



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **mars 2009**

**Les groupements de coopération
sociale et médico-sociale comme outil
de référence pour une recomposition
de l'offre médico-sociale : un
démarrage difficile en Ile-de-France**

Benoît COSTA

Remerciements

Je souhaite remercier :

- Mme Marie-France Cadot, inspectrice principale, responsable du service *Handicap et dépendance* à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Seine-et-Marne et maître de stage, pour son appui, ses conseils, ses recommandations, son professionnalisme,
- Toutes les personnes rencontrées au cours de ces mois ainsi que celles qui m'ont accordé un entretien téléphonique, pour leur disponibilité et leur désir d'échanger, souvent sans langue de bois, sur les enjeux de la coopération,
- L'équipe du module *Mémoire* de l'Ecole des hautes études en santé publique et le binôme des lecteurs de mon projet de mémoire et de ma note d'étape pour l'aide, les avis et les suggestions qu'ils m'ont apportés,
- Ma femme et mes enfants que j'ai un peu négligés pendant ces dix-huit mois de formation, mais qui m'ont toutefois toujours soutenu et encouragé.

Sommaire

Introduction	1
1 La longue genèse de la création des groupements de coopération sociale et médico-sociale.....	7
1.1 Les enjeux de la coopération face à un secteur en pleine mutation	7
1.1.1 Un secteur dispersé et cloisonné où de nouveaux types de prise en charge se développent.....	7
1.1.2 Des données nouvelles rendent les partenariats de plus en plus indispensables.....	9
1.2 Les différents types de coopération et de groupement ont connu un échec relatif	10
1.2.1 Les conventions.....	10
1.2.2 Les groupements d'intérêt public.....	10
1.2.3 Les groupements d'intérêt économique.....	11
1.3 Les groupements de coopération sociale et médico-sociale : les textes fondateurs	12
1.3.1 La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.	12
1.3.2 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	12
1.3.3 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	13
1.3.4 La 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.....	13
1.3.5 L'instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale	14
1.3.6 L'influence des groupements de coopération sanitaire.....	14
1.4 Les missions spécifiquement dévolues aux groupements de coopération sociale et médico-sociale.....	15
1.4.1 Un groupement porteur d'autorisation	15
1.4.2 Un groupement qui permet des interventions communes de professionnels	16
1.4.3 Un groupement ouvert à un large éventail de membres possibles.....	16

1.4.4	Un groupement qui peut procéder à des fusions et à des regroupements.....	18
1.4.5	Un groupement qui dispose de personnels et qui peut recruter.....	18
2	L'analyse de la situation en Seine-et-Marne et en Ile-de-France : un dispositif qui tarde à se mettre en place	19
2.1	Un premier bilan de la mise en place des GCSMS	19
2.2	Des obstacles retardent la création des GCSMS	22
2.2.1	Un dispositif encore mal connu ou mal compris par un certain nombre d'associations, notamment les plus petites, confrontées par ailleurs à un problème de renouvellement de leurs membres.....	22
2.2.2	La coopération : un dispositif craint par bon nombre de petites associations	24
2.3	Une conscience naissante des opportunités offertes par les GCSMS	25
2.3.1	Des directeurs d'établissements et services de plus en plus convaincus	25
2.3.2	Les points forts reconnus aux GCSMS	27
2.3.3	Un dispositif cependant complexe et qui comporte des défauts, malgré la souplesse revendiquée	29
2.4	Le positionnement des DDASS : entre la réponse aux sollicitations des opérateurs et des prises d'initiative	30
2.4.1	Un appui technique, méthodologique et juridique	30
2.4.2	La connaissance du terrain, une vision globale et stratégique du secteur et une préoccupation : répondre à de vrais besoins dans un souci d'équité entre les opérateurs	32
2.4.3	Un certain scepticisme est pourtant affiché.....	34
2.4.4	Le souhait d'un meilleur portage au niveau national	35
2.4.5	Quelques initiatives	35
2.4.6	Un recentrage sur les missions d'animation.....	37
2.4.7	Mieux prendre en compte les besoins des usagers	38
3	Propositions pour améliorer ce nouveau cadre de coopération et le rendre plus attractif.....	39
3.1	Améliorer l'articulation entre l'administration centrale et les services déconcentrés	39
3.1.1	L'administration centrale doit renforcer son rôle de coordination dans la mise en place des GCSMS.....	39
3.1.2	Les IASS : force de proposition pour contribuer à faire évoluer les textes.....	40
3.2	Les DDASS au cœur du terrain pour promouvoir les GCSMS.....	46
3.2.1	Une mission de communication, de pédagogie et d'accompagnement.....	46
3.2.2	Promouvoir, pour commencer, des formes de coopération traditionnelles	48

3.2.3 Encourager l'intervention de conseils juridiques professionnels.....	49
3.2.4 Augmenter l'aide financière effective à la coopération.....	50
Conclusion.....	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADAPEI :	Association Des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
APAJH :	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
CAFDES :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CROSMS :	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DESSMS :	Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS :	Etablissement Social et Médico-Social
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS :	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIE :	Groupement d'Intérêt Economique
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
IASS :	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IME :	Institut Médico-Educatif
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPASS :	Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
PRIAC :	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PUI :	Pharmacie à Usage Interne
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SOLEN : SOLution ENquête
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
TVA : Taxe à la Valeur Ajoutée

Introduction

Le secteur social et médico-social, dont la législation n'avait guère évolué depuis 1975, est depuis quelques années en complète refondation. Son existence avait été pour la première fois confirmée par les deux lois du 30 juin 1975, la loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Cependant, depuis lors, le public considéré comme "fragile" s'est étendu, les types de structures et de prises en charge se sont élargis et professionnalisés, de nouveaux besoins (individuels ou collectifs) ont émergé. Il est apparu opportun et nécessaire de moderniser la législation de 1975 et de rénover l'action sociale et médico-sociale afin de la soumettre à des règles communes dans un souci d'unification. Il s'agissait de réguler ce secteur, notamment par un régime d'autorisation commun plus contraignant, de mieux affirmer les droits des personnes bénéficiaires, de proposer des solutions alternatives à l'institutionnalisation à temps complet, de réduire les disparités territoriales et d'adapter l'offre aux besoins. Par ailleurs, les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) sont nombreux (entre 32 000 et 33 000), dispersés, de taille souvent réduite et apportent encore des réponses trop cloisonnées aux besoins des usagers. Aussi, depuis quelques années, les pouvoirs publics les encouragent à travailler ensemble, à se coordonner, à coopérer, afin de mieux garantir la continuité de la prise en charge des usagers.

Les usagers, les opérateurs et les pouvoirs publics doivent y trouver leur compte :

1) Du point de vue de l'usager, les législations récentes mettent en avant la notion de proximité et de libre choix, en prônant une meilleure organisation et une individualisation de l'accompagnement, ainsi qu'une diversification des réponses apportées.

A cet égard, il convient de mieux associer :

- le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le secteur social,
- l'institutionnalisation et le maintien à domicile, en combinant plusieurs types d'accompagnement : à domicile, en établissement (accueil à temps plein, de jour, temporaire, séquentiel),

avec deux maîtres mots : continuité et pluralité des réponses proposées.

2) Du point de vue des ESMS, les opérateurs sont très hétérogènes : publics, privés, à but lucratif ou non (gérés alors par le secteur associatif). Dans le champ du handicap notamment, on compte de nombreuses associations dont beaucoup sont de petite taille voire mono-établissement.

Les textes législatifs et réglementaires récents leur imposent de nouvelles exigences en terme de qualité et d'efficience : construction de nouveaux outils¹, évaluations obligatoires (internes, externes), professionnalisation des prises en charge et donc nécessité d'embauche de personnels qualifiés et mieux rémunérés, maîtrise et rationalisation des dépenses. Il leur est demandé d'acquérir toujours plus de nouvelles compétences à moyens constants. Les petites associations sont celles qui pour des raisons de taille et d'isolement, mais aussi pour des raisons historiques et culturelles, ont de plus en plus de mal à satisfaire ces nouvelles exigences.

3) Du point de vue des pouvoirs publics, les dispositifs institutionnels et juridico-financiers sont de plus en plus complexes, les interlocuteurs multiples et, dans un contexte financier tendu, la tendance est à la gestion parcimonieuse des crédits distribués et à la compression du nombre d'agents. En charge par ailleurs de la planification et garants de l'amélioration de la qualité du service rendu, ils ont tout intérêt à voir leur nombre d'interlocuteurs diminuer grâce à des fusions ou des regroupements dont la coopération peut représenter un premier pas.

Des premières formes de coopération aux groupements de coopération sociale et médico-sociale

Pour autant, le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) n'est pas la première formule de coopération créée par les pouvoirs publics. Bien avant la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la coopération a été promue par l'Etat, notamment sous la forme de conventions, formule souple mais pas véritablement définie par des textes législatifs. Aussi, même si la coopération semble être une pratique limitée, le souhait officiel qu'elle se développe est déjà ancien.

La loi de 2002, souhaitant répondre à toutes les mutations constatées et à la nécessité de les réguler, a pointé de nouvelles priorités : la proximité à l'utilisateur, le "panier" de services, la prise en charge et l'accompagnement individualisés, la continuité et la diversification des réponses sociales ou médico-sociales, le maintien en milieu de vie ordinaire. Concernant la volonté que s'organisent des partenariats entre acteurs, la loi a précisé les différentes formules possibles de coordination d'interventions sociales et médico-sociales, codifiées dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) à l'article L.312-7. Ce peut être des conventions, des groupements d'intérêt public (GIP), des groupements d'intérêt économique (GIE) ou des GCSMS.

Si les trois premières formules existaient au préalable et ont été pour certaines d'entre elles, et par cette loi, étendues au secteur social et médico-social, un nouvel outil a été

¹ livret d'accueil, contrat de séjour, projet personnalisé, règlement de fonctionnement

créé : le GCSMS, dont le nom même indique qu'il a été conçu exclusivement pour ce secteur, laissant penser qu'il est destiné à ouvrir des perspectives intéressantes (optimisation des ressources de ses membres par la mise en commun de moyens nécessaires pour assurer leurs missions respectives) et à devenir l'outil de référence en matière de coopération. Pourtant, force est de constater que ce nouveau type de groupement tarde à se mettre en place. A la fin de l'année 2008, on dénombrait 32 GCSMS en France, 4 en Ile-de-France et 0 en Seine-et-Marne.

Questionnement et démarche

J'ai tout d'abord étudié ce dispositif afin d'analyser ce qu'il apporte de plus ou de mieux par rapport aux autres formes de coopération et de tenter de répondre à cette interrogation : le GCSMS est-il la panacée, une (nouvelle) "usine à gaz", ou quelque chose d'intermédiaire ?

J'ai concentré par la suite mes méthodes d'investigation sur le seul secteur médico-social, plus particulièrement sur celui du handicap, car tel était le domaine d'attribution de mon maître de stage. Aucun GCSMS n'ayant été encore créé dans mon département de stage, la Seine-et-Marne, j'ai élargi, avec l'accord de mon maître de stage, ma démarche de travail dans deux départements franciliens limitrophes : l'Essonne et le Val-de-Marne, un groupement venant d'être créé dans ce département.

J'ai émis les hypothèses suivantes :

1) Le GCSMS est peut-être un dispositif qui n'est pas connu, ni par les opérateurs, ni vraiment par les autorités de tutelle, d'autant plus qu'il n'est pas obligatoire.

2) Le dispositif, même s'il est connu, n'est peut-être pas très bien compris. Pourquoi un dispositif de plus ? Qu'amène-t-il de plus par rapport aux autres formules proposées ? Il est présenté comme souple et pragmatique mais cela nécessite peut-être d'être d'autant plus vigilant dans sa construction.

3) Les intérêts et avantages de ce dispositif ne sont pas les mêmes pour tous les acteurs, notamment les pouvoirs publics et les opérateurs. Les opérateurs peuvent se demander quelles sont les arrière-pensées de l'Etat et tenter de "lire entre les lignes" du discours officiel ? Peut-être ont-ils peur d'être "instrumentalisés". L'Etat ne souhaite-t-il pas prioritairement mettre fin à la dispersion du secteur médico-social, caractérisé par un grand nombre d'associations et donc d'interlocuteurs, avec la charge de travail que cela occasionne durant les campagnes budgétaires notamment ? La coopération est-elle une première étape vers des regroupements associatifs ? Le GCSMS pourra-t-il un jour être imposé ? Ne vaut-il pas mieux pour l'instant "attendre et voir" ?

4) Dans le domaine médico-social notamment, les associations sont souvent en situation de concurrence, pour des raisons historiques, culturelles, philosophiques. Souscrire à un GCSMS peut signifier pour certaines "perdre leur âme".

Méthodes mises en oeuvre

J'ai commencé par une lecture des textes législatifs et réglementaires (lois, décrets, circulaires et instructions ministérielles) afin d'avoir une vision objective du dispositif mais aussi pour évaluer la chronologie de ces textes, les précisions, commentaires ou surplus d'informations qu'ils apportent et les délais qui séparent leurs dates de parution. J'ai aussi effectué des recherches sur Internet et auprès de la presse spécialisée afin de recenser tout ce qui avait pu être écrit en ce domaine, notamment par des spécialistes du secteur médico-social et des associations, car il me paraissait important d'analyser comment ce dispositif est perçu entre autres par les opérateurs pour lesquels il a été conçu.

J'ai par ailleurs mené des entretiens semi-directifs avec les différents acteurs concernés par ce nouveau dispositif : la gestionnaire GCSMS à la direction générale de l'action sociale (DGAS), des inspecteurs principaux de l'action sanitaire et sociale (IPASS), des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS), un administrateur de GCSMS, des directeurs associatifs, des directeurs d'établissement, un chargé de mission à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)².

De même, je me suis posé la question du rôle que doit avoir l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Chargé d'animer en service déconcentré les dispositifs impulsés au niveau national et de les mettre en œuvre avec les divers acteurs du secteur médico-social (collectivités territoriales, assurance maladie, associations et établissements), il doit œuvrer sur le terrain pour améliorer toujours plus l'offre, la recomposer en suscitant les complémentarités nécessaires et inciter les opérateurs à coopérer entre eux.

² cf. liste des personnes rencontrées et grilles d'entretien en annexes 1 et 2

Plan du mémoire

La première partie du mémoire sera consacrée au long processus ayant conduit à la création des GCSMS, outil qui a l'ambition de corriger les défauts et les insuffisances des dispositifs préexistants et d'être particulièrement adapté au secteur médico-social (1).

Je viserai ensuite, à la suite de l'analyse de terrain que j'ai menée en Seine-et-Marne et en Ile-de-France, à expliquer les raisons du retard de la mise en œuvre de ces groupements (2).

Dans une troisième partie, je ferai des propositions pour améliorer ce nouveau cadre de coopération afin de le rendre plus attractif (3).

1 La longue genèse de la création des groupements de coopération sociale et médico-sociale

Pour répondre aux profondes mutations du secteur médico-social (1.1), différentes formules de coopération et de groupement avaient déjà été proposées mais elles ont connu un échec relatif (1.2). Un nouvel outil de coopération, le GCSMS a été élaboré (1.3), qui peut mener des missions qui lui sont spécifiquement dévolues (1.4).

1.1 Les enjeux de la coopération face à un secteur en pleine mutation

Dans un secteur dispersé et cloisonné dans lequel de nouveaux types de prise en charge se développent (1.1.1), des données nouvelles rendent les partenariats de plus en plus indispensables (1.1.2).

1.1.1 Un secteur dispersé et cloisonné où de nouveaux types de prise en charge se développent

Le secteur médico-social est marqué par une forte dispersion de ses établissements et services³, et est très disparate, que ce soit au niveau du type de public bénéficiaire, mais aussi de la taille des établissements, de leur mode de financement et de l'éventail des réponses proposées⁴.

► Le public accueilli est très divers : personnes handicapées (enfants, adultes)⁵, personnes âgées.

► Au niveau du type de prise en charge, dans le segment des personnes handicapées, géré encore à 90% par le secteur associatif, une enquête quadriennale, conduite par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès

³ 9 612 établissements et services dans le champ du handicap, 16 869 dans le champ de la gérontologie (hors unités de soins de longue durée), d'après extrait "financement et tarification des ESMS", JP Hardy, Dunod 2006, source Drees Finess 2004

⁴ cf. nombre d'établissements et de places en annexes 3 et 4

⁵ Les établissements pour enfants handicapés sont plutôt spécialisés par type de handicap (intellectuel, moteur, ...), ceux pour adultes handicapés par la lourdeur de ce handicap (foyers d'hébergement, occupationnels, foyers d'accueil médicalisé, maisons d'accueil spécialisées).

des établissements et services pour personnes handicapées (enfants d'une part, adultes de l'autre) et dénommée "ES 2006⁶", constate une certaine évolution tant du côté de l'offre que de celui de la demande. Ainsi, en cinq ans, entre 2001 et 2006, le nombre de structures (établissements et services) pour adultes a augmenté de 20%, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM), pour faire face, notamment, aux besoins des personnes handicapées vieillissantes, dont le nombre et l'espérance de vie ne cessent d'augmenter. Côté enfants et adolescents, le nombre d'établissements a augmenté entre 2001 et 2006 (+ 100), mais celui des places a diminué (- 1 600), malgré une capacité d'accueil accrue dans les établissements pour enfants polyhandicapés (+ 650 places).

Pour autant, des solutions alternatives se développent de manière encore plus rapide, comme l'accueil de jour et l'accueil temporaire, afin de répondre aux nouveaux besoins alternatifs des usagers. Ainsi, dans tout nouveau projet de construction d'établissement médico-social, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Seine-et-Marne exige un quota d'accueil de jour et d'accueil temporaire. Par ailleurs, se développent les services d'accompagnement à domicile : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), afin de permettre aux personnes adultes handicapées de continuer à vivre à leur domicile. Concernant le secteur des enfants handicapés, le recours à l'institutionnalisation a diminué au bénéfice du développement de services d'accompagnement en milieu ordinaire, notamment les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) (+ 11 000 places en cinq ans).

