

LE GROUPEMENT DE COOPERATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

Introduction

Le milieu médico-social regroupe une multitude de structures, de services et d'établissements oeuvrant auprès de populations présentant des difficultés physiques, mentales, psychologiques, voire sociales ou économiques.

La Loi du 30 juin 1975 a constitué une étape décisive pour structurer le secteur social et médico-social. Toutefois, et malgré le fait que cette législation ait été modifiée à 21 reprises entre 1978 et 2001, les textes étaient restés muets sur les droits des personnes et de leur entourage.

Le 2 Janvier 2002, cette mission a été davantage définie et clarifiée par la Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Dorénavant, les règles de fonctionnement et les relations entre décideurs, institutions et acteurs sont plus transparentes et de nouveaux outils ont été mis en place pour mieux répondre à tous les besoins.

Le gouvernement a pris, au cours des récentes années un ensemble de mesures qui contribue à la modernisation et à la professionnalisation du secteur ce qui va conduire les services à modifier leur organisation et à adapter leurs pratiques professionnelles. De ce fait, les établissements et services sont amenés à repenser leur organisation en terme de coopération, de coordination et de complémentarité.

Le Décret n° 2006-43 du 6 Avril 2006, la Circulaire n° DGAS/SD5B/2006/216 du 18 Mai 2006 et les instructions ministérielles n° DGAS/5D/2007/309 du 03 août 2007 sont venus préciser les conditions de constitution du « Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale » (GCSMS). Il fait partie des dispositifs de coopération que peuvent choisir les établissements et services médico-sociaux pour initier entre eux des partenariats dans le but d'améliorer l'efficacité de leurs actions, organisations, fonctionnement.

La constitution d'un GCSMS sous-tend des intérêts à mutualiser, mais aussi des difficultés d'appropriation de la part des acteurs de terrain en sous-jacent.

Un contexte d'individualité et un besoin de coordination

Selon Patrick Lefèvre¹ : *«L'action sociale et médico-sociale est en lien étroit avec l'évolution de la société, des mécanismes d'intégration et de socialisation des populations. Elle tente, par le biais des politiques et des techniques qu'elle initie et anime, de s'adapter aux mutations de nos sociétés, et c'est ce qui justifie son interrogation périodique et la transformation des interventions et mécanismes qui y sont rattachés. »*

¹ LEFEVRE Patrick : « Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales » Edition DUNOD 2003 p 9

Ces interventions vont de l'assistance par le conseil, les services de soins à domicile, de l'accompagnement, à des soins paramédicaux ou de services ...Les actions dans ce secteur s'articulent autour de la protection, de la réparation et de la prévention.

32 000 structures² sont dénombrées en France dans le secteur social et médico-social tout confondu. En 2005, la collectivité publique française a consacré 90 milliards d'euros (45 milliards par l'assurance-maladie ; 36 milliards par les départements ; 9 milliards par l'Etat.)

Ces multiples structures se partagent l'ensemble du territoire français au sein d'un secteur social et médico-social plus au moins structuré et délimité. Des « rivalités frontalières » se vivent avec un enjeu de concurrence dans le positionnement des acteurs et des institutions tant dans le privé que dans les milieux associatifs ou le public, dans le milieu institutionnel tout comme dans le domaine des soins à domicile.

Regardons plus précisément le secteur des soins infirmiers à domicile (SSIAD) dans une recherche de compréhension de la politique sociale menée actuellement. Nous sommes dans une valorisation de l'individuel avec un nombre de places définies pour chaque SSIAD dans le cadre du CROSMS selon le schéma départemental notifiant la répartition des besoins en soins infirmiers.

La sectorisation des soins et la différenciation des structures génèrent le paradoxe de l'individualisation et du manque de liens inter structures. Notons en plus que les SSIAD sont en « concurrence » avec les soins proposés par les infirmiers libéraux intervenant en « électrons libres » sur le territoire. Selon Mamou³ : *« L'accroissement des aides aux personnes fragilisées pourrait inciter le secteur privé à formater une offre, faisant perdre au secteur associatif son quasi-monopole. Des assureurs santé (AXA) ou des groupes de maisons de retraite (DEXIA) réfléchissent déjà à la question. »*

La différenciation segmente et conduit vers des impasses dans le champ des actions : la singularité des identités ou les procédures spécifiques désignent surtout la dimension auto ou ego centrée des structures.

