



Filière des Inspecteurs de l'Action

Sanitaire et Sociale

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **mars 2009**

**Le Groupement de Coopération Sanitaire :
au service d'une offre de soins
plus efficiente ?
L'exemple du département du
Lot-et-Garonne**

Claire DUFOURG

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier tout particulièrement la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) du Lot-et-Garonne pour m'avoir accueillie chaleureusement dans le cadre de ma formation initiale d'inspectrice de l'action sanitaire et sociale.

Ensuite, je remercie Mme Nathalie TERRIEN, inspectrice de l'action sanitaire et sociale en charge du service de l'offre de soins hospitalière et maître de stage, pour m'avoir accompagnée tout au long du stage, guidée dans l'approche et la compréhension de la thématique des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et avoir mis à ma disposition l'ensemble des ressources nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier l'ensemble des agents du pôle de l'offre de soins hospitalière pour leur disponibilité et leur contribution au bon déroulement du stage et de mon mémoire.

Enfin, je souhaite remercier vivement toutes les personnes rencontrées aux cours des entretiens relatifs au mémoire professionnel pour leur accueil, leur disponibilité et leurs réponses, riches d'enseignement professionnel, à mes interrogations. Leurs éclairages ont été précieux.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le GCS : un instrument privilégié par le législateur	7
1.1 La visée du GCS : unifier les formules de coopération sanitaire pour structurer l'offre de soins	7
1.1.1 Une superposition d'outils rendant la coopération moins lisible et plus limitée	7
1.1.2 Une unification visant une coopération public/privé à travers le GCS	10
1.1.3 Le GCS favorise une structuration de l'offre de soins.....	11
1.2 Le GCS : un outil réformé à plusieurs reprises pour faciliter la coopération	13
1.2.1 Le GCS de 1996 : une forme nouvelle de coopération.....	14
1.2.2 Le GCS de 2003 : pierre angulaire de la coopération sanitaire	17
1.2.3 Un pas décisif avec le projet de Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » : le GCS outil privilégié de la coopération public/privé	19
1.3 Le GCS : un instrument sans déclinaisons réelles ?	21
1.3.1 Un outil peu séduisant au départ	21
1.3.2 Un outil accessoire.....	22
1.3.3 Mais qui tend aujourd'hui à se développer sur le terrain	23
2 Le GCS : un outil difficile à mettre en œuvre sur le terrain, l'exemple du Lot-et-Garonne	25
2.1 Le « GCS des pays de l'Agenais » : un projet abandonné en raison de sa complexité	25
2.1.1 La volonté première de mettre en place un GCS pour coopérer	25
2.1.2 Le choix final du GIE.....	28
2.2 Le « GCS PUI Val de Garonne » : un projet innovant mais risqué	30
2.2.1 Une innovation au plan national.....	30
2.2.2 Le GCS PUI : une mise en péril des deux établissements de santé	31
2.3 Le « GCS pôle de santé du Villeneuvois » : un projet classique rendant sa mise en œuvre a priori plus facile.....	35
2.3.1 L'objet classique du GCS : maîtrise d'ouvrage et mutualisation.....	35
2.3.2 Les éventuelles difficultés : le financement et l'ouverture à d'autres partenaires	37

3	Propositions pour que le GCS soit réellement une réussite : une démarche volontaire de l'ensemble des acteurs	39
3.1	Une démarche préparée et voulue par l'ensemble des acteurs, condition sine qua non pour une coopération réussie.....	39
3.1.1	La nécessaire volonté de l'ensemble des acteurs.....	39
3.1.2	La nécessité de bien réfléchir en amont aux conséquences de la mise en place d'un GCS.....	41
3.2	Prendre l'avis de cabinets conseils pour cerner les avantages et les inconvénients du GCS	43
3.2.1	Faire dans la mesure du possible un audit financier pour évaluer la viabilité du projet	44
3.2.2	L'expertise souhaitable d'un cabinet juridique pour cerner les contraintes juridiques du GCS	44
3.2.3	Le conseil éventuel d'un cabinet d'architecte pour connaître la faisabilité matérielle du projet.....	45
3.3	Renforcer le rôle des pouvoirs publics, et en particulier du IASS, pour aider à la mise en place des GCS	45
3.3.1	Renforcer le rôle de l'administration centrale auprès des services déconcentrés et des acteurs de santé	45
3.3.2	Renforcer la mission de l'ARH de promotion du GCS auprès des acteurs de santé	49
3.3.3	Renforcer le rôle de la DDASS et du IASS qui sont au cœur du terrain pour promouvoir les GCS.....	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
BEH :	Bail Emphytéotique Hospitalier
BO :	Bulletin Officiel
CH :	Centre Hospitalier
CHIC :	Centre Hospitalier Inter Communal
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRUQ :	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge
CSP :	Code de la Santé Publique
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
DARH :	Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE :	Direction Départementale de l'Equipeement
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
FEHAP :	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF :	Fédération Hospitalière de France

GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale
HPST :	Hôpital Patients Santé Territoires
IASS :	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IPASS :	Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale
IRE :	Inspecteur Régional de l'Équipement
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
IRP :	Inspection Régionale de la Pharmacie
KPMG :	Kleynveld Peat Marwick Goerdeler
MAINH :	Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Immobilier
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH :	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
OQOS :	Objectif Quantifié de l'Offre de Soins
PHISP :	Pharmacien Inspecteur de Santé Publique
PLFSS :	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMT :	Projet Médical de Territoire
PSPH :	Participant au Service Public Hospitalier
PUI :	Pharmacie à Usage Intérieur
RCS :	Registre du Commerce et des Sociétés
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SIH :	Syndicat Inter Hospitalier
SROS :	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSPI :	Salle de Soins Post Interventionnelle
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	Tarification à l'Activité
UPATOU :	Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences

Introduction

Dans son discours du 16 octobre 2007 à Bordeaux, le Président de la République rappelait que *« les solutions (pour maintenir la qualité des établissements de santé) seront forcément des solutions de coopération sur le territoire (...). Les partenariats public-privé doivent devenir la règle¹ »*.

Le message est clair : les établissements de santé publics et privés ne peuvent plus œuvrer chacun de leur côté. Ils doivent coopérer afin de garantir non seulement aux usagers une meilleure accessibilité aux soins, la garantie de la qualité et de la sécurité des soins mais également d'assurer la maîtrise des dépenses de santé.

Cet enjeu de coopération n'est pourtant pas nouveau. Ainsi, dès les années 1970, la réforme hospitalière instaurée par la loi du 31 décembre 1970², prévoit l'idée d'une complémentarité entre le secteur public et le secteur privé pour tenter de dépasser une logique de concurrence. Ensuite, la loi du 31 juillet 1991³ incite également les établissements à coopérer. A plus forte raison, actuellement dans un contexte de pénurie de moyens humains, matériels et financiers, les établissements sont obligés de dépasser le clivage culturel pour se rapprocher les uns des autres, à défaut de quoi, leur viabilité est en jeu ainsi que par conséquent l'offre de soins au service des usagers.

Différents outils juridiques existent pour y parvenir. Cependant, le législateur en privilégie un en particulier : **le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)**, créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée⁴. Ce dernier a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. Dès lors, il peut permettre l'intervention des professionnels exerçant dans ces établissements ainsi que des professionnels libéraux médicaux ; il peut également réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun. A ce titre, il peut détenir des autorisations d'activités de soins et d'équipements.

¹ Allocution de M. le Président de la République, Installation de la Commission LARCHER, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, mardi 16 octobre 2007.

² Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁴ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Les références textuelles sont les articles L 6133-1 à L 6133-3 du CSP ; article L 6113-4 du CSP et les articles R 713-3-1 à R 713-3-21 du CSP.

De plus, pour rendre le GCS encore plus attractif et l'adapter aux évolutions des besoins, plusieurs textes (que nous verrons par la suite) sont venus améliorer les conditions de sa mise en œuvre, et en particulier l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé⁵ et plus récemment le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) présenté en Conseil des ministres le 22 octobre 2008.

Mon choix de sujet de mémoire s'est porté sur ce thème dans la mesure où dans le Lot-et-Garonne, département dans lequel j'effectue mon stage d'exercice professionnel, j'ai été confrontée à plusieurs situations de groupement de coopération :

- Dans le pays de l'Agenais (situé autour d'Agen), un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) a été préféré à un GCS pour le rapprochement entre de deux cliniques et un hôpital.
- En parallèle, deux GCS ont été mis en place, l'un dans le Marmandais (au nord d'Agen) et l'autre dans le Villeneuvois (au sud d'Agen). Or le premier a rencontré, comme nous le verrons par la suite, des difficultés. Sont-elles résolues à ce jour ? Le second semble bien avancé pour fonctionner correctement.

Ces différentes expériences de terrain m'amènent à m'interroger sur le fait de savoir si le GCS est le meilleur outil pour garantir l'optimisation de l'offre de soins ? Le choix d'un GCS est-il judicieux ? Quels sont les intérêts de cet outil par rapport aux outils traditionnels ?

Il faut souligner que quelque soit l'outil mis en place : GCS, GIE, Groupement d'Intérêt Public (GIP), l'objectif commun des professionnels de santé est de garantir aux Lot-et-Garonnais une permanence de l'offre de soins, tout en faisant face aux difficultés financières auxquelles sont confrontés ces établissements de santé. En effet, ils doivent rester attractifs face à la concurrence des établissements des autres départements limitrophes, notamment de la Gironde et en particulier de Bordeaux et ceux de la Haute Garonne, situés chacun à peine à plus d'une heure d'Agen.