D'importantes disparités géographiques perdurent, notamment en Ile-de-France où les taux d'équipement sont inférieurs à la moyenne nationale, ce qui entraîne par ailleurs des "mouvements" notamment d'adultes handicapés entre départements.

► Ce secteur est par ailleurs très hétérogène et cloisonné : il compte des établissements et des services, est géré par des opérateurs de natures juridiques différentes : établissements publics autonomes, établissements publics départementaux, établissements associatifs non lucratifs (notamment dans le secteur du handicap), établissements lucratifs.

Les législations récentes marquent la nécessité de répondre aux aspirations des usagers par des projets individualisés, dans et hors-institution. Or, des données nouvelles impactent l'offre et la demande médico-sociales, rendant les partenariats de plus en plus nécessaires.

⁶ MAINGUENE A., *Résultats de l'enquête ES 2006*, Etudes et résultats n° 641 et 669

1.1.2 Des données nouvelles rendent les partenariats de plus en plus indispensables

► Du côté de la demande, les problèmes rencontrés par les populations fragiles tendent à se juxtaposer : la population française vieillit,⁷ y compris les personnes handicapées, aussi il y a de plus en plus de personnes âgées dépendantes et de personnes handicapées vieillissantes. Les fins de vie s'allongent, se médicalisent et deviennent plus coûteuses. Il est déjà constaté que l'âge moyen des personnes accueillies en établissements pour adultes handicapés augmente ainsi que leur durée d'institutionnalisation ; par ailleurs, avec un contexte économique peu favorable et l'évolution de la société vers plus d'individualisme, l'exclusion sociale augmente. Aussi, les besoins traditionnels d'hospitalisation ou d'institutionnalisation s'accroissent parallèlement à l'apparition de nouveaux besoins alternatifs : hospitalisation à domicile, accueil temporaire...

On constate donc bien que l'éventail de l'offre doit s'élargir et se diversifier, ce qui rend indispensable la recherche de solutions transversales (passant également par le décroisement du sanitaire et du social) pour tenir compte de la globalité des besoins des usagers.

► Du côté des établissements, un départ massif à la retraite de professionnels qualifiés (notamment médicaux) est attendu dans les années à venir, et les remplacer ne sera pas toujours facile. Ne sera-t-il pas alors nécessaire pour les structures de se partager les interventions de ces spécialistes ? Par ailleurs, il est demandé aux établissements d'être de plus en plus professionnels, compétents, sûrs. Pour cela, ils doivent embaucher du personnel toujours plus qualifié, voire créer de nouveaux postes. Cela coûte cher et peut nécessiter des embauches mutualisées.

► D'autres enjeux rendent nécessaire la mutualisation : la succession de textes législatifs et réglementaires de plus en plus contraignants, la judiciarisation croissante de notre société.

► Par ailleurs, dans les projets en cours de modernisation du système de santé, il est question de recentrer l'organisation de la chaîne des soins autour du parcours du malade et de redéployer l'offre notamment vers le médico-social.

⁷ 16 % de la population a plus de 65 ans, l'espérance de vie s'allonge : 84 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes. Le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler d'ici à 2050.

Face à ces problématiques diverses et, sans remettre en question la liberté associative et la reconnaissance du fait qu'il est naturel qu'une certaine concurrence oppose les établissements et structures puisqu'ils exercent des missions communes fixées par les pouvoirs publics, la nécessité d'une coopération est apparue indispensable pour relever ces nouveaux défis. Pour autant, les outils proposés n'ont pas connu le succès escompté.

1.2 Les différents types de coopération et de groupement ont connu un échec relatif

Toute une palette de types de coopération a été proposée, recensée à l'article L.312-7 du CASF : les conventions (1.2.1), les GIP (1.2.2) et les GIE (1.2.3).

1.2.1 Les conventions

Les conventions⁸, qui n'ont jamais été clairement définies par des textes législatifs, présentent beaucoup d'intérêt car elles sont simples à créer et relativement souples. Elles se sont de fait multipliées notamment en matière de mise en commun de personnel, d'achats, de formations. Elles ont pu favoriser un certain nombre de partenariats. Cependant, elles sont mal cadrées juridiquement et non constitutives d'une personne morale. Elles ne permettent pas d'obtenir des financements propres, de détenir en commun une autorisation, de recruter du personnel ou d'acquérir des biens. Elles sont fragiles fiscalement, sont ponctuelles (non pérennes) et peuvent induire des risques de contentieux.

1.2.2 Les groupements d'intérêt public

Les GIP⁹, personnes morales de droit public, peuvent regrouper des établissements sociaux et médico-sociaux dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, des personnes morales gestionnaires de droit public ou privé, mais doivent comporter au moins une personne morale de droit public. Ils comportent cependant un gros inconvénient : ni les personnes physiques, ni les établissements non dotés de la personne

⁸ dont la définition juridique est : accord de volonté destiné à produire un effet de droit quelconque

⁹ dont les missions ont été définies par le décret n° 88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux GIP constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale

morale ne peuvent en être membres. La coopération est limitée dans le temps et doit avoir un objet (actions de formation, gestion d'équipements ou de services d'intérêt commun nécessaires à l'activité des membres). Par ailleurs, s'agissant de personnes morales de droit public, ils en subissent les contraintes, notamment le fait d'être soumis, pour leurs achats, aux procédures de publicité et de mise en concurrence. Les personnes morales privées peuvent hésiter à y adhérer du fait d'une trop grande prépondérance administrative et publique.

1.2.3 Les groupements d'intérêt économique

Les GIE, personnes morales de droit privé relevant du code du commerce, peuvent regrouper des ESMS dotés de la personnalité morale, des personnes physiques ou morales gestionnaires de droit public ou de droit privé, et des professions libérales. Leur objet est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité, sans pour autant réaliser des profits ou bénéfices pour eux-mêmes¹⁰. Si la mutualisation de moyens et d'équipements est autorisée, les GIE ne peuvent ni se substituer à leurs membres ni assurer leurs missions principales. Ils ne peuvent détenir d'autorisation propre. Leur activité est cantonnée à des prestations accessoires au principal objet de leurs membres et, en fait, ne permet pas d'assurer en commun une mission principale (il s'agit donc plutôt de groupements de moyens, permettant par exemple d'acquérir et de gérer de gros équipements, aussi, leur durée doit être au moins égale à celle de l'amortissement des biens acquis). Par ailleurs, ils comportent un gros inconvénient : leurs membres sont indéfiniment et solidairement responsables des dettes éventuelles sur leur patrimoine propre.

Ces instruments de coopération, qui ne sont pas propres au secteur social et médico-social, n'offrent en réalité que des possibilités de partenariat limitées. Par ailleurs, du fait de leurs contraintes, ils n'ont pas connu le succès escompté par leurs promoteurs. Les GCSMS, nouvel outil véritablement dédié à ce secteur, auront l'ambition de dépasser et surpasser les autres types de groupement, en s'inspirant de l'exemple des groupements de coopération sanitaire (GCS) dont ils sont issus et auxquels ils ressemblent beaucoup.

¹⁰ cf. article L 251-1 et suivants du code du commerce

1.3 Les groupements de coopération sociale et médico-sociale : les textes fondateurs

La loi du 2 janvier 2002 a introduit le GCSMS comme nouvel outil juridique de coopération pour le secteur social et médico-social (1.3.1). La loi du 11 février 2005 en a précisé les missions spécifiques (1.3.2). Le décret du 6 avril 2006 (1.3.3), complété par la circulaire du 18 mai 2006 (1.3.4), en a explicité les bases juridiques. Enfin, l'instruction ministérielle du 3 août 2007 a rappelé les objectifs, apporté des précisions et exposé les règles de mise en oeuvre (1.3.5). De fait, les GCSMS ont été largement influencés par les GCS (1.3.6).

1.3.1 La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 crée un nouvel instrument juridique de coopération dans le domaine social et médico-social : le GCSMS. Elle intègre dans le CASF l'article L.312-7, qui dispose qu'*"afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés"*, les ESMS peuvent conclure des conventions de coopération, créer (ou participer) à des GIE et des GIP¹¹, créer des GCSMS et procéder à des regroupements ou à des fusions.

1.3.2 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

L'article 94 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, définit le cadre de la coopération en matière sociale et médico-sociale, en précisant notamment le régime juridique, l'organisation administrative et les missions spécifiques aux GCSMS, en plus de celles qui sont également dévolues aux GIE et GIP. Le rôle des GCSMS en est clarifié. Ainsi, les GCSMS peuvent, contrairement aux GIE et GIP, permettre les interventions communes de professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, exercer directement les missions et les prestations de leurs membres, voire procéder à des fusions et à des

¹¹ rappel des formules de coopération déjà existantes

regroupements. Enfin, les ESMS vont pouvoir pleinement coopérer entre eux mais aussi avec le secteur sanitaire et même avec des professionnels libéraux. Un tel niveau de possibilité de partenariat n'avait encore jamais été atteint dans ce secteur.

Pour autant, des questions se posent quant au fonctionnement des GCSMS et il faudra attendre 2006 pour que paraissent des textes plus précis à ce sujet.

1.3.3 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

Le décret n° 2006-413 du 6 avril 2006, relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale¹², fixe les modalités de mise en œuvre en précisant les conditions de création (actes fondateurs et constitutifs) et de fonctionnement des GCSMS (instances administratives, personnels, droits et obligations des membres, financement, comptabilité), permettant ainsi que puisse s'engager le processus de création de GCSMS.

1.3.4 La 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

Dans la partie traitant de la coopération et des groupements d'ESMS, cette circulaire complète le décret du 6 avril en décrivant synthétiquement le dispositif législatif et réglementaire de leur mise en œuvre, souhaitant marquer par là-même le "*véritable lancement de la coopération organique dans le domaine social et médico-social*"¹³. Selon cette circulaire, "*le GCSMS constitue un levier d'action essentiel car il permet, dans le respect des compétences des collectivités ou des gestionnaires, le développement de leurs politiques dans un domaine pourvoyeur d'emplois de proximité, créateur de lien social et permettant l'insertion de nombre de nos concitoyens*". Pour autant, des questions pratiques restent en suspens.

¹² codifié à l'article R. 312-194-1 et suivants du CASF

¹³ APOLLIS B., *Le GCSMS, l'autre groupement de coopération*, p.51

1.3.5 L'instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale

Cette instruction a pour but d'attirer l'attention sur les outils mis en place dans le cadre du CASF pour la conduite du changement des modes d'organisation des groupements de coopération dans le champ social et médico-social – réseaux – contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Elle rappelle les objectifs des GCSMS, définit les conditions de mise en œuvre de la circulaire de 2006 et souligne que les GCSMS peuvent être constitués de professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des établissements et personnes gestionnaires de services sociaux et médico-sociaux, dotés ou non d'une personnalité morale propre, et des établissements de santé. Des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public, mais n'exerçant pas dans les établissements et services membres, peuvent y être associés par convention.

Par ailleurs cette instruction comporte six annexes : un document statistique vierge destiné à recenser, par département, les groupements de coopération créés en 2007, un guide juridique reprenant les dispositions structurantes et constitutives d'un groupement, les dispositions fiscales communiquées par les services du ministère des finances, un document répondant à des questions diverses, un argumentaire sur l'impact possible en matière des ressources humaines et un modèle de convention-type de création.

1.3.6 L'influence des groupements de coopération sanitaire

Les GCS ont été créés par l'ordonnance hospitalière n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, afin de réduire les conséquences néfastes de la concurrence entre établissements notamment publics et privés, favoriser la coopération sanitaire (mise en œuvre de prestations médicales croisées, gestion d'équipements d'intérêt commun, réalisation d'activités communes, gestion de réseaux de santé...) et faciliter le rapprochement de ces établissements. Il a paru opportun d'offrir aux structures sociales et médico-sociales le même type de groupement, même si, par certains côtés, le GCSMS va plus loin (outil encore plus ouvert pouvant comporter des personnes gestionnaires et des professionnels des secteurs social et médico-social, possibilité de fusion des membres).

L'article L.312-7 du CASF énonce, qu'en plus des missions dévolues aux GIE et GIP, les GCSMS bénéficient de pouvoirs spécifiques.

1.4 Les missions spécifiquement dévolues aux groupements de coopération sociale et médico-sociale

En plus des compétences que peuvent déjà exercer les GIE et GIP : créer et gérer des équipements ou services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à leur activité, faciliter ou encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations et définir ou proposer des actions de formation à destination des personnels, les GCSMS sont dotés de pouvoirs qui leur sont spécifiques : être porteurs d'autorisation (1.4.1), permettre des interventions communes de professionnels (1.4.2), comporter des membres très divers (1.4.3), procéder à des fusions et à des regroupements (1.4.4), disposer de personnel et recruter (1.4.5).

1.4.1 Un groupement porteur d'autorisation

Le GCSMS peut "être autorisé, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 212-1 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée"¹⁴.

Cette phrase nécessite d'être explicitée, car elle peut induire trois cas de figure quelque peu différents.

- ▶ Si le GCSMS projette d'exercer directement la prise en charge des usagers en lieu et place de ses membres, sans que cette prise en charge soit modifiée, il s'agit d'une **cession d'autorisation**. L'accord de la DDASS qui avait donné l'autorisation initiale est nécessaire et il doit être considéré comme refusé s'il n'y a pas de réponse au bout de deux mois.
- ▶ Si le GCSMS projette d'exercer directement la prise en charge des usagers, avec modification des catégories de bénéficiaires ou extension de cette prise en charge, le groupement doit solliciter une **demande d'autorisation** qui nécessite l'avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) et la délivrance d'un nouvel arrêté d'autorisation. La non réponse de l'autorité dans un délai de six mois vaut rejet.

¹⁴ Art. L.312-7, 3°, b) du CASF

► Enfin, si le GCSMS n'exploite que l'autorisation d'un ou plusieurs de ses membres (dans le cas, par exemple de l'utilisation commune d'équipements propres à l'un des membres), il s'agit d'un **transfert partiel de gestion** qui nécessite tout de même l'accord de l'autorité l'ayant délivré, mais cet accord est considéré comme donné tacitement si elle n'a pas répondu au bout de deux mois.

Ceci induit un fait important et spécifique aux GCSMS : ils peuvent être financés directement par leurs autorités de tarification s'ils assurent la gestion des autorisations. Même si ce n'est pas explicitement exprimé, le fait que les GCSMS puissent être titulaires d'autorisations et exercer les missions de leurs membres démontre qu'ils peuvent en définitive mener en leur nom propre des missions de service public, "*d'intérêt général et d'utilité sociale*¹⁵", et créer et gérer des équipements ou des services d'intérêt commun (création d'activités possible).

Pour autant, ce changement de titulaire d'autorisation ne court que pour la durée de vie du groupement précisée dans la convention constitutive. A son terme, l'autorisation revient à son titulaire initial en cas de reprise de celle-ci, à moins que l'autorité de tutelle ne s'y oppose.

1.4.2 Un groupement qui permet des interventions communes de professionnels

Les GCSMS peuvent "*permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention*¹⁶".

Ceci est très intéressant car cela devrait permettre à de nombreuses petites structures ne pouvant pas embaucher certains professionnels spécialistes (à cause d'un manque de moyens financiers, de l'impossibilité à proposer des salaires attractifs a fortiori quand il s'agit de temps partiel) de se partager leur intervention.

1.4.3 Un groupement ouvert à un large éventail de membres possibles

Les GCSMS peuvent être constitués entre "*professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes gestionnaires de services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code et les*

¹⁵ Art. L. 311-1 du CASF

¹⁶ Art. L. 312-7, 3°, a) du CASF

établissements de santé mentionnés à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents¹⁷. Ainsi, cinq catégories de membres peuvent composer un GCSMS :

- les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux,
- les professionnels du secteur sanitaire,
- les établissements sociaux et médico-sociaux et associations gestionnaires (publics et privés),
- les établissements de santé (publics et privés),
- les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux (par voie de convention).

De fait, tout professionnel des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires (donc personne physique : médecin, psychologue, assistant social ...), à titre individuel, tout établissement et service social et médico-social, qu'il soit doté ou non d'une personnalité morale propre, toute association gestionnaire d'établissements et services (donc personne morale), voire même des collectivités (communes ou départements) au titre de services non personnalisés (centres communaux d'action sociale (CCAS) par exemple), enfin, tout établissement de santé, peuvent adhérer à un GCSMS.

Les professionnels de santé libéraux (médicaux, paramédicaux) peuvent "s'associer" à un GCSMS par voie conventionnelle et exercer ainsi tout ou partie de leur activité professionnelle au bénéfice du groupement. C'est l'une des grandes originalités de ce type de groupement.

Sa nature juridique est protéiforme : de droit public si tous les établissements et organismes qui en sont membres sont publics, de droit privé si tous les établissements et organismes qui en sont membres sont privés. Dans les autres cas, s'il est constitué d'établissements et organismes publics et privés, il choisit sa nature.

¹⁷ Art. L.312-7, 3°, c) du CASF

1.4.4 Un groupement qui peut procéder à des fusions et à des regroupements

Les GCSMS peuvent "*être chargés de procéder aux fusions et regroupements*"¹⁸ de leurs membres. Cela peut constituer l'aboutissement logique de la démarche de coopération opérée mais ne pourra se faire que si les membres demandent et entérinent cette transformation qui, de toute façon, devra s'inscrire dans la procédure de l'autorisation (dépôt d'un projet, examen par le CROSMS, arrêté de création). Cela entraînerait par ailleurs la disparition des groupements concernés s'il n'y reste plus qu'un seul membre, puisque les textes l'interdisent.

Cette pratique de mise en place d'un dispositif juridique de coopération avant la création d'une personne juridique unique, devrait pouvoir favoriser et accélérer la restructuration et la recomposition du secteur social et médico-social et anticiper par ailleurs la fermeture d'établissements en difficulté.