Le secteur sanitaire et social s'est construit sur le cloisonnement autour de territoires de compétences d'où les séparations. L'hyperspécialisation des disciplines médicales et paramédicales a conduit souvent à la négligence de la personne en soi (la prise en charge de la maladie passionne plus que le malade lui-même). Ce modèle montre ses limites et sous tend un rapprochement des différentes visions de la personne : il faut relier les interventions de chacun et envisager une prise en charge globale.

A présent, les difficultés de financement sont aiguës dans le champ du sanitaire et du médico-social, la question du déficit abyssal de la Sécurité Sociale oblige à l'efficacité de l'action publique. Elle doit reposer sur l'efficacité, la sécurité et la qualité. Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, il faut faire mieux avec ce qu'il y a. Chacun doit pleinement jouer son rôle : l'Etat pour planifier et certifier, les organismes payeurs pour contrôler et les structures pour se recentrer sur leur cœur de métier : remplir leurs missions envers les usagers : au meilleur coût.

² Donnée DGAS - 2006

³ MAMOU Yves : « En 2006, le marché des services à la personne a progressé de 11% » Article paru dans Le Monde du Vendredi 16 mars 2007

En cela : se dessine un changement de paradigme dans le devoir de rendre des comptes dans l'utilisation de financements publics et privés.

Il y a un besoin de coordination des acteurs et des moyens dans une quête d'optimum. C'est en amont que se posent les réflexions de nos politiques, ils cherchent à décloisonner le proximal pour réguler les secteurs géographiques de façon plus globale en terme de besoins pour une population donnée. L'attente est de promouvoir la meilleure efficacité possible à l'égard des usagers et de générer une dimension fédératrice, ainsi que très certainement des économies d'échelle, en stimulant une politique de mise en réseaux.

Depuis quelques années, la législation et les directives émanant de la DGAS incitent à une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social. (La préoccupation majeure à cet égard est celle des patients au long cours, ceux qui restent indûment hospitalisés faute de pouvoir disposer en aval de suffisamment de structures médico-sociales et sociales. La sortie des patients peut être contrariée par l'absence de solutions en aval.)

La coordination peut être un moyen de « penser global pour agir local » dans une logique de recentrage des dispositifs sur la personne aidée. Cela exige une coopération à la fois structurée et vigilante pour répondre aux attentes des usagers = tels les attendus de la loi de rénovation unifier les prises en charge et les interventions de chaque acteur en étant tourné vers les besoins de l'utilisateur.

Le projet de soins doit s'inscrire dans un continuum prévention, soins, réadaptation pour favoriser une meilleure autonomie ou le maintien de l'autonomie présente. Le projet de vie intègre de multiples dimensions pendant et en dehors des phases de traitement ou d'hospitalisation.

La prise en charge globale signifie une prise en charge multidisciplinaire adaptée. Le secteur du domicile peut se révéler une solution à développer en replaçant la personne au centre des préoccupations. L'introduction de la coopération dans les soins à domicile (la coordination des acteurs et des actions) va générer de la « re liance » tout en favorisant un travail de réseau où se vivra l'unicité de la personne prise en charge. Il est nécessaire de poursuivre des efforts de développement des partenariats et de renforcer le travail de réseau afin de mieux cerner les besoins de la population, ceux des professionnels et de tous les acteurs intervenant auprès de la personne à prendre en charge. Cela permettra d'améliorer la coordination et les actions de ces différents acteurs par un appui réciproque.

Il s'agit aussi d'améliorer la réflexion et les actions entre les différents professionnels du sanitaire spécialisé, les acteurs des soins primaires, les acteurs des champs éducatif, social et le médico-social, mais aussi de nombreux autres acteurs, les élus, les associations d'usagers, les services publics de l'Etat et du Département et les services privés « de droit commun » susceptibles d'apporter leur concours à la prévention ou la prise en charge.

La récente création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) est un exemple de mise en commun de moyens pouvant générer des actions concertées.

Le SROSS de 3ème génération insufflé l'idée qu'on ne doit plus planifier à partir des structures mais à partir des besoins.

