

Dossier « Les GTSMS »

Octobre 2023

1. Rappel du dossier « grand-âge et établissements », réalisé par la Cndepah en juillet 2020

Etat des lieux

Le prisme d'entrée est le suivant :

- Les établissements sont-ils intégrés dans une filière gériatrique et concourent-ils activement à la réponse coordonnée de l'offre sur leur territoire ?
- Les établissements ont-ils atteints une taille critique pour permettre des économies d'échelle, garantir une professionnalisation suffisante des fonctions supports, incluant la qualité et la sécurité, pour renforcer l'attractivité des métiers, y compris-celle des directeurs ?

Il est impossible, à ce stade et compte tenu de l'absence de critères objectifs, de répondre à ces questions.

Il est en revanche possible de présupposer que les Ehpad hospitaliers ou en direction commune avec un centre hospitalier, ou encore, établissement partie à un GHT, sont susceptibles de répondre favorablement à ces deux attendus premiers... **Sans que pour autant cela en apporte une garantie.**

A tout le moins, nous pouvons postuler que les éléments structurels apportés par les coopérations dans ces cas précis peuvent permettre d'y répondre favorablement.

Cela concerne 943 Ehpad, représentant 127 598 lits.

| Statut juridique | Nombre d'EHPAD | Nombre de places (Héberg. Permanent) |
|----------------------------------|----------------|--------------------------------------|
| Privé commercial | 1786 | 129 956 |
| Privé non lucratif | 2 244 | 168 735 |
| Public | 2 962 | 288 500 |
| 1) Dont public autonome | 1 276 | 111 592 |
| 2) Dont public rattaché à un EPS | 943 | 127 598 |
| 3) Dont public CCAS | 743 | 49 310 |
| Total | 6 992 | 587 191 |

Source : La situation des EHPAD en 2017 - CNSA (HAPI 2017)

Les 1 276 Ehpad autonomes, représentant 111 592 lits, ne sont pour autant pas restés sans aucune organisation de mutualisation ou de coordination.

217 sont en direction commune avec un centre hospitalier.

16 ont fusionné avec un centre hospitalier.

384 Ehpad font partie d'une direction commune exclusivement constituée d'Ehpad (en moyenne 2 Ehpad par direction commune) et 14 font partie d'une direction commune avec d'autres catégories d'ESMS.

Pour finir, environ 50 Ehpad sont entrés dans le dispositif GHT, sans que pour autant il nous soit possible de dire si cela concerne des Ehpad préalablement ou pas en direction commune.

Concernant les GCSMS, peu de littérature existe sur le sujet permettant d'en mesurer les effets sur le paysage des Ehpad en France. Seule donnée produite par l'ATIH, 11.5% des Ehpad déclarent faire partie d'un groupement.

Analyse :

De fait, « seuls » 660 Ehpad environs ne font pas partie d'une direction commune ou d'une fusion, représentant environ 50% des Ehpad autonomes.

Ces données nationales cachent pourtant des réalités régionales significativement disparates. (La Cndepah a réalisé la cartographie des coopérations/regroupements de chaque région).

Le dispositif de direction commune s'est largement installé en France, mais se limite dans l'immense majorité des cas à 2 établissements. Il est très vraisemblable que la valorisation financière pour le

directeur, comme pour désormais l'équipe de direction, soit une des explications majeures du succès des directions communes, à contrario de la fusion, très peu activée, qui ne fait l'objet d'aucune valorisation. Pire, le passage de la direction commune, qui peut avoir des intérêts évidents, génère une perte salariale pour l'équipe de direction, ce qui n'est, reconnaissons-le, pas très incitatif.

Les directions communes ont connu sans doute ce succès en raison également du maintien de l'autonomie des établissements, ce qui a été apprécié des présidents de conseil d'administration.

Il est à souligner que les directions communes ou les fusions, ou les participations à un GCSMS, n'ont **pas fait l'objet d'une doctrine claire**, encadrée et valorisée par les pouvoirs publics.

A l'exception de l'indemnité de direction commune, aucun mécanisme d'incitation n'a été mis en place. L'évaluation des directeurs ne comprend pas d'items identifiés concernant le dynamisme territorial et le rôle dans la structuration de l'offre.

Les groupements de coopération, à l'exception de mesures d'aide au démarrage, ne font pas l'objet d'aides financières pour prendre en charge tout ou partie de l'ingénierie et du pilotage, ce qui constitue une limite évidente.

Les Agences régionales de santé ne semblent pas avoir, globalement, élaboré une politique de structuration des établissements. C'est manifestement plus la démographie des directeurs, défavorable dans certaines régions, qui semble avoir guidé les regroupements, notamment sous la forme de directions communes entre Ehpad ou avec un centre hospitalier.

La limitation des directions communes à deux établissements, bien que constituant un progrès dans l'efficacité de l'action des Ehpad concernés, reste sans aucun doute un frein à des mutualisations plus poussées, plus intégratives, et permettant de dégager des marges de manœuvre suffisantes.

Les préconisations de la Cndepah :

1. Ce qu'il faut éviter :

- Le statu quo :

L'atomisation des établissements n'est plus tenable. La complexité réglementaire, la nécessité de recourir à des compétences et des professionnels spécialisés qui ne peuvent être recrutés sur un seul et petit établissement, la nécessité de dégager des marges de manœuvre financières au profit de la CAF, et donc de l'investissement de demain, la nécessité de renforcer la réactivité lorsque paraissent les appels à candidature, à projets, à manifestation d'intérêt, la nécessité d'organiser intelligemment l'offre d'un territoire n'est pas compatible avec le maintien de la situation existante.

L'immuable séparation du sanitaire et du médico-social ne peut par ailleurs pas se satisfaire d'une nouvelle ligne de démarcation générée insidieusement par la création des GHT. Celle qui sépare de fait les Ehpad participant à un GHT, et les autres.