1.4.5 Un groupement qui dispose de personnels et qui peut recruter

Les GCSMS ont la possibilité de bénéficier de personnels ou d'agents mis à sa disposition par les membres du groupement (sans modification de leur position statutaire) et (ou) surtout, de recruter, ce qui peut pallier l'absence de certaines compétences dans les structures médico-sociales et se les partager, se créant, par là même, un vivier de compétences où les expériences professionnelles des uns et des autres profiteraient à tous.

En résumé, deux niveaux de mutualisation sont possibles : le niveau minimaliste (simple groupement de moyens techniques, humains) n'ayant pour finalité que de faciliter l'accomplissement des missions de ses membres et le niveau maximaliste (porteur d'autorisations). Il s'agit donc d'un dispositif qui se veut souple, "à la carte" et doté de nombreux atouts : gestion d'autorisations, recrutement possible, organisation légère (une assemblée générale et un administrateur).

L'analyse de terrain, en Seine-et Marne et dans deux départements limitrophes montrera pourtant que, bien "qu'il semble avoir tout pour plaire", ce dispositif tarde à se mettre en place.

¹⁸ Art. L.312-7, 3°, c) du CASF

2 L'analyse de la situation en Seine-et-Marne et en Ile-de-France : un dispositif qui tarde à se mettre en place

Un premier bilan démontre que très peu de GCSMS se sont constitués en Ile-de-France (2.1). Des obstacles expliquent ce retard (2.2) bien qu'une prise de conscience naissante des opportunités offertes par cet outil constitue un élément encourageant (2.3). Les DDASS franciliennes se positionnent entre la réponse aux sollicitations des opérateurs et quelques prises d'initiative (2.4).

2.1 Un premier bilan de la mise en place des GCSMS

Moins de trois ans après la parution du décret du 6 avril 2006, qui a rendu possible la création effective des GCSMS, il semble opportun d'établir un premier bilan et une première évaluation afin de savoir si "la mayonnaise prend", d'autant plus que ce dispositif étant récent, on dispose encore de peu de recul. Il était prévu que la DGAS adresse aux DDASS, dès 2007, un questionnaire afin de disposer des éléments statistiques nécessaires au bilan analytique de la première année de mise en œuvre des GCSMS¹⁹. Ce projet a été retardé et ce n'est qu'au début du mois de juillet 2008 que la DGAS a lancé une enquête nationale sous forme dématérialisée (outil Solution Enquête (SOLEN)) pour recenser et analyser les GCSMS (mais aussi les CPOM), "*outils majeurs de développement de la qualité et de l'efficience des établissements et services sociaux et médico-sociaux*"²⁰. Considérant que ces outils connaissent un développement suffisant sur l'ensemble du territoire, elle a élaboré un questionnaire "*afin de recenser les projets en cours, d'identifier les meilleures pratiques pour les modéliser et d'en appréhender la portée et les limites*". Un gestionnaire d'enquête a été nommé au niveau de l'administration centrale et chaque direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a été mandatée pour gérer cette campagne. Ce sont donc les DRASS qui ont envoyé cette enquête aux DDASS de leur région en leur demandant de leur fournir le nom du référent GCSMS et de leur retourner le questionnaire rempli. Une synthèse nationale a été faite en automne 2008²¹. Les réponses pour la région Ile-de-France donnent les

¹⁹ Un premier récapitulatif officieux recensait une quinzaine de GCSMS et une vingtaine en projet à la fin de l'année 2007.

²⁰ cf. le détail du questionnaire en annexe 5

²¹ cf. les remontées issues de cette enquête en annexe 6

indications suivantes : 4 GCSMS seulement ont été créés ou sont en cours d'élaboration, dont voici une synthèse par item :

Nombre d'établissements et services "couverts" par le GCSMS : 2, 8, 4 et 2 (moyenne = 4)

Nombre de membres fondateurs : 2, 3, 4 et 2 (moyenne = 2,75)

Nombre de places ou lits "couverts" : 104, 1 081, 74 et 76 (moyenne = 333,75)

Nombre de salariés recrutés directement : 28, 0, 0, 0 (moyenne = 7)

Nombre de salariés mis à disposition : 32, 126, 0, 13 (moyenne = 42,75)

Répartition sectorielle (par public)

Personnes âgées	Insertion/public en difficulté	Personnes handicapées
2	2	0

Répartition par statut juridique

Droit privé	Droit public
3	1

Incitation financière

Oui	Non
1 ²²	3

Articulation avec d'autres dispositifs (adhésion à un GCS, à un réseau de santé) : 0

Compétences :

Mutualisation des moyens : oui (4 : personnel (formation), 4 : équipements ou services, 3 : équipements informatiques)

Autorisation directe d'exercer des prises en charge

Oui	Non
3	1

Mutualisation de la fonction "employeur"

Oui	Non
4	0

²² dont le montant a été de 6 790,00 €

Objectifs :

Maîtrise des coûts

Oui	Non
4	0

Baisse des tarifs pour l'utilisateur

Oui	Non
1	3

Autres : 1 : harmonisation de la politique d'investissement, 1 : complémentarité dans le parcours résidentiel

Objectifs d'amélioration de l'offre :

Objectif de fusionner

Oui	Non
3	1

Recomposition de l'offre :

Oui	Non	Pas de réponse
1	2	1

Autres : 1 : aide à la reconstruction immobilière, 1 : fusion à terme éventuellement entre deux des associations membres

Objectifs organisationnels : 4 : amélioration de la qualité du service rendu, 4 : amélioration de la gestion des ressources humaines

Evidemment, les réponses à ce questionnaire doivent être analysées avec prudence. La DGAS avait demandé qu'y soient incorporés les projets en cours, pourtant, le questionnaire ne semblait concerner que les groupements déjà en place. Aussi, si la DDASS des Yvelines a renvoyé un questionnaire portant sur un projet en cours d'élaboration, d'autres DDASS, comme celles de la Seine-et-Marne et du Val-de-Marne n'ont pas retourné de réponses concernant les projets, tant il est vrai qu'il peut aussi y avoir une marge entre ébauche de projet et projet en cours de finalisation. Par ailleurs, seule la moitié des DDASS franciliennes a répondu. Est-ce à dire qu'il n'y a pas de GCSMS ou de projets dans les quatre autres départements ou qu'il n'y a pas eu réponse et retour du questionnaire ?

Par ailleurs, le faible nombre de GCSMS créés, du moins en Ile-de-France, ne permet pas de faire un bilan exhaustif. Il s'avère néanmoins, dans le petit échantillon proposé, qu'une majorité des personnes ayant fondé des groupements en ont choisi la version maximaliste, c'est-à-dire qu'elles ont demandé l'autorisation d'exercer directement les prises en charge en lieu et place d'un ou plusieurs membres, ce qui est compatible avec l'objectif majoritairement affiché par elles d'arriver à terme à une fusion. Les fondateurs, dont l'un m'a accordé un entretien, ont bien compris également l'intérêt premier de ce dispositif : la mutualisation des moyens, dont celle de la fonction "employeur" afin de maîtriser les coûts, d'améliorer la gestion des ressources humaines et la qualité du service rendu, dans un système où tous les acteurs concernés, tarificateurs, établissements et usagers y ont ou y trouveront leur compte.

Enfin, aucun GCSMS n'a encore été constitué au niveau du secteur "handicap".

Ce premier bilan devra permettre de construire un tableau de bord destiné à mesurer annuellement le développement des GCSMS et de repérer d'éventuels besoins d'évolution des textes.

Ces données confirment le fait que les GCSMS tardent à se mettre en place.

2.2 Des obstacles retardent la création des GCSMS

Le dispositif est encore mal connu ou mal compris par certaines associations, notamment les plus petites (2.2.1) et craint par beaucoup d'entre elles (2.2.2).

2.2.1 Un dispositif encore mal connu ou mal compris par un certain nombre d'associations, notamment les plus petites, confrontées par ailleurs à un problème de renouvellement de leurs membres

Dans le département de la Seine-et-Marne, on compte, dans le secteur du handicap, 42 associations qui gèrent 104 établissements et services (soit 2,5 établissements en moyenne par association gestionnaire). Près de la moitié (19) sont des associations mono-établissement. Quelques grosses fédérations sont également présentes, telles l'Association des amis et parents d'enfants inadaptés (ADAPEI) et l'Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH). Mais, au final, il n'y a pas d'associations dominantes même si on note l'amorce d'une volonté de certains pôles associatifs de se regrouper pour avoir une représentation plus importante au niveau départemental, voire régional.

Les petites associations, qui constituent une part très majoritaire des gestionnaires du secteur "handicap", ne connaissent majoritairement pas véritablement ce dispositif. Ce constat est fait par les inspecteurs lorsqu'ils abordent ce sujet avec leurs présidents mais aussi par de nombreux directeurs d'établissement gérés par ces petites associations. D'abord, elles n'ont pas été demandeuses de la création des GCSMS. Elles ont des histoires, des valeurs, des références et positionnements idéologiques souvent différents, qu'elles revendiquent comme faisant partie de leurs identités associatives spécifiques et qui ne les incitent pas à rechercher a priori à coopérer avec d'autres. Par ailleurs, elles connaissent actuellement deux types de problèmes : l'augmentation de la moyenne d'âge des membres des conseils d'administration et des soucis de recrutement. On est en quelque sorte dans une fin de cycle. Les associations ont longtemps été des militants fondateurs de l'action sociale et médico-sociale, représentant parfois de véritables lobbies auprès des autorités politiques et ont beaucoup obtenu, d'abord en étant reconnues comme opérateurs de l'Etat qui leur sous-traitent, en quelque sorte, la mise en œuvre de sa politique en la matière. Elles ont pu ainsi être financées pour gérer des établissements et services, elles ont œuvré pour que la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap soit mieux reconnue mais, depuis déjà quelques années, certaines commencent à s'essouffler parce leurs membres augmentent en âge ou ne semblent plus avoir trop de projets. Beaucoup sont passées du statut de militants à celui de gestionnaires de fonds publics et font moins de prospective et plus d'économique. Par ailleurs, ce phénomène est accentué par la difficulté pour certaines assemblées générales et conseils d'administration à se renouveler. Il est vrai que, de nos jours, beaucoup de nos concitoyens préfèrent maintenant s'engager dans l'aide au niveau mondial et plutôt dans l'humanitaire, que dans une petite association médico-sociale, ce qui est moins valorisant qu'adhérer par exemple à "Médecins du Monde" ou "Médecins sans frontières".

Par ailleurs, le secteur médico-social s'est modernisé, complexifié et un certain nombre d'associations ont du mal à suivre techniquement. La gestion d'établissements et de services devient de plus en plus compliquée et requiert de plus en plus des capacités d'anticipation stratégique, à savoir se remettre en question, concevoir des projets qui répondent aux demandes des usagers. Ainsi, le souci de renouvellement et de recrutement se conjugue avec celui de la nécessité de disposer de bénévoles professionnels et compétents.

Aussi, en l'état actuel des choses, les adhérents et les administrateurs de beaucoup de ces conseils d'administration ne voient pas toujours l'intérêt des nouveaux dispositifs proposés, ne lisent pas les textes et ne se les approprient pas surtout lorsqu'ils ne sont pas obligatoires, ce qui est le cas des GCSMS. Ceci pose problème parce que ce sont eux qui détiennent le pouvoir, pas les directeurs d'établissements non pourvus de la

personne morale, qui ne sont que les exécutifs des décisions politiques prises par les conseils.

Quand bien même ils commencent à entendre parler de ces groupements de coopération, ce terme les effraie un peu car ils croient y discerner une volonté des pouvoirs publics de les obliger à se regrouper.

2.2.2 La coopération : un dispositif craint par bon nombre de petites associations

Les associations commencent néanmoins à entendre parler des groupements, soit par l'intermédiaire de leur DDASS, soit à la lecture des revues spécialisées auxquels ils sont abonnés, soit par leurs fédérations ou soit par leurs directeurs d'établissement ou directeurs généraux. Globalement, cela leur paraît compliqué et elles restent en retrait. Elles sont encore très réticentes face au concept même de rapprochement associatif car viennent s'interférer des enjeux de pouvoir ou bien elles ne partagent pas les mêmes valeurs. Aussi, certaines sont réservées, ne serait-ce qu'à l'idée d'amorcer le dialogue. Beaucoup craignent d'y perdre leur identité.

Qui plus est, elles sont de plus en plus souvent mises en situation de concurrence par la multiplication des appels à projet lancés par les planificateurs tarifateurs. Autrefois, c'était souvent elles qui venaient proposer des projets à leurs autorités de tutelle. Maintenant, c'est l'Etat (ou le conseil général) qui énonce ses besoins et qui fait des appels d'offre aux associations qui cherchent à gagner des parts de marché. Le souci est que les petites associations n'ont plus trop les moyens de concurrencer les plus grosses qui ont plus d'arguments financiers à faire prévaloir. Certaines se mettent même en retrait. Quand on leur parle de coopération, certaines croient y discerner des arrière-pensées de la part des pouvoirs publics. Il s'agirait avant tout pour ceux-ci de "rationaliser" les dépenses, de simplifier les relations avec les opérateurs et d'œuvrer afin de réduire le nombre de leurs interlocuteurs (passer de 25 000 structures à 3 000 associations de gestion ou groupements). En fait, elles craignent que le groupement ne soit qu'un regroupement constituant un premier pas vers une fusion-absorption (notamment des petits par les gros) et que ce soit ce que souhaite l'Etat sans vraiment vouloir l'admettre. Mais, de fait, coopération ou pas, cette concentration d'associations est déjà amorcée et la coopération peut être un moyen au contraire de ne pas disparaître, en privilégiant l'association et la complémentarité plutôt que la concurrence et la rivalité. Elles réalisent en toute objectivité qu'elles ne pourront se développer seules et qu'à terme, elles seront obligées de travailler et de coopérer avec d'autres. Elles se savent fragiles et isolées et se posent parfois la question de leur survie. Pour autant, elles restent encore dans une situation attentiste vis-à-vis d'un dispositif qui leur est pourtant personnellement destiné.

Quant aux associations de taille plus importante, elles ont pour objectif d'étendre leurs positions et sont plutôt dans une démarche d'absorption pure et simple. Pourtant, elles ne rejettent pas les GCSMS qui peuvent représenter une alternative pour accroître leur représentativité et leur influence. Et, de fait, il y a une prise de conscience croissante des opportunités offertes par les GCSMS.

2.3 Une conscience naissante des opportunités offertes par les GCSMS

Les directeurs d'établissement sont de plus en plus convaincus des opportunités offertes par les GCSMS (2.3.1), car ils lui reconnaissent des points forts (2.3.2) malgré sa complexité et ses défauts (2.3.3).

2.3.1 Des directeurs d'établissements et services de plus en plus convaincus

Lors d'entretiens avec des directeurs d'ESMS, j'ai pu constater qu'ils ont bien compris la nécessité de ne pouvoir rester longtemps isolés dans un contexte qui pousse au regroupement associatif. Plus techniciens que "politiques", ils sont en direct avec les difficultés du terrain et du quotidien. Ce sont d'ailleurs souvent les mêmes qui avaient déjà engagé des démarches de coopération, notamment par le biais de conventions, ou qui ont créé de manière informelle des groupements de directeurs. L'un d'entre eux, le premier à avoir créé un GCSMS dans son département, va plus loin : *"Il faut que les gens se saisissent des GCSMS et les mettent en œuvre"*. Avant de se lancer dans le processus de création d'un GCSMS, il avait déjà développé, année après année, la coopération. Il avait mis en place une cuisine commune à trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), puis la blanchisserie, en répartissant les coûts entre ces établissements. Certes, il y avait déjà un directeur commun à ces trois établissements publics et un directeur-adjoint par établissement. Mais quand le décret sur les groupements est paru en 2006, et qu'il est apparu que les groupements pouvaient gérer un certain nombre d'activités en lieu et place de leurs membres, il s'est lancé. Le groupement qu'il a créé exerce directement, avec cession d'autorisations, les missions et prestations des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et accueils de jour rattachés aux différents EHPAD du groupement, ainsi que les places d'hébergement autorisées, mais non encore installées dans ces différents établissements (dans l'un des établissements, il avait des places qu'il n'arrivait pas à remplir, dans un autre, c'était l'inverse). Par ailleurs, le groupement exploite (mais sans transfert d'autorisation) les

places d'hébergement des différents EHPAD membres, afin de réaliser des opérations immobilières (rénovation, construction) et gérer les services communs (formation, services économiques, blanchisserie, repas, actions concourant à l'amélioration de la qualité des prestations fournies).

J'ai rencontré d'autre part deux directeurs qui sont intéressés par un projet commun de création de groupement, alors qu'ils se situent dans deux logiques différentes : le premier est le directeur général d'une association gérant une dizaine d'établissements dans le département de Seine-et-Marne, le deuxième est le directeur du seul établissement géré par une petite association. Leurs motivations ne sont pas les mêmes, même si elles se rejoignent en partie.

Le premier est partant pour tester les nouveaux dispositifs. Revendiquant le fait d'avoir été le premier signataire d'un CPOM départemental dans le secteur du handicap (malgré quelques réserves émises, au départ, par son conseil d'administration), il souhaiterait maintenant être le premier à créer un GCSMS, arguant du fait qu'il faut arrêter d'avoir peur de l'avenir et qu'il convient d'aller dans le sens de l'histoire, c'est-à-dire vers des regroupements. Pour autant, conscient de la nécessité de ne brusquer ni son conseil d'administration, ni celui de l'autre association, il procède par étapes. La première a consisté à ce que les deux conseils d'administration comportent un membre de l'autre association. Il insiste sur le fait que l'association dont il est directeur général, ayant conclu le premier CPOM du département, a l'avantage de pouvoir en faire bénéficier d'éventuels candidats à la coopération (de fait, le préambule de ce CPOM stipule que tout autre établissement ou service entrant dans le cadre d'un GCSMS pourra entrer dans le cadre du CPOM après signature d'un avenant). Son projet immédiat est de créer un SESSAD qui serait commun à deux instituts médico-éducatifs (IME) ayant le même public, situés dans un même secteur très rural à 20 kilomètres l'un de l'autre et gérés par deux associations différentes. Créer un GCSMS représenterait une économie d'échelle substantielle. En son for intérieur, il préférerait plutôt procéder à une fusion absorption qui par ailleurs serait plus rapide mais il ne méconnaît pas le fait que l'autre association s'y refuserait, ne souhaitant perdre ni sa personnalité, ni son identité. Aussi, les enjeux associatifs doivent être pris en compte et ce projet de GCSMS serait donc un pis-aller. De fait, l'association qu'il dirige a déjà procédé dans le passé à quelques absorptions et a atteint maintenant une certaine notoriété départementale. Elle aussi d'ailleurs éprouve la crainte de se faire absorber par une grosse fédération régionale, voire nationale, de perdre également son identité et son but est donc d'atteindre assez rapidement une taille critique.