« Comment une réflexion partant de la quête d'un optimum territorial dans le secteur du social et du médico-social portant sur la coopération inter -institutionnelle et la problématique de la complexité du réseau peut faire l'objet d'une action politique ? »

UNE POLITIQUE SOCIALE

L'entrée de la question sur l'agenda politique : une question de temps !

Une demande émise par des acteurs du terrain, des représentants associatifs, des syndicats, des parties prenantes (financeurs, tutelles, DGAS...) ou dans le cadre d'une réforme de Loi, peut être conduite en enquête en direction de nos politiques.

Si le propos est retenu comme présentant un intérêt général à statuer ou à légiférer, c'est alors que la question entre sur l'agenda politique.

Elle peut alors trouver une réponse lors des discussions et/ou Rapports présentés lors des projets de Loi, Décret ou Circulaire à l'Assemblée Nationale puis au Sénat.

L'objet d'interrogation porte ici sur un sujet d'ordre général :

- Comment véritablement structurer de la coopération dans le secteur médico-social ?
- Comment en faire un outil juridique opérationnel et non pas un énième exercice de style juridique ?

La Loi du 30 juin 1975 a constitué une étape décisive pour structurer le secteur médico-social. Toutefois, et malgré le fait que cette législation ait été modifiée à 21 reprises entre 1978 et 2001, les textes n'apportaient pas de réponse favorable à une structuration de coopération satisfaisante. Même si le principe de coopération était déjà contenu dans la Loi du 30 Juin 1975, il s'était peu traduit dans les textes depuis.

L'orientation des politiques sociales s'est rapidement modifiée ces dernières années.

La coopération mise en place s'inscrit dans le cadre tracé par les autorités ministérielles, notamment à travers la Circulaire DH/AF3/SI5 n° 99-225 du 14 avril 1999 relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière et prévoit que « *la coopération consiste pour un groupement d'établissements à décider de faire ensemble ce que chacun pourrait faire isolément, mais décide de ne plus faire par lui-même. Les établissements qui entrent dans un cadre de coopération acceptent donc de ne plus produire ou acheter de manière autonome le bien ou le service, objet de la coopération. L'activité est déléguée à la communauté réunie des établissements [...]. La coopération repose sur le principe de partage des coûts de fonctionnement entre l'ensemble des établissements. En d'autres termes, les établissements n'achètent pas une prestation ; ils assurent ensemble le financement de l'activité* ».

Cette définition met l'accent sur une coopération conçue entre établissements sociaux et médico-sociaux, une coopération institutionnelle. Une conception plus large de cette notion permet d'y intégrer les formes conventionnelles conclues entre les établissements et d'autres acteurs du secteur social et médico-social, notamment par le biais des autorisations (État) et des financements (État, collectivités territoriales ou organismes de tutelles).

Il aura fallu attendre la Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale pour que ce secteur soit doté de son propre instrument de coopération et d'un cadre juridique pérenne. En 2001, lors du projet de Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale et du nouveau Code de

l'action sociale et des familles, il a été retenu : « L'amélioration de la coordination des décideurs, des acteurs et la transparence de leurs relations... Les formes de concertation et de partenariat seront formalisées. Entre la section sociale du comité national et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale pour la définition des orientations. Entre le préfet et le président du conseil général par l'institution d'une convention. Par un système d'information tripartite impliquant l'Etat, les départements et les organismes d'assurance maladie. Les actions de coopérations entre les établissements et services prendront un nouvel essor par le développement de leur complémentarité et la garantie de la continuité des prises en charge des personnes lors d'un transfert d'un établissement à un autre. Le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sera poursuivi. »

Au cours de la séance de l'Assemblée Nationale du mercredi 24 janvier 2001, suite à l'exposé du rapporteur Francis Hammel, lors du débat, Mr. Bernard Perrut a fait part d'un regret « *Il est dommage que le Gouvernement n'ait pas adopté une approche globale et cohérente des problèmes d'action sociale qui se trouvent « éparpillés » dans plusieurs textes ; ainsi, les handicapés ne font pas partie du présent projet de Loi tandis que la réforme de l'accueil familial a été introduite dans le projet de Loi de modernisation sociale. Rien n'est fait par ailleurs pour les structures d'aide à domicile. L'approche adoptée en matière d'accueil est trop financière et instrumentale, oubliant la personne qu'il convient de replacer au centre du débat. »*