- L'extension systématique des GHT aux Ehpad autonomes :

Si l'on a posé comme postulat initial que les Ehpad rattachés à un centre hospitalier, ou en direction commune avec un centre hospitalier présentaient des conditions favorables à une meilleure inscription territoriale et à une organisation des fonctions support plus efficaces, il faut bien se garder de la tentation très théorique d'une entrée systématique de tous les Ehpad dans les GHT existant, ou d'une généralisation des directions communes entre Ehpad et centres hospitaliers.

La situation des Ehpad hospitaliers est très hétérogène, sans qu'à ce stade il soit possible d'en réaliser une cartographie qualitative exhaustive. La Cndepah constate, sur le réseau d'adhérent qui est le sien, que ces Ehpad ont fait globalement l'objet d'un investissement de plus en plus important, et d'une professionnalisation beaucoup plus marquée. Le recrutement désormais presque généralisé de directeurs D3S n'est sans doute pas étranger à ce constat. Il reste pour autant que certains grands centres hospitaliers ne parviennent pas à donner l'importance attendue à ce secteur, considéré comme secondaire. La situation, n'est pas à généraliser, mais elle appelle à une grande prudence et donc éviter d'accentuer le rattachement des Ehpad aux très grands centres hospitaliers, dont ça ce n'est pas le cœur de métier.

- **La confusion entre la dimension « organisation de l'offre d'un territoire » et la dimension « efficacité », notamment des fonctions supports**

La structuration de l'offre sur un territoire suppose d'identifier un territoire cohérent et donc suffisamment important. Cela peut-être celui d'une Maia, d'un GHT, d'un DAC, d'une communauté de commune, d'un territoire de démocratie sanitaire voire d'un département. Cela va dépendre de la densité de population, de la géographie, des habitudes de coopérations, de la répartition territoriale des services préexistante, des flux de patients hospitalisés.....

Mais il faut également éviter le gigantisme qui peut être contraire au principe de soutenabilité du pilotage et à la proximité nécessaire des services à la population.

La définition des territoires est un enjeu important dans un contexte où les cartes se sont ajoutées années après années sans briller par leur cohérence d'ensemble.

N'exigeons donc pas non plus des Ehpad qu'ils réussissent là où les autres ont globalement échoué !

La structuration de l'offre médico-sociale vise l'organisation des services dans leur pluralité : l'hébergement, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour, les alternatives à l'hébergement comme l'Ehpad hors les murs, le Ssiad, le spasad.... Elle concerne également tout le travail partenarial avec l'hôpital mais également et sans doute tout autant, avec les acteurs du domicile.

La structuration de l'offre passe par un pilotage des autorisations, une gestion coordonnée des réponses aux appels à projets, et une organisation du maillage territorial....

La recherche de l'amélioration de l'efficacité quant à elle obéit à une logique différente et recherche des objectifs différents.

Le regroupement d'établissements, par direction commune, ou le cas échéant par fusion, permet d'atteindre une taille critique, de mettre ainsi en place des mutualisations importantes des fonctions supports (informatique, RH, facturation, finances, services techniques), des mutualisations des fonctions d'encadrement, de recourir à des fonctions plus spécifiques (qualité, hygiène, sécurité). Elles permettent également de professionnaliser et de rendre plus efficient la fonction achat.

Les deux dimensions peuvent le cas échéant se superposer. Mais il est nécessaire, pour proposer une organisation des Ehpad publics de demain de bien les distinguer.

- **La définition d'un modèle unique, qui ne tienne ni compte des coopérations existantes, des réalités de territoires, de géographies...**

Il pourrait être tentant de définir d'emblée **la taille critique du territoire de regroupement des Ehpad publics autonomes au sein de GCSMS**. C'est un travers dans lequel la Cndepah invite à ne pas tomber, pour les raisons évoquées plus haut. La réalité des territoires, dans toutes ses composantes doit être prise en considération et ce travail doit sans aucun doute associer les acteurs de terrain ainsi que l'ARS. L'avis du Conseil départemental doit être également recherché.

Il pourrait être tentant de définir également **une taille critique de regroupements des Ehpad, aux fins de répondre à l'objectif de l'amélioration de l'efficience**. L'analyse des directions communes et des fusions entre Ehpad a montré le périmètre sans doute encore trop restreint de chaque direction commune, limité à deux Ehpad. S'il faut sans doute poursuivre le mouvement d'élargissement de ces périmètres à plus de deux entités, il ne paraît pour autant pas raisonnable, compte tenu de la très grande hétérogénéité des Ehpad sur le territoire français, de modéliser de manière rigide ces regroupements opérationnels. Les distances, notamment en secteur rural, constituent des limites à ces regroupements opérationnels, principalement pour ce qui concerne la mutualisation des personnels de direction, d'encadrement ou de compétences plus spécifiques. A contrario, en secteur très urbanisé, caractérisé par une densité d'établissements importante, il paraît raisonnable d'élargir le périmètre à 3, 4, voire 5 établissements.

- **La négligence de l'hôpital de proximité, ou de l'hôpital à vocation gériatrique**

Le regroupement des Ehpad en GCSMS a pour objet principal d'organiser et de structurer l'offre médico-sociale sur un territoire.

Il ne serait pas opportun de ne pas donner, dans ce mode de coopération, une place particulière à l'hôpital de proximité (au sens légal ou non), disposant de lits de courts séjours gériatriques, de lits d'USLD, de SSR gériatriques, d'UCC, d'UHR, d'équipes mobiles (gériatriques, de soins palliatifs, de psychogériatrie), de consultations gériatriques, de consultations mémoire....

Force est de constater l'évolution des profils des personnes âgées que les Ehpad accueillent. Le besoin en soin accru nous impose de renforcer le lien à l'hôpital, en mettant en place des partenariats visant à faciliter les parcours.

