

LA COOPÉRATION ENTRE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

3

LA LOI HPST À L'HÔPITAL : les clés pour comprendre

42. Les modes de coopération qui demeurent et ceux qui disparaissent

Introduction

La loi HPST, afin de « favoriser les coopérations entre établissements de santé » (selon l'intitulé du chapitre III du titre 1^{er} de la loi), a procédé à une « rénovation » des outils de coopération auxquels peuvent recourir les établissements publics de santé.

- De nouveaux outils de coopération ont été créés : la communauté hospitalière de territoire (CHT), le groupement de coopération sanitaire (GCS) ayant la qualité d'établissement de santé... Des fiches spécifiques leur sont consacrées.
- Certains outils de coopération sont maintenus tout en étant réformés, comme le GCS de moyens. Il fait également l'objet de développements spécifiques.
- D'autres vecteurs de coopération, à l'inverse, ont été supprimés. Il s'agit des « anciennes cliniques ouvertes », des communautés d'établissements de santé et des syndicats interhospitaliers.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Art. 13 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
Art. 23 III de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
Art. 120 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
Art. L. 6134-1 du CSP

DISPOSITIF

a) Les modes de coopération qui demeurent

Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et de droit privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des groupements d'intérêt public (GIP), des groupements d'intérêt économique (GIE) ou des groupements de coopération sanitaire (GCS), ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières. Il en résulte que les deux grandes formes traditionnelles de coopération perdurent.

La coopération conventionnelle

Mode de coopération le plus souple, la coopération conventionnelle ne nécessite pas la création d'une nouvelle entité juridique. Sa portée en est de ce fait limitée. La convention ne permet pas aux partenaires

de recruter du personnel, d'avoir un budget propre, d'avoir un patrimoine...

La coopération conventionnelle consiste en la signature d'un simple contrat qui fait la loi des parties dès sa signature. Elle est un contrat conclu de gré à gré. Les parties sont libres dans la rédaction des clauses conventionnelles (sous réserve de respecter les règles découlant de la loi, du règlement et de la jurisprudence).

Il existe cependant des modalités particulières de passation de certaines conventions. Il en est notamment ainsi des nouvelles conventions de communautés hospitalières de territoire, qui constituent la novation essentielle de la réforme des outils de coopération (sur ce point, voir les fiches consacrées à la communauté hospitalière de territoire).

La coopération organique

Elle conduit à la création d'une personne morale nouvelle.

Au-delà du GIP, du GIE et du GCS précédemment évoqués, d'autres structures de coopération organique existent à ce jour :

- le groupement de coopération sociale ou médico-sociale ;
- l'association loi 1901 ;
- la fondation ;
- la société d'économie mixte locale.

La mise en place d'une coopération organique présente de multiples avantages. En particulier, elle favo-

rise la mutualisation des moyens et renforce les liens entre les partenaires grâce à la mise en place d'une structure commune.

À NOTER

À la différence d'une simple convention, une structure organique de coopération dispose d'un budget propre, d'un patrimoine, de la possibilité de recruter son personnel et, pour certaines, de la possibilité d'être titulaire en propre d'une autorisation d'activités de soins, d'équipements matériels lourds ou de disposer d'une pharmacie à usage intérieur propre.

b) Des modes de coopération disparaissent

Les « cliniques ouvertes »

Sur la base de l'ancien article L. 6146-10 du code de la santé publique, abrogé par l'article 13 de la loi HPST, les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux pouvaient être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant pouvaient faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix, autres que ceux qui exerçaient leur activité à titre exclusif dans l'établissement.

Par dérogation au principe du paiement direct des honoraires, les professionnels de santé concernés percevaient leurs honoraires minorés d'une redevance par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Les « cliniques ouvertes » disparaissent au profit de nouvelles modalités de recrutement des médecins libéraux par l'hôpital.

En pratique, en vertu de l'article L. 6112-4 du code de la santé publique, des professionnels de santé libéraux peuvent utiliser, sur la base d'un contrat, le plateau technique de l'hôpital afin d'en optimiser l'utilisation. Toutefois, lorsque le plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès s'effectue dans les conditions énoncées par l'article L. 6146-2 du code de la santé publique, à savoir les nouveaux contrats d'exercice avec les professionnels libéraux.

Les communautés d'établissements de santé

Ces communautés étaient constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier. À titre exceptionnel, elles pouvaient être constituées à certaines conditions entre des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires.

Les communautés d'établissements de santé étaient la première formule de coopération permettant une recomposition de l'offre de soins publique au niveau d'un secteur sanitaire ou exceptionnellement de plusieurs secteurs sanitaires.

Depuis l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du

fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, aucune communauté d'établissements de santé ne pouvait plus être créée. L'article 120 de la loi HPST abroge ce dispositif.

L'objet de la communauté hospitalière de territoire se rapproche beaucoup de celui des anciennes communautés d'établissements de santé. Le nouvel article L. 6132-1 du code de la santé publique prévoit la conclusion de convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités. Pour mettre en œuvre son objet la CHT dispose de moyens renforcés : les délégations ou transferts de compétences entre établissements, des cessions d'autorisations, des transferts de personnels, de biens mobiliers et immobiliers ainsi que la télémedecine. Elles sont donc dotées de moyens supplémentaires pour favoriser les recompositions hospitalières.

Les syndicats interhospitaliers

L'article 23 III de la loi HPST prescrit la transformation, dans un délai de trois ans, des syndicats interhospitaliers (SIH) existants soit en communauté hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire, soit en groupement d'intérêt public.

Jusqu'à cette échéance, les règles exposées ci-après continuent à s'appliquer. Un décret, à paraître, doit venir préciser les conditions de cette transformation.

À NOTER

L'abrogation des dispositions sur le SIH s'inscrit dans une évolution logique de cet outil de coopération. En effet, depuis l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, aucun SIH ne peut plus être créé.

Le syndicat interhospitalier avait la forme d'un établissement public créé à la demande de deux ou de plusieurs établissements de santé assurant le service public hospitalier, dont un au moins devait être un établissement public de santé.

La création d'un syndicat interhospitalier était autorisée par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région dans laquelle il avait son siège. D'autres organismes concourant aux soins ainsi que certaines institutions sociales pouvaient faire partie d'un syndicat interhospitalier sous réserve d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. L'objet du syndicat interhospitalier était d'exercer, à la demande de tous ou de certains établissements qui le composaient, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier notamment :

- la gestion de services communs ;
- la formation du personnel ;
- l'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;
- la centralisation des ressources d'amortissement en vue de leur affectation au financement de travaux d'équipement ou au service des emprunts contractés pour le compte des établissements ;
- la gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions ;
- la création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

Le syndicat interhospitalier pouvait être autorisé, par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à exercer les missions d'un établissement de santé c'est-à-dire les missions de soins.

ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES

Le GCS est aujourd'hui l'outil de coopération privilégié dans le secteur sanitaire ; il est venu se substituer au SIH. Deux catégories de GCS ont été créées par la loi HPST : le GCS de moyens et le GCS établissement de santé.

Le SIH était très proche du GCS établissement de santé, car il pouvait, au-delà de la mutualisation des moyens, être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation à exercer les missions de soins (sans pour autant avoir le statut d'établissement de santé). Avec le GCS établissement de santé titulaire d'une ou de plusieurs autorisations de soins, le législateur est allé plus loin.

Mais, la transformation des SIH en GCS ou même en GIP pose une question relative aux agents de la fonction publique employés par les SIH.

Ni le GCS (hors le cas du GCS érigé en établissement public de santé), ni le GIP ne peuvent employer directement du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière. Dès lors, la réponse juridique à cette situation est de procéder à la réintégration de ces agents dans l'un des établissements membres du SIH par la voie de la mutation. Sur cette base, les agents peuvent :

- soit être « mis à la disposition » du GCS ou du GIP ;
- soit être en position de détachement conformément aux dispositions de l'article 13 4° bis du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition. Cette solution est ici valable pour le GCS et le GIP.

À RETENIR

- Les « cliniques ouvertes », les communautés d'établissements de santé et les SIH disparaissent.
- Un nouvel outil de coopération conventionnelle est créé : la communauté hospitalière de territoire.
- Le GCS a évolué. Une distinction est désormais faite entre le GCS de moyens et le GCS établissement de santé titulaire d'une ou de plusieurs autorisations d'activités de soins.
- Des outils de coopération plus traditionnels demeurent en l'état, notamment le groupement de coopération sociale ou médico-sociale, le groupement d'intérêt économique, le groupement d'intérêt public.

43. La communauté hospitalière de territoire

Membres, création et résiliation, instances

La loi HPST a créé un nouveau mode de coopération conventionnelle : la communauté hospitalière de territoire (CHT).