Le directeur de l'autre établissement semble très conscient de la nécessité d'un regroupement associatif et craint que son établissement ne puisse longtemps survivre en l'état : *"Si on ne fait rien, soit on nous obligera à nous regrouper avec une association plus importante, soit on nous supprimera les vivres"*. Il regrette qui plus est que les GCSMS ne soient pas obligatoires mais qu'incitatifs et que les DDASS n'aient *"malheureusement"* pas de pouvoir sur les associations. Il a mis en place récemment une "commission de rapprochement associatif", sorte d'instance paritaire regroupant des membres du conseil d'administration, des membres du personnel et lui-même. Les avantages de la démarche sont de ne pas avancer trop vite, et surtout pas à la hussarde, pour ne pas heurter son conseil d'administration, d'avoir contacté trois associations pour éviter le reproche de ne pas avoir fait d'"appel d'offre" et d'avoir associé son personnel. C'est le conseil d'administration qui, in fine, prendra la décision, lui-même n'ayant travaillé que sur la partie préparatoire. Il bénéficie du soutien d'une large majorité de son personnel. Toutefois, les salariés ont signé une pétition pour que soit privilégiée la coopération avec l'association qui comporte la même convention collective qu'eux et s'occupe du même public (enfants et adolescents déficients mentaux). Le premier bénéfice attendu d'un éventuel groupement est de pouvoir intégrer le CPOM d'une autre association, ce qui lui permettrait d'être admis dans ce nouveau paysage institutionnel et de bénéficier d'une structure administrative renforcée, en bénéficiant de la constitution de son siège administratif, ainsi que par un plateau technique et humain conséquent. L'objet de la collaboration porterait sur l'expertise (amélioration de l'évaluation de l'activité) et le partage des compétences par des échanges entre professionnels et des actions de formation communes et la mutualisation de certains coûts (de transports notamment).

2.3.2 Les points forts reconnus aux GCSMS

Les opérateurs que j'ai rencontrés reconnaissent aux GCSMS un certain nombre d'opportunités qu'ils se disent prêts à saisir :

- ▶ Dans l'exemple précédent, concernant le regroupement d'activités entre EHPAD publics, il a été possible de procéder à des transferts de lits d'un établissement à un autre sans qu'il y ait eu nécessité de passer devant le CROSMS, ce qui a raccourci considérablement les délais.
- ▶ Les GCSMS favorisent une meilleure couverture de l'offre dans le secteur social et médico-social et permettent de créer des emplois de proximité.

► Ils rendent possible la réalisation d'économies d'échelle au niveau de la fonction support, de rationaliser la gestion, d'avoir une meilleure lisibilité en matière d'investissement et d'appels d'offre communs.

► Des professionnels médicaux ou paramédicaux libéraux peuvent intégrer un groupement. Or, les établissements ont actuellement de plus en plus de mal à embaucher des spécialistes (orthophonistes, psychiatres, kinésithérapeutes) qui ne sont pas intéressés par les salaires proposés dans la convention collective.

► Les personnels, grâce à de plus grandes opportunités d'embauche dans des structures coopérant les unes avec les autres, devraient, entre autres, par la validation des acquis de l'expérience, pouvoir faire des parcours professionnels enrichissants. Ils doivent être convaincus que les GCSMS constituent une opportunité d'améliorer leurs compétences, d'échanger des pratiques, de se voir ouvrir des horizons professionnels en changeant d'établissement, d'agir contre la routine, de pouvoir obtenir une mutation et se former plus facilement, travailler s'ils le souhaitent à temps plein. Enfin, ceux qui sont salariés dans de petites structures ont compris l'impérieuse nécessité de se regrouper et y attendent aussi une occasion de ne pas perdre leur travail.

► Les établissements de santé peuvent être membres d'un GCSMS, ce qui permet d'intégrer une démarche sanitaire dans la coopération : hospitalisation à domicile, faciliter la sortie de l'hôpital des personnes handicapées ou âgées. A l'heure actuelle, en Seine-et-Marne, aucun établissement médico-social n'est membre des deux GCS créés actuellement, cependant des conventions sont en cours, notamment pour mettre en place des filières gériatriques.

► Les GCSMS peuvent n'avoir, pour commencer, qu'un objet ponctuel sur un objectif particulier. Dans un deuxième temps, il sera très facile d'amender la convention constitutive, de l'élargir en ajoutant des avenants, des amendements en quelque sorte²³.

► Ils permettent de créer des synergies, de s'ouvrir vers l'extérieur, de confronter des points de vue et des expériences, d'éviter que chacun travaille seul dans son institution.

Cependant, ces mêmes opérateurs y relèvent un certain nombre d'imperfections.

²³ Un directeur général a comparé la convention constitutive du GCSMS à la Constitution française, qui est régulièrement amendée.

2.3.3 Un dispositif cependant complexe et qui comporte des défauts, malgré la souplesse revendiquée

► Un des reproches récurrents fait aux GCSMS est de ne pas être autorisés à gérer une pharmacie à usage intérieur (PUI), sauf à se regrouper avec un établissement de santé.

► Le statut du personnel pose problème. En l'état actuel de la réglementation, le détachement de personnel dans un groupement de droit public n'est pas autorisé, il ne peut qu'être mis à disposition. Aussi, les agents mis à disposition sont payés par leurs établissements d'origine qui ensuite facturent le groupement. L'administrateur d'un GCSMS m'a affirmé que cela nécessitait de passer, chaque mois, cent écritures avec toutes les sources d'erreurs possibles et inimaginables.

► Embaucher des contractuels dans un GCSMS de droit public revient non seulement à privatiser en quelque sorte la fonction publique mais aussi à les priver de certains droits (formation sur le temps de travail, œuvres sociales).

► Un groupement a souhaité racheter à l'un de ses membres un emprunt pour la construction de son pôle technique situé sur le terrain de cet établissement. Cela n'a pu se faire car l'emprunt avait été souscrit pour 20 ans alors que la durée de vie du groupement n'est que de 10 ans.

► Par ailleurs, après la création du GCSMS, se pose le problème de sa reconnaissance au niveau officiel. Ni l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), ni le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) n'ont encore prévu de catégorie juridique pour les GCSMS. Aussi, pour qu'ils puissent quand même être renseignés dans les fichiers en question, ils doivent être créés sous une autre catégorie.

► Créer un groupement nécessite beaucoup de temps et d'énergie (environ dix-huit mois) et le plus dur est d'intégrer des logiques qui ne sont pas les mêmes pour tous.

Face aux questionnements, aux craintes et aux espoirs suscités par ce nouveau dispositif, le positionnement des DDASS a été analysé : il oscille entre la réponse aux sollicitations partielles des opérateurs et la prise de premières initiatives.

2.4 Le positionnement des DDASS : entre la réponse aux sollicitations des opérateurs et des prises d'initiative

Les services déconcentrés, et particulièrement les IASS que j'ai rencontrés, admettent que dans l'ensemble, ils sont peu sollicités à ce sujet par les opérateurs, que les rares initiatives de création de GCSMS sont venues ou viennent des associations, ce qui leur semble d'ailleurs naturel dans la mesure où ce pouvoir est dévolu aux seuls membres potentiels des groupements. Aussi, ils ne mettent pour l'instant pas trop la pression et ne cherchent pas véritablement à imposer aux associations qu'elles mettent en place des groupements de coopération.

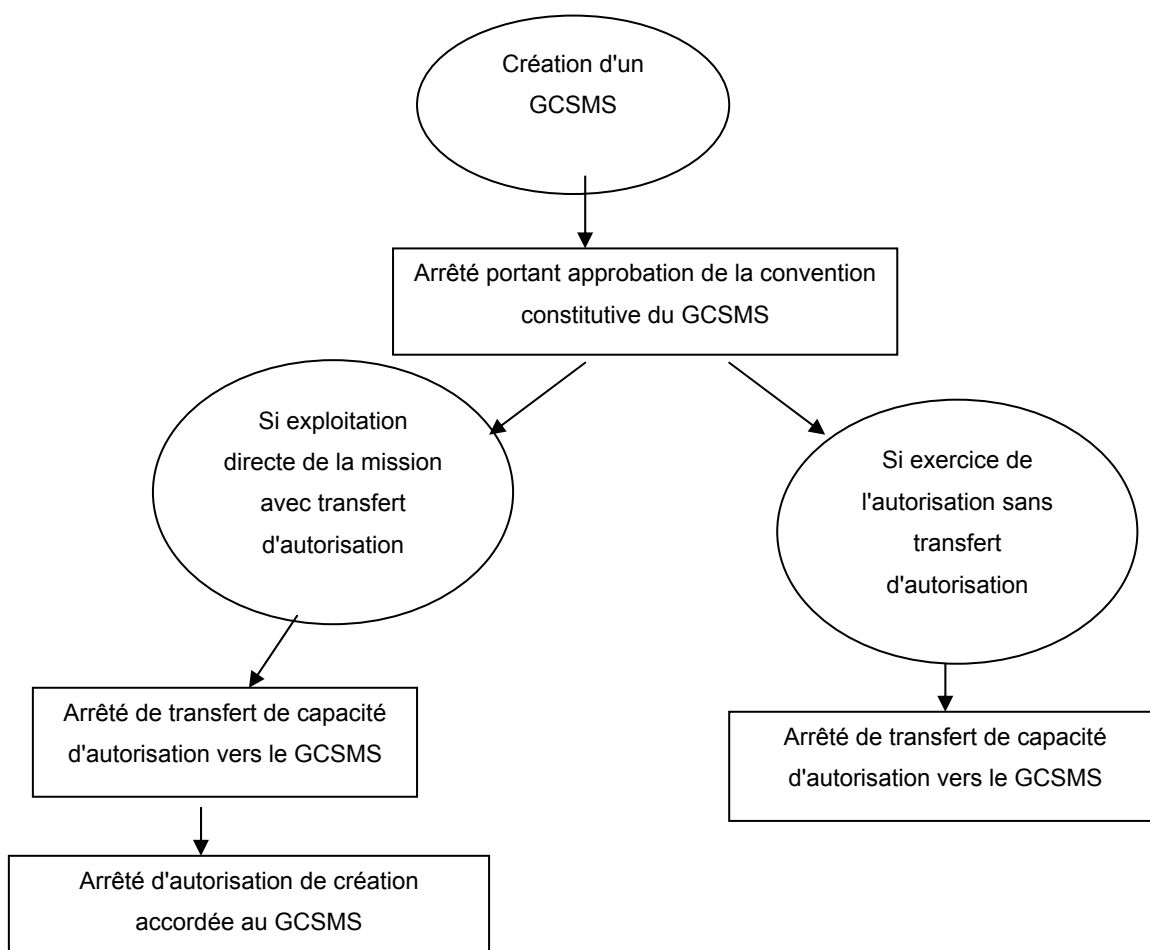
Ils apportent un appui technique, méthodologique et juridique (2.4.1), légitimés par leur connaissance du terrain et une vision globale du secteur (2.4.2). Ils affichent pourtant un certain scepticisme (2.4.3) et apprécieraient un meilleur accompagnement de la part de l'administration centrale (2.4.4), ce qui ne les empêche pas de prendre déjà quelques initiatives (2.4.5). Ils souhaitent se recentrer sur des missions d'animation (2.4.6) dans un souci de meilleure prise en compte des besoins des usagers (2.4.7).

2.4.1 Un appui technique, méthodologique et juridique

De manière générale, la création ou les projets de création de groupements ont été menés sur l'initiative des opérateurs eux-mêmes, qui n'ont fait appel aux DDASS qu'en cas de besoin. Ceci ne surprend pas les IASS car ce dispositif est basé avant tout sur le volontariat des acteurs concernés. Cependant, les opérateurs font appel à leurs services quand ils l'estiment nécessaire et, dans tous les cas, leur font part régulièrement de leurs réflexions et de l'avancée de leurs travaux.

Quel rôle a joué la DDASS du Val-de-Marne, qui a accompagné la création du premier GCSMS du département, en l'occurrence un groupement de trois EHPAD publics val-de-marnais ? L'initiative du groupement est venue du directeur de ces trois EHPAD qui a informé la DDASS de son projet. Volontairement, la DDASS ne s'est pas inscrite dans une démarche de co-rédaction de la convention constitutive car elle estimait que là n'était pas sa mission. Elle a par contre effectué un contrôle d'opportunité car le projet de convention comportait des transferts totaux d'autorisation (pour la partie accueil de jour et SSIAD) et partiels (pour la partie hébergement), entraînant une tarification directe du groupement. Les services déconcentrés disposent donc de ce pouvoir d'approuver ou de désapprouver la convention constitutive et ce contrôle n'est pas seulement un contrôle de légalité, c'est également un contrôle d'opportunité.

Pour autant, l'étude et l'approbation de la convention constitutive n'ont été que la première étape dans le travail effectué par la DDASS du Val-de-Marne. Elle s'est engagée ensuite dans ce qu'elle appelle le "service après-vente" et n'avait pas pris la mesure de tous les problèmes qu'elle aurait à gérer par la suite. En effet, la complexité survient après l'approbation de la convention constitutive, quand le groupement est constitué et qu'il existe juridiquement, notamment au moment de l'autoriser à exercer directement les prises en charge et à calculer les tarifications correspondantes. Des difficultés réglementaires sont survenues. Le groupement en question devait être tarifé directement pour ces activités regroupées, les EHPAD continuant à l'être individuellement pour leur activité d'hébergement. La première question posée a été de savoir s'il fallait rédiger des arrêtés de transfert d'autorisation avant ceux de création d'autorisation. La réponse a été positive et plusieurs arrêtés ont dû être créés (arrêtés de transfert de capacités d'autorisation, arrêtés de création de services). Aussi, la création de ce groupement a nécessité de rédiger six arrêtés, si l'on tient compte des arrêtés communs Etat - conseil général concernant l'hébergement et l'accueil de jour :



Puis est survenu le problème de création du groupement dans FINESS. Comme aucun code n'y a été prévu pour codifier les GCSMS, le groupement a été créé avec le code GIP ! Enfin, les opérations budgétaires et comptables de "basculer" se sont révélées plus compliquées que prévu. La Trésorerie générale du département a soulevé des objections quant à l'affectation des résultats 2007. De nombreuses discussions ont été nécessaires avant qu'elle accepte finalement le transfert des résultats excédentaires des SSIAD et accueils de jour qui avaient été placés en réserve de compensation (compte de capital) vers le même compte du plan comptable du nouveau groupement, alors que le groupement avait été créé sans apport de capital.

La DDASS estime qu'elle a "essuyé les plâtres" de la mise en œuvre de ce nouveau dispositif et que cela lui a pris un certain temps. Mais, de par la connaissance du terrain et des acteurs, le rôle joué par les DDASS dans la mise en œuvre des GCSMS est reconnu par tous comme primordial également d'un point de vue stratégique.

2.4.2 La connaissance du terrain, une vision globale et stratégique du secteur et une préoccupation : répondre à de vrais besoins dans un souci d'équité entre les opérateurs

La DDASS de Seine-et-Marne, présente sur le terrain, connaît les acteurs, les structures, recueille les besoins et contribue à définir avec le conseil général les priorités au niveau départemental à travers le schéma départemental en faveur des personnes handicapées²⁴. Elle fixe dans les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), en concertation avec les autres départements franciliens, les priorités de programmation et de financement de créations et de transformations d'établissements et de services. Elle est donc à même de susciter, proposer tel ou tel type de coopération entre les opérateurs et de mettre en contact des partenaires éventuels. Pour cela, elle est amenée à faire de plus en plus d'appels à projets et affirme qu'elle sera amenée à privilégier, à terme, ceux qui proposent des partenariats. Elle a d'ailleurs souvent en tête la liste des associations qui pourraient être contactées pour mener à bien ces coopérations.

²⁴ les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager des opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale, afin de mieux adapter les moyens aux besoins.

Les associations lui reconnaissent cet avantage d'être sur le terrain, de bien le connaître, d'être en relation avec tous les opérateurs du département, d'avoir une vision objective des besoins territoriaux. Qui plus est, la DDASS les contrôle, connaît leur histoire, leur situation financière, leur projet d'établissement, leur fonctionnement. Elle a des contacts avec leur conseil d'administration, leurs dirigeants. Aussi, elles savent pouvoir compter sur elle pour obtenir des conseils stratégiques.