Ce sujet est également intéressant à traiter eu égard à mes futures missions d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) dans la mesure où ce dernier, notamment dans le service de l'offre de soins hospitalière (et dans le service de l'offre médico-sociale pour

⁵ 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.

les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS)⁶), peut être confronté à cette question de création de GCS. En effet, avec les évolutions constatées dans le secteur sanitaire, l'IASS doit désormais intervenir beaucoup plus à propos des questions de coopération et de planification. Les questions budgétaires sont moins prégnantes, la Tarification A l'Activité (T2A)⁷ tendant à rendre l'action de l'Etat plus secondaire. L'IASS doit alors favoriser l'optimisation de l'offre de soins, ce qui implique qu'il aide à la mise en place de complémentarités en matière d'activités de soins entre les établissements de santé ou avec d'autres intervenants du système de santé. Dès lors, il doit être à même de pouvoir apporter son avis et son soutien aux acteurs de santé qui le sollicitent, car ces derniers doivent ensuite formuler une demande de l'approbation du GCS à l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). Connaître les enjeux et l'intérêt de ce groupement est dès lors nécessaire.

Au départ, une question se posait : pourquoi les établissements de santé du Lot-et-Garonne qui souhaitent coopérer ne choisissent-ils pas systématiquement l'outil privilégié qu'est le GCS ? Plusieurs hypothèses pouvaient être émises :

- 1) les parties ne connaissent pas cette formule juridique ;
- 2) elles préfèrent utiliser d'autres outils de coopération telle que la convention qui leur semblent plus simples à mettre en œuvre que le GCS ;
- 3) elles souhaitaient en mettre un en place, mais ne se sont pas suffisamment concertées et n'ont pas assez travaillé en commun ce qui a conduit à l'échec du GCS.

Pour répondre à ces questionnements et comprendre l'intérêt et l'enjeu de recourir au GCS, il était nécessaire que je recueille des données sur le terrain. J'ai ainsi pu mener une dizaine d'entretiens (non enregistrés) semi directifs, à l'appui d'une grille que j'avais réalisée au préalable. J'ai essayé de rencontrer la plupart des acteurs concernés par le sujet.

⁶ Inspiré du GCS, le GCSMS est issu de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il s'adresse spécifiquement à ce secteur et vient en complément des outils existant jusque là en matière de coopération tels que les GIE, les GIP....

⁷ Il existait deux systèmes de financement bien différents pour les structures de soins. D'une part, le système de la dotation globale qui concernait les établissements de santé publics et privés participant au service public (PSPH) et, d'autre part, un système de tarification à la journée et de forfaits lié aux actes réalisés pour les établissements privés à but lucratif. Ces deux systèmes généraient des effets pervers. Ils n'étaient ni comparables, ni compatibles et freinaient en conséquence les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier. L'allocation de ressources aux établissements de soins s'est résolument orientée vers une Tarification à l'Activité. Elle consiste pour un même soin, à saisir la même information et à payer la même somme dans le public comme dans le privé.

Tout d'abord, j'ai souhaité rencontrer les acteurs de terrain, à savoir les directeurs d'établissements de santé publics et privés du département qui ont choisi la formule du GCS ou non, afin qu'ils m'expliquent les raisons de ce choix ou pas, qu'ils me fassent part de leurs méthodes de travail, de leurs difficultés, de leurs craintes, de leurs relations avec l'établissement partenaire au projet.

Ensuite, je voulais recueillir le point de vue des acteurs institutionnels à commencer par ceux qui sont au plus près de la problématique : les inspecteurs à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de Lot-et-Garonne, plus précisément l'IASS responsable du service de l'offre de soins hospitalière et l'Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale (IPASS) responsable du pôle santé, pour qu'elles m'expliquent leur rôle auprès des établissements de santé et leurs relations avec les autres services déconcentré et l'administration centrale.

Puis j'ai souhaité rencontrer les institutionnels à l'échelon régional notamment à l'ARH et à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Aquitaine où j'ai rencontré une IPASS, une Pharmacienne Inspecteur de Santé Publique (PHISP) et un Ingénieur Régional de l'Équipement (IRE) en charge des dossiers de coopérations mis en place dans le département pour qu'ils m'expliquent le rôle qu'ils avaient joué pour conseiller les établissements.

Enfin, dans la même optique, j'ai rencontré la responsable du service du bureau 03 « réseaux, complémentarités et recomposition de l'offre de soins » à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) pour connaître son rôle auprès des services déconcentrés et des établissements de santé, et les avantages pour elle de contracter un GCS.

J'ai également souhaité rencontrer des experts des questions de coopération pour qu'ils me parlent des points plus techniques du GCS. Une enseignante de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), spécialisée dans la planification et la recomposition de l'offre, ainsi qu'un juriste spécialisé sur ce thème, m'ont donc aussi éclairée sur la question.

Toutes ces différentes personnes m'ont accordé de leur temps puisque les entretiens ont duré en moyenne une heure trente. Ils m'ont fait part de leurs points de vue et impressions au sujet du GCS, que j'ai noté au cours de l'entretien et ensuite analysés en faisant une synthèse transversale thématique.

Néanmoins, vu la complexité de ce sujet, à la fois sur le plan technique et juridique, je ne pouvais pas me contenter d'entretiens pour mener à bien mon enquête. Il était nécessaire que je me documente. La lecture d'ouvrages, d'articles spécialisés sur le GCS ainsi que des mémoires m'a permis de mieux comprendre et cerner le sujet. De plus, au sein du service de l'offre de soins hospitalière, j'ai pu avoir accès aux dossiers des différents

établissements ayant conduit une coopération, ce qui m'a permis de mieux suivre et analyser le déroulé des opérations.

Suite à ces diverses investigations et études que j'ai pu mener, je cerne mieux les enjeux de la coopération sanitaire. Différents outils existent, aucun n'est parfait, mais leur intérêt dépend de l'usage que veulent en faire les parties.

Il sera dès lors intéressant d'analyser pourquoi le législateur a fait du GCS un outil privilégié pour la coopération sanitaire (1^{ère} partie). D'autant plus que sa mise en œuvre sur le terrain est difficile ce qui peut le rendre moins attrayant (2^{ème} partie). Nous verrons alors quelles peuvent être les solutions à apporter pour que cette formule soit réellement pertinente (3^{ème} partie).

1 Le GCS : un instrument privilégié par le législateur

La volonté du législateur est de faire du GCS l'outil privilégié de la coopération entre les établissements de santé publics et privés. Il vise à unifier les formules de coopération sanitaire pour structurer l'offre de soin (1.1). Pour atteindre cet objectif et faciliter la coopération, plusieurs réformes ont dû être conduites (1.2). Néanmoins, on peut se demander si le GCS connaît des déclinaisons réelles (1.3).

1.1 La visée du GCS : unifier les formules de coopération sanitaire pour structurer l'offre de soins

Dès les années 1970, la volonté du législateur de favoriser les coopérations est présente. Divers outils ont été créés pour y parvenir. Mais aujourd'hui, cette superposition rend la coopération moins lisible et plus limitée (1.1.1). Le GCS vise donc une unification du dispositif (1.1.2) pour favoriser une structuration de l'offre de soins (1.1.3).

1.1.1 Une superposition d'outils rendant la coopération moins lisible et plus limitée

La « *tradition française est de juxtaposer* »⁸ des structures ou des outils. La coopération sanitaire n'échappe pas à la règle puisqu'il existe une dizaine d'outils pour coopérer. Certains instruments visent une coopération fonctionnelle qui ne nécessite pas la création d'une structure nouvelle. C'est le cas des réseaux de santé, des cliniques ouvertes, des conventions et des fédérations inter hospitalières. D'autres instruments visent, quant à eux, une coopération organique ou institutionnelle, conduisant à la création d'une structure nouvelle. Peuvent être cités notamment le Syndicat Inter Hospitalier (SIH), la communauté d'établissements de santé, l'association loi 1901, le Groupement d'Intérêt Economique (GIE)⁹, le Groupement d'Intérêt Public (GIP)¹⁰, et le GCS (qui sera traité à

⁸ Aspects juridiques de la mutualisation et de la coopération appliqués aux pharmacies hospitalières, colloque FHF, mars 2007.

⁹ Il a pour objet de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, améliorer ou accroître les résultats de cette activité. Il a été créé par l'ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1976, modifié par la loi n°89-377 du 13 juin 1989 (articles L 251-1 à L 251-23 du code de commerce). La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 a étendue le GIE au secteur hospitalier. Il est prévu aux articles L 6134-1 et L 6134-2 du CSP.

¹⁰ Il a pour objet d'assurer des missions périphériques aux soins (équipement, services d'intérêt commun, formations, logistique). Sa finalité est d'assurer une activité commune de recherche et de

part). Tous ces outils présentent des avantages et des limites qu'il convient de présenter. Néanmoins afin que cette présentation ne soit pas trop descriptive, je ciblerai l'analyse sur les outils les plus utilisés (convention, GIP, GIE, association) et je ne détaillerai pas les outils qui sont amenés à disparaître, tel que le SIH et la communauté d'établissements de santé.