Une forme unique de CHT a été retenue par le législateur. C'est ainsi que les établissements publics de santé peuvent désormais conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémedecine.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Art. L. 6132-1 à L. 6132-8 du CSP
Art. L. 6131-1 à L. 6131-4 du CSP (art. 23 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)
Art. L. 6161-8 du CSP
Circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements

À NOTER

La CHT n'étant pas dotée de la personnalité morale, elle ne peut pas conclure de contrat. Par conséquent, si un établissement de santé privé d'intérêt collectif souhaite être associé aux activités d'une communauté, les modalités concrètes de mise en œuvre de cette coopération relèvent des outils de coopération entre établissements de santé (convention, GCS...).

Les professionnels de santé libéraux ne peuvent pas être membres d'une CHT.

Si des hôpitaux publics souhaitent coopérer avec des professionnels de santé libéraux, ils ont la possibilité de recourir au groupement de coopération sanitaire (GCS), au groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ou au groupement d'intérêt économique (GIE) ou aux nouvelles modalités d'intervention de professionnels exerçant à titre libéral énoncées par l'article L. 6146-2 du code de la santé publique.

Les établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de CHT.

Même s'ils prennent part aux activités menées dans le cadre de la CHT, ils ne sont pas considérés comme des membres de la CHT.

DISPOSITIF

a) Les membres de la CHT

Seuls les établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT.

Un établissement public de santé ne peut adhérer qu'à une seule CHT.

À NOTER

Les établissements publics de santé n'ont en principe pas l'obligation de conclure une convention de CHT (sauf hypothèse particulière de l'article L. 6131-2 du code de la santé publique où le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un établissement public de santé de conclure une convention de CHT).

Les établissements de santé privés ne peuvent pas être membres d'une CHT.

Cependant, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) peuvent conclure avec une CHT, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public. Ces accords sont conclus sur la base du projet régional de santé, notamment du schéma régional d'organisation des soins ou du schéma interrégional. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

b) La création et la résiliation de la CHT

Il existe deux procédures de création d'une CHT.

• La CHT peut être créée à l'initiative des directeurs des établissements partenaires.

La création de la CHT repose sur la conclusion d'une convention de communauté entre les établissements partenaires.

À NOTER

Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent également proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

La convention de CHT est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales d'établissement. Elle est soumise pour information au comité technique d'établissement de chaque partenaire. Elle est approuvée par chaque directeur après avis du conseil de surveillance de tous les établissements adhérents à la communauté, à l'exception des CHT dont est membre un CHU. Dans cette dernière hypothèse, la convention de CHT est approuvée par le conseil de surveillance de chacun des partenaires.

La convention de CHT est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé.

La double approbation du directeur de chaque établissement membre, et pour les CHT incluant un CHU, des conseils de surveillance de chacun des membres, et du directeur général de l'agence régionale de santé, entraîne la création de la CHT.

À NOTER

Le directeur général de l'agence régionale de santé apprécie notamment la compatibilité de la convention avec le schéma régional d'organisation sanitaire, et peut demander les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité.

- La CHT peut également être créée suite à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, dans certaines hypothèses, demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de CHT.

À NOTER

La demande du directeur général de l'agence régionale de santé intervient en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables, de garantir la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût, ou d'améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche. Il faut noter que les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé pour inciter les établissements de santé à coopérer ont peu évolué. Le dispositif existait déjà. La loi HPST n'a fait qu'ajouter les CHT aux demandes que le directeur général de l'agence régionale de santé peut formuler à des établissements publics de santé pour les inciter à coopérer.

Le directeur général de l'agence régionale de santé transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements de santé concernés, en apportant toutes

les précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins. Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financements. Il peut également prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

Lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient ou qu'un déséquilibre financier important est constaté, le directeur général de l'agence régionale de santé peut également demander à un ou plusieurs établissements de santé de conclure une convention de CHT. La demande du directeur général de l'agence régionale de santé est motivée.

Les conseils de surveillance des établissements de santé concernés se prononcent dans un délai d'un mois sur cette convention.

Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre toutes les mesures appropriées pour que les établissements concernés concluent une convention de CHT.

La résiliation de la convention de CHT peut intervenir dans différentes hypothèses :

- soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ;
- soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ;
- soit sur décision prise, après avis du représentant de l'État dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de non-application de la convention.

Dans les deux dernières hypothèses, le directeur général de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les membres des autorisations, des emplois, des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.

c) Les instances de la CHT

Une commission de communauté est mise en place.

Elle est composée :

- des présidents des conseils de surveillance ;
- des présidents des commissions médicales d'établissement ;
- des directeurs des établissements partenaires.

Elle est chargée de :

- suivre l'application de la convention de CHT ;
- proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ;
- améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

La création d'instances communes destinées à assurer la représentation et la consultation du personnel des établissements partenaires à la CHT est possible.

Les modalités de composition de ces instances sont définies par décret. Ces instances doivent figurer dans la convention de CHT.

ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES

Les partenaires membres d'une CHT participent à une coopération de forme purement conventionnelle. La CHT n'aboutit pas à la création d'une personne juridique autonome qui permettrait aux partenaires de disposer d'un patrimoine propre, d'un budget spécifique et autonome, de personnel propre ou encore d'autorisations d'activités de soins d'équipements ou de pharmacie à usage intérieur. Il s'agit là d'une limite importante, inhérente à la nature même de cette forme de coopération.

Dans le cadre du redéploiement des activités au sein d'une CHT, même si des dispositifs de transferts ont été prévus par les textes, notamment en ce qui concerne les autorisations, les personnels ou encore le patrimoine, ceux-ci peuvent ne pas répondre à toutes les attentes des partenaires.

Dans cette hypothèse, au regard des besoins précisément identifiés des partenaires, la CHT pourra se doubler de la création d'une structure organique de

coopération. Il pourra notamment s'agir d'un GCS. À ce jour, les nombreux appels à projet portant sur la création d'une CHT intègrent à la faisabilité de la CHT l'étude de la structure organique de coopération qui sera le support juridique de la CHT et fera vivre cette CHT.

Il faut également noter que les établissements privés à but non lucratif (nouveaux établissements de santé privés d'intérêt collectif) pourtant partenaires de nombreux établissements publics de santé ne peuvent être membres d'une CHT. Pour ces établissements, la solution demeure là encore une structure organique de coopération.

À RETENIR

- La CHT est un outil de coopération réservé au secteur public ; elle ne peut comporter que des établissements publics de santé.
- Un établissement public de santé ne peut adhérer qu'à une seule CHT.
- Adhérer à une CHT est une faculté, sous réserve des incitations dont dispose l'agence régionale de santé.
- Elle correspond à une forme de coopération conventionnelle ; elle n'a pas la personnalité morale.
- Une instance est prévue pour définir les grandes orientations de la CHT : la commission de CHT.

44. La communauté hospitalière de territoire

Objet et fonctionnement

La loi HPST a créé la communauté hospitalière de territoire (CHT) afin de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire en favorisant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion.

L'exposé des motifs de la loi indique les grandes orientations de la CHT. Ainsi, la création d'une CHT doit répondre à l'ambition de définir une stratégie commune et de mutualiser des compétences (ressources humaines, programmes d'investissements lourds, systèmes d'information...). Les établissements membres de la CHT restent autonomes juridiquement et financièrement tout en s'inscrivant dans le projet stratégique commun.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Art. L. 6132-1 à L. 6132-8 du CSP

Art. R. 6132-28 du CSP

Art. L. 3112-1 et L. 3112-2 du code général de la propriété des personnes publiques

Art. 48 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Art. 22 II de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Circulaire n° DHOS/E1/F2/O3/2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé

DISPOSITIF

a) L'objet de la CHT

Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités.

À NOTER

La liste des fonctions et activités gérées en commun au sein de la CHT est définie par les membres de la communauté. Elle est insérée dans la convention constitutive de la CHT.

À NOTER

L'article L. 6132-2 du code de la santé publique prévoit que la convention constitutive de CHT définit le projet médical commun, la mise en commun des ressources humaines, des systèmes d'information et des investissements immobiliers.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les projets d'établissement, les plans globaux de financement pluriannuels et les programmes d'investissement de chaque établissement partie à la convention de CHT sont mis en cohérence pour tenir compte de leur adhésion à la communauté selon les modalités fixées par la convention constitutive.

Une adaptation des grandes orientations stratégiques et d'activités de chacun des établissements parties à la convention de CHT est l'objectif même de la CHT. Il revient aux membres de bien travailler le contenu de la CHT. Ce contenu est modulable au cas par cas. La convention prend en compte la notion d'exception géographique, dont relèvent certains territoires.