Auparavant, la voie contractuelle était la plus employée. Outre la souplesse d'utilisation pour l'administration de structures communes, ce mode de coopération permettait à chaque structure co-contractante de conserver totalement son indépendance et sa liberté d'action. Toutefois, elle empêchait le développement de synergies durables et se révélait inadaptée aux projets d'envergure. En outre, les modalités financières rendaient difficiles la lisibilité et le contrôle de gestion. La rédaction parfois approximative des actes donnait lieu à un contentieux abondant.

Le regroupement de structures ne pouvait prendre la forme que d'un groupement d'intérêt public (GIP). L'objet limité de ces structures ainsi que leur lourdeur les rendait peu attractives. Cette seconde formule fut moins utilisée que la voie conventionnelle. Les établissements sociaux et médico-sociaux participaient également, de droit, à des syndicats inter hospitaliers et à des groupements d'intérêt économique (GIE) ou à des associations, mais, aucune de ces structures ne se révélait véritablement adaptée aux nouveaux besoins du secteur. Le mode associatif restait insatisfaisant en terme d'évolutions.

La réponse par une politique sociale

Se référant à ce qui se développait depuis 1996 dans le secteur du sanitaire (mise en réseaux de soins, hospitalisation à domicile, Groupement de Coopération Sanitaire (Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996), c'est sous l'impulsion de Jean-Jacques Trégoat (Direction Générale des Affaires Sociales) que le secteur médico-social s'est enrichi d'une nouvelle composante juridique avec la création du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale.

Le Décret n° 2006-413 du 6 Avril 2006 et la Circulaire n° DGAS/SD5B/2006/216 du 18 Mai 2006 précisent les conditions de constitution d'un GCSMS.

Ce nouveau cadre juridique était attendu, un outil opérationnel jetant les bases d'un «groupement de coopération» pour éviter les structures pesantes et limitées (GIE ou GIP). Le Décret du 6 avril 2006 répond à cette attente qui s'inscrit dans une logique de décloisonnement et de recomposition d'un espace d'intervention pour mutualiser des moyens dans le secteur social et médico-social, entre secteur public et secteur privé, ou encore établissements publics et autres partenaires institutionnels.

De façon générale, ces réformes trouvent une place importante dans les réflexions actuelles sur l'organisation pertinente du service public.

La très grande dispersion du champ social et médico-social nécessitait une réorganisation et des outils efficaces à la mesure des enjeux locaux. Selon Trégoat : *« Le tout institutionnel n'est plus la seule (ou meilleure) réponse technique ou économique pour répondre aux besoins. Envisager d'ouvrir l'établissement, de nouer des partenariats, d'externaliser certaines activités, de mutualiser sont des choix théoriques, politiques et stratégiques actuels pour toute structure. »*

La mise en commun de moyens entre institutions sociales et médico-sociales constitue un axe majeur de l'action menée ce jour par la DGAS et ses services déconcentrés (DRASS et DDASS). Selon la note de l'Uniopss-Uniopss⁴, *« le GCSMS pourrait être un moyen de survie pour les associations de petites tailles - le plus souvent mono établissements - et permettre de réduire le cloisonnement entre les acteurs ainsi que leur trop grande dispersion (32 000 établissements et services à dimensions souvent limitées).*

Constat central pour la DGAS qui pose ainsi la question du trop grand nombre d'interlocuteurs à prendre en compte par les autorités de tarification et de la nécessité d'adopter une approche « plus globale » de ces structures. C'est également toute l'ambition de la pluri annualité budgétaire (et des dotations globales pluri annuelles et « pluri établissements »), inscrite pour la DGAS dans la même logique de coopération.

Compte tenu des attentes formulées à l'égard des groupements et de la volonté des pouvoirs publics de promouvoir cette nouvelle formule juridique de coopération, il est essentiel que les gestionnaires s'en saisissent afin d'en maîtriser tant les enjeux stratégiques que les mécanismes de fonctionnement.