A) Les avantages

Ces différentes formules juridiques présentent des avantages, à savoir leur souplesse et leur simplicité. Il est vrai que ces outils sont faciles à conclure, ce qui peut rendre la coopération plus attractive. Les parties disposent d'une grande liberté contractuelle. Leur convention constitutive ne nécessite pas un contrôle de l'administration, sauf pour le GIP¹¹. Par exemple, la convention est une formule juridique qui rencontre beaucoup de succès car le formalisme est simple. La signature entre les cocontractants ne nécessite pas la création d'une personne morale supplémentaire, et les parties contractent sans avoir un contrôle de la tutelle. Elle n'est pas régie par un texte particulier (régime du droit commun des contrats), et renvoie à l'accord des parties¹². De plus, elle est envisageable pour mettre en œuvre toutes actions de coopération. Son utilisation est fréquente notamment dans le cadre des mutualisations d'équipements ou d'activités (conventions de co-utilisation, conventions de sous-traitance) et dans le cadre de la mise à disposition de personnels ou de praticiens hospitaliers.

De plus, elle est applicable à toutes personnes publiques ou privées, établissements de santé ou non, physiques ou morales. Chacun des établissements existe en tant qu'entité individuelle, mais travaille par convention avec son partenaire.

Pour autant, même si cette variété d'outils présente l'avantage d'offrir un large choix aux acteurs, cela risque en contrepartie de complexifier le paysage sanitaire et de le rendre moins lisible. Aucun des instruments précités n'est réellement adapté à la coopération sanitaire car ils ne visent pas nécessairement une coopération entre le public et le privé.

développement, d'exercer des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale. Il est visé aux articles L 6134-1 et L 6134-2 du CSP.

¹¹ La convention constitutive du GIP est approuvée par arrêté du préfet dont le ressort est départemental ou régional et par arrêté du ministre chargé de la santé et du budget pour les GIP excédant les limites d'une seule région.

¹² La coopération est parfois imposée par les textes réglementaires, par exemple le contrat relais entre une UPATOU et un autre établissement de santé (article R 712-69 CSP), la coopération entre les services d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale (article R 712-89 CSP). Elle est alors soumise à l'approbation de l'ARH.

B) Les limites

Tout d'abord, il existe des limites par rapport à l'objet que ces outils poursuivent. En effet, ils se restreignent à des coopérations relatives aux activités non médicales. Ces limites ont été rappelées par le Conseil d'Etat dans un avis rendu en 1995¹³. Les GIP et les GIE, en raison de la règle de la spécialité, ne peuvent pas être en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins. Ils sont essentiellement utilisés pour des missions périphériques aux soins : la mise en commun et l'exploitation d'équipements, ou la réalisation d'actions de formation¹⁴. De plus, un GIE ne peut se voir déléguer l'essentiel de la mission du service public hospitalier. De même, l'avis du Conseil d'Etat précité précise qu' « *une association ne saurait exercer une mission essentielle de service public ni aucune responsabilité qui en résulte* ».

Ensuite les limites sont d'ordre juridique.

La convention est un mode de coopération facilement dénouable, notamment pour des raisons relationnelles, ce qui rend l'accord fragile.

En ce qui concerne le GIP, il nécessite une majorité publique pour être constitué. Cela empêche dès lors une coopération entre seulement des établissements privés.

Les associations présentent aussi des inconvénients, à savoir que la souplesse de ce type de dispositif juridique fait obstacle à une gestion sécurisée des deniers publics.

Enfin, les GIE doivent constituer un règlement intérieur, assez précis, ce qui ne simplifie pas la procédure. Il faut deux ou plusieurs administrateurs et une assemblée générale. Ils présentent des risques potentiels de requalification en marché public. En effet, un contrat conclu à titre onéreux par des personnes morales de droit public, pour répondre à leurs besoins, est un marché public.

De plus, ces types de coopération sont moins pérennes car les parties doivent contracter pour une durée limitée, contrairement au GCS qui peut être conclu pour une durée indéterminée.

Les avantages financiers sont aussi limités. En ce qui concerne le GIP et le GIE, les contrôles administratifs et financiers par la chambre régionale des comptes, le commissaire aux comptes ou le commissaire du gouvernement sont très nombreux. Le

¹³ Avis du Conseil d'Etat, section sociale, 1^{er} août 1995, n°358 047, disponible sur www.conseil-etat.fr/avis90/358047.pdf, qui met clairement l'accent sur les limites et insuffisances des différentes formes de coopération sanitaire.

¹⁴ Il n'existe qu'une vingtaine de GIE dans le milieu sanitaire.

GIP ne peut réaliser des bénéfices et les membres du GIE sont indéfiniment et solidairement responsables des dettes, ce qui lui enlève une partie de son intérêt et rend son utilisation délicate. Un créancier peut ainsi réclamer le paiement de la totalité de la dette contractée par le groupement ce qui peut être dangereux pour le partenaire public. L'avis précité du Conseil d'Etat¹⁵ revient sur les problèmes suscités par la présence d'associations personnes morales de droit privé aux limites des activités de service public. Elles présentent l'inconvénient majeur d'imposer une solidarité illimitée des associés, ce qui peut être très dangereux.

Face à cette superposition d'outils, le législateur a souhaité unifier le dispositif à travers le GCS (1.1.2).

1.1.2 Une unification visant une coopération public/privé à travers le GCS

Pour clarifier le dispositif et éviter les doublons, le législateur érige le GCS comme outil de référence en matière de coopération.

Jusqu'à maintenant, la coopération public/privé était difficile car il n'existait pas d'outil spécifique et surtout il existait des limites juridiques (la nature publique ou privée d'une structure hospitalière détermine le régime de droit public ou privé applicable) et culturelles. Dès lors, il était difficile de faire coexister ces régimes entre eux et en conséquence les coopérations public/privé étaient quasiment impossibles. Toutefois, réserver les coopérations aux seules structures hospitalières d'un côté et aux seules structures privées de l'autre était inconcevable pour une prise en charge globale des patients. Néanmoins, avec la création du GCS en 1996, il ne s'agissait pas au départ de réformer les instruments existants. Le but était de créer un nouveau mode de coopération propre au secteur hospitalier, ouvert tant aux établissements publics de santé qu'aux établissements de santé privés et destiné à favoriser les coopérations public/privé et privé/privé. Mais en 2003, le Ministre de la Santé précise que « *le GCS n'est pas une structure de plus : il a vocation à se substituer aux autres formes de coopération actuellement en vigueur [...] cette substitution d'un seul outil à plusieurs simplifie les choses*¹⁶ ».

¹⁵ Avis du Conseil d'Etat, section sociale, 1^{er} août 1995, op.cit.

¹⁶ Jean-François Mattei, juin 2003, lors d'une intervention à propos du plan Hôpital 2007.

Ainsi avec l'ordonnance du 4 septembre 2003¹⁷, le GCS tend à devenir l'outil de référence en matière de coopération sanitaire. Si les GIP, les GIE et les conventions d'associations subsistent, les SIH¹⁸, les communautés d'établissements¹⁹ et les réseaux coopératifs de santé, eux, disparaissent progressivement.

De même, la future loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) prévoit que les SIH, constitués avant 2003, doivent à terme se transformer en GCS ou en Communautés Hospitalières de Territoires (CHT).

Dès lors, même si les autres outils de coopération sont maintenus, les parties sont fortement invitées à orienter, si le cas s'y prête, leur choix pour un GCS. Ce dernier rend le dispositif plus clair, et surtout, il vise un objet favorisant la coopération sanitaire entre le public et le privé, en terme d'activité médicale puisque le GCS peut exercer les missions d'un établissement de santé voire en être un selon la future loi HPST.

Au-delà de son objectif d'unifier le dispositif de coopération et de favoriser le rapprochement entre le public et le privé, le GCS vise également à structurer l'offre de soins, en réponse aux objectifs fixés par le SROS de troisième génération (SROS III).

1.1.3 Le GCS favorise une structuration de l'offre de soins

A) La coopération : un des objectifs fixé par le SROS III

La mise en place des SROS III, par l'ordonnance du 4 septembre 2003 précitée, s'accompagne de la suppression de la carte sanitaire remplacée par une planification reposant sur des objectifs régionaux quantifiés en terme d'activités. Les contrats conclus entre l'ARH et les établissements portent sur leurs moyens et leurs objectifs. Après une phase d'évaluation de l'adéquation entre l'offre de soins existante et les besoins de santé, les SROS définissent les objectifs en terme d'activité de soins, ainsi que les regroupements en réseau ou de coopération d'établissements de santé.

L'ordonnance de 2003 prévoit explicitement que, pour répondre aux nouveaux objectifs quantifiés précisés en annexes des SROS III, les transformations, les regroupements et les coopérations d'établissements seront privilégiés. Ainsi l'article L 6121-1 du Code de la Santé Publique (CSP) prévoit que « *le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations,*

¹⁷ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de créations d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

¹⁸ La création de syndicats inter hospitaliers n'est plus possible depuis le 1^{er} janvier 2005.

¹⁹ La création de communautés d'établissements n'est plus possible depuis le 6 septembre 2003.

notamment entre les établissements de santé ». Au surplus l'annexe dudit schéma doit préciser « *les coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation des objectifs du SROS* ».

Ainsi, le message est clair : les établissements pour répondre aux objectifs du SROS doivent coopérer.