Il ne s'agit pas en l'espèce de donner la prééminence de l'hôpital de proximité dans la gouvernance des groupements médico-sociaux, mais de favoriser, d'encourager et d'inciter à ce que le travail partenarial soit efficace, ce qui n'est pas suffisamment le cas à ce jour. La question de la gouvernance reste néanmoins à explorer.

2. Ce que la Cndepah préconise

La Cndepah rappelle quelques principes fondamentaux qui doivent guider la réflexion :

- La proximité de l'offre

Les établissements et services doivent être à proximité des usagers, dans leurs bassins de vie.

- La soutenabilité du pilotage

Les établissements, regroupés en direction commune ou par fusion, doivent rester pilotable.

Les groupements de coopération doivent également être pilotables

- L'organisation de l'offre de territoire : cœur de métier de directeur

Le métier de directeur d'établissement(s) inclut à l'évidence une dimension forte de gestionnaire. A la fois des ressources humaines, des finances, de l'organisation de la sécurité... Mais sa fonction première, souvent insuffisamment déployée en raison de la dominante, de fait, de la dimension « gestion », reste la réponse à l'utilisateur et à ses besoins. Et aujourd'hui, plus qu'hier, la notion de parcours de prise en charge, de soins ou d'accompagnement, nous oblige à penser la réponse à l'utilisateur au-delà des seuls murs d'un Ehpad. Le cœur de notre métier se recentre désormais sur l'organisation de l'offre, et la recherche de sa mise en cohérence et de son efficacité.

- La diversification de l'offre, au service des usagers

Les attentes et les besoins des usagers se complexifient. La diversification de l'offre de ces dernières années, avec l'apparition de structures plus spécialisées à destination des résidents atteints de pathologies de type Alzheimer (PASA, UCC, UHR...), des personnes handicapées vieillissantes, avec l'apparition et de développement de « nouvelles » formes de structures (résidences seniors, résidences autonomie, Ehpad hors les murs) est un mouvement qui va se poursuivre et que nous devons organiser.

La Cndepah appelle à ce que soient développés, dans les mois et les années à venir, des regroupements d'établissements sur les modèles suivants :

- **L'inscription, de manière systématique et obligatoire, de tout Ehpad, dans une forme de coordination de l'offre**

Pour les Ehpad autonomes, il paraît indispensable d'accélérer de manière forte le mouvement de coopération de territoire.

Ainsi, sur une période de temps à définir, les Ehpad autonomes sont appelés à intégrer un GCMS, **dont la fonction première serait celle d'organiser l'offre sur son territoire.**

Bien évidemment, les établissements accueillant les personnes handicapées pourront, sur leur initiative, intégrer ces groupements de coopération.

Le GCMS, en coopération avec le ou les centres hospitaliers de proximité, a pour fonction première en conséquence d'élaborer, sur la base d'un diagnostic de territoire, **un projet de territoire** visant à mettre en cohérence l'offre, organiser des complémentarités de prise en charge, d'organiser le partenariat avec les acteurs du domicile.

Deux questions, constituant d'ores et déjà un frein aux GCMS existant, doivent être soulevées :

- Celle de la gouvernance
- Celle des moyens alloués au pilotage du groupement

La gouvernance :

La recherche du consensus, au sein d'un GCMS, peut être source de difficultés ou d'inefficacité.

La Cndepah ne souhaite pas préconiser un modèle unique, où, à un groupement de coopération correspondrait une seule direction commune ou un seul très gros établissement fusionné. C'est un modèle qui a ses vertus mais aussi ses limites, et qui ne serait pas adapté à tous les territoires.

En revanche, la recherche à venir d'une augmentation des directions communes et leur élargissement concourra à limiter le nombre d'interlocuteurs et à en faciliter la gouvernance.

Il pourrait être tentant de dupliquer le modèle GHT, mais la Cndepah ne le souhaite pas. Les GHT, à ce stade, ne brillent pas toujours par leur efficacité et l'on mesure bien le mouvement en cours de regroupements des centres hospitaliers comme condition, non véritablement avouée d'ailleurs, d'amélioration des GHT.

L'avantage du GCMS est d'avoir la possibilité, de par sa personnalité morale, d'obtenir des autorisations, ce qui concourt à l'organisation de la réponse territoriale.

Les moyens alloués :

Un GCMS ne peut être efficace, ne peut réaliser des diagnostics de territoire, rédiger un projet de territoire, répondre aux appels à projet, que s'il dispose de moyens humains. L'administrateur d'un GCMS ne peut à lui seul absorber la charge de travail importante liée à au groupement.

Si le modèle financier reste à trouver, il est évident qu'un financement complémentaire pérenne soit accordé aux GCMS pour leur permettre un fonctionnement acceptable.

La nécessaire connexion au GHT :

La structuration et l'organisation de l'offre attendu de l'offre au sein des GCSMS ne peut se faire sans un travail partenarial structuré avec le secteur hospitalier. Il est donc indispensable d'organiser la représentation des GCSMS au sein des GHT, sous la forme de partenaire associé.

Il est tout autant indispensable que les GHT, dans la construction et l'animation de leur projet médical de territoire, associent les GCSMS permettant par conséquent la participation des EHPAD autonomes à la construction de l'offre de territoire.

- Le développement et l'élargissement des directions communes, pouvant le cas échéant aboutir à des fusions

Les directions communes ont pour objet principal de renforcer l'efficacité des établissements, par la mise en place d'une démarche de mutualisation notamment des fonctions supports.

A la faveur des vacances de postes, il est nécessaire d'interroger systématiquement la pertinence d'une création d'une direction commune ou son élargissement.

La Cndepah privilégie le regroupement entre Ehpah ou avec un centre hospitalier de proximité, plutôt qu'une direction commune avec un grand centre hospitalier, dont le cœur de métier n'est pas le médico-social. La Cndepah appelle également à ce que ces directions communes soient bien naturellement ouvertes également aux établissements accueillant des personnes handicapées.