À NOTER

Le territoire d'une CHT n'est pas obligatoirement le territoire de santé défini par l'agence régionale de santé. Ce dernier peut par exemple comprendre plusieurs CHT.

L'objet de la CHT est mis en œuvre grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les membres.

Les notions de délégation et de transfert de compétences ne sont pas définies par les textes.

À NOTER

Dans le cadre d'un transfert, un établissement renonce à une activité au profit d'un autre établissement membre de la communauté, qui en devient totalement titulaire. Dans le cas d'une délégation, l'établissement confie la gestion d'une compétence à un partenaire avec la possibilité de revenir sur cette délégation. L'établissement délégant conserve la faculté de retrouver l'activité déléguée.

Le directeur général de l'agence régionale de santé modifie les autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds suite aux transferts ou cessions réalisés entre les établissements parties à la convention de CHT. Une procédure simplifiée est prévue, selon les hypothèses, pour la modification du lieu d'exercice de l'activité ou pour la confirmation du nouveau titulaire.

• Une demande de modification ou de confirmation de l'autorisation est adressée au directeur général de l'agence régionale de santé.

- Cette demande est assortie d'un dossier complet comprenant, notamment, la convention de CHT dans le cadre de laquelle elle s'inscrit, le respect d'engagements précis, un état des lieux des coopérations, la description des installations, des services ou des équipements matériels lourds concernés, les modalités de financement et d'évaluation de l'activité... Le directeur général de l'agence régionale de santé ne peut rejeter la demande que si le dossier présenté fait apparaître des modifications qui seraient de nature à justifier un refus d'autorisation ou qui seraient incompatibles avec le respect des conditions et engagements auxquels avait été subordonnée l'autorisation concédée.

Les établissements parties à la convention de CHT peuvent constituer des pôles de territoire.

Un décret à paraître devrait permettre la constitution de pôles de territoire.

Ainsi, la convention de communauté hospitalière de territoire pourrait prévoir la faculté de créer un pôle de territoire, regroupant des pôles relevant de tout ou partie des établissements adhérant à la convention sous l'autorité d'un chef de pôle unique.

La télémedecine constitue également un moyen de mise en œuvre de l'objet de la CHT.

b) Le fonctionnement de la CHT

La CHT n'a pas la personnalité morale.

La CHT correspond à l'une des formes de coopération conventionnelle. Ainsi, la mise en œuvre de la CHT ne conduit pas à la création d'une personne morale nouvelle distincte de celle de ses membres.

À NOTER

La CHT ne dispose pas des attributs de la personnalité morale. Elle ne peut donc pas être dotée d'un budget, se voir affecter un personnel propre ou encore être propriétaire de biens immobiliers, effectuer des achats...

Les établissements parties à la convention de CHT désignent parmi l'un d'entre eux un établissement siège.

Le rôle de cet établissement siège n'est pas défini par la loi.

La désignation de l'établissement siège est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique des établissements parties à la convention.

Si les établissements parties à la convention de CHT ne parviennent pas à se mettre d'accord pour la désignation de l'établissement siège, la décision est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le transfert d'activité intervenant au sein de la CHT a des conséquences sur la situation des personnels des établissements parties à la CHT.

Deux situations doivent être distinguées.

- L'établissement initialement titulaire de la compétence ou de l'autorisation peut transférer les emplois afférents. Une information est faite auprès du comité technique d'établissement.

L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusqu'alors les activités considérées.

Le transfert de personnels concerne aussi bien les agents titulaires que les contractuels, les personnels médicaux que non médicaux.

À NOTER

Ce dispositif de transfert des personnels dans le cadre d'une action de coopération n'est pas nouveau. Antérieurement, les conseils d'administration des membres d'un syndicat interhospitalier (SIH) pouvaient décider de lui transférer, en même temps que les activités entrant dans ses missions, les emplois occupés par des agents régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires et afférents auxdites activités. Dans ce cas, le SIH devenait employeur des agents mentionnés.

- Les fonctionnaires et agents concernés peuvent de plein droit être mis à disposition du ou des établissements publics de santé assurant la poursuite de cette activité. Cette décision incombe à l'autorité investie du pouvoir de nomination, en l'occurrence le directeur de l'établissement public de santé employeur qui transfère une activité à un autre hôpital partie à la convention de CHT. Par exception aux règles applicables à la mise à disposition, l'accord des agents concernés n'est pas nécessaire. Une convention de mise à disposition est signée entre les établissements d'origine et d'accueil.

Le transfert d'activité intervenant dans le cadre de la CHT a des conséquences sur la situation des biens mobiliers et immobiliers.

Trois hypothèses doivent être analysées.

- Un établissement qui transfère, en application de la convention de CHT, une activité de soins à un autre établissement peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité.

Les dispositions de l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques sont alors mises en œuvre, et l'hôpital propriétaire peut céder à l'amiable des biens de son domaine public sans déclassement préalable à un partenaire de la communauté.

- Des partenaires à la CHT peuvent échanger des biens meubles ou immeubles.

En vue de permettre l'amélioration des conditions d'exercice d'une mission de service public, les biens du domaine public peuvent être échangés entre établissements membres de la CHT (art. L. 3112-2 du code général de la propriété des personnes publiques).

L'acte d'échange comporte des clauses permettant de préserver l'existence et la continuité du service public.

À NOTER

La cession ou l'échange des biens ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière.

- L'application d'une convention constitutive de CHT peut donner lieu à la mise à disposition de biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice des activités transférées entre les établissements partenaires. Lorsque l'établissement public antérieurement titulaire de l'activité transférée était propriétaire des biens mis à disposition, la mise à disposition de ces biens a lieu à titre gratuit et l'établissement bénéficiaire assume l'ensemble des obligations du propriétaire. L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition est substitué à l'établissement public propriétaire dans tous les droits et obligations à l'égard de ses cocontractants ainsi qu'à l'égard des tiers. En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition, l'établissement public antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés. Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants.

c) Le financement de la CHT

Des mesures financières ont été prévues pour inciter les établissements publics de santé à créer des CHT. Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) est prioritairement affectée au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une CHT.

La circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 réserve 10 millions d'euros sur le FMESPP 2009 au soutien financier des projets de coopérations.

ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES

- La loi HPST incite les établissements de santé à coopérer, notamment sous la forme d'une CHT : des incitations financières ont été mises en place, des compétences importantes sont confiées au directeur général de l'agence régionale de santé en matière de CHT. La CHT est l'un des vecteurs juridiques incontournables de rapprochement entre établissements publics de santé afin de définir une stratégie médicale commune s'appuyant sur la mutualisation des compétences et des fonctions supports. La CHT est un outil de

recomposition de l'offre de soins au niveau d'un territoire. Elle vient, à ce titre, se substituer aux anciennes communautés d'établissements de santé.

Il faut noter que la CHT permet une gestion innovante et unique des personnels des établissements parties à la convention de CHT :

- s'agissant de la procédure de « transfert de personnels », elle permet de modifier le rattachement des agents aux établissements publics de santé employeurs. Ce dispositif s'applique à tous les agents (titulaires de la fonction publique hospitalière, contractuels et personnels médicaux). Il s'inspire des dispositions qui existaient déjà pour le SIH, mais réservées jusqu'alors aux personnels titulaires de la fonction publique hospitalière ;
- quant à la procédure de mise à disposition, elle peut intervenir ici de plein droit. Sur ce point, il convient de préciser que l'article 5 du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition prévoit que, lorsqu'un fonctionnaire est mis à disposition d'un établissement public de santé pour y effectuer la totalité de son service et qu'il y exerce des fonctions que son grade lui donne vocation à remplir, l'établissement d'accueil est tenu de lui proposer de l'intégrer par la voie du changement d'établissement au terme d'une durée qui ne peut excéder trois ans. La convention constitutive doit indiquer un établissement siège de la CHT. Cet établissement siège ne dispose pas de compétences particulières ou renforcées au sein de la CHT. S'il devait en être convenu différemment entre les membres, cela devrait être bien réfléchi en amont et en toute hypothèse cela ne pourrait aller au-delà de ce qui est permis par voie conventionnelle. Enfin, la mise en place d'une structure organique de coopération, support de la CHT, pourra constituer une solution intéressante pour donner davantage de force aux objectifs confiés à la CHT.

À RETENIR

- Les établissements parties à une convention de CHT mettent en œuvre une stratégie commune et gèrent en commun certaines fonctions et activités. Un projet médical commun est établi au sein de la CHT et les partenaires assurent la mise en commun de leurs ressources humaines, de leur système d'information et de leurs investissements immobiliers.
- La CHT n'a pas la personnalité morale.
- Les établissements parties à une convention de CHT désignent parmi eux un établissement comme siège de la CHT. Les missions dévolues à l'établissement siège ne sont pas définies par la loi.
- Les modalités de transfert des autorisations sanitaires, de personnels et de biens meubles et immeubles entre les établissements publics de santé partenaires de la CHT sont facilitées.