B) Le GCS : une réponse aux besoins de santé de la population

Les objectifs de qualité, d'accessibilité aux soins ne sont pas toujours atteints par les établissements, notamment s'ils rencontrent des difficultés financières. Les locaux et les matériaux peuvent être vétustes, ce qui remet en cause la qualité, la sécurité et l'hygiène des soins. Les besoins de santé de la population risquent en conséquence de n'être plus couverts. Cela peut entraîner un fort taux de fuite, la zone peut ne plus être attractive pour les praticiens et les spécialités risquent de disparaître. Le GCS permet alors d'être un levier pour ces établissements et de répondre aux besoins de santé de la population.

En Aquitaine, les établissements doivent répondre aux objectifs fixés par le SROS III et son annexe, à savoir une nécessité de structuration de l'offre hospitalière. En effet, selon l'article L 6122-2 du CSP, l'autorisation est accordée lorsque le projet : « 1° Répond aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L 6121-1 ; 2° Est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ainsi qu'avec son annexe ; 3° Satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement ». La solution peut donc être la création d'un GCS.

C) Le GCS : une satisfaction à des conditions d'implantation

Les GCS sont appelés à un rôle beaucoup plus structurant que les autres formules de coopération en terme de politique sanitaire, devenant selon R. DOGIMONT « *l'adéquat pivot de restructuration du tissu sanitaire [...]*²⁰ ».

Le SROS III qui a, comme il a été précisé précédemment, supprimé la carte sanitaire et a créé les territoires de santé qui doivent répondre aux besoins de santé de la population. Au niveau de chaque département, les besoins de santé de la population varient. Il faut

²⁰ R. DOGIMONT, « Groupement de coopération sanitaire, transcription juridique d'incertitudes politiques ». *Gestions Hospitalières*, janvier 2004, n° 432, p. 12.

évaluer les besoins quantitatifs et qualitatifs des usagers et des professionnels de santé. Il faut alors calculer le nombre d'activités médicales, le nombre d'établissements implantés, le nombre de praticiens et spécialistes, les taux de fuite ou d'attractivité, l'accessibilité aux soins, la qualité et la sécurité. Pour cela, des préconisations sont fixées. Par exemple en chirurgie, un rapport de juin 2005 du conseil national de chirurgie²¹ fixe un seuil minimal d'au moins 2000 interventions par an, pour un bassin de population de 50 000 habitants environ. L'activité minimale souhaitable par plateau technique de chirurgie est fixée à 2000 interventions avec anesthésie ou 1500 séjours chirurgicaux par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Ces obligations visent en fait dans les territoires de santé de proximité à supprimer les doublons dans les disciplines de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), dans les activités de plateau technique et d'accueil des urgences.

Ainsi, la coopération entre les acteurs de santé est la meilleure garantie pour le patient d'avoir accès à l'ensemble des soins adaptés.

Toutefois, le GCS n'a pas été un outil « miracle » dès sa création. Des difficultés persistaient. C'est la raison pour laquelle, afin de répondre à l'évolution des besoins des acteurs de santé, le législateur a adapté cet outil au cours de plusieurs réformes (1.2).

1.2 Le GCS : un outil réformé à plusieurs reprises pour faciliter la coopération

Il est nécessaire de retracer l'évolution du GCS. En 1996, il s'agit d'une forme nouvelle de coopération (1.2.1). En 2003, il devient la pierre angulaire de la coopération (1.2.2) et un pas décisif est marqué avec le projet de loi HPST par lequel il devient l'outil privilégié de la coopération public/privé (1.2.3).

²¹ Rapport de propositions destinées à la réorganisation de la chirurgie, 30 juin 2005.

1.2.1 Le GCS de 1996 : une forme nouvelle de coopération

Vu les limites des différents outils classiques précités, et la nécessité de favoriser la coopération eu égard au contexte des établissements face à la concurrence et aux difficultés économiques, le législateur a innové en créant le GCS avec l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée²². Désormais, les acteurs hospitaliers disposent d'un instrument de coopération complémentaire à ceux déjà existant. Cet outil présente alors de nombreux avantages.

A) L'avantage principal : une coopération entre établissements de santé

Il permet aux établissements de santé publics et privés de coopérer notamment à travers la mise en commun de moyens dans le domaine des soins. Le GCS peut être titulaire d'autorisations d'équipements de matériels lourds.

Il bénéficie aussi d'un cadre normatif précis qui permet aux établissements de fixer au mieux leur engagement. En effet, suite à l'ordonnance de 1996, un décret²³ est venu préciser les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement du GCS.

Le GCS est créé par une convention constitutive devant être approuvée par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (DARH) et publiée au Recueil des Actes Administratifs de la région. Cette convention précise le siège du groupement, s'il est ou non constitué avec un capital et dans l'affirmative, indique les apports respectifs de chacun de ses membres. Les membres peuvent participer au GCS sous forme de participation financière au budget annuel, sous forme de mise à disposition de personnels, de locaux, ou de matériels, ou sous toute autre forme de contribution au fonctionnement du groupe dont la valeur est appréciée d'un commun accord. Les personnels qui sont mis à disposition du groupement par les membres, bien que placés sous l'autorité fonctionnelle de l'administrateur du groupement, conserve leur statut d'origine. Leurs employeurs respectifs continuent d'assurer à leurs égards les obligations prévues par leur statut ou les conventions collectives.

Au cours de son existence, le groupement peut accepter de nouveaux membres ou exclure l'un de ses membres en cas de faute grave.

²² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

²³ Le décret n° 97-240 du 17 mars 1997 codifié aux articles R. 713-3-1 à R. 713-3-21 du CSP.

Le GCS est dissout de plein droit par l'arrivée du terme de sa durée conventionnelle et par la réalisation ou l'extinction de son objet. Il peut également prendre fin par décision de l'assemblée générale et par le retrait de l'un de ses membres s'il n'en comptait que deux. Une assemblée générale composée de l'ensemble de ses membres du GCS, qui disposent de voix délibératives, au prorata de leurs droits déterminés dans la convention constitutive, se réunit au moins une fois par trimestre. D'autres membres ne disposant que d'une voix consultative peuvent également y siéger si la convention l'a prévu. Le groupement est administré par un administrateur élu, pour trois ans renouvelables, en son sein par l'assemblée générale parmi les personnes physiques ou les représentants des personnes morales, membres du groupement. C'est elle qui adopte le budget annuel, fixe les participations respectives des membres, approuve les comptes et délibère pour toute modification de la convention constitutive ou pour l'exclusion d'un membre. Elle est également chargée de la nomination et de la révocation de l'administrateur chargé d'assurer le fonctionnement du groupement et désigné pour une durée de trois ans maximum non renouvelable.

B) Un outil encore trop limité

Néanmoins, malgré son innovation, cette formule de 1996 n'a pas réellement séduit les acteurs de santé. Il demeurerait marginal. En effet, même si le GCS constituait une ouverture pour certains établissements privés jusqu'alors exclus d'une coopération lourde, la règle de la coopération entre établissements restait le SIH qui permet une coopération plus large puisqu'elle peut se faire entre deux ou plusieurs établissements de santé : soit publics/publics, soit privés PSPH/publics (avec au moins un établissement public de santé). Cet outil permet d'exercer des activités intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier et peut assurer les missions d'un établissement de santé.

De plus, le GCS est doté de la personnalité morale mais ce n'est pas un établissement de santé. Il ne peut donc pas avoir d'activité d'hospitalisation. Il peut seulement détenir des autorisations d'équipements lourds et il n'est pas autorisé à les exploiter pour son propre compte. Ce sont leurs membres qui exploitent les autorisations du GCS en assurant eux-mêmes les missions de soins. De même, il ne peut réaliser de bénéfices et il ne peut être employeur.

Il existe également, selon la doctrine, un flou juridique²⁴. La nature juridique du GCS n'est pas précisée par les textes ce qui rend les actions en responsabilité particulièrement complexes si bien que les auteurs à l'instar de M. BUDET²⁵ l'ont qualifié de « *structures sui generis* ».

C'est la raison pour laquelle, face à ces différentes lacunes, les pouvoirs publics ont souhaité adapter davantage l'outil aux attentes et aux besoins des acteurs hospitaliers.

Ainsi son statut a été modifié par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Médicale Universelle (CMU)²⁶. Elle a précisé son régime juridique et son objet. Elle permet désormais au GCS d'être titulaire d'autorisations d'installations et d'activités de soins visés à l'article L. 6122-1 du CSP, alors qu'antérieurement les groupements ne pouvaient détenir des autorisations que pour les seuls matériels lourds.

Ensuite, l'article 87 de la loi du 4 mars 2002²⁷ a modifié les deux premiers alinéas de l'article L. 6133 -1 du CSP en élargissant la composition du GCS. Il peut désormais être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé publics ou privés (PSPH ou à but lucratif). Auparavant, il fallait qu'il y ait nécessairement un établissement privé à but lucratif. En outre, l'article L. 6133-1 du CSP est complété en permettant au groupement, pour le compte de ses membres, de réaliser et gérer des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques.

Ensuite plusieurs lois ont apporté des précisions. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale²⁸, la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique²⁹ complètent le dispositif au niveau du financement des GCS, et surtout l'ordonnance du 4 septembre 2003³⁰ qui a fait du GCS la pierre angulaire de la coopération sanitaire, ce que nous allons voir plus précisément (1.2.2).

²⁴ ENGEL F., « les GCS : un puzzle inachevé ». *Décision santé*, n°215, mai 2005, p 11.