La Cndepah demande à ce que cette question soit traitée dans le cadre de la réforme du grand-âge.

Il est nécessaire, pour favoriser la transformation des directions communes en fusion, d'inciter les directeurs et les élus locaux à le faire.

La Cndepah propose que les fusions fassent l'objet d'une incitation financière pour les établissements, avec, à tout le moins, dans le cas d'une situation déficitaire d'un des établissements, la reprise de la dette.

La Cndepah demande également à ce que les directeurs bénéficient d'un régime indemnitaire équivalent à celui la direction commune, dénommé ainsi « indemnité multi sites ».

Par soucis de clarté de présentation, nous avons volontairement distingué les dimensions « efficacité » et « organisation de l'offre », portées, plus par les directions communes et les fusions pour la première dimension, et plus par les GCSMS pour la seconde.

Cette simplification de présentation ne doit pour autant ne pas méconnaître les interactions plus fines et diversifiées que l'analyse des expérimentations nous démontre.

Il n'est en effet pas rare que des GCSMS mettent en place des actions de mutualisations, telles que les achats, des actions de formations, de recrutements de personnels mutualisés.

Il n'est pas non plus rare, bien évidemment, que des établissements mutualisés en direction commune ou en fusion, contribuent à structurer l'offre.

Il ne s'agit ainsi pas de mettre en place un modèle unique et figé, mais d'engager les Ehpad dans une démarche très volontariste de restructuration.

Les CPOM, et leur préparation, sont des temps privilégiés pour engager les établissements dans cette dynamique.

Un horizon de 5 ans paraît en ce sens raisonnable pour aboutir à une organisation des territoires optimisée.

3 ans après la parution du dossier « Grand-âge et établissements, et dans la perspective d'un véhicule législatif (à cette heure incarnée par la Proposition de loi « Bien vieillir ») qui rendrait obligatoire l'adhésion des Ehpad publics (ainsi que des SSSIAD autonomes et accueils de jours autonomes) à un GHT ou à un GTSMS, la Cndepah souhaite approfondir sa contribution aux débats parlementaires à venir.

La rédaction actuelle de l'amendement n°1380 créant les GTSMS répond en très grande partie aux attendus portés par la Cndepah, qui s'en félicite. La structuration de l'offre territoriale passe nécessairement par celle des établissements et services qui la porte. C'est un enjeu majeur pour les années à venir.

La modification du CASF, pour sa partie législative, que permettra la loi « MESURES POUR BÂTIR LA SOCIÉTÉ DU BIEN VIEILLIR EN France », s'il elle est votée dans les termes actuels de l'amendement, appelle néanmoins des précisions et des points de vigilance.

2. L'analyse de la CNDEPAH et ses préconisations

Le territoire :

Le libellé de la PPL est formulé :

« Le groupement territorial social et médico-social pour personnes âgées est constitué à l'initiative des établissements et services mentionnés au I, à un niveau territorial suffisant, tout en assurant une proximité, pour permettre la mise en œuvre d'un parcours coordonné des personnes âgées accompagnées ».

Conformément à son dossier daté de 2020, la Cndepah est en plein accord avec cette approche souple qui sera donc compatible avec les particularismes territoriaux.

En effet, d'une part, la répartition public/privé associatif des lits et établissements sur un département, une région ou un bassin de vie est loin d'être homogène. Le nombre d'Ehpad publics concernés sur un département sera par voie de conséquence également très hétérogènes et impactera la pertinence de définition du périmètre du GTSCMS.

D'autre part, la liberté étant laissée aux établissements d'adhérer soit à un GHT soit à un GTCSMS, la répartition initiale des établissements adhérent à un GHT au moment de la mise en place de la réforme, puis dans celle consécutive à l'adhésion éventuelle aux GHT impactera la carte à venir.

La Cndepah renouvelle sa position : c'est aux acteurs locaux qu'il appartient de proposer une organisation territoriale. Les directeurs et directrices, acteurs de santé publique, les élus des conseils d'administration dans toutes leurs composantes sont les plus à même, de part leur connaissance de leur territoire, de proposer des adhésions à un groupement territorialement adapté.

Le processus d'une presque validation par l'Ars est également salué par la Cndepah. Elle constitue une forme de garde-fou devant permettre de garantir la cohérence des territoires constitué par les nouveaux GTSMS.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé apprécie la conformité de la convention constitutive du groupement avec le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique ».

La Cndepah rappelle sa position : il appartient aux acteurs de terrains de proposer un périmètre d'établissements et de services.

Ces regroupements, traduits par une adhésion à un GTSMS, déterminent de nouveaux territoires, et d'une recherche d'une mise en cohérence d'une offre plus riche, plus diversifiée et plus complémentaire. C'est donc la cohérence du territoire et de l'offre existante et celle à construire qui doit avant tout guider les constitutions de GTSMS.

La Cndepah propose que soit défini, au sein de la convention constitutive de chaque GTSMS, l'approche du territoire proposé, que soit décrite sa cohérence afin de donner toutes les chances aux futurs GTSMS de répondre de manière efficace aux besoins de la population âgée.

La Cndepah propose que soit réalisé, en amont de chaque constitution de GTSMS un diagnostic de territoire, mis à disposition de l'Ars. Les DAC, les filières gériatriques, les CRT constituent des éléments structurants des territoires. L'analyse du territoire puis la proposition d'un territoire de GCSMS doivent en tenir compte.

Autorisations :

Un GCSMS peut, en application du 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles (ci-après « CASF »), et outre les missions de mutualisation, de coopération et de coordination confiées aux GIE et GIP :

- permettre les interventions communes de professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, de professionnels salariés du groupement ainsi que de professionnels associés par convention ;
- **être autorisé ou agréé au titre des services à la personne, à la demande de ses membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément ;**
- être chargé de procéder aux fusions et regroupements d'établissements ;
- créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus par le code de la santé publique ;
- être chargé, pour le compte de ses membres, des activités de pharmacie à usage interne (PUI).