Les inspecteurs qui travaillent dans les services médico-sociaux ont été unanimes pour estimer qu'ils ont un rôle à jouer pour que les groupements répondent à de vrais besoins et qu'ils sont soucieux de l'égalité entre opérateurs. Pour l'instant, les DDASS ne se voient pas imposer tel ou tel projet, elles n'en ont d'ailleurs pas le pouvoir. Pour autant, elles ne sont pas inertes et revendiquent le droit de favoriser, conseiller, soutenir tel ou tel projet qu'elles estiment plus particulièrement utile et pertinent. Elles tiennent à lire avec soin les projets de conventions constitutives afin de vérifier tout d'abord qu'elles sont bien conformes aux obligations légales et réglementaires (contrôle de légalité) mais aussi à ce que l'objet du groupement soit bien défini. Un groupement ne doit pas se faire n'importe comment et doit répondre à un vrai besoin et à des difficultés rencontrées. On ne crée pas un groupement pour le plaisir. Aussi, elles se réservent le droit de ne pas valider un groupement qui ne répondrait pas à une réelle nécessité. Par ailleurs, elles sont soucieuses de veiller à ce que les membres du groupement soient traités sur un plan d'égalité et que tous y trouvent leur compte. La lecture des droits et obligations des membres du groupement doit permettre de vérifier qu'ils n'en lèsent aucun ni n'en favorisent un autre (vérification de la détermination des droits sociaux qui conditionnent entre autres les droits de vote et la responsabilité aux dettes, vérification des conditions d'admission, de retrait et d'exclusion, vérification des modalités de financement afin que les sommes réclamées aux membres ne soient pas forfaitaires mais correspondent à la part leur incombant dans les dépenses communes). Enfin, elles estiment indispensable que l'objet des GCSMS soit bien conforme aux besoins exprimés dans les schémas départementaux. Elles détiennent²⁵ les cordons de la bourse car en dernier ressort, ce sont elles qui autorisent et tarifient. En conséquence, même si les textes ne prévoient de la part des DDASS qu'un contrôle de légalité lors de l'approbation de la convention constitutive avant approbation par le préfet et publication de la création du groupement au recueil des actes administratifs du département, il est évident qu'un contrôle d'opportunité et un travail d'appréciation doivent être faits en amont.

²⁵ du moins pour les établissements qu'elles tarifient

Les DDASS sont conscientes que même si, en théorie, en cas de cession partielle ou totale d'autorisation, celle-ci pourra revenir, au terme de la durée de vie du groupement à son titulaire initial, elles disposeront du pouvoir de ne pas être d'accord.

Cependant, un certain scepticisme apparaît dans leurs propos.

2.4.3 Un certain scepticisme est pourtant affiché

Certains de mes interlocuteurs ont affiché un certain scepticisme en termes de contraintes de faisabilité car la mise en œuvre des groupements entraîne une surcharge de travail or ils estiment en avoir déjà beaucoup. Par ailleurs, le turn-over important des inspecteurs notamment en Ile-de-France et le nombre de postes vacants non pourvus perturbent le travail de connaissance du terrain et des acteurs ainsi que la projection à long terme. Ce constat est également exprimé par beaucoup d'opérateurs qui regrettent de changer si souvent d'interlocuteurs au sein des DDASS. De fait, certains inspecteurs n'ont pas vraiment encore étudié les textes sur les groupements, car pour eux, ce n'est pas l'objectif prioritaire du moment. L'urgence actuelle est la négociation des CPOM. Bien que les deux dispositifs aient été créés quasiment simultanément, ils ressentent bien que c'est aux CPOM qu'on leur demande surtout de se consacrer. Aussi, ils reconnaissent qu'ils ont certainement un rôle à jouer vis-à-vis des GCSMS mais ils attendent les occasions car, pour l'instant, ils ont d'autres priorités. Les plus velléitaires ont commencé à approfondir les textes, qu'ils jugent plutôt compliqués, et se demandent comment ils vont manager tout ceci. Alors, ils ont choisi de privilégier les CPOM en se disant : "*Les GCSMS, on verra après*". Ils reconnaissent pourtant eux aussi beaucoup de points forts aux groupements : ils sont très larges et permettent de faire beaucoup de choses mais, en contrepartie, ils posent beaucoup de questions, entre autres, les coûts induits, "*qui paie quoi ?*" et c'est là que les choses se compliquent.

Par ailleurs, par rapport aux associations, ils cernent bien que ce dispositif va bouleverser des pratiques, car sa logique implique que certaines d'entre elles acceptent de confier une partie de leur gestion à un "organisme extérieur". Ils pressentent les états d'âme des associations à se rapprocher car elles sont culturellement très attachées à leur particularisme et, d'ailleurs, très démonstratives à ce sujet. Se regrouper, c'est un peu comme perdre son âme. Aussi, ils sont convaincus que le rapprochement associatif doit tout d'abord provenir d'une démarche volontaire des associations.

Enfin, un certain nombre ne sont pas loin de penser qu'il y a du groupement dans les CPOM. Car ceux-ci, surtout s'ils sont connectés à l'autorisation de siège, induisent une interrogation sur le fonctionnement de l'association en général et sa manière de gérer les établissements, en remontant entre autres certaines fonctions support au siège, afin de

procéder à des économies d'échelle. Par ailleurs la mutualisation de personnels s'y opère déjà et certains d'entre eux travaillent sur ou pour plusieurs établissements de la même association. De surcroît, en les faisant travailler sur une démarche qualité et à la professionnalisation du secteur, on répond déjà en partie à certaines raisons d'être des groupements même si, à la différence des GCSMS, les CPOM sont des contrats intra associatifs.

2.4.4 Le souhait d'un meilleur portage au niveau national

Face à la mise en place de ce nouveau dispositif, les inspecteurs regrettent que son portage au niveau national soit trop limité et constatent que beaucoup plus d'efforts ont été faits pour la promotion des CPOM que pour celle des GCSMS.

Ils appellent de leurs vœux un meilleur appui technique au niveau de la DGAS. Ils déplorent qu'il n'y ait pas de foire aux questions, de forum dédié sur le site Intranet du ministère et regrettent que l'enquête sur les GCSMS ait pris du retard. Certains s'étonnent qu'aucun texte n'ait été publié depuis l'instruction ministérielle du 3 août 2007.

Ils s'interrogent aussi sur les finalités du dispositif et ne savent pas trop quelle est finalement la volonté des pouvoirs publics. Ils conviennent qu'il leur faut vendre le rapprochement associatif mais pour quel objectif final : la fusion ou la simple coopération ?

Cependant, tous admettent qu'en contrepartie, la DGAS ne les relance pas non plus quant à la nécessité d'accélérer ou de contribuer à accélérer la mise en œuvre des GCSMS. Pour autant, certains d'entre eux commencent à prendre des initiatives.

2.4.5 Quelques initiatives

Pour mieux faire connaître le dispositif, les interlocuteurs que j'ai interrogés n'ont pas jugé opportun de lancer de grandes réunions.

La DDASS du Val-de-Marne préfère agir de manière circonstanciée plutôt que générale. Par exemple, lors d'une réunion avec les directeurs des EHPAD du département, il avait été projeté de mettre les GCSMS à l'ordre du jour, mais ce projet a été finalement retiré de peur que cela n'intéresse pas grand monde.

En fait, les opérateurs sélectionnés sont choisis en fonction de contextes bien précis. Dans un cas par exemple, il s'agissait de réécrire une convention conclue entre deux EHPAD publics, à la suite d'un courrier que la DDASS avait reçu du comptable public l'alertant sur des points qui lui paraissaient sujets à litige. La DDASS a alors réuni les établissements concernés en leur conseillant, plutôt que de modifier la convention, de

créer un groupement et de sous-traiter à un consultant une analyse de faisabilité. Le projet est toujours à l'étude.

Dans d'autres cas, les interlocuteurs ne sont décidément pas intéressés, objectant que créer un groupement engendre des instances supplémentaires qu'il faut faire fonctionner sans que cela apporte une réelle valeur ajoutée.

En Seine-et-Marne, il n'y a pas eu non plus de grandes réunions pour présenter le dispositif. La question a certes été abordée lors d'une réunion de directeurs mais cela n'a pas été plus loin. La discussion a repris avec certains d'entre eux, en comités plus restreints et en choisissant des interlocuteurs susceptibles d'y prêter une oreille plus attentive.

Le souci principal concerne à vrai dire les petites associations, notamment mono-établissement, avec l'objectif qu'elles ne restent pas seules et qu'elles se rapprochent d'associations plus importantes. Mais dans ces cas là, c'est plutôt une solution de fusion-absorption qui leur est proposée et c'est seulement quand les conseils d'administration n'arrivent pas à se mettre d'accord, qu'il leur est suggéré la possibilité de mettre en place des GCSMS, en quelque sorte comme une alternative à la fusion. Car les petites associations mono-établissement éprouvent de plus en plus de difficultés et l'objectif est de leur démontrer l'intérêt de créer un GCSMS avec une association qui a un siège, un chef comptable et qui peut par exemple les aider sur le plan juridique, leur proposer des outils de gestion. Cependant, malgré ces efforts de persuasion, certains ne souhaitent toujours pas s'engager plus avant. Aussi, il peut arriver qu'un certain pouvoir d'injonction se manifeste et qu'il leur soit clairement affirmé qu'à court terme, ils n'auront peut-être plus trop le choix et qu'ils devront opter pour l'une ou l'autre de ces deux solutions : l'absorption ou la mise en œuvre un groupement de coopération.

D'autre part, la DDASS de Seine-et-Marne, dans un esprit de prospective, commence à réfléchir à des projets concrets. Par exemple, les établissements accueillant des personnes âgées du Nord du département connaissent de graves difficultés de recrutement de personnel médical et paramédical et des postes sont perpétuellement vacants. La constitution d'un groupement qui pourrait éventuellement embaucher du personnel qu'elle mettrait à disposition de ses membres est envisagée. Une étude des besoins a commencé concernant également les établissements pour personnes handicapées afin de vérifier la pertinence de poursuivre ce projet.

La DDASS a un autre projet : la mutualisation des transports, qui représente un coût énorme, notamment dans les parties rurales du département. Il y a encore de fortes réticences car les établissements veulent rester maîtres de cette organisation.

Ces initiatives et projets entrent dans la volonté des DDASS de se recentrer sur leurs missions d'animation.

2.4.6 Un recentrage sur les missions d'animation

Les inspecteurs estiment que les GCSMS constituent l'un des outils de la conduite du changement des modes d'organisation du champ social et médico-social et qu'il faut dans une certaine mesure les rapprocher des CPOM. Ces deux nouveaux dispositifs répondent en partie aux mêmes objectifs : recomposer et améliorer l'offre sociale et médico-sociale en lui proposant de nouvelles dynamiques d'organisation et recentrer les DDASS sur des missions d'animation, en passant moins de temps sur la tarification des établissements surtout si, pour rester dans le cadre des GCSMS, c'est leur activité qui est tarifée et non plus celle de leurs membres. Grâce à ces gains administratifs obtenus, ils pourront ainsi mieux se concentrer sur des opérations de contrôle, d'évaluation, d'inspection et mieux conseiller techniquement les associations, en particulier les plus petites.

Ce recentrage était rendu d'autant plus nécessaire que depuis quelques années, les services déconcentrés se plaignent à juste titre d'avoir à négocier et à contrôler de plus en plus d'établissements et services, y compris quand ils sont gérés par la même association, ce qui mobilise du temps et du personnel (campagne budgétaire, comptes administratifs...) alors que leurs moyens (en nombre d'agents notamment) n'ont pas suivi la même courbe. Il ne leur a pas échappé que les politiques publiques sont de plus en plus soumises à une logique économique. Le développement de la coopération comme la pluri-annualisation budgétaire répondent aussi à la nécessité de mieux contrôler le fonctionnement de dispositifs financés par les fonds publics. Disposant d'enveloppes de crédits limitatives, incités à accélérer la convergence tarifaire et à développer les indicateurs financiers, ils passeront moins de temps aux discussions budgétaires donc plus de temps à leurs missions d'animation : concevoir, mettre en œuvre, évaluer les schémas départementaux et les PRIAC, évaluer la qualité des prestations, inspecter, conseiller.

Cette connaissance du terrain et cette vision globale et stratégique du secteur médico-social sont mises au service de la prise en compte des besoins des usagers et les inspecteurs sont bien conscients que tel est aussi l'un des grands enjeux de la coopération.

2.4.7 Mieux prendre en compte les besoins des usagers

Les usagers du secteur médico-social pâtissent encore trop fréquemment d'une rupture dans l'organisation de leur prise en charge entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, mais aussi entre leur vie à domicile et leur vie en établissement. Globalité, continuité et individualisation des réponses apportées aux usagers sont les raisons officielles de la création des GCSMS afin de les replacer au cœur du dispositif, ce qui est conforme à l'esprit des lois de 2002 et de 2005. Ce sont les dispositifs qui doivent ainsi s'adapter à chaque personne et non l'inverse.

Les usagers ont tout à gagner à la mise en place d'une meilleure coordination entre les établissements qui doit leur permettre un accès simplifié à un "panier" de services coordonnés et complémentaires. A ce sujet, les services déconcentrés ont bien conscience que l'un des problèmes-clefs des structures médico-sociales est le recrutement de personnels qualifiés, notamment dans le secteur médical et paramédical. C'est à leur avis la possibilité de mutualiser du personnel qui constitue la plus-value la plus bénéfique pour les usagers. Beaucoup d'établissements ne peuvent recruter seuls des collaborateurs, soit parce qu'ils n'en ont pas les moyens, soit parce que leurs propres besoins ne leur permettent que de proposer des temps partiels peu attractifs. Dans maints établissements, le manque de certains personnels compétents (kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens...) nuit incontestablement à la qualité de la prise en charge des résidents. Le GCSMS peut, en créant un pôle de professionnels qui interviendraient pour l'ensemble des structures qui en sont membres, tenter d'y remédier.

Enfin, le rapprochement associatif constitue également un moyen de rompre l'isolement géographique de certaines institutions au fin fond de villages, sans contact avec l'extérieur, et limiter les risques de maltraitance qui pourraient s'y produire.

Le travail en réseau, le partenariat, la coopération n'ont certes pas attendu les GCSMS pour se développer. Cependant, la nouveauté apportée par les GCSMS est de proposer un cadre juridique formalisé clair tout en se voulant souple et peu contraignant. D'autre part, dans leur version maximaliste, les GCSMS peuvent gérer des établissements et services en lieu et place de leurs adhérents. Pour autant, force est de constater que beaucoup d'interrogations subsistent et que des acteurs se posent la question de leur valeur ajoutée. Aussi, il me paraît nécessaire d'améliorer ce nouvel outil de coopération afin de le rendre encore plus attractif.

3 Propositions pour améliorer ce nouveau cadre de coopération et le rendre plus attractif

Les services déconcentrés, de par leur proximité avec les établissements, sont les mieux placés pour apprécier la portée et les limites de ce nouveau dispositif, que l'administration centrale souhaite voir se développer. Aussi, il convient d'améliorer l'articulation entre ces deux niveaux administratifs (3.1), afin d'aider les DDASS à mieux promouvoir les GCSMS (3.2).

3.1 Améliorer l'articulation entre l'administration centrale et les services déconcentrés

L'administration centrale doit renforcer son rôle de coordination pour mieux épauler les inspecteurs (3.1.1) et ceux-ci doivent lui soumettre des propositions pour faire évoluer les textes (3.1.2).

3.1.1 L'administration centrale doit renforcer son rôle de coordination dans la mise en place des GCSMS

La DGAS a, dès l'année 2006, lancé une campagne de communication et de sensibilisation auprès des services déconcentrés et des partenaires du secteur médico-social, en organisant notamment des journées interrégionales techniques pour présenter les nouveaux dispositifs. Elle doit maintenant parfaire cet appui et ce soutien aux services déconcentrés, en mettant en place un véritable dispositif d'accompagnement comme c'est déjà le cas pour les CPOM. En effet, pour aider à la signature de ces contrats, l'Intranet du ministère de la santé, propose, sur une page dédiée, des documents présentant le dispositif, le recueil des bonnes pratiques, le guide méthodologique, le support de formation, la liste des formateurs et des exemples de contrat, bref, un cahier des charges qui a beaucoup aidé les services déconcentrés. Le même type d'accompagnement pour aider à la mise en œuvre des GCSMS me semble nécessaire. Un premier effort a été accompli avec l'instruction ministérielle du 3 août 2007, qui comportait notamment un guide juridique, des précisions ayant trait aux dispositions fiscales, des réponses aux premiers questionnements survenus, un modèle de convention-type. D'autres initiatives doivent être lancées.

En premier lieu, il conviendrait de constituer, au niveau central, une véritable équipe ayant un rôle de pilotage, de coordination et de suivi. Les systèmes d'information existants doivent être utilisés et optimisés pour assurer ce suivi. Je pense notamment à FINESS²⁶, dont il peut paraître surprenant que les statuts juridiques "GCSMS public" et "GCSMS privé" n'y soient pas encore créés (contrairement à GIP, GCS public, GIE, GCS privé).

L'action de cette équipe à l'échelon central pourrait être démultipliée par la nomination, au niveau régional, de référents assurant des missions de formation et d'appui méthodologique envers les inspecteurs.

D'autre part, le bilan et l'analyse de l'enquête nationale sur les groupements doivent être diffusés aux services déconcentrés et figurer sur l'Intranet du ministère.

Sur le site Internet du ministère, plus largement accessible puisque ouvert à tous les acteurs potentiellement intéressés, il serait pertinent de créer une véritable page interactive dans laquelle on pourrait trouver : la présentation du dispositif, les règles juridiques, un forum questions-réponses, des argumentaires, des exemples de réalisation et de conventions, des témoignages et un fichier de consultants juridiques référencés à destination des associations souhaitant bénéficier d'une assistance au démarrage.

Par ailleurs, les inspecteurs peuvent et doivent contribuer à faire évoluer les textes en proposant des pistes d'amélioration.

3.1.2 Les IASS : force de proposition pour contribuer à faire évoluer les textes

Les textes concernant les GCSMS ne sont pas toujours suffisamment explicites et peuvent être interprétés de différentes manières, notamment en ce qui concerne le droit social et le régime fiscal.