45. Le groupement de coopération sanitaire de moyens

Le groupement de coopération sanitaire est un outil de coopération ouvert au secteur sanitaire mais aussi au secteur médico-social et à la ville.

C'est un outil de décloisonnement des acteurs et des secteurs.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a opéré une distinction entre le GCS de moyens et le GCS érigé en établissement de santé qui est autorisé à exercer, en son nom, une ou plusieurs activités de soins.

Elle a clarifié le régime juridique applicable au GCS de moyens.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Art. L. 6133-1 à L. 6133-6 du code de la santé publique

Art. L. 6112-2 du code de la santé publique

Art. R. 6133-1 et s. du code de la santé publique

Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire

À NOTER

- Le code de la santé publique fixe une liste exhaustive de ces professionnels de santé. Sont considérés comme tels les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers et les diététiciens.
- La notion d'organismes pouvant être autorisés à être membres d'un GCS de moyens n'est pas définie par les textes. C'est donc le directeur général de l'agence régionale de santé qui va en délimiter les contours.

DISPOSITIF

a) Les membres du GCS de moyens

Le GCS peut comporter des personnes physiques ou des personnes morales.

Plus précisément, un GCS peut rassembler :

- des établissements de santé : établissements publics de santé, établissements de santé privés à but lucratif, établissements de santé privés d'intérêt collectif ;
- des établissements médico-sociaux publics et privés ;
- des centres de santé ;
- des pôles de santé ;
- des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société : médecins libéraux, sages-femmes libérales et chirurgiens-dentistes libéraux.

Un des membres au moins du GCS doit être un établissement de santé.

À NOTER

Il n'est pas possible de créer un GCS sans établissement de santé, sauf dans le cas particulier où le GCS est le support juridique d'un réseau de santé.

Des professionnels de santé autres que les professionnels médicaux libéraux ainsi que des organismes peuvent faire partie du GCS, à condition d'y être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

b) L'objet du GCS de moyens

Le GCS de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Il peut être à objet unique ou multiple.

De manière plus générale, il peut être constitué pour :

- organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ;
 - il peut, le cas échéant, être titulaire de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;
 - il peut exploiter un laboratoire de biologie médicale.
 - permettre les interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux ;
- assurer ou contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisations des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

Le GCS de moyens, dès lors qu'il est titulaire d'une autorisation d'activités de soins, est érigé en établissement de santé.

À NOTER

Le GCS établissement de santé est une forme de coopération très aboutie qui s'applique à un nombre limité de coopérations.

Le GCS poursuit un but non lucratif, même lorsqu'il est de statut privé.

c) Le statut du GCS de moyens

Le GCS de moyens est une structure de coopération dotée de la personnalité morale. Il acquiert la personnalité morale à compter de la publication de l'acte d'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'agence régionale de santé.

À NOTER

Le GCS de moyens possède tous les attributs de la personne morale comme la possibilité d'avoir un patrimoine propre, un budget, la qualité d'employeur, des autorisations d'équipements matériels lourds...

Il est une personne morale de droit public s'il correspond à l'un des cas suivants :

- le groupement est constitué exclusivement par des personnes de droit public ;
- il comprend des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ;
- la majorité des apports au capital du groupement provient de personnes de droit public ;
- si le GCS est constitué sans capital, la majorité des participations aux charges de fonctionnement est assurée par des personnes publiques.

Le GCS de moyens est de droit privé dès lors qu'il satisfait à l'une de ces conditions :

- il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ;
- la majorité des apports au capital provient de personnes de droit privé ;
- si le GCS est constitué sans capital, la majorité des participations aux charges de fonctionnement est versée par les membres de droit privé.

À NOTER

Les membres ont la possibilité de choisir le statut du GCS lorsque le GCS comprend des structures publiques et privées, dont les apports en capital ou, à défaut de capital, les participations aux charges de fonctionnement, ne permettent pas de dégager une majorité publique ou privée.

d) La création du GCS de moyens et la convention constitutive

Le GCS de moyens est créé après approbation et publication de la convention constitutive par le directeur général de l'ARS.

Les membres du groupement établissent une convention constitutive, qu'ils transmettent au directeur général de l'agence régionale de santé dans laquelle le groupement a son siège pour approbation et publication.

Le GCS de moyens jouit de la personnalité morale à compter de la date de publication de l'acte d'appro-

bation au recueil des actes administratifs de la région dans laquelle le groupement a son siège ainsi qu'au recueil des actes administratifs des autres régions lorsque les membres du groupement ont leurs sièges dans des régions distinctes.

À NOTER

Lorsque l'un des membres du groupement a son siège dans une autre région, le directeur général de l'agence régionale de santé de cette région est consulté et son avis est réputé acquis à défaut de réponse dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle la convention lui a été notifiée.

La publication intervient dans un délai d'un mois à compter de l'acte d'approbation de la convention constitutive du groupement par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La publication fait notamment mention :

- de la dénomination et de l'objet du groupement ;
- de l'identité de ses membres ;
- de son siège social ;
- de la durée de la convention.

La convention constitutive du groupement comporte un certain nombre de mentions obligatoires.

Elle contient notamment :

- le siège du groupement et sa dénomination ;
- son objet et la répartition des activités entre le groupement et ses membres ;
- l'identité de ses membres et leur qualité ;
- la nature juridique du groupement ;
- la durée du groupement (à défaut il est constitué pour une durée indéterminée) ;
- les règles de détermination de la participation des membres aux charges de fonctionnement du groupement et les modalités de leur révision annuelle ;
- les droits des membres ainsi que les règles de leur détermination ;
- les modalités de représentation de chacun des membres au sein de l'assemblée générale ;
- les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes ;
- le cas échéant, le capital ;
- le régime budgétaire et comptable applicable au groupement ;
- les modalités de mise à disposition des biens mobiliers et immobiliers ;
- les hypothèses et les règles de dissolution du groupement ainsi que les modalités de dévolution des biens ;
- les modalités d'organisation de l'activité médicale et paramédicale au sein du groupement ;
- les règles d'adhésion, de retrait et d'exclusion des membres ;
- les règles d'administration du groupement (désignation de l'administrateur, compétences de l'administrateur, création d'un comité restreint) ;
- la répartition des compétences entre l'assemblée générale, l'administrateur et, le cas échéant, le comité restreint ;

- Les conditions de la liquidation amiable du groupement et de la désignation d'un ou de plusieurs liquidateurs. Ces mentions sont définies par voie réglementaire.

À NOTER

La convention constitutive du GCS comporte des mentions spécifiques pour le GCS de moyens érigé en établissement de santé et le GCS de moyens ayant pour objet une activité de recherche.

La convention constitutive peut être modifiée par avenant. Les avenants sont approuvés et publiés dans les mêmes conditions de forme que la convention constitutive.

La convention constitutive comporte des annexes.

Ces annexes sont :

- le premier projet de budget prévisionnel pour les GCS de droit privé ou l'état des prévisions des recettes et des dépenses pour les GCS de droit public ;
- un état de l'équilibre financier global du groupement ;
- pour les GCS participant à des activités d'enseignement, les conventions d'association conclues entre le GCS et le centre hospitalier universitaire concerné ou le centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire.

e) L'admission de nouveaux membres, le retrait et l'exclusion d'un membre

- Il est possible d'admettre de nouveaux membres par décision de l'assemblée générale.
- Tout membre peut se retirer du groupement à l'expiration d'un exercice budgétaire, sous réserve qu'il ait notifié au groupement son intention au moins six mois avant la fin de l'exercice et que les modalités de ce retrait soient conformes aux stipulations de la convention constitutive.
- Lorsque le groupement comporte au moins trois membres, l'exclusion de l'un d'entre eux peut être prononcée par l'assemblée générale en cas de manquements aux dispositions législatives et réglementaires, aux mentions de la convention constitutive et aux délibérations de l'assemblée générale. Elle peut également être prononcée en cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire. L'exclusion ne peut être prononcée qu'après audition du représentant du membre concerné selon les modalités fixées par la convention constitutive.

À NOTER

L'adhésion d'un nouveau membre, le retrait et l'exclusion d'un membre donnent lieu à un avenant à la convention constitutive.

f) Les modalités d'intervention des personnels au sein du GCS de moyens

Les personnels interviennent au sein du GCS de moyens selon deux modalités :

- le GCS peut être employeur (par exemple, en accueillant, dans certaines conditions, des fonctionnaires détachés) ;

- les personnels des établissements de santé membres du groupement sont mis à disposition du GCS. Ils restent régis, selon le cas, par leur contrat de travail, les conventions ou accords collectifs qui leur sont applicables, ou leur statut.