Le GCSMS : des intérêts à mutualiser mais, des difficultés probables

Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale est d'abord un support, une structure qui donne du corps et de la permanence à des liens, permettant d'asseoir et de financer des initiatives. C'est une structure qui reste souple, établi sous forme de convention, susceptible de se modifier sans arrêt et n'engendrant pas obligatoirement des coûts de fonctionnement.

⁴ Réseau Uniopss-Uniopss « Les groupements de coopération sociale et médico-sociale- présentation des principales caractéristiques » du 4 Décembre 2006

Ce support répond à de nombreuses préoccupations bien actuelles. Il peut être rapidement opérationnel pour donner une forme institutionnelle aux regroupements en cours pour :

- exercer ensemble des activités à caractère médico-social
- proposer des actions de formation à destination des personnels et/ou des usagers
- partager du matériel, des locaux
- mutualiser des services d'intérêts communs ou des informations
- faciliter des actions d'évaluation de l'activité et de la qualité (diffusion de procédures, de références ou de recommandation de bonnes pratiques...)

Certaines missions spécifiques peuvent être dévolues aux seuls GCSMS :

- permettre des interventions communes de professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention
- exercer directement des missions ou des prestations dans un établissement
- être chargé de procéder à des regroupements ou à des fusions

Il constitue une forme évolutive susceptible de répondre à des besoins futurs : innovations, recherche, enquêtes....

Le GCSMS peut porter sur plusieurs objets, il offre la possibilité à certains membres du groupement de gérer ensemble une action tandis que d'autres choix peuvent ne concerner qu'un nombre réduit de structures. Tout est question du choix de la convention passée et de l'engagement de chacun.

Les membres adhérents au groupement peuvent être diversifiés (professionnels du secteur, établissement, personnes morales gestionnaires de droit public ou de droit privé, établissement de santé...) C'est la « convention constitutive » conclue entre les membres qui créent le GCSMS qui posera les droits et les obligations de chacun. Un protocole décrit : « *l'objet de la mission, (en lien avec le SROSS), les moyens qui y seront consacrés, le calendrier de réalisation et les modalités d'information des membres du groupement sur les étapes de mise en œuvre.* » (Confère le CASF, article R.312-194-8)

Le GCSMS est un outil de coopération d'une grande souplesse qui va permettre de nouvelles perspectives de développement aux structures du secteur social et médico-social.

Ce sera vraisemblablement une valeur ajoutée pour le secteur sanitaire et social dans les prochaines années.

Un texte nouveau ne prouve son intérêt que s'il fait l'objet de son bien fondé : s'il est utilisé. Le GCSMS présente le mérite d'apporter des ouvertures en terme de coopération entre les acteurs médico-sociaux, en levant de réels obstacles juridiques. Les pouvoirs publics invitent à promouvoir le partenariat car il permet dans le respect des compétences des collectivités et des gestionnaires de structures, le développement de leurs politiques dans un domaine pourvoyeur d'emplois de proximité et créateur de lien social.

La première interrogation sur ces dispositions concerne leur caractère très, trop, institutionnel : encore une strate institutionnelle de plus, encore une logique de structure plutôt qu'une logique de réponse et d'action ?

De fait, c'est la formule juridique qui offre le plus large champ d'activités et de modularité (à contrario de l'associatif, des GIE ou GIP ou de la simple convention.

Le Décret et la Circulaire d'application précisent son mode opératoire qui tout en restant très simple, présente une garantie sur la portée de l'engagement de ce qui est mis en commun.

Un protocole décrit l'objet de la mission, les moyens, le calendrier de réalisation et les modalités d'information des membres du groupement sur les étapes de mise en œuvre...le tout en resituant une collaboration excluant l'idée de profit : il ne devrait pas y avoir de ce fait d'enjeu de pouvoir ou d'intéressement individuel, de stratégie d'acteur.

Chacun garde son identité, son mode de fonctionnement, ses valeurs...L'engagement d'une structure privée se retrouve sur un pied d'égalité avec une autre entité de même nature ou de statut différent (associatif, public, privé, social, sanitaire ou médico-social) : c'est tout l'intérêt de cette structuration de coopération dans le respect des individualités et en fonction de la convention passée et de la portée de ce pourquoi on s'engage.