A) Expliciter la gestion des autorisations et la tarification

Il a été vu, plus haut, que ce n'est que dans le cas où le GCSMS projetterait d'exercer directement les missions et prestations des établissements membres qu'il peut lui être éventuellement délivré un nouvel arrêté d'autorisation. Dans les autres cas, l'accord de l'autorité ayant délivré l'autorisation initiale est certes nécessaire, mais rien dans le CASF ne stipule qu'il faut alors délivrer un nouvel arrêté. En conséquence, qui détient au bout du

²⁶ bientôt remplacé par RMESS : répertoire mutualisé des entités sanitaires et sociales

compte l'autorisation : est-ce toujours le membre du groupement même s'il en cède l'exploitation au groupement ou le groupement lui-même ? La nuance entre l'exercice direct des missions et prestations de ses membres et l'exploitation de l'autorisation de ses membres me paraît ténue, pas suffisamment explicite et sujette à interprétation. Dans le premier cas, le GCSMS est logiquement destiné à devenir titulaire des autorisations, dans le deuxième, il n'est qu'autorisé à exploiter une ou plusieurs autorisations détenues par un ou plusieurs établissements membres, mais sans nécessairement devenir titulaire de l'autorisation, qui reste celle de ses membres. Pourquoi ne pas écrire explicitement que le groupement peut être titulaire, en son nom propre, d'une autorisation d'activité, après accord des associations qui en font partie, ce qui résoudrait les problèmes d'interprétation et lui donnerait aussi plus de légitimité pour proposer des activités novatrices et complémentaires à celles de ses membres.

Par ailleurs, si le CASF fait le lien entre autorisation et tarification dans le cas où le groupement exerce directement les missions et prestations des établissements et services membres, voire l'exploitation directe d'une autorisation détenue par un de ses membres, en indiquant que dans ces cas, "*les tarifs sont facturés et perçus par le groupement*"²⁷, force est de constater que les autorités de tarification n'ont pas toutes franchi le pas et continuent de traiter avec chaque structure séparément même quand l'autorisation de fonctionner a été transférée au groupement. Autant, s'il paraît logique que lorsque le groupement n'a en charge par exemple que l'exploitation technique d'une partie de l'autorisation d'un ou plusieurs de ses membres, ceci n'entraîne pas de modifications quant à la tarification, autant, dans les autres cas, le groupement devrait être tarifé directement. Pourquoi le groupement ne peut-il pas être considéré comme un établissement médico-social et en avoir le statut à partir du moment où une autorisation lui a été délivrée et que, dans ce cas, il peut prétendre bénéficier d'un financement identique à celui des établissements qui le composent ? Qu'est-ce qui le différencie dans ce cas là d'un ESMS si ce n'est le fait qu'il ne figure pas "noir sur blanc" dans la liste des établissements qui figurent à l'article L.312-1 du CASF ?

²⁷ cf. article R. 312-194-5 § 3 du CASF

B) Le personnel doit avoir des droits sociaux mieux reconnus

Concernant le régime du personnel, les GCSMS peuvent soit utiliser des personnels mis à disposition par leurs membres, soit en embaucher directement.

Les GCSMS avec mise à disposition du personnel

Les personnels mis à disposition gardent leur position statutaire mais ont en quelque sorte deux "patrons" : le directeur de l'établissement qui a autorité sur le cadre de leur travail (contrat, statut, paye, sanctions, promotions) et l'administrateur du groupement qui a autorité sur le contenu de ce travail (objectifs, moyens).

S'il s'agit d'un groupement de droit privé, cette mise à disposition prend la forme d'un prêt de main-d'œuvre à but non lucratif. Le salarié reste lié à son établissement d'origine, qui le rémunère et se fait ensuite rembourser par le groupement. Mais si cette situation perdure, le groupement devra gérer des personnels qui ont des statuts différents et il ne lui sera pas facile d'optimiser la gestion des ressources humaines de professionnels travaillant ensemble mais qui ne sont pas régis par les mêmes statuts collectifs.

S'il s'agit d'un groupement de droit public, seule la mise à disposition est possible, ce qui impliquera là aussi des problèmes de gestion des ressources humaines. Le détachement devrait pouvoir être autorisé.

Les GCSMS employeurs directs

Dans ce cas, le GCSMS peut embaucher son propre personnel. S'il est de droit public, la fonction publique retenue devra avoir été précisée par la convention constitutive. S'il est de droit privé, ce sont les dispositions du code du travail qui s'appliquent. Mais le GCSMS ne sera pas obligé d'appliquer une convention collective et, s'il en choisit une, elle peut l'être en dehors des conventions du secteur social et médico-social.

Aucune règle n'a été prévue concernant la constitution d'instances représentatives du personnel recruté (ni délégués du personnel, comité d'entreprise et comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail dans les GCSMS de droit privé, ni comité technique paritaire et comité d'hygiène et de sécurité dans les GCSMS de droit public d'Etat et territorial, ni comité technique d'établissement et comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail dans les GCSMS de droit public hospitalier). Certes, les groupements peuvent constituer des instances consultatives, notamment pour associer les représentants du personnel et les usagers, mais ceci n'est que facultatif. Des progrès doivent donc être envisagés pour mieux assurer les droits sociaux des personnels.

C) Le régime fiscal n'est pas suffisamment explicite

Parmi les reproches généralement faits aux GCSMS, ceux concernant leur régime fiscal²⁸ sont les plus récurrents. En 2006, la DGAS avait rédigé une instruction fiscale pour tenter de lever certaines interrogations mais certains juristes y ont néanmoins constaté des lacunes. Ainsi un cabinet d'avocats, le Cabinet Houdart, a pu déplorer que le ministère des finances ait laissé à la DGAS le soin de rédiger cette instruction sous sa propre responsabilité "*qui n'a pas grande valeur juridique aux yeux du Conseil d'Etat*"²⁹. Aussi, face à ces interrogations, la DGAS a demandé aux services du ministère des finances de préciser certaines dispositions fiscales et de les "communiquer" dans son instruction ministérielle du 3 août 2007.

En l'état actuel des choses, le régime fiscal des GCSMS est le suivant :

Impôt sur les sociétés : a priori, les GCSMS n'entrent pas dans le champ d'application de l'impôt sur les sociétés mais ils peuvent opter pour y être assujettis !

Taxe professionnelle : le GCSMS n'y est assujetti que s'il exerce une activité lucrative ou si l'activité réalisée, même dans un but d'intérêt général et d'utilité publique, est également assurée par des entreprises du secteur concurrentiel.

Taxes foncières : les GCSMS y sont assujettis s'ils sont propriétaires.

Taxe à la valeur ajoutée (TVA) : pour être exonéré de la TVA, le GCSMS doit satisfaire aux trois conditions suivantes :

- les services doivent être rendus aux adhérents³⁰,
- ils doivent être directement nécessaires à l'activité des membres mais pas à la satisfaction de besoins privés,
- les sommes réclamées à ceux-ci en contrepartie des services rendus doivent correspondre exactement à leur coût et à la part incombant aux membres dans les dépenses communes³¹, et ne pas présenter de caractère forfaitaire.

A contrario, des membres jusqu'alors exonérés de la TVA peuvent être assujettis en raison de l'importance des moyens qu'ils mettent à la disposition du groupement. Or, rassurer les éventuels partisans d'une démarche de groupement et de coopération, en leur confirmant que les moyens mis à disposition du groupement bénéficieraient

²⁸ régime qui s'applique au regard des différentes taxes et qui est déterminé en fonction de la composition des membres, du statut du groupement, des relations entre membres du groupement et avec les tiers, le type de prestations réalisées

²⁹ BARRE-HOUDART S., LAROSE D., *Coopération sanitaire, sociale ou médico-sociale ou l'art de la maturation*, p.46

³⁰ du moins pour plus de 50% de l'activité, sinon les recettes procurées sont soumises en totalité à la TVA

³¹ d'où la nécessité de calculer des unités d'œuvre précises

systématiquement de l'exonération de la TVA, inciteraient sans nul doute beaucoup à franchir le pas.

En matière de respect des règles de marchés publics, des erreurs, volontaires ou non, peuvent se produire. Ainsi, par exemple, un membre public d'un GCSMS peut-il se fournir en biens ou services proposés par un membre privé de ce même groupement sans être passé au préalable par une étape de mise en concurrence pour satisfaire l'actuelle jurisprudence européenne ?

Des précisions complémentaires notamment sur les obligations fiscales et en matière de marchés publics aideraient à rendre plus lisible le régime fiscal des GCSMS.

D) Faciliter la transformation des GIE et GIP en GCSMS

Les GCSMS ont pour ambition de devenir le groupement de référence du secteur médico-social. Ils ont été créés pour cela et leur intitulé suffit à le rappeler. Aussi est-il, à mon avis, dommage que l'article 21 de la loi du 2 janvier 2002 ait énoncé plusieurs formules de groupements (GIE, GIP, GCSMS) dans le secteur social et médico-social. Comment faire le bon choix entre ces différentes formules ? Pourquoi ne pas œuvrer pour réduire le nombre de types de groupements proposés (trop de choix tue le choix) qui traduisent si bien la tradition française de multiplier les structures et montages juridiques ? La solution serait de faciliter la transformation des GIE et GIP existants en GCSMS qui reprennent les avantages des uns et des autres sans leurs inconvénients et proposent des fonctions complémentaires. Le GCSMS en constitue la formule la plus ouverte, surtout si le périmètre de la coopération est amené à s'étendre. Pour cela il faudrait qu'ils puissent le faire sans avoir nécessairement à se dissoudre préalablement et à gérer les difficultés de continuité de service (transfert du patrimoine, des salariés, reprise des contrats...).

E) Le problème spécifique des pharmacies à usage intérieur

En l'état actuel des textes, les GCSMS ne peuvent disposer d'une PUI³², ce qui constitue un frein à la constitution de GCSMS, car cela ne permet pas d'optimiser la gestion des médicaments dans les ESMS qui en sont membres. La seule solution est alors d'intégrer

³² L'article L. 5126-1 du code de la santé publique n'intègre pas les GCSMS comme pouvant disposer de pharmacie à usage intérieur.

directement un GCS. L'avant-projet de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006 avait pourtant prévu cette possibilité de disposer d'une PUI mais cela n'a finalement pas été retenu dans la version définitive du texte.

F) Revoir l'organisation directionnelle

Les GCSMS sont dotés d'une organisation bicéphale très simple :

- une assemblée générale, composée de l'ensemble des membres³³, qui a compétence sur le budget, l'approbation des comptes, la nomination et la révocation de l'administrateur, l'admission et l'exclusion de membres, les demandes d'autorisation, les conditions d'intervention des professionnels libéraux,
- un administrateur, élu au sein de l'assemblée pour trois ans. Il a en charge l'administration du groupement ; il prépare et exécute les décisions de l'assemblée générale et représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. Se pose la question du choix, du statut et de la rémunération de l'administrateur. Celui-ci doit exercer son mandat gratuitement, même si l'assemblée générale peut décider de lui octroyer des indemnités de mission. Cette faculté est assez ambiguë car comment seront-elles calculées et qui les paiera (le groupement, les membres ?)

N'importe quel membre de l'assemblée générale peut être élu administrateur. Dans la majeure partie des cas, il s'agira probablement d'un des directeurs des établissements ou services membres. Dans ce cas, le directeur d'établissement qui deviendrait administrateur trouvera-t-il suffisamment de temps pour se consacrer au groupement tout en continuant de gérer son établissement, quand on sait que notamment concernant les petites structures, les équipes administratives sont déjà réduites ? Le surcroît de travail ne sera pas mince car il aura, théoriquement seul, à préparer et exécuter les décisions de l'assemblée générale, le budget et aura d'importantes responsabilités : il engagera le groupement vis-à-vis des tiers et le représentera dans tous les actes de la vie civile ainsi qu'en justice. Par ailleurs, le mandat d'administrateur étant en principe exercé gratuitement, même si des indemnités de mission peuvent lui être versées, les candidats à ce poste risquent de ne pas être légion. Enfin, lequel choisir parmi les différents directeurs, qui aura la légitimité suffisante pour être accepté par tous ? Faudra-t-il instituer une rotation ? Est-il d'ailleurs souhaitable que l'administrateur soit issu d'un des établissements membres qui ne verront pas forcément partir d'un bon œil leur directeur car ils en subiraient les conséquences en terme de gestion administrative ? Ne faudrait-il pas prévoir la création d'un véritable poste de directeur de GCSMS qui pourrait être confié

³³ Plus précisément des représentants élus par le conseil d'administration de chaque membre

à un directeur titulaire d'un certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES) ou à un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS) ? A ce poste de directeur pourrait être associé, si besoin, un bureau pour l'aider dans ses tâches.

Des clarifications à ces questions posées aideraient les DDASS à mieux promouvoir les GCSMS sur le terrain.

3.2 Les DDASS au cœur du terrain pour promouvoir les GCSMS

Les DDASS doivent assurer une mission de communication, de pédagogie et d'accompagnement afin de développer la coopération (3.2.1), quitte à promouvoir, pour commencer, des formes de coopération traditionnelles (3.2.2). Elles doivent par ailleurs convaincre les opérateurs de la nécessité de faire appel à des conseils juridiques professionnels (3.2.3) et œuvrer pour augmenter l'aide financière effective à la coopération (3.2.4).

3.2.1 Une mission de communication, de pédagogie et d'accompagnement

L'instruction ministérielle du 3 août 2007 demande aux services de l'Etat de "*s'engager résolument dans une démarche de sensibilisation, d'accompagnement et de promotion*" et de "*susciter l'adhésion et le volontariat*" des acteurs concernés. Aussi, imposer la coopération par injonction est inenvisageable, d'abord parce que les textes législatifs et réglementaires ne le prévoient pas, mais aussi parce que cela irait à l'encontre de la liberté associative. De ce fait, un sérieux travail de persuasion doit être entamé pour convaincre les acteurs de terrain de s'engager dans cette voie, en diffusant notamment des informations juridiques, et des exemples de réalisation.

Lors de la création du premier GCSMS dans le Val-de-Marne, en avril 2007, la DDASS de ce département a rédigé à l'attention du préfet une note d'opportunité afin de souligner la nature novatrice de ce groupement et le caractère fondateur de l'approbation de la convention constitutive. Cette note insistait sur le fait que la création des GCSMS devait être encouragée dans la mesure où ils constituent des vecteurs de coopération renforcée pour la gestion d'établissements et de services médico-sociaux.

L'effort pédagogique doit porter sur la nécessité de changer de culture et d'entrer dans une ère de partenariat car les structures ne peuvent plus se contenter de proposer des prestations chacune de leur côté. Elles doivent coopérer afin d'offrir des solutions de proximité et de continuité axées sur les parcours de vie des usagers.

Un effort doit particulièrement être effectué au profit des petites structures qui y jouent peut-être leur survie car elles connaissent souvent des difficultés financières. Les CPOM favorisent plutôt les promoteurs qui disposent déjà d'une certaine taille critique, gèrent plusieurs établissements et peuvent, grâce à ces contrats, mutualiser déjà une partie de leurs activités transversales. Les petites associations semblent moins concernées par la signature de ces contrats. Beaucoup pourtant dispensent une offre médico-sociale de qualité et il faut leur faire comprendre qu'intégrer un GCSMS peut être une bonne alternative, soit à la disparition, soit à l'absorption et que, dans quelques années, sinon quelques mois, elles n'auront peut-être plus trop le choix. Les réglementations sont toujours plus complexes, les besoins s'accroissent et les crédits à répartir sont de moins en moins extensibles. Il faut également bien signifier qu'intégrer un groupement ne signifie pas perdre son autonomie politique et stratégique, d'autant plus que lorsqu'elles se rapprochent d'autres établissements partageant les mêmes préoccupations, elles y gagnent en représentativité et force de proposition face aux autorités publiques, tout en réalisant par ailleurs des économies d'échelle. Il convient également d'insister sur les avantages que pourrait en tirer le public souvent très spécifique qu'elles accueillent.

Ce rôle d'impulsion ne doit surtout pas être brutal, même s'il faut orienter les coopérations et insister pour que telle association travaille avec une autre parce que cela correspond à une nécessité géographique.

Afin d'officialiser cet objectif de développer la coopération, il conviendra, lors des révisions des schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, documents d'orientation et de planification servant d'outils d'aide à la décision et de documents de référence pour les associations, d'y indiquer explicitement la volonté de voir des GCSMS se constituer. Les CROSMS en tiendront compte lorsqu'ils auront à donner leur avis sur les demandes de création, d'extension ou de transformation d'établissements ou de services qui leur seront soumises.

3.2.2 Promouvoir, pour commencer, des formes de coopération traditionnelles

Puisque, dans son esprit, le GCSMS revendique l'originalité d'être une formule "à tiroirs" qui permet de faire ce que l'on veut et comme on veut, pourvu que l'on coopère, il peut sembler opportun, pour commencer, de promouvoir le montage de projets pas trop compliqués, comme la mutualisation de moyens (ex : transport, informatique, restauration, services juridiques, services comptables), ne serait-ce que pour expérimenter ce nouveau dispositif, s'entraîner en quelque sorte et limiter les "usines à gaz". Ce pourrait déjà être un moyen de motiver d'éventuels partenaires et les inciter à passer de la simple volonté de coopérer à l'acte de coopérer. Dans cette logique, les groupements constituent un levier d'action permettant de réaliser des actions que seuls ils ne pourraient pas faire. Il pourra être rétorqué que ces formes de coopération traditionnelles ne concernent pas directement l'usager mais "mieux vaut peu que pas du tout" et au moins, ce serait déjà une première étape, pour susciter et encourager des partenariats et aussi un moyen d'optimiser l'utilisation des ressources en espérant que les économies d'échelle réalisées soient réinvesties dans une meilleure prise en charge des usagers. Par ailleurs, mettre la pression pour que le groupement porte l'autorisation de fonctionnement des établissements membres pourrait faire craindre à certaines associations que ce soit une première étape vers une fusion programmée. Cette première démarche accomplie, les membres du groupement auront appris à travailler ensemble, à mieux se connaître et cela les incitera à aller plus loin dans la coopération, aidés par la souplesse juridique du dispositif qui n'obligera pas, dans ce cas, à recommencer tout le travail déjà fait mais seulement par voie d'avenant, à redéfinir l'objet du groupement, et éventuellement sa composition et la nouvelle répartition des droits, des responsabilités et des coûts.