Le régime des autorisations est un enjeu majeur pour les GTSMS à venir. Il faut que le cadre juridique soit amélioré, précisé. Il comporte en effet en effet à ce jour de très nombreuses failles et surtout de nombreuses lacunes.

A ce stade, l'analyse du 3° de de l'article L. 312-7 amène à comprendre que 2 possibilités sont données aux GCSMS :

1. Soit le GCSMS est titulaire en propre d'autorisation(s) d'Ehpad (« exercer directement »)
2. Soit le GCSMS est exploitant d'autorisation(s) d'EHPAD dont la titularité est conservée par les membres (« assurer directement l'exploitation »)

Le 1. s'apparente alors à une cession totale, le 2. à un transfert partiel.

Dans le premier cas, le GCSMS devient titulaire d'autorisation sans pour autant devenir un ESMS. L'Ehpad membre qui a transféré son autorisation devient alors une coquille en grande partie vide, sans pour autant perdre son statut juridique d'établissement ni d'Ehpad (ce qui est essentiel pour lui permettre d'être membre du groupement).

En effet, ainsi que cela a été précisé lors des débats parlementaires, notamment au Sénat, lors de l'examen du projet de loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015) dont l'article 63 a modifié l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles :

« Les 1° et 2° du présent article proposent donc de supprimer, à la fois le renvoi au code de la santé publique, et la définition par la négative du GCSMS selon laquelle celui-ci n'est pas un établissement social ou médico-social. Les changements envisagés n'ont pas pour conséquence de faire entrer les GCSMS dans la catégorie des établissements sociaux ou médico-sociaux, ce qui supposerait une mention spécifique à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui dresse la liste de ces derniers. Selon l'étude d'impact, ils doivent cependant permettre d'affirmer clairement qu'un GCSMS peut être titulaire d'une autorisation, ce qui doit notamment lui permettre de répondre directement à un appel à projet ou de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) pour le compte de ses membres. »

Le GCSMS gestionnaire d'autorisation n'est donc pas un établissement social et médico-social, même s'il est soumis à l'ensemble des règles applicables aux établissements en matière notamment d'autorisations et de gestion budgétaire et comptable.

L'état du droit est beaucoup trop lacunaire pour permettre actuellement, de manière sécurisante, de procéder à des transferts d'autorisation.

Dans le 2^{ème} cas, les Ehpad confient l'exploitation de leur autorisation au GCSMS, qui en devient alors gestionnaire, et continuent d'être le titulaire, sans néanmoins en percevoir les tarifs. En effet, en vertu de l'article R. 312-194-5 du CASF, « Les tarifs sont facturés et perçus par le groupement ». Le cadre juridique, concernant cette disposition d'exploitant d'autorisation est très lacunaire et mérite d'être précisé. A ce stade, la perception des tarifs, et donc, **par interprétation**, de la grande majorité des recettes, obligerait à des jeux d'écriture entre le GCSMS exploitant et les Ehpad délégataires. En effet, si les recettes sont perçues par le groupement, mais une partie des charges, correspondant à la mise à disposition de moyens (notamment de personnel) payées par l'Ehpad, cela oblige le GCSMS à compenser à due concurrence ces charges. **En bref, cela s'apparente à une véritable usine à gaz, non opérationnelle.**

Pour participer à une meilleure organisation de l'offre, assise sur une analyse d'un territoire plus large d'une seule commune, les futurs GTCSMS doivent pouvoir être titulaires ou gestionnaires d'autorisations, que ce soit par la voie d'un transfert total d'autorisations, de créations de nouvelles autorisations, ou de délégation de gestion. Mais le cadre juridique est actuellement défailant et place les opérateurs dans une position qui relève beaucoup trop de l'interprétation, en l'absence par ailleurs de jurisprudence.

La Cndepah propose que soient précisées et distinguées plusieurs voies, au niveau d'intégration plus ou moins important :

- La délégation de gestion de l'autorisation (transfert partiel)
- La cession de l'autorisation (transfert total)

La voie de la délégation doit être traduite techniquement et juridiquement sans aboutir à une complexité excessive qui méritera d'être travaillée avec les représentants du secteur.

La Cndepah propose que les **autorisations historiques** puissent être conservées au niveau de l'établissement, sans délégation de gestion obligatoire, ni cession obligatoire.

Pour les **autorisations nouvelles** quelles qu'elles soient, la Cndepah propose que l'une ou l'autre des modalités de portage des autorisations soit choisie par les établissements membres du GTSMS dans le cadre de son assemblée générale.

Pour les **autorisations en lien avec l'organisation territoriale** : toutes celles liées à l'accompagnement en ville (SSIAD, CRT, Plateforme de répit à destination des aidants...) quelles qu'elles soient, la Cndepah propose que l'une ou l'autre des modalités de portage des autorisations soit choisie par les établissements membres du GTSMS dans le cadre de son assemblée générale.

CPOM unique :

La possibilité de signer un CPOM unique est prévue par les dispositions de l'article L. 313-11 du CASF. Ledit article prévoit que les CPOM sont conclus entre les autorités de tarification et « *les personnes physiques ou morales **gestionnaires** d'établissements et services* ». Ce même article prévoit que les CPOM peuvent « *concerner plusieurs établissements et services* ».

Aussi, un même CPOM peut concerner plusieurs établissements et services. Un même CPOM peut porter sur plusieurs EHPAD. Il n'est pas juridiquement explicitement requis d'avoir un CPOM par EHPAD.

C'est cependant par interprétation du CASF que l'on pourrait parvenir à la négociation d'un CPOM unique.