²⁵ BUDET J.-M., *L'hospitalisation publique et privée : Des ordonnances de 1996 au plan Hôpital 2007*, 2004, p 320.

²⁶ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

²⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁸ Loi n° 2002- 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

²⁹ La loi du 9 août 2004 prévoit que pendant 3 ans, à compter du 1^{er} janvier 2007, le DARH peut autoriser des GCS à faire des expérimentations sur les modalités de rémunération des professionnels médicaux des établissements membres de ces groupements et des médecins libéraux pour la part de leur activité qu'ils y exercent et sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés par ces groupements lorsqu'ils sont autorisés dans les conditions définies par l'article L 6133-1.

³⁰ Op. cit.

1.2.2 Le GCS de 2003 : pierre angulaire de la coopération sanitaire

Depuis septembre 2003, le Ministère de la Santé et les ARH souhaitent placer le GCS comme l'instrument de coopération interhospitalier à privilégier. Pour ce faire, des améliorations ont à nouveau été apportées.

A) Une composition élargie

Comme le souligne M. CORMIER, « *le GCS vise à dépasser le clivage traditionnel public-privé, le clivage hospitalier-ambulatoire et le clivage sanitaire-médico-social* ³¹ ».

La constitution de GCS était auparavant possible entre des établissements de santé publics, privés participant au service public hospitalier (PSPH), et privés à but lucratif. Avec l'ordonnance de 2003, le GCS s'ouvre aux professionnels médicaux libéraux, mais aussi aux établissements médico-sociaux pour permettre un parcours de soins plus coordonné, en parallèle des GCSMS créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. (La différence entre ces deux groupements est simple. Ils poursuivent le même objectif l'un pour les établissements sanitaires plus spécifiquement et l'autre pour les établissements médico-sociaux. Parfois, les parties pourront choisir l'un ou l'autre lorsqu'il y a à la fois des établissements sanitaires et médico-sociaux). De plus, le DARH peut autoriser d'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins à faire partie d'un GCS. Enfin, en ce qui concerne le GCS réseau de santé, la composition est encore plus large puisque peuvent y participer toutes les personnes précitées mais également les médecins du travail, les centres de santé, les institutions sociales et médico-sociales, des organismes à vocation sanitaire et sociale, ainsi que des représentants d'usagers.

B) Des missions élargies

Les GCS peuvent désormais exercer quatre types de missions différentes et cumulables ce qui illustre son caractère polyvalent :

- ils peuvent mutualiser les moyens et les équipements d'intérêt commun (par exemple, des plateaux techniques, des pharmacies à usage intérieur, des blocs opératoires) ; ils sont généralement appelés GCS « groupement de moyens » ;

³¹ CORMIER M., avril 2007, « Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération : instruments de coopération à privilégier ? ». *BJPH*, n° 97, p 2.

- être un cadre d'interventions croisées de professionnels de santé relevant de statuts différents (salariés, agents publics et libéraux) qui exercent en commun des missions de soins dans le GCS tout en gardant leurs modes de rémunérations spécifiques ; ils sont généralement appelés GCS « prestations médicales croisées » ;
- être un acteur de soins en exploitant leurs autorisations sanitaires ou celle d'un établissement de santé membre du groupement ; ils sont appelés GCS « exerçant les missions d'un établissement de santé » ;
- être gestionnaire de réseaux de santé et en assurer les missions propres. Ils sont alors appelés GCS « réseaux de santé ».

La première mission était donc déjà prévue précédemment. Mais les trois autres sont nouvelles. Désormais, le GCS peut aussi sur autorisation du DARH exercer les missions d'un établissement de santé. Certains membres de la doctrine soulignent cependant, à l'instar de C. ESPER³², que la frontière est alors très floue entre cette nouveauté et le fait que le GCS ne soit pas un établissement de santé.

C) Des moyens renforcés

Les GCS peuvent être désormais employeurs³³.

Concernant les autorisations sanitaires, trois possibilités s'offrent à eux :

- être titulaires d'autorisations sanitaires que leurs membres exploitent pour leur compte ;
- être titulaires d'autorisations qu'ils exploitent, après autorisation du DARH, pour leur propre compte ;
- ne pas être titulaires d'autorisations mais exploiter celles de l'un de leurs membres.

Enfin, pour faciliter les investissements hospitaliers, l'ordonnance de 2003 a précisé le régime juridique des biens immobiliers des GCS publics. Ils peuvent faire l'objet d'un bail emphytéotique administratif et passer des marchés globaux.

³² ESPER C., janvier.-février 2007, « Le groupement de coopération sanitaire : actualité et limites ». *Revue de droit sanitaire et social*, p 121.

³³ Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005.

1.2.3 Un pas décisif avec le projet de Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » : le GCS outil privilégié de la coopération public/privé

En effet, le projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires, présenté le 22 octobre 2008, vise à améliorer les coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé.

La nouvelle rédaction proposée poursuit cinq objectifs :

- « clarifier le droit et le rendre plus lisible pour les acteurs ;
- répondre aux besoins de coopération identifiés notamment dans le cadre des restructurations d'activité (chirurgie ou obstétrique par exemple) ;
- optimiser des ressources : humaines, techniques, logistiques, etc. ;
- mutualiser les activités de recherche et d'enseignement ;
- permettre une organisation territoriale des activités dans un souci de spécialisation des activités de soins et d'amélioration de l'accès et de la mobilité des praticiens hospitaliers³⁴ ».

Ces objectifs seront poursuivis selon deux modalités :

A) Les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT)

Elles sont appelées à devenir la forme naturelle de coopérations entre établissements publics de santé. Ainsi, l'exposé des motifs du projet de loi « HPST » prévoit qu'« elles répondront à la nécessaire gradation des soins en permettant aux structures de s'unir dans une stratégie commune tout en gardant leur indépendance fonctionnelle ».

Dans ces futures CHT, qui favoriseront donc une coopération public/public en mutualisant les fonctions supports et stratégiques, les plus grands établissements devraient ainsi assurer l'ensemble des soins de pointe, tandis que les hôpitaux locaux seraient reconvertis dans les soins de suite et la gériatrie.

Le mouvement de regroupement sera incitatif, en allouant prioritairement au CHT les crédits d'investissements du plan Hôpital 2012. A terme, l'Elysée compte sur un maillage de 300 CHT sur le territoire, contre plus d'un millier d'établissements aujourd'hui³⁵.

³⁴ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires, exposé des motifs, p. 12.

³⁵ Le Monde 18 avril 2008 « le chef de l'Etat veut un patron et un seul à la tête de chaque hôpital ».

B) Les GCS rénovés ou simplifiés

Les GCS sont appelés à être à nouveau simplifiés : ils seront l'outil de coopération privilégié entre établissements publics et établissements privés de santé et visent à renforcer les coopérations avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social.

Il s'agit là d'une réelle volonté politique. La Ministre de la Santé, Mme BACHELOT-NARQUIN, précisait lors d'un congrès : *« j'ai engagé un chantier de rénovation du GCS pour en faire un outil plus souple, susceptible de stimuler la coopération entre public et privé. J'ai demandé à ce que le GCS nouvelle génération soit plus simple et plus rapide à mettre en place »*³⁶.

Par conséquent, le dispositif juridique devrait être clarifié et les possibilités d'intervention étendues. *« Cet outil est très transversal »*³⁷. La rédaction proposée dans le projet de loi permet de distinguer deux types de GCS :

- le GCS de mise en commun de moyens (pharmacies à usage intérieur, infrastructures techniques, équipements, système d'information, recherche, activités logistiques ou techniques...) qui permet d'organiser, de réaliser ou de gérer des moyens au nom et pour le compte de ses membres ;
- le GCS autorisé à exercer, en son nom, une ou plusieurs activités de soins, qualifié dans ce cas d'établissement de santé. Ce qui est un pas en avant et qui éclaircit l'ambiguïté préexistante puisqu'il pouvait détenir des autorisations de soins, comme un établissement de santé, sans en être un.

Les dispositions réglementaires seront réécrites dans un souci de simplification de la mise en oeuvre de ces groupements.

Enfin, le GCS aura une visée plus large géographiquement puisqu'il permettra de mutualiser des moyens ou d'exercer en commun une activité autorisée sur un ou plusieurs territoires de santé et à l'échelle d'une ou plusieurs régions.

Cependant, M. CORMIER, lors d'un entretien qu'il m'a accordé, émettait des doutes quant à l'intérêt de cette nouvelle formule de GCS. Selon lui, le projet de loi a été fait dans

³⁶ Discours de Madame Roselyne Bachelot-Narquin au 33ème congrès de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), le 17 avril 2008.

³⁷ Entretien avec la responsable de la sous direction de l'organisation du système de soins, bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins (03) de la DHOS.

l'urgence, sans mise en place de groupes de travail. Il s'agirait d'une rupture avec la philosophie initiale qui vise la coopération pour mettre en place des restructurations ou des fusions. En effet, si toutes les autorisations sont détenues par le GCS, il sera totalement indépendant et que restera-t-il aux établissements membres ? La pratique nous dira ce qu'il en sera. Néanmoins, il faut rester vigilant à ce qu'il poursuive son objectif premier.

Ainsi, le législateur a souhaité faire du GCS l'outil privilégié pour la coopération sanitaire. Pourtant sa mise en œuvre dans les faits est très difficile ce qui peut remettre en question tout son intérêt (1.3).