Pour rassurer les opérateurs, il me semble particulièrement utile de leur rappeler les points suivants :

► Le groupement peut être constitué sans capital et ses membres ne faire aucun apport en nature. Dans ce cas-là, les droits sociaux des membres peuvent être fixés de manière égalitaire alors, qu'en théorie, ils le sont à proportion de leurs apports ou de leur participation aux charges de fonctionnement s'il y en a. Cette attribution des droits sociaux n'est pas anodine car elle détermine le nombre de voix attribuées à chaque membre pour les votes à l'assemblée générale. Attribuer le même pourcentage de droits sociaux à chacun place ainsi les membres sur un plan d'égalité et aucun ne se trouve en position dominante et ne peut à lui seul détenir la majorité.

La détermination des droits sociaux est également très importante par rapport à la répartition des dettes éventuelles ; la responsabilité à celles-ci est proportionnelle aux

droits sociaux de chacun et n'est donc pas solidaire et (solidairement) indéfinie. Les membres du groupement ne sont donc pas solidaires entre eux.

► A priori, le GCSMS est constitué pour une durée indéterminée. Mais la convention peut prévoir une durée déterminée même si elle peut être éventuellement reconduite par avenant car il n'a pas été prévu de reconduction tacite. Cela peut encourager certains à se lancer dans un processus de coopération non irréversible.

L'objectif est que les premières expérimentations de GCSMS soit concluantes même si elles paraissent modestes. Il faut qu'elles réussissent afin de convaincre d'autres associations plus frileuses ou attentives à se lancer à leur tour dans la démarche.

Mais pour garantir les meilleures chances de succès au montage du dispositif, l'appel à des conseils juridiques professionnels doit être vivement encouragé.

3.2.3 Encourager l'intervention de conseils juridiques professionnels

La rédaction d'une convention constitutive, acte fondateur du groupement, ne doit pas être considérée comme une simple formalité obligatoire préalable, elle constitue une étape-clef qui ne s'improvise pas³⁴. Tout projet de convention constitutive doit comporter obligatoirement : l'objet poursuivi, la dénomination et le siège social du groupement, l'identité des membres, sa nature juridique, sa durée, ses apports, ses règles d'administration et d'organisation et les conditions d'intervention des professionnels. Et comme chaque projet de création d'un GCSMS est par nature particulier, il n'est pas évident de proposer une convention constitutive type. Par ailleurs, pour que cette convention constitue un socle juridique incontesté et incontestable, il faut se poser beaucoup de questions comme vu plus haut, sur les règles de marchés publics, de concurrence, d'emploi des personnels, de fiscalité et de ses incidences financières, des règles de sortie du groupement et contourner de nombreux écueils juridiques. La juriste Dominique Larose en recense un certain nombre : "*l'encadrement, le choix de la formule juridique, la valeur des projets, la solidité des partenaires, la rigueur de la préparation, la rédaction des contrats, le comportement des associés, la capacité d'anticipation, l'évolution du contexte, le caractère concurrentiel ou non de l'activité*"³⁵. Un certain nombre de volontaires à la constitution d'un GCSMS ont déjà rédigé des conventions, pas

³⁴ La juriste Dominique Larose la définit comme représentant le code civil et le code pénal du GCSMS car elle en détermine le fonctionnement et en fixe les règles.

³⁵ LAROSE D., *Projets de coopération : éviter les écueils juridiques*, p.21

toujours avec la rigueur requise. Or, en vertu de l'article 1134 du code civil, "*les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites.*" Une convention mal rédigée peut donc avoir des conséquences néfastes même si l'objet du groupement a été bien pensé. Aussi, les DDASS doivent encourager l'intervention d'un conseil juridique professionnel extérieur, habitué à porter ce type de projet et, qui plus est, apporte une neutralité bienveillante et un conseil objectif qui ne favorise aucune partie par rapport à une autre.

Ce faisant, et en partie parce que cette intervention n'est pas gratuite, il incombe d'accroître, autant que faire se peut, l'aide financière aux opérateurs qui souhaitent se lancer dans la constitution d'un groupement.

3.2.4 Augmenter l'aide financière effective à la coopération

L'instruction ministérielle du 3 août 2007 a précisé les conditions d'aide financière à la constitution de GCSMS. Cette instruction évoque la possibilité pour les DDASS d'utiliser une fraction des moyens attribués mais non affectés, au titre de 2007, pour le versement d'une aide effective au démarrage des GCSMS. Ce soutien financier, de 6 000 à 15 000 € par création effective, apporté par les DDASS, est destiné à participer au financement des frais d'étude et de montage des projets de coopération (recours à un appui extérieur : consultant, audit financier, cabinet en organisation, afin de faciliter la mise en place des GCSMS)³⁶. Mais il ne s'agit que de crédits d'études à visée incitative et non reductibles devant financer une étape intermédiaire se situant à mi-chemin entre l'étude préalable d'opportunité et de faisabilité d'un groupement et l'aide au démarrage une fois le groupement constitué. Par ailleurs, il ne s'agit que de crédits disponibles d'enveloppes dont le montant peut varier d'une région et d'une année à l'autre (dispositif aléatoire et non pérenne) et qui doivent être attribués prioritairement aux projets les plus exemplaires (complexité, satisfaction aux besoins exprimés dans les schémas, complémentarité de l'offre, économies d'échelles, services rendus aux usagers).

Or, paradoxalement, même si le groupement est créé afin de réaliser des économies d'échelle et d'améliorer le service rendu aux usagers, la mise en commun de moyens peut induire, avant que ces économies ne se réalisent, des frais supplémentaires (salaires des personnels recrutés, frais de déplacement de ces personnels partagés dans les différents établissements membres du groupement). Cette aide financière de démarrage peut être

³⁶ Si la création n'est pas effective, la subvention devra être remboursée.

mobilisable grâce à une enveloppe spécifique de la CNSA. Dans la section I de son budget, part destinée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux (objectif global de dépenses "personnes handicapées"), une enveloppe de 35 millions d'€ a été réservée en 2008 pour financer des opérations de restructuration du secteur du handicap au travers d'actions de renforcement des moyens, de contractualisation et de coopération³⁷, c'est-à-dire les CPOM et les GCSMS. Il s'agit de crédits a priori pérennes mais ce sont les DDASS qui, in fine, décident de la durée d'attribution (non pérennes, pérennes, durée de vie du CPOM). Ils sont pré-répartis en début d'année entre les DRASS en fonction notamment des taux d'équipement régionaux et de la projection de la population à 2015, faite par l'INSEE. Chaque région organise ensuite ses priorités départementales en matière de contractualisation. En 2008, 7 millions d'€ ont été attribués à la région Ile-de-France. Ces 35 millions d'€ ont été intégralement utilisés en 2008 mais 99% de ces fonds ont servi à financer des CPOM (entre autres pour rebaser des structures en difficulté chronique) et un petit 1% pour financer des GCSMS (dans les régions Corse et Picardie uniquement). Il serait pertinent de cloisonner dès le départ la sous-enveloppe consacrée aux CPOM et celle consacrée aux GCSMS et interdire qu'elles soient fongibles entre elles. D'autant plus quand, selon la CNSA, le montant de l'enveloppe dépend du "bon vouloir" de la direction du budget du ministère des finances qu'il n'est pas aisé de convaincre de la plus-value de la contractualisation. Ainsi, tel un yo-yo, cette enveloppe fluctue d'une année à l'autre : 12 millions d'€ en 2007, 35 millions d'€ en 2008, 24 millions d'€ en 2009.

D'autres aides plus ponctuelles sont proposées par la CNSA :

La section IV (promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services) peut financer, sur présentation de dossiers, des aides à domicile non médicalisées, organisées éventuellement en GCSMS. Aucun dossier n'a été présenté à ce sujet en 2008.

La section V (autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie) apporte un soutien financier aux études, recherches et actions innovantes. Son programme d'action 2008 comprenait entre autres le financement de travaux d'étude sur la coopération entre le secteur sanitaire et médico-social en santé mentale et sur le suivi des groupes de coopération. Là aussi, ces études n'ont pas été menées. Pour autant, il serait souhaitable que des appels à projet de coopération soient étendus et généralisés pour sélectionner et financer le démarrage de GCSMS dont les dossiers auraient été retenus.

³⁷ A titre de comparaison, 300 millions d'€ ont été consacrés aux plans d'aide à l'investissement.

Conclusion

Grâce aux GCSMS, outil dont ils sont les initiateurs, les pouvoirs publics espèrent sans aucun doute une restructuration du secteur médico-social et une recomposition de son offre. Il a été vu plus haut que les promoteurs, qui n'ont pas été demandeurs de ce nouveau dispositif, le craignent un peu et ont sans doute un peu peur d'être instrumentalisés, mais ils ne pourront pas échapper à la nécessité de réfléchir à la coopération, à sa nécessité et à l'actualisation de leur projet politique associatif. Maintenant, les GCSMS répondront-ils efficacement aux besoins de la coopération, sachant qu'ils seront ce que les promoteurs en feront ?

Le succès des GCSMS dépendra avant tout du désir des acteurs de travailler ensemble pour progresser. Le meilleur outil juridique possible n'y suffira pas si cette volonté n'existe pas. Ce sera l'un des challenges des IASS que d'aider à y contribuer.

Les GCSMS n'ont pas pour le moment, de caractère obligatoire, mais il semble évident qu'ils ont pour ambition de représenter "la référence" dans le secteur social et médico-social. Cependant, si cet outil ne connaissait pas le succès escompté, faudrait-il envisager que les autorités de tutelle puissent l'imposer, comme cela est possible du côté sanitaire, avec la faculté qu'ont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de contraindre à la création des GCS ? La création des agences régionales de santé (ARS), réunissant en leur sein les domaines sanitaire et médico-social, pourrait accélérer cette restructuration du secteur médico-social avec une pression plus forte à la concentration, la contractualisation et la coopération, afin de réduire le nombre d'interlocuteurs et simplifier la gestion de leur tarification. M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale l'a d'ailleurs indiqué lors de son audition par la mission Ritter sur les ARS, *"les établissements n'ont pas l'obligation d'adhérer à un GCSMS ou de conclure un CPOM par le biais d'une association de gestion, mais ils pourraient y être plus fortement incités qu'aujourd'hui, voire contraints, s'il fallait accélérer la restructuration du secteur, en vue du transfert de son pilotage aux ARS"*.

Par ailleurs, les GCSMS sont très proches des GCS et cela a été souhaité afin que les secteurs convergent et fonctionnent de manière similaire. De fait, les établissements médico-sociaux peuvent être membres d'un GCS et les établissements de santé peuvent être membres d'un GCSMS. Au vu du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, qui prévoit que le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) devra préciser *"les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de*

*santé, les établissements et services médico-sociaux, les structures et professionnels de santé libéraux*³⁸, ne pourrait-on pas estimer qu'il faille, un jour, aller au bout de la logique du décloisonnement entre les deux secteurs en fusionnant les deux outils pour n'en constituer plus qu'un seul ?

³⁸ extrait des articles L. 1434-6 et L. 1434-7 contenus dans le projet de loi

Bibliographie

1) Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. [visité le 21.12.2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [visité le 21.12.2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire). [visité le 21.12.2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU TRAVAIL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° DGAS/SD 5B/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluri-annualité 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. Bulletin officiel, n° 06/06 du 15 juillet 2006. [visité le 14.01.2008], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/>
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 19 décembre 2006 relatif au plan comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles [visité le 21.12.2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE. Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale. [visité le 21.12.2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-08/somthema.htm>

2) Articles (de périodique)

- ALUZE J., novembre 2007, "Choisir une solution sécurisée", Directions, n° 46, p. 28
- APOLLIS B., mars 2007, "Le GCSM, l'autre groupement de coopération", Revue générale de droit médical, n° 11, pp. 49-63
- BANQ M.E., mars 2008, "Nouvelles précisions sur le groupement de coopération sociale et médico-sociale", Revue droit et santé, n° 22, pp. 249-251
- BARRE-HOUDART S., LAROSE D., juillet-août 2006, "Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation", Revue hospitalière de France, n° 511, pp. 42-47
- CAUSSE D., JAMOT M., mai-juin 2006, "Le décret sur les GCSMS est enfin paru !", La lettre de la Fédération hospitalière de France, n° 4, pp. 14
- COMBE H., mars/avril 2007, "Les associations, actrices et coopératrices au cœur du territoire", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 139-148
- DE LARD B., mars/avril 2007, "Le groupement de coopération sociale et médico-sociale : ballon d'oxygène ou ballon de baudruche ? ", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 35-44
- DELMOTTE H., novembre 2006, "Dix questions sur les groupements de coopération", Santé Social, n° 24, pp. 61-62
- DURIBREUX M., juillet-août 2006, "Un groupement ad hoc pour coopérer", Directions, n° 32, pp. 32-33
- ENOT P., mars/avril 2007, "La coopération : quelles questions en termes de dirigeance associative", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 47-58
- ESPER C., septembre-octobre 2006, "Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale", Revue de droit sanitaire et social, n° 5, pp. 909-917

- GACOIN D., mars/avril 2007, "Le management du dispositif GCSMS", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 95-104

- GILLIOTTE N., novembre 2007, "Groupements de coopération : apprendre à jouer collectif", Directions, n° 46, pp. 22-24

- GILLIOTTE N., novembre 2007, "La fiscalité des groupements de coopération", Directions, n° 46, pp. 30-31

- GIMENO G., mars/avril 2007, "Le GCSMS : outil de référence pour la coopération dans le secteur social et médico-social ?", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 63-92

- GIMENO G., mars/avril 2007, "Typologie des modalités de coopération dans le secteur social et médico-social", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 151-160

- HADRI K., mars/avril 2007, "Coopération – Groupements de services – Le cadre du décret du 6 avril 2006", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 11-19

- LAGA L., 2 mai 2008, "Les groupements de coopération sociale et médico-sociale : règles de création - modalités de fonctionnement - fiscalité", Actualités sociales hebdomadaires, n° 2556, pp. 23-32

- LAGA L., 16 mai 2008, "Les groupements de coopération sociale et médico-sociale : règles de création - modalités de fonctionnement - fiscalité (suite et fin)", Actualités sociales hebdomadaires, n° 2558, pp. 13-21

- LAROSE D., 15 septembre 2006, "Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCSMS. 1^{ère} partie", TSA Hebdo, n° 1080, pp. 13-20

- LAROSE D., 22 septembre 2006, "Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCSMS. 2^{ème} partie", TSA Hebdo, n° 1081, pp. 15-19

- LAROSE D., mars/avril 2007, "Projets de coopération : éviter les écueils juridiques", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 21-33

- LAROSE D., novembre 2007, "Un outil très intéressant de planification", Directions, n°46, p. 25

- MARIE J.P., mars/avril 2007, "Un exemple de coopération : le GCSMS "Cap'Alternance", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 119-129
- MASSON O., mars/avril 2007, "Du réseau local au groupement de coopération. Développer les synergies", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 107-118
- MEHEUT V., janvier 2007, "Vers un secteur social et médico-social de (re)groupements ?", Revue Droit et santé, n° 15, pp. 117-121
- MOLLER C., mars/avril 2007, "Pourquoi coopérer dans le secteur social et médico-social ?", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 59-62
- PAQUET M., 2 mai 2008, "Le groupement de coopération : un instrument à manier avec précaution", Actualités sociales hebdomadaires, n° 2556, pp. 35-38
- PODEVIN F., mars/avril 2007, "Le "Gap", Groupement des associations partenaires secteur social et médico-social", Les Cahiers de l'Actif, n° 370/371, pp. 131-135
- VARINI E., BATIFOULIER F., HEGOBURU D., MERCIER J., SAUVAIRE J.L., mai-juin 2008, "Associations : anticiper les regroupements", ASH Magazine, n° 27, pp. 38-39
- VERGER P., novembre 2007, "Partager des valeurs communes ", Directions, n° 46, p. 27
- WITTMANN M., novembre 2007, "Mutualiser la gestion des systèmes d'information", Directions, n° 46, p. 26

3) Conférences

- TREGOAT J.J., "Les enjeux de la modernisation des services d'aide à domicile au sein des collectivités", in GROUPE MONITEUR, Colloque, 10 novembre 2005

4) Sites Internet

- ACTUALITES PSYCHIATRIE. *L'Unafam demande un renforcement des partenariats entre les soignants, les acteurs sociaux et les usagers, 26 janvier 2008.* [visité le 21.12.2007], disponible sur Internet : http://www.infirmiers.com/actu/detail_actu.php?id_news=1118

- DANIEL GACOIN. *Des précisions pour les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les GCSMS*. [visité le 26.04.2008], disponible sur Internet : <http://danielgacoin.blogs.com/blog/>
- GROUPEMENTS DE COOPERATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE. [visité le 30.07.2008], disponible sur Internet : http://www.fjnassocies.com/pages_fr/08_creation-groupe-ment-coop.php
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. *La loi de rénovation sociale et médico-sociale, 20 août 2007*. [visité le 19.06.2008], disponible sur Internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/social/grands-dossiers/etablissements-services-sociaux-medico-sociaux/loi-renovation-action-sociale-medico-sociale.html>
- URIOPSS CENTRE. *Dossier sur les groupements de coopération sociale et médico-sociale*. [visité le 13.12.2007], disponible sur Internet : <http://www.associations.regioncentre.fr>

5) Enquêtes

- DUTHEIL N., ROTH N., novembre 2005, *En dix ans, moins d'enfants handicapés mais davantage d'adultes parmi les résidents en établissements*, France portrait social, édition 2005-2006, pp. 127-141
- MAINGUENE A., juin 2008, *Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse, résultats provisoires de l'enquête ES 2006*, Drees Etudes et résultats, n° 641
- MAINGUENE A., novembre 2008, *Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile, résultats de l'enquête ES 2006*, Drees Etudes et résultats, n° 669
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE. Enquête destinée à renseigner le questionnaire relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et le questionnaire relatif aux groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), 31.07.2008

• VANOVERMEIR S., BERTRAND D., mai 2004, *Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés : activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n° 64

• VANOVERMEIR S., BERTRAND D., novembre 2004, *Les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés : activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n° 71