En effet, si la réglementation ne prévoit pas l'impossibilité pour un GCSMS de signer un CPOM unique pour le compte de ses membres, elle ne définit pas précisément la notion de **gestionnaire** ; c'est par interprétation de l'article L. 312-7, 3° b du CASF (permet à un GCSMS d'être « autorisé, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 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 ») que **le GCSMS**

pourrait alors être considéré comme gestionnaire d'établissements et services en tant que groupement exploitant des autorisations de ses membres.

Il est nécessaire de donner un cadre juridique plus claire devant permettre de signer un CPOM unique au niveau du GCSMS.

La rédaction actuelle de l'amendement 1380 mériterait d'être clarifié :

« « III. – Par dérogation au IV ter de l'article L. 313-12 du présent code, et sous réserve de l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé et du président du conseil départemental, le groupement territorial social et médico-social pour personnes âgées peut conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique pour l'ensemble des établissements et services qui relève de son périmètre.

« Lorsque le contrat est conclu au niveau du groupement territorial, celui-ci porte sur les fonctions mutualisées, les axes stratégiques du projet d'accompagnement partagé sur son territoire et les activités gérées par les membres du groupement. »

L'ambition, soutenue par la Cndepah, d'un CPOM unique semble en l'espèce difficilement atteignable si le périmètre de ce CPOM est « limité », laissant à penser qu'un CPOM par établissement membre reste nécessaire.

La Cndepah soutient néanmoins la nécessité d'une fiche annexe par établissement membres afin notamment de traiter les questions relatives à la qualité de l'accompagnement au niveau des établissements et pas exclusivement au niveau du groupement.

Directeur et administrateur :

C'est un enjeu majeur.

Rappelons les organisations possibles au sein des futurs GTSMS. Les GTSMS pourront être composés :

- D'établissements membres autonomes
- D'établissements membres pour partie autonomes, pour autre partie en direction commune
- D'établissements membres en direction commune

Rappelons également la position de la Cndepah :

La recherche du consensus entre établissements autonomes, au sein d'un GCMS, peut être source de difficultés ou d'inefficacité.

La Cndepah ne souhaite pour autant pas préconiser un modèle unique, où, à un groupement de coopération correspondrait une seule direction commune. C'est un modèle qui a ses vertus mais aussi ses limites, et qui ne serait peut-être pas adapté à tous les territoires.

En revanche, la recherche à venir d'une augmentation des directions communes et leur élargissement concourra à limiter le nombre d'interlocuteurs et à en faciliter la gouvernance.

Si les GCSMS font partie, à l'avenir, de la liste des ESMS, notamment en raison de leur caractère d'exploitant ou de gestionnaire direct d'autorisations, ils pourront recruter directement du personnel titulaire de la FPH. C'est d'ailleurs ce que prévoit l'amendement n°1380 En ajoutant les GTSMS à la liste des établissements ou services pouvant nommer des fonctionnaires.

La nomination d'un directeur ou d'une directrice sera alors juridiquement possible.

Pour autant, il convient de clarifier trois points essentiels :

- Le positionnement de la direction notamment par rapport aux directions des établissements membres
- Le cumul éventuel de fonction entre celle de directeur du GTSMS et celle de directeur d'établissement membre
- L'articulation entre les fonctions de direction du GTSMS et celle d'administrateur

La Cndepah propose les organisations suivantes :

1. Cas d'un GTSMS dont les établissements membres ne seraient pas tous en direction commune

Un directeur serait nommé sur le poste de secrétaire général du GTSMS.

Le directeur en charge du secrétariat général aurait alors autorité sur les fonctions mutualisées et les moyens qui seront mis à disposition, y compris les recrutements rendus nécessaires pour y parvenir.

Le directeur en charge du secrétariat général n'aurait pas de lien hiérarchique sur les directeurs des établissements membres.

Le directeur en charge du secrétariat général aurait vocation à être également administrateur du GTSMS.

2. Cas d'un GTSMS dont les établissements membres seraient en direction commune

Le directeur de la direction commune serait alors également nommé par le CNG secrétaire général du GTSMS.

Le directeur en charge du secrétariat général aurait vocation à être également administrateur du GTSMS.

Concernant ce dernier point, une clarification juridique est nécessaire. En effet la fonction d'administrateur est considérée par le CASF comme une fonction élective, dont, par définition, on ne peut présumer du résultat.

Il y a donc une insécurité, notamment dans le cas n°2, dans la mesure où il n'y a pas de garantie que l'administrateur soit le directeur de la direction commune. Le CASF doit ainsi être modifié pour permettre une automaticité pour le directeur de la direction commune/secrétaire général dans l'accès à la fonction d'administrateur.

L'assemblée générale : composition

Dès lors que d'une part les autorisations sont à minima confiées dans leur gestion par les établissements membres et que le GTSMS devient d'autre part un acteur structurant de l'offre de territoire, il devient nécessaire de se poser la question de la composante « élus » au sein de l'assemblée générale.

Ne pas les intégrer dans l'AG ne donnerait donc aux élus plus accès aux questions stratégiques et structurantes de territoires. Ce qui n'est d'une part pas conforme à l'esprit du CASF ni à celui de la construction historique des établissements. Mais si la dimension communale n'est aujourd'hui plus pertinente parce qu'elle ne permet plus d'embrasser globalement le parcours des usagers ni la complémentarité nécessaire des offres, celle, intercommunale sur l'échelle du GTSMS, ne saurait se priver de la vision de territoire des élus dont ils sont un des légitimes représentants.

Ne pas les intégrer au sein de l'AG les limiterait à un rôle de spectateur au sein des conseils d'administration des établissements membres avec le risque non négligeable, en n'étant pas associés, de l'incompréhension voire de la défiance.

C'est à ce titre que la Cndepah propose que les établissements membres soient représentés au sein de l'AG par un ou des membres de direction, ET, par un ou des élus membres du conseil d'administration. Il appartiendra aux établissements membres lors de la définition de la convention constitutive d'en définir précisément les modalités.