La spécificité du GCS de moyens est de permettre les interventions communes des professionnels médicaux des établissements de santé membres, des professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement et des professionnels médicaux libéraux membres du groupement (appelées en pratique prestations médicales croisées), lorsqu'ils assurent des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des membres du groupement.

Un dispositif particulier de rémunération des actes effectués est prévu.

- Les actes médicaux et consultations assurés par les professionnels médicaux libéraux sur des patients relevant d'un établissement public de santé ou d'un établissement privé à but non lucratif dans le cadre du GCS sont rémunérés à l'acte par les établissements de santé bénéficiaires sur la base du tarif conventionnel secteur 1.

Dans le cas où les professionnels médicaux libéraux participent à la permanence des soins, les établissements de santé concernés leur versent en plus une rémunération forfaitaire.

- Les actes médicaux pratiqués par les praticiens hospitaliers ou par les médecins salariés des établissements de santé privés d'intérêt collectif au bénéfice de patients pris en charge par les établissements privés à but lucratif sont facturés par l'établissement public ou l'établissement de santé privé d'intérêt collectif employeur à l'établissement de santé privé à but lucratif dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.

À NOTER

Les actes médicaux concernés sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions de tarification secteur 1. Ces tarifs servent de base à la facturation des prestations au patient non couvert par un régime d'assurance maladie, au calcul de la participation laissée à la charge de l'assuré et à l'exercice des recours contre tiers.

g) Les instances du GCS de moyens

Le GCS de moyens comporte une assemblée générale et un administrateur désigné en son sein par l'assemblée générale.

L'assemblée générale est composée de l'ensemble des membres du groupement.

- Elle se réunit sur convocation de l'administrateur du groupement aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins une fois par an dans les conditions définies par la convention constitutive.

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

- L'assemblée générale est compétente pour régler les affaires intéressant le groupement.
- L'assemblée générale vote, selon la nature juridique du groupement, le budget prévisionnel ou l'état des prévisions des recettes et des dépenses.
- Par ailleurs, elle délibère notamment sur :
 - toute modification de la convention constitutive ;
 - le transfert du siège du GCS ;
 - le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
 - le budget prévisionnel ou l'état des prévisions des dépenses et des recettes ;
 - l'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation des résultats ;
 - le bilan de l'action du comité restreint ;
 - le règlement intérieur du groupement ;
 - pour le GCS de droit privé, le choix du commissaire aux comptes ;
 - la participation aux actions de coopération ;
 - les modalités selon lesquelles chacun des membres s'engage à communiquer aux autres toutes les informations nécessaires à la réalisation de l'objet du groupement ;
 - les modalités selon lesquelles les droits des membres sont fixés dans la convention constitutive du groupement ;
 - l'admission de nouveaux membres ;
 - l'exclusion d'un membre ;
 - la nomination et la révocation de l'administrateur ;
 - les conditions dans lesquelles peuvent être attribuées à l'administrateur les indemnités de mission ;
 - la demande de certification ;
 - pour le GCS de droit public, les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
 - la prorogation ou la dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation ;
 - le rapport d'activité annuel et les comptes financiers transmis au directeur général de l'agence régionale de santé ;
 - le protocole définissant les modalités de réalisation des prestations médicales croisées ;
 - les modalités de facturation et de paiement des actes médicaux dans le cadre des prestations médicales croisées ;
 - la demande d'autorisation pour l'exercice de l'une des missions d'un établissement de santé ou de l'une des missions de service public ;
 - les conditions dans lesquelles elle délègue certaines de ses compétences à un comité restreint ou à l'administrateur.

- Elle ne délibère valablement que si les membres présents ou représentés représentent au moins la moitié des droits des membres du groupement.

Les délibérations portant sur la modification de la convention constitutive, l'admission de nouveaux membres et la demande d'autorisation de l'exercice de l'une des missions d'un établissement de santé ou d'une mission de service public doivent être adoptées à l'unanimité des membres présents ou représentés.

Pour les autres délibérations, sauf mention contraire de la convention constitutive, elles sont adoptées si elles recueillent la majorité des voix des membres présents ou représentés.

Les délibérations portant sur l'exclusion d'un membre sont valablement prises sans que puissent participer au vote les représentants du membre dont l'exclusion est demandée, sous réserve que la mesure d'exclusion soit adoptée par un nombre de membres représentant au moins la moitié des droits des membres du groupement.

Ses délibérations sont consignées dans un procès-verbal de réunion. Elles sont opposables aux membres.

- Si la convention constitutive le prévoit, l'assemblée générale peut élire en son sein un comité restreint, à qui elle délègue, pour une durée déterminée renouvelable, certaines compétences limitativement énumérées par les textes.

Les délibérations du comité restreint sont consignées dans un procès-verbal de réunion transmis aux membres du groupement. Elles sont opposables à tous les membres.

- Pour toutes les autres compétences (non précédemment énumérées), l'assemblée générale peut donner délégation à l'administrateur ou au comité restreint.

L'administrateur est chargé de l'administration du groupement.

- Il est élu en son sein par l'assemblée générale parmi les personnes physiques ou les représentants des personnes morales membres du groupement. Il est membre de droit du comité restreint. Il est révocable à tout moment par l'assemblée générale.

Le mandat d'administrateur est exercé à titre gratuit pour une durée déterminée renouvelable. Toutefois, des indemnités de mission peuvent lui être attribuées dans les conditions déterminées par l'assemblée générale. Lorsque l'administrateur exerce une activité libérale, l'assemblée peut lui allouer, en outre, une indemnité forfaitaire pour tenir compte de la réduction d'activité professionnelle justifiée par l'exercice de son mandat.

- Il assure différentes missions :
 - il prépare et met en œuvre les décisions de l'assemblée générale et, le cas échéant, du comité restreint ;

- il représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice;
- il assure l'exécution du budget prévisionnel ou de l'état des prévisions de recettes ou de dépenses. Il a la qualité d'ordonnateur des recettes et des dépenses lorsque le GCS est de droit public;
- il informe l'ensemble des membres et les tiers contractant avec le groupement des délibérations intéressant leurs rapports avec le groupement;
- dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de celui-ci.

À NOTER

D'autres instances peuvent être créées au regard de l'objet du GCS constitué entre les partenaires.

h) Le financement du GCS de moyens

Le GCS de moyens peut être constitué avec ou sans capital.

Lorsque le groupement de coopération sanitaire est constitué avec un capital, les apports ne peuvent être ni des apports en industrie ni représentés par des titres négociables. Ils peuvent être fournis sous forme de dotations financières des membres ou sous forme de biens mobiliers ou immobiliers, sous réserve des dispositions de l'article L. 6148-1 du code de la santé publique.

Les participations des membres aux charges de fonctionnement du groupement sont possibles en numéraire (contribution financière) ou en nature par la mise à disposition de locaux ou de matériels ou de personnels.

À NOTER

L'évaluation des contributions en nature est faite sur la base de leur valeur nette comptable ou de leur coût réel.

i) La comptabilité du GCS de moyens

Le régime comptable applicable dépend du statut du GCS de moyens.

- Le GCS de moyens de droit public est soumis à une comptabilité de droit public (dispositions du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique relative aux établissements à caractère industriel et commercial dotés d'un agent comptable).
L'agent comptable est nommé par arrêté du ministre chargé du budget. Il assiste à l'assemblée générale du groupement.
- Le GCS de droit privé est soumis à une comptabilité de droit privé. Les comptes sont certifiés annuellement par un commissaire aux comptes.

j) Le rapport d'activité du GCS de moyens

Le GCS transmet chaque année au directeur de l'agence régionale de santé un rapport retraçant son activité.

Ce rapport comporte les éléments suivants :

- la dénomination du GCS, son siège et son année de création;
- la nature juridique du groupement;
- la composition et la qualité des membres;
- l'existence d'une structure de coopération préexistante à la création du groupement;
- le ou les objets poursuivis par le groupement;
- la détention par le groupement d'autorisations d'équipements matériels lourds ainsi que la nature et la durée des autorisations;
- la détention par le groupement d'autorisations d'activités de soins ainsi que la nature et la durée de ces autorisations;
- les disciplines médicales concernées par la coopération;
- les comptes financiers du groupement approuvés par l'assemblée générale;
- les indicateurs d'évaluation de l'activité réalisée par le GCS.

À NOTER

Le bilan de l'action du comité restreint est annexé au rapport d'activité.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander au groupement tout autre élément nécessaire à la réalisation du bilan annuel de l'action des groupements de coopération sanitaire qu'il transmet au ministre en charge de la santé avant le 30 juin de l'année civile en cours.

ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES

Le champ d'activité du GCS de moyens est étendu et précisé. Il n'existe plus de doutes quant à l'objet du GCS. Le GCS de moyens peut organiser et gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche. Il peut désormais exercer une ou plusieurs missions de service public.

Les membres de droit du GCS de moyens sont désormais élargis. Les centres de santé et les pôles de santé peuvent être membres du GCS de moyens.

Les médecins libéraux, s'ils souhaitent participer aux missions du groupement, doivent nécessairement être membres du GCS, à titre individuel ou dans le cadre d'une structure d'exercice regroupée, ou intervenir au nom de la clinique membre du groupement à laquelle ils sont liés par contrat. Ils ne peuvent plus être associés par simple convention aux activités du GCS.

Le GCS de moyens, s'il est titulaire d'une autorisation d'activités de soins, est érigé en établissement de santé.

À RETENIR

- Le GCS de moyens a pour objet la gestion commune d'une ou de plusieurs activités pour le compte de ses membres. Il permet une mise en commun des moyens humains, des locaux et des matériels des partenaires.
- Le statut du GCS de moyens découle soit de la nature juridique des membres du groupement, soit de leurs apports en capital, soit, en l'absence de capital, de leurs contributions financières aux charges de fonctionnement du groupement.

- Le statut du GCS de moyens détermine le régime juridique applicable au groupement.
- Si le GCS est érigé en établissement de santé, le statut du GCS de moyens détermine la nature et les règles de droit qui lui sont applicables.

FOCUS N° 1 : COOPÉRATION ORGANIQUE ET PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR (PUI)

Le régime juridique applicable à l'activité de PUI est défini, de manière stricte, par des dispositions de nature législative et réglementaire.

Un établissement de santé ou un établissement médico-social qui décide de mutualiser l'activité de PUI avec d'autres partenaires n'est pas libre dans le choix de la formule de coopération à retenir.

Selon la nature et l'étendue de la mutualisation envisagée, trois formes de coopération sont envisageables :

- la convention ;
Attention, la coopération conventionnelle est exceptionnelle et surtout limitée à certaines situations très précises.
- le GCS ;
- le groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), à compter du 1^{er} janvier 2011.

a) Le GCS

Deux situations sont envisageables :

- soit le GCS a pour objet de mutualiser certaines fonctions de la PUI. Il s'agit d'une coopération partielle et limitée qui s'inscrit dans le strict respect des règles relatives à la PUI ;
- soit le GCS a pour objet de regrouper les PUI à son niveau et ainsi de mutualiser l'ensemble des fonctions.

À ce jour, le GCS est la seule structure de coopération susceptible d'être créée afin de permettre l'exploitation en commun d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Dans cette hypothèse, le GCS détient l'autorisation de PUI qui est délivrée par le directeur de l'agence régionale de santé après avis des instances compétentes de l'Ordre national des pharmaciens. L'autorisation de PUI n'est pas une autorisation d'activités de soins, le GCS reste donc un GCS de moyens. Lorsque l'activité de PUI est gérée par un GCS, il convient de respecter rigoureusement les dispositions du code

de la santé publique définissant le régime juridique applicable à la PUI (art. L. 5126-1 et s.). L'activité de PUI est limitée à l'usage particulier des malades dans les établissements de santé ou médico-sociaux qui appartiennent au GCS. Cela signifie que le fait de placer la PUI au niveau du GCS permet de desservir les patients hospitalisés dans l'ensemble des membres du groupement (GCS de moyens ou GCS établissements de santé). Le GCS ne peut étendre son activité à des établissements qui ne seraient pas membres du groupement. La demande tendant à obtenir l'autorisation de création de PUI est présentée par l'administrateur du GCS. Elle doit comprendre l'arrêté d'approbation de la convention constitutive du GCS par le directeur de l'agence régionale de santé permettant de vérifier que la demande d'autorisation est bien conforme à l'objet du groupement.

Les partenaires qui seraient tentés de conserver leur propre autorisation de PUI et donc de ne mutualiser que certaines des fonctions de la PUI dans le GCS risquent d'avoir des difficultés à mettre en place en pratique leur projet de coopération. En effet, en cas de mutualisation d'une PUI au sein d'un GCS, différentes dispositions du code de la santé publique vont dans le sens de la mise en place d'une PUI unique entre les partenaires. Ainsi, selon l'article R. 5126-4 du code de la santé publique, les PUI des groupements de coopération sanitaire desservent les différents sites géographiques des établissements membres, dans les conditions prévues à l'article R. 5126-3 du code de la santé publique. Ces dispositions doivent être combinées avec celles de l'article R. 5126-2 du

code de la santé publique : il ne peut être autorisé qu'une PUI par site géographique d'implantation des établissements membres d'un groupement de coopération sanitaire. On entend par site géographique tout lieu où sont installées des structures habilitées à assurer des soins et non traversé par une voie publique. Il ressort de l'esprit de ces dispositions que la vocation première d'une PUI mutualisée entre des partenaires via un GCS est d'intervenir auprès des différents membres du groupement en desservant les différents sites géographiques. En toute hypothèse, l'on ne peut envisager que la mise en place d'une mutualisation des moyens dans le cadre d'une coopération sanitaire augmente le nombre initial d'autorisations de PUI, au motif que les membres souhaitent conserver leur propre autorisation de PUI. Si les membres mutualisent l'ensemble des missions PUI au sein d'un GCS, une seule autorisation est donnée. Cette autorisation est donnée au GCS.

Une spécificité de la coopération en matière de PUI doit ici être soulignée : ce type de coopération doit emporter l'adhésion de l'agence régionale de santé dans la mesure où elle est conditionnée à l'octroi d'une autorisation préalable. Il appartient donc à l'agence régionale de santé d'apprécier l'opportunité du montage à envisager en ce qui concerne l'autorisation de PUI existante.

La mutualisation d'une activité de PUI dans le cadre d'un GCS n'est pas globale ; elle peut être partielle. Un membre du groupement peut alors conserver une autorisation de PUI pour une partie seulement de ses activités.

Par dérogation au principe selon lequel une seule autorisation est donnée par site géographique des établissements membres du GCS, il peut être implanté

une PUI en tout lieu dépendant d'un GCS, en vue exclusivement :

- d'approvisionner les autres PUI des membres du groupement ;
- d'assurer la stérilisation des dispositifs médicaux ;
- de vendre au public des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- d'effectuer la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 5121-1, aux articles L. 4211-1 et L. 5137-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles à des patients pris en charge par des établissements d'hospitalisation à domicile et des unités de dialyse à domicile.

L'implantation d'une PUI exerçant certaines missions spécifiques (approvisionnement d'une autre PUI, stérilisation des dispositifs médicaux, rétrocession...) dans un lieu dépendant d'un GCS permet de déroger au principe d'une autorisation par site d'implantation. Dans ce cas, la PUI du membre conserve son autorisation pour l'exercice de manière exclusive de l'une des missions particulières précédemment définies.

b) Le GCSMS

L'article 54 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2010 a élargi l'objet du GCSMS à la gestion de la PUI.

Attention, cette disposition n'est pas d'application immédiate ; son entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2011.

Une alternative au GCS existera désormais pour la gestion de l'activité de PUI dans le secteur médico-social.

FOCUS N° 2 : GCS DE MOYENS ET ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

- Un GCS de moyens peut participer aux enseignements publics (médical et pharmaceutique) et post-universitaires.

Les conventions d'association passées entre le GCS et le centre hospitalier universitaire (CHU) ou le centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire sont annexées à la convention constitutive du GCS. Elles sont approuvées par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les mêmes conditions que la convention constitutive.

- Un GCS de moyens peut participer aux activités de recherche dans les domaines suivants et sous les formes suivantes :

— l'association aux activités de recherches biomédicales énoncée aux articles L. 1112-1 et s. du code de la santé publique ;

- l'association aux activités de recherche biomédicale menées dans un CHU, dans les conditions énoncées à l'article L. 6142-5 du code de la santé publique ;
- l'exercice et le développement d'activités de recherche par le groupement pour le compte de ses membres.

Si le GCS a pour objet la recherche, la convention constitutive du GCS, au-delà des mentions traditionnelles, doit indiquer :

- le champ des activités de recherche confiées au groupement ;
- la durée déterminée pour ces activités de recherche ;
- les sources de financement envisagées ;
- les modalités de dépôt et d'exploitation de brevets ;
- les modalités de valorisation des activités de recherche et de leurs résultats.

Dans le cadre des activités d'enseignement et de recherche, l'assemblée générale peut autoriser le groupement, de manière subsidiaire et dans le respect de son objet, à déposer et exploiter des brevets ainsi qu'à valoriser ses activités de recherche.