1.3 Le GCS : un instrument sans déclinaisons réelles ?

Au travers des différents entretiens que j'ai pu mener auprès des directeurs d'établissements de santé, chacun m'a confirmé la complexité de cet outil, notamment en raison de son statut juridique. Au départ, il s'agissait d'un outil peu séduisant (1.3.1) et accessoire (1.3.2). Mais il tend aujourd'hui à se développer (1.3.3).

1.3.1 Un outil peu séduisant au départ

Malgré ces améliorations législatives successives, et nonobstant quelques réussites, la formule du GCS a peu séduit. Plusieurs facteurs expliquent cela.

A) En raison de son formalisme strict

Selon M. CORMIER³⁸, l'organisation et le fonctionnement des GCS sont encore marqués par une certaine lourdeur : « *le GCS est le mode de coopération le plus compliqué* ». Beaucoup de formalités doivent être réalisées. Par exemple, l'organisation et les modalités de fonctionnement de cette institution de coopération doivent être décrites dans la convention constitutive et le règlement intérieur. De plus, les promoteurs doivent au préalable rédiger un projet médical commun dans lequel ils vont décrire l'activité du groupement ainsi que le rôle de chacun de ses membres, voire des professionnels médicaux qui y sont associés. Il faut également une assemblée générale et un

³⁸ CORMIER M., op.cit.

administrateur. Lorsque le GCS est autorisé à exercer les missions d'un établissement de santé, les dispositions du CSP s'appliquent. Il doit alors se doter d'instances consultatives obligatoires (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), matériovigilance...). Ces obligations sont normales pour une structure qui assure des activités de soins, or le GCS n'est pas un établissement de santé. Donc certains professionnels soulignent le fait que la simplification et l'allègement des contraintes sont « lointaines ». Cet encadrement strict peut constituer un frein pour l'organisation du GCS.

B) En raison de la complexité de son statut

Beaucoup d'acteurs de santé considèrent que la GCS est un outil complexe. Certains mettent en avant le fait qu'il existe des incertitudes sur sa nature juridique. Le choix de la nature publique ou privée du GCS n'est pas sans conséquence notamment pour la propriété, le personnel, les patients, le juge, la comptabilité et la fiscalité. Les parties doivent donc bien réfléchir à ce qu'elles souhaitent mettre en place. Le GCS peut être soit une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement composé d'établissements ou d'organismes publics ou de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel, soit une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privées. Dans les autres cas, le GCS peut, au choix, être une personne morale de droit public ou de droit privé.

1.3.2 Un outil accessoire

Un état des lieux, réalisé en 2002 (soit six ans après la création des GCS), auprès de la DHOS et des ARH a mis en évidence que seulement 9 GCS existaient sur tout le territoire national : 5 en Nord Pas de Calais, 2 en Franche Comté et un en Midi Pyrénées. La situation en 2003 stagnait puisqu'on ne décomptait également qu'une dizaine de GCS. Face à ces chiffres, force est de constater que le GCS est en réalité un outil encore assez accessoire par rapport aux autres outils traditionnels. Ainsi, on dénombre encore plus de 45 000 conventions, plus de 400 réseaux de santé, et une dizaine de fédérations médicales interhospitalières. Les chiffres en matière de GIE et GIP sont inconnus mais il en existe, selon la doctrine, probablement 250 et plus de 400 associations. Encore aujourd'hui, la convention est le mode de coopération le plus utilisé par les établissements. Par exemple, à Marmande, il faut rappeler que le GCS ne porte que sur la pharmacie à usage intérieur. Toutes les autres coopérations entre la clinique Magdelaine et le Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande reposent sur des conventions. Ainsi, l'utilisation du matériel et du bloc opératoire font l'objet de conventions

d'utilisation entre les deux établissements (une convention pour l'occupation des deux salles, une convention d'autorisation d'occupation temporaire pour la partie hébergement, une convention pour la restauration, une convention pour les alèses et une convention pour le laboratoire).

1.3.3 Mais qui tend aujourd'hui à se développer sur le terrain

Une évolution positive du nombre de GCS peut néanmoins être constatée actuellement grâce notamment à un bilan quantitatif réalisé par la DHOS et la Fédération Hospitalière de France. Certes, seulement une quarantaine de conventions constitutives de GCS avaient été approuvées et publiées au BO du ministère de la Santé entre le 1^{er} avril 1997 et le 31 décembre 2005³⁹. Mais plus de 50 nouvelles conventions ont été ensuite approuvées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006⁴⁰. De plus, une enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁴¹ montre qu'en 2007, 95% des établissements appartiennent à un réseau, partenariat, ou structure de coopération telles qu'un GCS ou un réseau inter établissement. Les coopérations entre les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux se développent, ainsi qu'entre les établissements des différents secteurs publics et privés. Enfin, le bilan annuel des GCS, réalisé par la DHOS au 1^{er} janvier 2008, fait état de 128 GCS existants⁴², alors qu'au 31 décembre 2006, 69 groupements étaient recensés, soit une augmentation du nombre de GCS créés de 85% en un an. Ce développement semble s'être confirmé pour l'année 2008 puisque 35 groupements se sont créés depuis le 1^{er} janvier 2008 et 68 sont en projets.

Ainsi, chaque année depuis 2004, le nombre de GCS créés a augmenté de manière significative : 63% en 2005, 122,5% en 2006 et 85% en 2007, soit en moyenne depuis 4 ans, une augmentation de près de 8%. De plus, avec le « GCS simplifié » par la loi HPST, cela laisse penser que de nouveaux GCS pourraient être créés dans l'avenir.

Cependant, malgré la hausse notoire du nombre de GCS, cet outil reste difficile à mettre en œuvre sur le terrain. Le département du Lot-et-Garonne illustre cette problématique (2).

³⁹ CORMIER M., « les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération : instruments de coopération à privilégier ? ». *Rev. gén. dr. méd.*, n° 22, 2007, p 2.

⁴⁰ En juin 2006, la FHF a procédé à un recensement des GCS mis en place dans le pays. Quarante environ pouvait être identifiés, agréés par les ARH. Les équipements lourds et l'imagerie en constituaient le principal objet.

⁴¹ DREES, Etudes et résultats, n° 633, avril 2008 « Hôpitaux et cliniques en mouvement, changement d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients » 8 p.

⁴² Voir la fiche technique de la DHOS, sur le bilan annuel du nombre de GCS en 2008, disponible sur intranet.

2 Le GCS : un outil difficile à mettre en œuvre sur le terrain, l'exemple du Lot-et-Garonne

Le département du Lot-et-Garonne comprend au total 4 CH (Agen, Nérac, CHIC de Marmande-Tonneins, et le CH de Villeneuve-sur-Lot), 3 hôpitaux locaux (Penne, Fumel, Casteljaloux), 5 cliniques (Cliniques Baillis et Magdelaine à Marmande, la clinique Ste Thérèse à Villeneuve-sur-Lot et les cliniques Esquirol Saint Hilaire et la clinique Calabet à Agen), 2 SSR PSPH (Virazeil et Delestraint Fabien), 1 SSR privé (La Paloumère) et l'Hospitalisation à Domicile 47. Parmi ces établissements, trois groupements ont été mis en œuvre. Le premier qui devait être le « GCS des pays de l'Agenais » a finalement été abandonné en raison de sa complexité (2.1). Le deuxième, le « GCS PUI Val de Garonne » est innovant mais risqué (2.2) et le troisième, le « GCS privé de Moyenne Garonne », est un projet classique rendant sa mise en œuvre à priori plus facile (2.3).

2.1 Le « GCS des pays de l'Agenais » : un projet abandonné en raison de sa complexité

La volonté première était de mettre en place un GCS pour coopérer (2.1.1) mais le choix final a porté sur un GIE (2.1.2).

2.1.1 La volonté première de mettre en place un GCS pour coopérer

A) Le choix premier du GCS

Dès 1999, la clinique Esquirol (dans le centre d'Agen) et la clinique Saint Hilaire (au sud de l'agglomération) constituent un « GCS privé de Moyenne Garonne » qui a pour objet la création et la gestion d'une Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU). Les parties ont opté pour cet outil car elle souhaitent collaborer à partir d'un outil unique susceptible d'une part de promouvoir un cadre organisationnel et fonctionnel propre à satisfaire chaque projet de complémentarité, et d'autre part, de permettre à d'autres acteurs hospitaliers de pouvoir rejoindre la dite structure à la faveur du développement de nouveaux projets.

Elles voulaient donc une structure souple et évolutive offrant à chaque établissement et aux autorités de tutelle un cadre lisible de coopération évitant la multiplication des outils de coopération. Il convenait également de retenir une structure de coopération unique afin

d'une part de rationaliser les moyens et les ressources utilisées et d'autre part d'assurer une gestion transversale des différents projets de complémentarité.