Dans cette hypothèse, il devient alors parfaitement envisageable que l'AG soit présidée par un élu, avec, à ses côtés l'administrateur/secrétaire général.

Matières obligatoirement mutualisées :

Les fonctions suivantes pourront judicieusement être considérées comme obligatoirement mutualisées :

- **Politique et démarche qualité** (il s'agit ici, à minima du pilotage et de l'accompagnement méthodologique de la démarche qualité, notamment par le recrutement mutualisé ou la mutualisation de personnel existant de type ingénieur qualité, cellule qualité).
- **La gestion des risques** (incendie, légionnelle, bâtementaire) notamment par le recrutement mutualisé ou la mutualisation de personnel existant ayant vocation à piloter la gestion des risques.
- **Systèmes d'information** (convergence en 5 ans préconisée sur les SI relatifs à la facturation, à la paie, à la GEF, en fonction de l'option de mutualisation retenue par le GTSMS)
Pour les établissements ayant engagé récemment des investissements importants dans le cadre de migration vers de nouveaux système d'information, notamment dans le cadre du Ségur Numérique, un accompagnement spécifique, y compris financier, devra être mis en place.
Convergence conseillée pour le logiciel de « soins »
- **Politique de formation** (ce qui ne veut pas dire obligatoirement un plan unique et une adhésion unique à un OPCO)
- **Fonction achats**
Il ne s'agit en l'espèce pas de reproduire l'organisation des GHT, pas nécessairement synonyme d'efficience. Ce n'est donc pas à un établissement membre d'acheter « pour le compte » d'autres. Mais il est ici proposé que le GTSMS mette en place à minima une politique d'achats, une organisation mutualisée de la fonction achats, la mise en place d'un programme pluriannuel d'achats, le lancement d'achats mutualisés dans le cadre d'un groupement de commandes, l'adhésion au niveau du GTSMS à des centrales d'achat, la mise en place d'une évaluation de l'efficience.

Par ailleurs, lors de la négociation du premier CPOM du GTSMS, la mutualisation des fonctions suivantes devra être envisagée, mais de manière facultative, en fonction des intérêts des établissements membres :

- **Ressources humaines**

En ce cas, à **minima**, sont mutualisées les fonctions précises suivantes :

Politique de formation

Discipline

Organisation des parcours professionnels (bourse à l'emploi...)

Paie et suivi des carrières

Les recrutements (pouvoir de nomination), comme par voie de conséquence le pouvoir hiérarchique reste à la direction de l'établissement membre ou de la direction de la direction commune.

- **Affaires financières**

En ce cas, la préparation des EPRD, de ERRD, des PPI est réalisée par la DAF du GTSMS.

Le contrôle de gestion est également mis en place en partenariat avec les établissements membres.

C'est par conséquent une expertise qui est ici mutualisée ; la décision, les arbitrages restent là où l'autorisation est abritée. En clair, dans l'hypothèse où l'autorisation d'EHPAD n'est pas cédée au GTSMS mais uniquement confiée en gestion, alors l'établissement (la direction et le conseil d'administration) reste décisionnaire de ses orientations financières traduites dans les EPRD.

Facultatives mais conseillées, les missions suivantes pourront bien sûr, comme d'autres, cette liste n'étant pas exhaustive, faire l'objet d'une mutualisation :

- Travaux et maintenance
- Affaires juridiques

Point d'attention majeur :

La typologie médiane d'un Ehpap autonome aujourd'hui est la suivante : un établissement de 90 à 100 lits dont l'équipe administrative est limitée à 2 ou 3 agents, fonction accueil comprise, qui se caractérise par une grande polyvalence. Certains établissements plus importants ou ayant mis en place une direction commune sont parvenus à mieux calibrer ces équipes, avec un niveau de spécialisation meilleure, sans pour autant être optimale.

La technicité attendue aujourd'hui est significativement plus importante sur toutes les fonctions transversales. Qu'il s'agisse des RH, des finances, de la qualité, de la gestion des risques, l'environnement législatif et réglementaire n'a eu de cesse que de s'enrichir. Et c'est à ces enjeux d'aujourd'hui que les Ehpap ne peuvent plus réellement répondre. Les mutualisations constituent de fait la seule voie possible pour monter en compétence et répondre à ces enjeux.

Pour autant, les mutualisations attendues, qu'elles soient obligatoires ou facultatives, ne peuvent s'envisager comme un simple transfert d'agents (physiquement ou non) des établissements membres vers le GTSMS. La petitesse des équipes en place ne le permettra que partiellement, mais certainement pas en totalité. Le décréter sans autre forme de discernement serait une grave erreur et traduirait une réelle méconnaissance de nos établissements. Les Ehpap ne sont pas des centres hospitaliers embarqués dans la construction des GHT. **C'est donc à une augmentation des ressources humaines compétentes qu'il faut s'attendre. Et qu'il faudra être capable de financer.**

Certaines économies d'échelles, notamment grâce à la fonction achat mutualisée, pourront contribuer à ce financement. Il ne sera sans doute pas suffisant.

C'est par conséquent une erreur de penser que les GTSMS seront synonymes d'économies globales.

Les GTSMS permettront le maintien global de l'offre, son organisation. Ils permettront la montée en compétences par l'organisation de mutualisations évidemment nécessaires. Ils permettront de faire mieux. Mais certainement pas pour moins cher. C'est une illusion contre laquelle la Cndepah met clairement en garde.

Groupement de commandes :

Comme pour d'autres sujets (autorisations, CPOM unique...), la réglementation actuelle souffre de grandes imprécisions et nuit à la possibilité actuellement de mutualiser la fonction achats.

En effet, l'adhésion pour un GCSMS à une centrale d'achats n'est pas clarifiée. Nous constatons donc que les centrales abordent cette question de manière non unique facturent un ou plusieurs abonnements.