Cette structuration se joue dans un contexte « gagnant -gagnant »

Le plus difficile dans un premier temps, c'est d'arriver à se parler car chacun arrive avec sa culture, ses valeurs, son identité. Il s'agit de travailler sur la notion de finalités communes, sur l'objectif de vouloir privilégier un résultat collectif sur un gain individuel afin de spécifier la coopération, sa portée et son intérêt finalement.

C'est certainement ici que se joue la plus grande difficulté : se structurer.

Se tourner vers l'objet de la mission première de chacun, c'est réintégrer le sens, le pourquoi on est là : l'usager et ses besoins de prise en charge, son projet de vie.

Le GCSMS n'est qu'un moyen de mutualisation de moyens et d'outils donc l'essentiel, le cœur de métier de chacun reste prioritaire.

La deuxième interrogation regarde au contraire leur caractère très lâche, leur objet souple, finalement une logique de réseau qui ne nécessiterait pas véritablement de passer par une institutionnalisation. Si l'objet du regroupement reste limité à des intentions simples, pourquoi s'engager dans un cadre juridique si formalisant ?

Choisir cette structuration : c'est s'ouvrir une possibilité d'évolution dans un engagement « balisé ».

Le plus difficile c'est de faire le premier pas, d'envisager la sectorisation des interventions, de dépasser le paradoxe de l'individualisation et du manque de liens inter structures. Rappelons nous : relier les interventions de chacun c'est envisager une prise en charge globale par le décroisement et la multiplicité des intervenants.

Une structure de petite taille pourra bénéficier de compétences qui font lui défaut

La troisième interrogation pourrait être celle à l'égard des intentions de « re ? structuration » et de recombinaison de l'offre qui pourrait provenir des politiques pensants en amont (Etat,

DGAS, SROSS...) avec cette idée sous-jacente d'une approche plus globale devant l'éclatement des structures et du trop grand nombre d'interlocuteur. (D'où cette facilité de fusions, d'absorption... prévues dans le cadre juridique d'un GCSMS.)

Là, bien sûr, on peut se demander ce que sera le devenir et les moyens utilisés en filigrane mais, gardons à l'esprit qu'à plusieurs nous pouvons être plus fort et que le GCSMS peut permettre de nouvelles perspectives de développement pour les structures telles qu'elles se présentent actuellement.

Devoir composer avec l'individuel dans la complexité du multiple est un défi auquel chacun et tous devront faire face pour être dans la pérennité demain.

CONCLUSION

Le gouvernement a pris, au cours des récentes années un ensemble de mesures qui contribue à la modernisation et à la professionnalisation du secteur médico-social ce qui va conduire les services à modifier leur organisation et à adapter leurs pratiques professionnelles. Les missions des structures sont davantage définies et de nouveaux outils ont été mis en place pour mieux répondre à tous les besoins. Restait à trouver un cadre juridique, un outil pour aider à mutualiser, à générer de la coopération inter institutionnelle, voire de la complémentarité.

Partant de la quête d'un optimum territorial médico-social et sous l'impulsion de la DGAS, la problématique de la complexité du réseau de soins a fait l'objet d'une action politique et de la mise sur l'agenda politique dans l'idée de structurer de la coopération inter institutionnelle.

Le Décret n° 2006-43 du 6 Avril 2006 et la Circulaire n° DGAS/SD5B/2006/216 du 18 Mai 2006 sont venus préciser les conditions de constitution du « Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale ». Il fait à présent partie du cadre juridique de coopération des établissements et services médico-sociaux pour initier entre eux des partenariats.

Les GCSMS pourraient reconfigurer le paysage de l'action sociale et médico-sociale.

Il est indéniable que la coopération présente de nombreux atouts. Elle offre de nouvelles perspectives de développement aux structures sociales et médico-sociales en permettant la mise en place de nouveaux projets associant divers opérateurs. La mutualisation des ressources (humaines et matérielles) devrait ensuite contribuer à améliorer la qualité des prises en charge par l'accession à de nouvelles compétences, des échanges de savoir faire tout en permettant aux structures de réduire leurs coûts par des économies d'échelle.

Comme tout nouvel outil, le GCSMS reste à expérimenter.