En février 2000, n'étant pas encore approuvé par le DARH mais souhaitant anticiper, le futur GCS fait une demande en vue d'obtenir l'autorisation de faire fonctionner l'UPATOU sur les deux sites distincts, de la clinique Esquirol et de celle de Saint Hilaire. Il y a en effet plus de 11 000 passages à la clinique Esquirol, où l'attractivité est essentiellement Lot et Garonnaise et spécifiquement agenaise et 12 000 à la clinique Saint Hilaire où l'attractivité est plus rurale et plus extra départementale (Tarn-et-Garonne, Gers). La demande a été acceptée en juillet 2000, par le DARH. Elle répondait à l'objectif d'une dispense de soins de courte durée, mais pas strictement aux propositions de l'annexe au SROS de doter d'une seule UPATOU le pôle hospitalier d'Agen. Toutefois, elle ne contrevenait pas aux principes généraux et aux recommandations du SROS en matière de prise en charge des urgences. Le projet a alors été accepté à la condition que le GCS mette fin à la double implantation de l'UPATOU et mette en œuvre un regroupement des deux sites dans un délai maximum de trois ans. C'est donc sous cette réserve que le « GCS Privé de Moyenne Garonne » a été approuvé par le DARH.

Le DARH a transmis ensuite l'acte d'approbation du « GCS privé de Moyenne Garonne » à la direction des Hôpitaux. Mais la DHOS a refusé de procéder à la publication au BO de l'arrêté par lequel l'ARH a approuvé la convention constitutive. Elle contenait, selon elle, un certain nombre de stipulations et présentait des lacunes qui étaient de nature à entacher sa régularité. L'arrêté d'approbation a par conséquent été retiré. La DHOS a fait plusieurs observations aux parties:

- L'objet du GCS et l'organisation des soins en son sein étaient insuffisamment définis. Il doit y avoir le principe de spécialité qui n'était pas appliqué.
- Les missions confiées au GCS n'étaient pas déterminées.
- La convention constitutive devait aussi préciser les critères et les proportions selon lesquelles les membres entendaient se répartir les coûts de fonctionnement du GCS.
- Enfin il ne pouvait pas y avoir d'assemblées spéciales, comme l'avait prévu les parties mais seulement une assemblée générale.

Les parties devaient alors retravailler le projet pour que le « GCS de Moyenne Garonne » soit validé. Mais elles ont préféré abandonner le projet car la perspective était ensuite d'élargir le GCS à un autre partenaire : le CH d'Agen en vue de gérer l'ensemble de la prise en charge des urgences sur le pôle agenais. Les parties souhaitaient que le Service d'Accueil des Urgences (SAU) soit implanté au CH.

Il a ainsi été convenu entre les trois établissements que la rationalisation de l'offre de soins sur le secteur sanitaire serait assurée au travers d'un nouveau GCS, toujours en raison des avantages qu'il présente. Le CH d'Agen a adhéré et le « GCS de Moyenne Garonne », abandonné, est devenu le « GCS des pays de l'Agenais ».

B) L'échec du GCS en raison des lourdeurs administratives

Le GCS a, cette fois, fait l'objet d'un long travail préparatoire avec les représentants des cliniques agennes et du CH. Une rencontre a eu lieu entre la DHOS, la DRASS, l'ARH, le député maire d'Agen et les directeurs d'établissements de santé. Seules quelques réserves ont été formulées, notamment au sujet de la solidarité financière entre les membres du GCS et au sujet de l'objet du GCS qui devaient être davantage précisés. Après ces quelques modifications, la convention devait être rapidement approuvée par le DARH Aquitaine.

En 2001, est donc finalisé, dans l'attente de l'approbation de la convention constitutive par le DARH, le « GCS des pays de l'agenais » qui a un statut de droit privé. Il vise la restructuration de l'offre de soins sur le secteur sanitaire Agen/Nérac. Afin de répondre aux besoins de la population locale du secteur sanitaire, en terme d'offre de soins et notamment de radiologie et d'imagerie médicale, ils ont souhaité faire porter l'acquisition et l'autorisation d'exploiter un appareil d'IRM par le GCS.

Par ailleurs, une autorisation d'implantation et d'exploitation d'un appareil IRM dans les locaux du CH d'Agen avait été attribuée, par arrêté ministériel, en février 2001, au GCS. La DHOS était favorable à la constitution de ce GCS pour l'acquisition et la gestion de l'IRM.

Cependant le projet de convention constitutive, dans sa dernière version, contenait une nouvelle fois un certain nombre de propositions qui devaient être expertisées quant à leur raison d'être. Cependant, la convention constitutive du GCS n'ayant toujours pas, en mars 2002, été approuvée par le DARH, la DHOS ne pouvait pas procéder à la publication de l'arrêté. Cela empêchait alors tout début de l'exécution de l'opération et privait le secteur sanitaire du Lot-et-Garonne de cet équipement.

Compte tenu des délais nécessaires au choix de l'architecte, à la construction du bâtiment et au choix de l'appareil, la durée de l'opération s'étalait sur 18 mois. En pratique, même si l'établissement était autorisé à s'engager dans cette démarche le 1^{er} juillet 2002, l'installation n'aurait été opérationnelle que le 1^{er} janvier 2004. Or le CH n'était habilité à engager aucune procédure ni aucune dépense. Cette situation ne pouvant perdurer, le

conseil d'administration et la Commission Médicale d'Etablissement ont demandé qu'une solution soit apportée rapidement afin que l'établissement puisse procéder au lancement de l'opération.

2.1.2 Le choix final du GIE

Finalement en 2002, le projet de GCS est abandonné. La structure juridique de coopération choisie par l'hôpital et les cliniques privées agenaises a finalement été jugée trop complexe en raison des contraintes juridiques et temporelles qu'elle entraîne. D'autres raisons peuvent éventuellement expliquer cet échec. Plusieurs hypothèses et constats peuvent être formulés. Les parties n'avaient pas rédigé une convention constitutive dans les normes réglementaires. Or, il faut une convention constitutive clairement établie tant sur le fond que sur la forme à défaut de quoi le DARH ne pourra pas l'approuver et la DHOS publier l'arrêté du DARH au BO. Les parties n'avaient pas fait appel à un cabinet juridique ce qui peut expliquer ces difficultés de rédaction, car il les aurait conseillées sur la technicité. Enfin, la cause principale réside dans le fait que tous les décrets d'application n'avaient pas encore été publiés, notamment pour le régime fiscal, ce qui ralentissait l'opération. Et vu le projet prévu dès 1999, soit seulement trois ans après la parution du GCS, il n'y avait pas encore d'exemple de GCS IRM créé dans d'autres régions, et les parties n'ont donc par conséquent pas pu prendre appui sur l'expérience d'autres promoteurs.

A) Le choix du GIE en raison de la rapidité pour conclure

Dans l'attente du règlement de l'ossature juridique qui devait réunir les établissements, et dans le souci d'activer le dossier, une lettre du DARH a tout de même autorisé le CH à engager les travaux d'étude liés à la construction du bâtiment qui abriterait l'IRM.

Mais il devenait urgent de trouver un fondement juridique pour consolider l'accord des trois parties. Les parties ont alors choisi, sur proposition de la DDASS, la formule du GIE. Cet instrument présente en effet de nombreux avantages par rapport au GCS, surtout la facilité pour conclure le groupement. Le principe est celui de la liberté contractuelle : le statut légal peut être librement complété par le contrat. Il suffit de la rédaction d'un écrit, d'un enregistrement des statuts au greffe du tribunal de commerce et d'accomplir les formalités de publicité notamment l'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS).

B) La certitude sur le régime fiscal et juridique

Les GIE jouissent dès lors de la personnalité morale et de la pleine capacité juridique. De plus, tout en respectant l'indépendance juridique et économique des participants, il leur permet de mettre en commun des moyens de production et donc de développer leurs affaires plus efficacement. Il a un régime fiscal qui ne leur laisse pas d'incertitudes : les GIE constitués et fonctionnant dans les conditions fixées par les articles L 251-1 et suivants du Code de commerce sont exclus du champ d'application de l'impôt sur les sociétés. Leur régime fiscal est comparable à celui des sociétés de personnes relevant de l'impôt sur le revenu (imposition des bénéfices au nom des membres, chacun pour sa quote-part). Le groupement a tous les attributs et droits d'une personne morale : une dénomination, un siège, un patrimoine, une nationalité. Il peut conclure tous les actes juridiques, agir en justice, posséder des immeubles, acquérir des droits de propriété industrielle, recevoir des subventions et des donations, ou faire partie d'une société et la diriger.

Tous ces avantages ont fait que les parties ont choisi le GIE. Cette nouvelle donne juridique a été soumise, pour accord, aux conseils d'administration des établissements. La convention constitutive du GIE a été élaborée en conséquence rapidement eu égard aux délais et adressée au DARH pour approbation. Il est maintenant dénommé « groupement d'imagerie médicale du pays de l'Agenais ». L'autorisation initialement accordée au GCS a alors été transférée vers le GIE.

D'autres établissements du Lot-et-Garonne, en l'occurrence la clinique Magdelaine et le CHIC de Marmande-Tonneins ont souhaité coopérer en mettant en place un GCS portant sur une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) (2.2). En effet, pour des raisons de sécurité des soins, il fallait fermer le site de la clinique alors trop vétuste. Pour que l'offre de soins soit maintenue, une coopération entre les deux devenait alors indispensable. La clinique Magdelaine a été autorisée, par décision de la commission exécutive (comex) de l'ARH, à transférer ses activités de soins sur le site du CHIC. Dans le prolongement des travaux préparatoires, à l'installation de la clinique dans les locaux du CHIC, les documents juridiques nécessaires à la coopération inter établissements ont été formalisés, et notamment une convention constitutive de GCS pour la PUI.

2.2 Le « GCS PUI Val de Garonne » : un projet innovant mais risqué

Ce projet est innovant dans la mesure où il s'agit du premier GCS au plan national qui gère une PUI avec rétrocession, c'est-à-dire avec la vente des médicaments au public (2.2.1). Mais il a failli mettre en péril les deux établissements (2.2.2).