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et de celles qui m'ont accordé un entretien téléphonique

Annexe 2 : Grilles d'entretien avec la direction générale de l'action sociale, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, un administrateur de groupement de coopération sociale et médico-sociale, des directeurs généraux d'association, des directeurs d'établissement

Annexe 3 : Accueil des adultes handicapés : établissements, lits, places, installés au 1^{er} janvier 2006, par catégories, en France, Ile-de-France et Seine-et-Marne

Annexe 4 : Accueil enfance et jeunesse handicapées : nombre d'établissements et places, par catégorie, au 1^{er} janvier 2006 en France, Ile-de-France et Seine-et-Marne

Annexe 5 : Enquête destinée à renseigner le questionnaire relatif aux groupements de coopération sociale et médico-sociale

Annexe 6 : Remontées issues de l'enquête "Solen" sur 26 groupements de coopération sociale ou médico-sociale

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et de celles qui m'ont accordé un entretien téléphonique

<u>Personne rencontrée</u>	Fonction	Structure	Date
M. A	Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Val-de-Marne	18 juin 2008
M. B	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Val-de-Marne	18 juin 2008
Mme C	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Seine-et-Marne	23 juin 2008
Mme D	Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Seine-et-Marne	11 juillet 2008
M. E	Administrateur	Groupe de coopération sociale et médico-sociale F	21 juillet 2008
M. G	Directeur général	Association H	22 juillet 2008
Mme I	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de l'Essonne	25 juillet 2008
M. J	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Seine-et-Marne	29 août 2008

<u>Personne rencontrée</u>	Fonction	Structure	Date
M. K	Directeur	Etablissement et service d'aide par le travail L	12 septembre 2008
M. M	Directeur	Institut médico-éducatif N	17 septembre 2008

<u>Entretien téléphonique</u>	Fonction	Structure	Date
Mme O	Chargée de mission et référente <i>Groupements de coopération sociale et médico-sociale</i>	Direction générale de l'action sociale	1 ^{er} et 2 ^{ème} semestres 2008
Mme P	Contrôleuse de gestion	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France	3 septembre 2008
M. Q	Directeur	Association	7 octobre 2008
M. R	Chargé de mission à la direction des établissements et services médico-sociaux	Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie	23 décembre 2008

Annexe 2 : Grilles d'entretien avec la direction générale de l'action sociale, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, un administrateur de groupement de coopération sociale et médico-sociale, des directeurs généraux d'association, des directeurs d'établissement

Grille d'entretien semi-directif téléphonique auprès de la DGAS

Objectifs de l'entretien téléphonique, informations recherchées : interroger les initiateurs de la création du nouveau cadre juridique que sont les GCSMS afin de comprendre les raisons et les motifs qui ont conduit à proposer ce nouveau type de groupement et les objectifs attendus.

Question de départ : "Pouvez-vous m'expliquer ce qui a amené les pouvoirs publics à créer les groupements de coopération sociale et médico-sociale ?"

Thèmes à aborder :

- L'intérêt des GCSMS (pour les pouvoirs publics et pour les opérateurs)
- Les différences avec les GIE et les GIP. En quoi les GCSMS sont-ils plus appropriés ? Pourquoi ce nouvel outil ?
- La tardiveté à leur mise en oeuvre ? Si oui, pourquoi ?
- Les actions entreprises pour favoriser leur mise en place (guide de montage, modèle-type de convention, aides financières, bourse aux questions, thésaurus des différents types de groupements). A qui sont-elles destinées : DDASS et (ou) associations ?
- Est-il prévu de nouveaux décrets et (ou) circulaires ?
- Qui doit être les initiateurs du lancement des GCSMS : les services déconcentrés ou les associations ? Quel est le rôle demandé aux IASS ?
- Si l'initiative vient de l'association, que doit être le positionnement du service déconcentré, de la DGAS ?
- Qui doit coordonner la création du dispositif : les DDASS ou les associations ?
- L'élaboration de la convention constitutive : quel doit être le positionnement de la DDASS ? Le lien avec les CPOM
- Le bilan et évaluation des GCSMS déjà constitués
- La mise en oeuvre des GCSMS pourrait-elle être obligatoire à l'avenir ?

Grille d'entretien semi-directif auprès de cadres de l'action sanitaire et sociale (IPASS, IASS)

Objectifs de l'entretien, informations recherchées : rencontrer des cadres de DDASS afin d'appréhender leur positionnement par rapport au développement des GCSMS, leur contribution à leur élaboration, leurs expériences, leurs attentes...

Question initiale : "Des GCSMS ont-ils déjà été constitués ou sont-ils en cours de l'être, dans votre département ?"

Thèmes à aborder :

1) Qui a été à l'initiative de leur création ?

Si c'est la DDASS, quelle démarche a été adoptée ? Sinon, quel a été le rôle de la DDASS et de l'IASS : conseil technique (sensibilisation, promotion), pédagogie par rapport à un dispositif peut-être mal compris

2) Combien de temps a duré la création des GCSMS ?

Durée plus longue ou plus courte que prévu ? Rôle de la DDASS et de l'IASS (accompagnement)

Avez-vous été formé, informé (en amont) sur les GCSMS : rôle de la DGAS (appui technique, foire aux questions, documents), l'expérience des GCS a-t-elle été utilisée ?

Les problèmes rencontrés en cours de création ?

L'aide financière à la création de GCSMS ? Enveloppe ?

Cela vous a-t-il mobilisé beaucoup de temps ?

3) Combien de GCSMS sont en cours de création ?

Même démarche ? Si non, quelles modifications ?

4) Bilan et propositions d'améliorations

Les points forts et points faibles de votre expérience, l'appui de la DGAS, les compétences des IASS sont-elles suffisantes, nécessaires (fiscalité, droit, comptabilité) ? Comment les améliorer ?

Les points forts et points faibles des GCSMS. Sont-ils pertinents, attractifs ? Quelles lacunes comportent-ils ? Sont-ils améliorables, comment ?

La perception des opérateurs : les sentez-vous intéressés ? Pensez-vous que les GCSMS auront du succès ?

5) Remontées

L'existence d'outils de pilotage et d'évaluation : remontées DGAS (tableau de bord, recensement, observations, propositions), l'appui technique vers d'autres DDASS limitrophes ? Etes-vous sollicité ?

6) Liens avec CPOM ?

La priorité, avant, après, en même temps, peut-on tout faire en même temps ?

Grille d'entretien semi-directif auprès d'un administrateur d'un GCSMS déjà constitué

Objectifs de l'entretien, informations recherchées : comprendre pourquoi et comment s'est constitué le GCSMS, qui en a été l'initiateur, le rôle joué par chacun des acteurs, les obstacles rencontrés, le bilan.

Question initiale : "Pouvez-vous me relater pourquoi et comment s'est constitué le groupement de coopération sociale et médico-sociale que vous administrez ?"

Thèmes à aborder :

- L'initiative de la création : est-ce vous ou la DDASS ? Si c'est vous, quel a été le positionnement de la DDASS ?
- Avez-vous fait appel à un cabinet extérieur ? Si oui, quel a été son rôle ?
- La genèse de la création du GCSMS (origine, craintes de départ, enjeu, objet, objectif (plus de coordination et (ou) plus de complémentarité ?), les éventuels transferts d'autorisations
- L'aide financière au démarrage
- La coordination de la création du dispositif
- Le positionnement de la DDASS dans l'élaboration de la convention constitutive
- La convention (objet, dénomination, siège social, identité des membres, nature juridique, durée, apports, règles d'administration et d'organisation, conditions d'intervention des professionnels)
- Etes-vous également directeur d'un établissement membre ? Si oui, arrivez-vous à assumer seul l'administration du GCSMS ?
- Le premier bilan

Grille d'entretien semi-directif auprès de structures médico-sociales non membres d'un GCSMS

Objectifs de l'entretien, informations recherchées : rechercher ce que l'opérateur connaît du dispositif (la représentation qu'il peut en avoir), s'il est intéressé, ce qu'il attend de la DDASS

Question de départ : "Connaissez-vous le nouveau dispositif que constituent les groupements de coopération sociale et médico-sociale ?"

Thèmes à aborder :

- La connaissance de ce dispositif
- Arrivez-vous à faire face aux nouvelles obligations imposées par les pouvoirs publics (construction des outils, évaluations obligatoires, professionnalisation, maîtrise et rationalisation des dépenses) ?
- La mutualisation des services et moyens avec d'autres structures médico-sociales
- La mesure de l'intérêt éventuel de la mise en place d'un GCSMS
- Etes-vous demandeur ? Pourquoi ? Quels sont les blocages éventuels ?
- Qu'attendez-vous de la DDASS et des IASS (coordination de la création du dispositif, élaboration de la convention constitutive...) ?
- Avez-vous signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ?

Annexe 3 : Accueil des adultes handicapés : établissements, lits, places, installés au 1^{er} janvier 2006, par catégorie d'établissement

<i>Source : DRASS - Enquête ES - FINESS</i>			
Catégorie d'établissement	ILE DE France	Seine-et-Marne	FRANCE Métro
Etablissements d'hébergement			
Foyer nb d'hébergement d'étab.	118	13	1 207
nombre de lits	3 894	462	38 956
Maison accueil spécialisée nb d'étab.	63	15	456
nombre de lits	2 152	388	17 621
Foyer de vie nb d'étab.	195	22	1 394
nombre de lits	5 061	584	40 700
Foyer d'accueil médicalisé nb d'étab.	53	6	438
nombre de lits	1 444	209	12 284
Etablissements de travail protégé			
Etablissement et Service d'aide par le travail (ESAT) nb d'étab.	179	20	1 412
nombre de places	14 391	1 848	103 050
Entreprise adaptée nb d'étab.	42	5	537
nombre de places	1 825	98	18 199
Etablissements et services de réinsertion professionnelle			
nb d'établissements	23	3	111
nombre de places	2 823	409	10 777

Services de soins à domicile			
nombres de places	446	30	1 901

Annexe 4 : Accueil enfance et jeunesse handicapées : nombre d'établissements et places, par catégorie d'établissement, au 1^{er} janvier 2006

<i>Source : DRASS - FINESS</i>			
Catégorie d'établissement	ILE DE France	Seine-et-Marne	FRANCE Métro
Instituts médico-éducatifs			
<i>nombre d'établissements</i>	168	23	1 127
<i>nombre de places</i>	8 698	1 398	68 315
Etablissements enfants et ados polyhandicapés			
<i>nombre d'établissements</i>	16	1	157
<i>nombre de places</i>	585	11	4 547
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques			
<i>nombre d'établissements</i>	23	3	343
<i>nombre de places</i>	1 210	110	14 932
Etablissements pour déficients moteurs			
<i>nombre d'établissements</i>	18	3	123
<i>nombre de places</i>	1 455	232	7 316
Etablissements pour déficients sensoriels			
<i>nombre d'établissements</i>	26	4	121
<i>nombre de places</i>	1 755	92	8 623
SESSAD			
<i>nombre d'établissements</i>	154	26	1 212
<i>nombre de places</i>	5 569	854	29 235

Annexe 5 : Enquête destinée à renseigner le questionnaire relatif aux groupements de coopération sociale et médico-sociale



**Ministère du travail, des Relations sociales, de la famille
et de la Solidarité
Ministère du logement et de la Ville**

Bienvenue dans l'enquête destinée à renseigner le questionnaire
relatif aux Groupements de coopération sociale et médico-sociale
(GCSMS)

Dernier délai : 31 juillet 2008

A l'attention des DDASS



**Ministère du travail, des Relations sociales, de la famille
et de la Solidarité
Ministère du logement et de la Ville**

Les outils de reconstitution et d'amélioration de l'offre sociale et médico sociale que constituent, d'une part, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et, d'autre part, les groupements de coopération sociale et médico sociale (GCSMS) sont, vous en conviendrez, des outils majeurs de développement de la qualité et de l'efficacité des établissements et services sociaux et médico sociaux. Aujourd'hui, les projets de cette nature connaissent un développement suffisant dans les départements pour nous permettre de tirer les premiers enseignements sur leur nature, leurs modalités et leurs objectifs.

C'est pourquoi je vous remercie de bien vouloir renseigner les enquêtes électroniques jointes, à visée très pragmatique, pour le 31 juillet, afin de recenser précisément les projets en cours, d'identifier les meilleures pratiques pour les modéliser, et d'en appréhender la portée et les limites.

Pierre-

Yves LENNEN (s'agissant en particulier des CPOM) et Khadidja HADRI (s'agissant en particulier des GCSMS) sont gestionnaires respectifs de ces deux enquêtes. En cas d'absence de l'une ou l'autre Jean-Pierre HARDY (concernant les CPOM) et Catherine PICARD (concernant les GCSMS) sont susceptibles également de répondre à vos questions.

Je ne manquerai pas de revenir vers vous début septembre pour vous restituer les résultats de cette enquête.

Je vous remercie de votre concours,

Le Directeur général,

Jean-Jacques TREGOAT.

NOTA : Merci de bien vouloir renseigner un questionnaire par GCSMS

Q1:REGION * :

Q2:DEPARTEMENT * :

*** Précisez ici les noms des régions et départements concernés par ce GCSMS**

Q3: Dénomination du Groupement:

Q4: Nombre d'établissements autonomes et services "couverts"
par le GCSMS

Q5: Quel est le statut du GCSMS? De droit public
 De droit privé

Répartition sectorielle du GCSMS

Q6: Quelle est la répartition sectorielle du GCSMS?

- Personnes âgées
- Personnes handicapées (enfants, adultes)
- Aide sociale à l'enfance/protection judiciaire de la jeunesse
- Insertion/public en difficulté
- Transversal
- Autre

Q7: Nombre de membres fondateurs du GCSMS

Q8: Nombre de places ou lits "couverts" par le GCSMS

Q9: Nombre de salariés recrutés directement par le GCSMS

Q10: Nombre de salariés mis à disposition du GCSMS

Q11 : Incitation financière à la constitution du groupement ? Oui Non

Q12 : Si oui, indiquez le montant en € de cette incitation financière

Articulation avec d'autres dispositifs

Q13 : Adhésion à un groupement de coopération sanitaire ? Oui Non

Q14 : Adhésion à réseau de santé ? Oui Non

Q15 : Autre, à préciser

Compétences du GCSMS :

Q16 : Mutualisation des moyens :

- Equipements informatiques
- Personnel (formation)
- Equipements ou services
- Autres

Q17 : Autorisation directe d'exercer des prises en charge Oui Non

Q18 : Mutualisation de la fonction « Employeur » Oui Non

Objectifs du GCSMS

Objectifs budgétaires

Q19 : Maîtrise des coûts Oui Non

Q20 : Baisse des tarifs pour l'utilisateur Oui Non

Q21 : Autre(s) Oui Non

Q22 : A préciser , si "Autre(s)"

Objectifs d'amélioration de l'offre

Q23: Fusion Oui Non

Q24 : Recomposition de l'offre Oui Non

Q25 : Autre(s) Oui Non

Q26 : A préciser , si "Autre(s)"

Objectifs organisationnel

Q27: Amélioration de la qualité du service rendu Oui Non

Q28 : Amélioration de la gestion RH Oui Non

Q29 : Commentaire libre sur intérêt du GCSMS :

Annexe 6 : Remontées issues de l'enquête "Solen" sur 26 groupements de coopération sociale ou médico-sociale

DGAS/5D/KH/11/08

DONNÉES GÉNÉRALES

GCSMS recensés par SOLEN	26
GCSMS non recensés par SOLEN	6
GCSMS constitués	32
GCSMS en projet	22
TOTAL des GCSMS en projet et constitués	54

Les 32 GCSMS constitués sont répartis sur 13 régions et 21 départements d'implantation

COMPOSITION DES GCSMS

- **38,46 %** des GCSMS constitués (10 GCSMS regroupent plus de cinq établissements ou services sociaux et médico-sociaux.
- **57,69 %** (15 GCSMS) couvrent plus de 100 places ou lits (*9024 pour GCSMS NEURODE dans le Nord*).

STATUT DES GCSMS. Il est constaté une prédominance des GCSMS de droit privé puisque :

- 80,76% des GCSMS (21) sont de droit privé ;
- 19,24% des GCSMS (5) sont de droit public

PERIMETRE COUVERT PAR LES GCSMS :

- 179 établissements autonomes et services sont couverts par les GCSMS.
- Moyenne du nombre d'établissements autonomes et services "couverts" par rapport au nombre de GCSMS : **6,88**.

REPARTITION SECTORIELLE DU GCSMS:

Prédominance des GCSMS dédiés au secteur du handicap (46%), à part égale avec les GCSMS « mixte », principalement consacrés aux secteurs personnes handicapées et personnes âgées.

INCITATION FINANCIERE

Seulement 23,07% (6) des GCSM constitués ont bénéficié d'une incitation financière.

MISE EN RESEAU

23,07 % des GCSMS (6/26) ont intégré un réseau de santé.

AUTORISATION

46,15% des GCSMS bénéficient d'une autorisation directe d'exercer (12 GCSMS).

GCSMS ET EMPLOIS:

- **32.5 salariés** ont été concernés par le recrutement direct soit une moyenne de 1,25 salariés par GCSMS ;
- **404 salariés** au total sont concernés par la mise à disposition soit 15,54 salariés par GCSMS ;
- **57,69 %** des GCSMS (15) ont procédé à des mises à disposition.

OBJECTIFS

- 88,46 % des GCSMS ont contribué à **l'amélioration de la gestion des ressources humaines** ;
- 84,61 % des GCSMS ont permis une **mutualisation du personnel ou de la formation** ;
- 76,92 % ont abouti la **maîtrise des coûts** ;
- 46,15 % des GCSMS ont abouti à la **mutualisation de la fonction « employeur »** ;
- 38,46 % ont permis une **recomposition de l'offre** ;
- 23,07 % des GCSMS ont abouti à la **baisse de leurs tarifs pour l'utilisateur** ;
- 23,07% des GCSMS ont abouti à une **fusion**.