La capacité pour le GSMS actuel de constituer un groupement de commandes « a priori et de manière permanente » est un enjeu important. Il s'agit, par cette voie, d'éviter de passer par les conseils d'administration puis par l'AG du GCSMS à chaque lancement d'un groupement de commande. Cette question ne trouve qu'un fondement juridique imprécis, lacunaire et non confirmé par le code de la commande publique.

La Cndepah demande à ce que le fondement juridique permettant pour un GTSMS de créer un groupement de commandes permanent et général soit garanti, sans oublier de veiller à ce que le code de la commande publique le permette tout autant.

Le régime social et fiscal :

Trois points essentiels méritent d'être ici traités :

a. Les cotisations patronales

La création des GTSMS vise à répondre à une amélioration de l'organisation de l'offre territoriale comme à améliorer l'efficacité de l'organisation de ce service public.

Force est de constater que le coût du travail entre les différents opérateurs publics, publics territoriaux, privés associatifs et privés à but commercial n'est pas équivalent, et ce de manière importante.

La Fédération hospitalière de France (FHF) a réalisé une étude à laquelle nous renvoyons.

Le coût chargé d'un ETP dans la FPH est en effet supérieur d'au moins 10% que dans le secteur privé, à salaire brut identique, en raison de la différence de cotisations patronales. L'effort des établissements publics est très supérieur à celui du secteur privé.

S'ajoute à cela le fait que, dans la FPH, les établissements sont leur propre assureur : aucune compensation n'est prévue pour l'absentéisme du personnel titulaire.

L'organisation d'un même service aux usagers, financé, pour sa partie socialisée (soins et dépendance) sur les mêmes bases et logiques, se fait donc sur des bases de coût du travail très significativement différentes.

La mise en place des GTSMS, dans l'optique notamment d'améliorer l'efficacité du secteur public, ne saurait faire l'impasse sur cette rupture d'équité manifeste.

b. La TVA sur les opérations de travaux

La Livraison à soi-même (LASM) est aujourd'hui le véhicule que doivent emprunter les établissements publics dans le cadre d'une opération de travaux pour bénéficier du taux réduit de 5,5%.

C'est un véritable parcours administratif du combattant qui mériterait d'être simplifié. La Cndepah a contribué à la fiche réalisée par l'ANAP pour en faciliter l'utilisation. La Cndepah participe aussi à un dispositif de sensibilisation des acteurs par le biais d'un Webinaire organisé par l'Anap.

Pour autant, la Cndepah appelle aujourd'hui à une simplification du droit pour permettre aux établissements publics d'emmener le bénéfice a priori du taux réduit.

Rappelons à toutes fins utiles par ailleurs que les établissements privés assujettis à la TVA bénéficient d'un régime plus favorable dans son application, ce qui accentue la rupture d'équité que les taux de cotisations patronales évoquées antérieurement avaient commencé à créer.

c. La TVA dans le cas de livraisons de biens et de prestations de services

Le GTSMS a vocation, dans le cadre de ses missions et fonctions mutualisées à proposer des services aux établissements membres, qu'il s'agisse de prestations intellectuelles ou de prestations industrielles (préparation et livraison des repas, blanchisserie.).

C'est le code général des Impôts qui encadre l'application de la TVA liée à ces prestations et livraisons.

La complexité est telle et l'application est fonction de la réponse que fera une DDFIP à une demande de rescrit fiscal.

La Cndepah demande à ce que le régime d'application de la TVA dans le cas de livraison de biens et de prestations de service soit clarifié dans le CGI et qu'il soit ainsi évité, pour le cas général ici évoqué, de faire une demande de rescrit auprès de la DDFIP.

La Cndepah demande, dans l'hypothèse où les membres bénéficiaires sont publics d'une part et non assujettis à la TVA d'autre part, à ce que les prestations entre le GTSMS et ses membres soient hors champ de la TVA.

Conclusion

Les établissements ont engagé il y a de nombreuses années une transformation réelle. La mise en place de directions communes, celle des GCSMS en sont des illustrations. L'entrée de certains EHPAD dans un GHT en sont une autre déclinaison.

Il est maintenant venu le temps de l'accélération de cette transformation en trouvant le juste et intelligent compromis entre le cadre pour partie obligatoire qui doit le permettre et les initiatives locales des acteurs de terrain.

La Cndepah appelle à ce qu'à la faveur de la création de GTSMS, les Ehpads engagés dans un GHT aient un droit d'option entre la poursuite de cette adhésion ou l'adhésion au nouveau GTSMS de leur territoire.

La Cndepah appelle l'attention sur les dispositifs juridiques qui vont porter la création des GTSMS. Il est indispensable qu'ils soient en cohérence avec les ambitions et que les rédactions en soient aussi adaptées que possible.

La Cndepah appelle à ce que toutes les questions relatives au statut des D3S fassent l'objet de discussions/négociations avec les organisations syndicales représentatives du corps, qui nécessite, au regard de la réforme engagée une revalorisation dans les meilleurs délais.

La Cndepah appelle à ce que l'ensemble des emplois occupés le soient dans le cadre d'un statut revalorisé. Seul le régime indemnitaire peut permettre de différencier l'emploi (et la responsabilité) occupé dans le champ de compétence des D3S.

La Cndepah appelle aussi à ne pas confondre efficacité et économies. Il est erroné de penser que les GTSMS seront générateurs d'économies nettes. L'ambition est celle d'une amélioration du service, dans un contexte budgétaire trop contraint. L'ambition ne saurait être de penser les GTSMS comme le chemin, à isopérimètre de recettes, vers d'un équilibre budgétaire aujourd'hui devenu impossible.

L'ambition est celle, fondamentalement, d'organiser une offre lisible et accessible et adaptée à un territoire également adapté.

Au service des usagers. Qu'ils soient à domicile ou en établissement. Qu'ils soient utilisateurs directs ou aidants.