplacements des membres titulaires et du suppléant par établissement sont indemnisés dans les conditions réglementaires. Ces droits sont à la charge du groupement de coopération.

Les dispositions sont applicables aux réunions auxquelles sont appelés à participer les membres du bureau.

IV – Modification :

Ce règlement peut être modifié à tout moment à la majorité des membres titulaires du comité technique du groupement.

Guide d'entretien

Présentation de la personne, de sa profession

Présentation de son lien avec l'établissement

Présentation de l'évolution de l'établissement depuis son arrivée jusqu'à ce jour

Comment a évolué la coopération entre les établissements ?

Comment envisagez vous la coopération pour votre travail ?

Que représente le GCSMS pour vous ?

Comment la mise en place du GCSMS s'est t-elle déroulée ?

La mise en place du GCSMS a-t-elle entraîné des répercussions sur votre travail ? Si oui lesquelles ?

Quel intérêt y voyez vous pour les résidents, le personnel, l'établissement ?

Quels risques voyez vous, quelles craintes voyez vous, quels freins voyez-vous ?

Comment envisagez vous la coopération entre les établissements pour le futur ?