Les résultats de l'exploitation des brevets et de la valorisation des activités de recherche sont répartis selon les conditions énoncées par l'article R. 6133-5 et R. 611-13 et R. 611-14-1 du code de la propriété intellectuelle. Les éventuels déficits ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

FOCUS N° 3 : GROUPEMENT DE COOPÉRATION SOCIALE OU MÉDICO-SOCIALE (GCSMS)

Fort de l'expérience du groupement de coopération sanitaire (GCS) pour les établissements de santé, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a créé un outil juridique de coopération pour ce secteur : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS).

Le régime juridique du GCSMS est prévu aux articles L. 312-7 et R. 312-194-1 et s. du code de l'action sociale et des familles.

GCS et GCSMS présentent de multiples ressemblances dans leur procédure de création, dans leur objet, dans leurs grands principes de fonctionnement.

Le GCSMS sera l'outil de coopération à retenir lorsque la mutualisation des moyens concernera des partenaires du secteur social et médico-social et/ou aura pour objet certaines activités propres au secteur social ou médico-social.

Le tableau suivant compare le GCS et le GCSMS

	GCS	GCSMS
TEXTES	Art. L. 6133-1 et s. du code de la santé publique	Art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles Art. R. 312-194-1 et s. du code de l'action sociale et des familles
MEMBRES	Établissements de santé Établissements médico-sociaux Professionnels médicaux libéraux Organismes ou professionnels de santé (autres que les professionnels médicaux libéraux) à condition d'être autorisés par le directeur de l'agence régionale de santé	Professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux Professionnels sanitaires Établissements et personnes gestionnaires de services sociaux et médico-sociaux Établissements de santé (publics ou privés)
OBJET	Pas de limite : toutes les activités relevant de ses membres Mutualisation des moyens, des ressources et des activités de ses membres Intervention commune de professionnels médicaux PUI = support GCS possible Biologie = support possible Réseau de santé = support possible	Mutualisation des moyens et des ressources Interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires Exercice des missions et des prestations assurées par les établissements ou services sociaux et médico-sociaux membres et dans ce cas possibilité d'être titulaire d'une autorisation ou d'exploiter une autorisation mise à disposition par l'un des membres Préparation de fusion ou du regroupement Création de réseaux sociaux et médico-sociaux Exercice des activités dans les domaines de l'action sociale et médico-sociale Création et gestion des équipements ou service d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à l'activité des membres Mise en œuvre d'actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité des membres et de leurs prestations Définition d'actions de formation à destination des personnels des membres PUI = support possible à partir du 1 ^{er} janvier 2011
AUTORISATIONS	Possibilité d'être titulaire d'une autorisation d'équipements lourds Possibilité d'être titulaire d'une autorisation de PUI Possibilité d'être titulaire d'une autorisation d'activités de soins pour le GCS établissement de santé	Possibilité d'être titulaire d'une autorisation pour exercer les missions et les prestations assurées par les établissements ou services sociaux et médico-sociaux membres ou de bénéficier, dans ce cas, de la mise à disposition de l'autorisation de l'un des membres À partir du 1 ^{er} janvier 2011, possibilité d'être titulaire d'une autorisation de PUI
STATUT	Droit public ou droit privé	
FINANCEMENT	Crédits FMESPP MIGAC	Contribution des membres
COMPTABILITÉ	Définition du régime comptable au regard du statut du GCS : comptabilité de droit public ou de droit privé	Définition du régime comptable au regard du statut du GCSMS et de l'objet de la coopération
INSTANCES	Possibilité de créer un comité restreint	Assemblée générale Administrateur

46. Le groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé

Le GCS érigé en établissement de santé est l'une des nouveautés majeures de la loi HPST.

Le GCS, qui est érigé en établissement de santé, est un GCS de moyens qui demande et obtient une ou plusieurs autorisations d'activités de soins.

Aussi, les règles concernant le GCS de moyens (membres, statut, etc.) sont applicables au GCS érigé en établissement de santé.

C'est à partir du GCS de moyens existant et donc du corpus juridique qui lui est applicable que l'on détermine si le GCS est érigé en établissement de santé privé ou en établissement public de santé.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Art. L. 6133-7 à L. 6133-8 du CSP
Art. R. 6133-12 et s. du CSP

DISPOSITIF

a) L'érection du GCS de moyens en établissement de santé

Le GCS de moyens, dès lors qu'il est titulaire d'une ou de plusieurs autorisations d'activités de soins, est érigé en établissement de santé.

Seules les autorisations d'activités de soins le permettent. Le GCS titulaire d'une autorisation de PUI ou d'une autorisation d'équipement matériel lourd n'a pas vocation à être établissement de santé.

L'érection du GCS de moyens en établissement de santé peut intervenir selon deux modalités.

- Pour les GCS de moyens créés antérieurement à une demande d'autorisation d'activités de soins, lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé accorde, pour la première fois une autorisation d'activités de soins à un GCS, dont il a antérieurement approuvé et publié la convention constitutive, il érige dans la même décision le groupement en établissement de santé et inscrit l'échelle tarifaire qui lui est applicable.
- Pour les GCS de moyens créés, de manière concomitante, à une demande d'autorisations d'activités de soins, le directeur général de l'agence régionale de santé décide aux termes d'un même acte :
 - l'approbation de la convention constitutive du groupement ;
 - la délivrance de l'autorisation d'activités de soins
 - l'érection du groupement en établissement de santé ;

– l'échelle tarifaire applicable au groupement érigé en établissement de santé.

Dans les deux cas, la décision du directeur général de l'agence régionale de santé porte ses effets de droit, au jour de sa publication au recueil des actes administratifs de la région.

En cas de retrait ou de non-renouvellement de l'autorisation d'activités de soins accordé à un GCS érigé en établissement de santé par le directeur général de l'agence régionale de santé, des dispositions spécifiques s'appliquent.

- Si le retrait ou le non-renouvellement concerne un GCS érigé en établissement de santé privé et si ce dernier ne détient alors plus aucune autorisation d'activités de soins, le directeur général de l'agence régionale de santé lui retire également la qualité d'établissement de santé privé.
- Si le retrait concerne un établissement public de santé et si ce dernier ne détient alors plus aucune autorisation d'activités de soins, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce la suppression de l'établissement public de santé.

b) Le statut du GCS établissement de santé

Le statut juridique du nouvel établissement de santé est déterminé par la nature juridique du GCS de moyens constitué antérieurement ou de manière concomitante.

- Le GCS de moyens de droit privé est érigé en établissement de santé privé.
- Le GCS de moyens de droit public est érigé en établissement public de santé.

À NOTER

Du statut du GCS établissement de santé découle le régime juridique applicable au groupement en ce qui concerne la comptabilité, les personnels recrutés, les biens, et le financement...

c) Les conséquences de la qualité d'établissement de santé

Dès lors que le GCS est établissement de santé, il est tenu de respecter les droits et obligations pesant sur les établissements de santé. À titre d'exemple, le GCS établissement de santé garantit à tous ses patients l'égal accès à des soins de qualité, à la continuité et à la sécurité des soins, la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement.

- Si le GCS est érigé en établissement de santé privé, cet établissement reste régi par les règles des groupements de coopération sanitaire. Il est tenu en sus des règles applicables aux établissements de santé privés.
- Si le GCS est érigé en établissement public de santé, l'établissement public de santé créé se substitue au GCS dans l'ensemble de ses droits et obligations et met en place les instances de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé.

À NOTER

L'établissement public de santé constitué sera doté d'un directeur, d'un directoire, d'un conseil de surveillance et d'instances de représentation des personnels.

Il existe cependant des spécificités :

- le directeur du GCS établissement public de santé exerce en plus les fonctions d'administrateur du groupement ;
- une composition particulière est prévue pour son conseil de surveillance. Il comporte :
 - cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur le territoire desquels les établissements membres sont implantés ;
 - cinq représentants du personnel médical et non médical du GCS érigé en établissement de santé, dont trois désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;
 - cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers, désignés par le préfet de département.
- une composition particulière est prévue pour la commission médicale d'établissement (CME). En sus des membres habituels, la CME comprend des représentants des professionnels médicaux libéraux ou salariés des établissements ou services de santé membres qui exercent tout ou partie de leur activité en son sein.

d) Le financement du GCS établissement de santé

- Le GCS établissement de santé est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.

Lorsque le GCS établissement de santé comprend des établissements de santé sous échelle tarifaire différente, il peut opter pour l'échelle tarifaire publique ou l'échelle tarifaire privée. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.

Cette décision du directeur général de l'agence régionale de santé intervient, après avoir pris connaissance de l'option exprimée par le groupement, sur la base de différents critères :

- la nature juridique de la majorité des membres ;
- l'échelle tarifaire de la majorité des membres ;
- l'échelle tarifaire applicable aux membres majoritaires au capital ;
- l'échelle tarifaire applicable aux membres participant majoritairement aux charges de fonctionnement du groupement ;
- l'échelle tarifaire applicable à la part majoritaire de l'activité prévisionnelle du groupement.

À NOTER

En cas de désaccord sur le tarif proposé par le groupement, le directeur général de l'agence régionale de santé fait part au groupement dans le délai d'un mois des motifs fondant son désaccord. Le groupement dispose alors du même délai pour étayer ou modifier son choix.

À défaut d'accord entre le groupement et le directeur général de l'agence régionale de santé, ou à défaut d'option exercée par le groupement, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable en se fondant sur les critères précédemment évoqués.

L'échelle tarifaire ainsi fixée est portée dans la convention constitutive du groupement. Elle est valable pour toute la durée du groupement, sauf modifications de la composition du groupement. La modification de l'échelle tarifaire applicable fait l'objet d'une délibération adoptée à l'unanimité des membres et approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

- Les modalités de rémunération des médecins libéraux intervenant auprès des patients du GCS établissement de santé ont été prévues par le code de la santé publique :
 - lorsque le GCS établissement de santé est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements publics de santé et des établissements privés à but non lucratif, la rémunération des médecins libéraux est versée sous forme d'honoraires par le GCS. Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin est réduit d'une redevance représentative des moyens mis à sa disposition par le GCS ;
 - lorsque le GCS établissement de santé est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des cliniques privées à but lucratif, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires, directement par l'assurance-maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié.

ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES

Il existe désormais une distinction très nette entre le GCS de moyens et le GCS établissement de santé.

Avant la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le GCS ne pouvait pas avoir le statut d'établissement de santé. Pourtant, il pouvait être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation soit à exercer les missions d'un établissement de santé, soit à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux. Il pouvait également réaliser ou gérer pour le compte de ses membres des équipements d'intérêts communs et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et des autorisations d'activités de soins.

Désormais, le GCS de moyens, qui dispose d'une ou de plusieurs autorisations d'activités de soins, est un établissement de santé. Ce statut d'établissement de santé emporte un certain nombre d'obligations nécessaires à la sécurité de l'exercice de ses missions.

Le GCS est ainsi le seul outil de coopération qui peut se voir directement confier une activité de soins et qui peut, de ce fait, avoir la qualité d'établissement de santé.

Le GCS établissement de santé est une forme de coopération très aboutie qui s'applique à un nombre limité de coopérations. Le législateur a certainement souhaité réserver la possibilité d'être établissements de santé aux GCS qui ont une activité suffisante pour mettre en place l'ensemble des dispositions nécessaires à la prise en charge des patients.

À RETENIR

- Le GCS de moyens titulaire d'une ou de plusieurs autorisations d'activités de soins est érigé en établissement de santé. Il exerce directement l'activité considérée. Il possède ses propres patients.
- Il se voit appliquer les mêmes règles juridiques que les autres établissements de santé, et les patients disposent des mêmes droits.
- Il est financé comme un établissement de santé et dispose, en fonction de son statut, des instances analogues.

47. Le rôle des agences régionales de santé en matière de coopération

Dans chaque région, une agence régionale de santé (ARS) a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant notamment à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- des objectifs de la politique nationale de santé ;
- des principes de l'action sociale et médico-sociale.

Plus précisément, les ARS sont chargées :

- de mettre en œuvre au niveau régional la politique nationale de santé publique définie, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile ;
- de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

La coopération sanitaire est l'un des outils de pilotage du système régional de santé, placé sous la responsabilité de l'agence régionale de santé.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Art. L. 1431-2 du CSP
Art. L. 1434-1 du CSP
Art. L. 1434-9 du CSP
Art. L. 6122-7 du CSP
Art. L. 6131-1 et L. 6131-2 du CSP
Art. 22 II de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
Cirulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements

DISPOSITIF

a) Avec la mise en place des ARS, la coopération entre acteurs du champ de la santé a vocation à surmonter les cloisonnements traditionnels entre secteurs hospitalier, médico-social et médecine de ville

Cette perspective est illustrée par le projet régional de santé (PRS) et, plus particulièrement, par le schéma régional d'organisation des soins (SROS).

- Le projet régional de santé relève de la compétence du directeur général de l'ARS. Il définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences

ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé. Le projet régional de santé est constitué d'un plan stratégique régional de santé, des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Dans le projet régional de santé, c'est essentiellement le schéma régional d'organisation des soins qui précise les projets de coopération.

- Le schéma régional d'organisation des soins précise notamment les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements.

En particulier, le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population et par territoire de santé, les coopérations entre établissements de santé. Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doivent être compatibles avec le schéma.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre l'agence régionale de santé et chaque établissement fixe les actions de coopération dans lesquelles ce dernier s'engage.

L'ARS dispose d'une palette d'outils pour coordonner les actions des établissements, les inciter à coopérer ou, le cas échéant, les y contraindre. Quatre catégories de mesures, présentées ci-dessous, peuvent être prises par le directeur général de l'agence régionale de santé.

1. Le directeur général de l'ARS coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de :

- l'adapter aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ;
- garantir la qualité et la sécurité des soins ;
- améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût ;
- améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.

Afin d'atteindre ces objectifs, le directeur général de l'ARS peut demander aux établissements publics de santé de :

- conclure une convention de coopération ou une convention de communauté hospitalière de territoire ;
- créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ;
- prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements de santé concernés.

La demande est transmise au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés. Elle précise les conséquences économiques et sociales de l'action de coopération ainsi que celles sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

Les objectifs du pilotage régional de santé peuvent conduire le directeur de l'agence régionale de santé à solliciter la mise en place d'une coopération que n'auraient pas initiée spontanément les établissements publics de santé.

À NOTER

Si sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'ARS peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que les établissements mettent en œuvre l'action de coopération exigée par la tutelle régionale (selon les cas, passation d'une convention de coopération, création d'un groupement d'intérêt public ou d'un groupement de coopération sanitaire). Lorsque la demande du directeur général de l'ARS n'est pas suivie d'effet, il peut prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

2. Le directeur général de l'ARS dispose, de manière transitoire, d'outils incitatifs : l'article 22 II de la loi HPST prévoit des incitations financières fortes en matière de coopération.

Ainsi, jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale et

des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévus à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un groupement de coopération sanitaire.

À NOTER

La circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 réserve 10 millions d'euros sur le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2009 au soutien financier des projets de coopération.

3. L'autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds, délivrée par l'agence régionale de santé, peut être subordonnée à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération. Cette condition posée à l'autorisation peut avoir pour finalité de favoriser l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.

À NOTER

L'autorisation peut être suspendue ou retirée si les conditions d'octroi, notamment celles relatives à la mise en œuvre d'une action de coopération, ne sont pas respectées.

Cette prérogative est ouverte aussi bien s'agissant d'autorisations délivrées à des établissements publics de santé qu'à des personnes privées (établissements de santé privés ou médecins libéraux).

4. La création d'une communauté hospitalière de territoire peut être imposée.

La demande du directeur général de l'ARS de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire est alors justifiée par les impératifs de qualité et de sécurité des soins ou le constat d'un déséquilibre financier important. Des mesures réglementaires doivent déterminer les modalités de mise en œuvre de ce dispositif.

La demande du directeur général de l'ARS est motivée.

Les conseils de surveillance des établissements concernés se prononcent dans un délai d'un mois sur cette convention. Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'ARS peut prendre toutes les mesures appropriées pour que les établissements concernés concluent une convention de communauté hospitalière de territoire.

ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES

L'ARS a vocation à déterminer la stratégie régionale de l'offre de soins.

L'ARS peut impacter la stratégie des établissements

publics de santé en imposant la coopération. En effet, le directeur de l'ARS dispose d'un pouvoir coercitif important, via la procédure de délivrance des autorisations ou encore l'incitation à la mise en œuvre d'actions de coopération.

Si la demande du directeur de l'ARS n'est pas suivie d'effets, elle peut aboutir pour l'établissement de santé à des mesures financières ou juridiques lourdes de conséquences.

Il faut noter que les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé pour inciter les établissements de santé à coopérer ont peu évolué. Le dispositif existait déjà.

La loi HPST n'a fait qu'ajouter les CHT aux demandes que le directeur général de l'ARS peut formuler à des établissements publics de santé pour les inciter à coopérer.

À RETENIR

- Par le biais du projet régional de santé, et particulièrement du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'ARS détermine les grandes orientations de la coopération hospitalière dans la région.
- Le directeur général de l'ARS peut également imposer la mise en œuvre d'actions de coopération aux établissements publics de santé.