2.2.1 Une innovation au plan national

A) Le principe de la PUI

Depuis l'ordonnance de 2003, la possibilité est offerte à un établissement de mettre en place une PUI gérée par un GCS. Selon la Pharmacienne Inspecteur de Santé Publique (PHISP) de l'Inspection Régionale de la Pharmacie (IRP) à la DRASS Aquitaine, que j'ai rencontrée, *« il s'agit de la forme la plus intégrée de coopération en matière de pharmacie hospitalière et c'est la seule possibilité juridique d'approvisionnement en médicaments et produits pharmaceutiques entre établissements juridiquement indépendants »*.

Son principe est la mise en commun des moyens en locaux, en personnels, équipements et systèmes d'information pour l'activité de la pharmacie hospitalière. Le texte fondateur est l'article L 6133-1 2° du CSP: un GCS peut *« réaliser ou gérer pour le compte de ses membres « des pharmacies à usage intérieur »*. De plus, les articles L 5126-1 et L 5126-5 du CSP prévoient que les GCS peuvent disposer d'une ou plusieurs PUI spécialisées :

- une PUI qui approvisionne les PUI des membres ;
- une PUI stérilisation ;
- une PUI rétrocession ;
- une PUI dispensation aux patients pris en charge par les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ou de dialyse.

Le GCS PUI présente l'avantage que le circuit du médicament soit unique. Tous les services d'un établissement s'adresse à une même entité.

Pour mettre en place un GCS PUI, en plus de la procédure classique à savoir une convention constitutive approuvée par l'ARH et sa publication, il faut l'avis consultatif du DRASS (instruction du dossier IRP) et de l'Ordre National des Pharmaciens. Le délai d'ouverture après l'autorisation est limité à un an.

B) L'innovation : une PUI avec rétrocession

En l'espèce, les parties ont mis en place une PUI unique qui remplace les deux PUI propres à chaque structure. La convention constitutive du « GCS PUI Val de Garonne » a été approuvée par le DARH en janvier 2007. Ce GCS de droit public a pour objet de réaliser et gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêts communs nécessaires aux activités visées par la convention, à savoir l'utilisation de la PUI. Il assurera ainsi les missions dévolues aux PUI, c'est-à-dire la gestion, l'approvisionnement et la dispensation des médicaments, aux deux structures et au public, et les dispositifs médicaux stériles.

Il s'agit donc d'une innovation comparée aux nombreux autres GCS qui gèrent, quant à eux, non pas une PUI spécialisée dans la rétrocession, mais la stérilisation ou la dispensation de médicaments. Par exemple, le GCS « pharmacie des EHPAD du territoire de Belfort » a été créé entre un Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée (CHLSD), et 6 établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Le GCS porte sur la gestion d'une PUI chargée d'assurer au bénéfice des malades pris en charge par les établissements membres, les missions définies à l'article L.5126-5 du CSP, sans rétrocession. De même, un GCS PUI a été conclu en Ile-de-France. Le GCS « Longjumeau-Orsay » porte sur l'activité de stérilisation des dispositifs médicaux, mais pas sur la rétrocession⁴³.

Etant le premier GCS spécialisé dans la rétrocession, le « GCS PUI Val de Garonne » n'a pas pu bénéficier de l'expérience d'autres GCS et a été confronté à des problèmes alors inédits, mettant en péril les deux établissements de santé.

2.2.2 Le GCS PUI : une mise en péril des deux établissements de santé

A) Les raisons de cette mise en péril

Il est intéressant de comprendre les raisons qui ont fait que le GCS PUI a failli mettre en péril les deux établissements.

Tout d'abord, il faut souligner que ce GCS n'émane pas vraiment de la volonté des acteurs. Lors d'un entretien, la directrice financière du CHIC me disait « *qu'ils avaient été*

⁴³ HENRY M., 2006, *La singularité du rapprochement des Centres Hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau : vers un groupe hospitalier Nord Essonne ?*, Mémoire pour l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 69 p.

contraints et forcés ». Ils ont senti une « pression » de la part de l'ARH qui ne leur renouvellerait pas l'autorisation s'ils ne mettaient pas en place ce GCS. Or selon la directrice financière du CHIC, « *le GCS avait peu d'intérêt pour les deux parties* ». Il n'y avait aucun gain financier pour chacune des structures.

Ensuite, le GCS a été mené dans l'urgence ce qui peut expliquer les raisons de ces débuts difficiles. En effet, des préalables à la création d'une PUI de GCS doivent être respectés. Dans chaque établissement, il faut faire un bilan des PUI relatif aux personnels, aux locaux, aux équipements et aux systèmes d'information et étudier les objectifs du contrat de bon usage. Il faut définir la répartition des activités, les modalités de travail entre les établissements, la gérance et la permanence pharmaceutique.

Enfin, il faut mener une évaluation du coût de mise en œuvre et de fonctionnement du GCS au regard des bénéfices escomptés et établir un planning de conduite de projet. Or étant sous la contrainte, les parties n'ont pas pu mener à bien toutes ces opérations.

B) Les difficultés engendrées par le GCS

Des difficultés sont alors apparues, mettant en péril le CH et la clinique.

Le GCS PUI Val de Garonne a nécessité la mise en place supplémentaire d'une logistique administrative, financière et informatique indépendante des deux entités qui le constituent. Cela a conduit à un retard de fonctionnement du GCS en raison des surcoûts occasionnés par ces nouvelles logistiques.

En premier lieu, le démarrage du GCS a comporté des difficultés très importantes de déploiement des systèmes d'information nécessaires aux deux établissements de santé. En effet, ceux-ci ont conservé leurs applications informatiques et il a été nécessaire de déployer, en supplément, un système d'information spécifique au GCS, capable de communiquer avec les deux premières, alors que ces trois entités ne disposaient pas des mêmes bases de données. Ces conversions sont donc actuellement faites à la main. Pour remédier à ce problème, l'éditeur du logiciel étudie comment il va pouvoir faire communiquer les bases de données des trois établissements pour permettre de réaliser :

- la traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des molécules onéreuses,
- constituer des fichiers nécessaires à la transmission des données pour la plate-forme e-PMSI,
- permettre la facturation de la clinique Magdelaine.

En deuxième lieu, le GCS PUI conduit à un coût élevé eu égard aux mobilisations de ressources humaines supplémentaires. Le GCS n'est pas un établissement de santé, la nomenclature budgétaire et comptable est donc différente. Par conséquent, cela a

nécessité des charges supplémentaires de personnel pour la facturation et l'encaissement, mais il a fallu également comptabiliser du temps supplémentaire pour les agents du service informatique et pour ceux qui ont participé à la formation.

En troisième lieu, la plus grande difficulté rencontrée par les parties reste la non facturation de la rétrocession des médicaments. Plusieurs problématiques ont été soulevées :

- les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-6 du CSP peuvent-ils donner lieu à remboursement par l'Assurance Maladie lorsqu'ils sont délivrés par une PUI du GCS?
- Le GCS dispose-t-il d'une autorisation spécifique pour la gestion de la PUI et l'exercice de l'activité de rétrocessions ?
- Quels sont les mécanismes possibles de facturation des médicaments rétrocédés par un GCS ?

Aujourd'hui, le GCS qui détient l'autorisation relative aux rétrocessions des médicaments, ne semble pas pouvoir facturer les médicaments concernés à l'Assurance Maladie et aux assurés sociaux. En effet, même si l'arrêté d'autorisation du GCS précise bien l'ensemble des activités autorisées pour la PUI, y compris la rétrocession des médicaments, la facturation de cette rétrocession n'est pas encore possible par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). La sécurité sociale ne reconnaît pas le GCS dans ses fichiers car il ne s'agit pas d'un établissement de santé. Dès lors, les modalités de transmission et les consignes de facturation dans les établissements de santé publics et privés habilités à pratiquer l'activité de rétrocession ne peuvent s'appliquer. Le GCS ne peut donc pas encaisser les recettes de l'Assurance Maladie, ce qui pose de graves problèmes.

Actuellement, cette problématique est à l'étude. Les parties sont dans l'attente d'éléments complémentaires de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) sur les modalités à suivre pour la facturation des GCS. Dans ce contexte, il n'est pas envisageable pour le GCS PUI de continuer à délivrer des médicaments sans en assurer la facturation. La non facturation de la rétrocession a déjà créé un trou de trésorerie important (en 2007 un déficit de 23 894 euros).

L'apparition de toutes ces difficultés a eu pour conséquence une dégradation de la qualité de mise en œuvre du circuit du médicament.

Compte tenu des difficultés de déploiement du système d'information, les traçabilités du circuit du médicament ne peuvent plus être mise en œuvre. Elles étaient assurées par le CHIC jusqu'au 31 mars 2008 et ne peuvent plus être mises en œuvre depuis le 1^{er} avril

2008 au sein du GCS. Cette dégradation de la qualité du circuit du médicament risque alors de compromettre à terme les engagements prévus au contrat de bon usage des médicaments avec les conséquences néfastes que cela pourrait avoir sur les valorisations des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables qui sont nécessaires pour un établissement.

Ces difficultés ont également entraîné la perte de confiance des acteurs. Ils souhaitent même abandonner le projet. Le directeur m'a fait part dans un entretien de son désarroi : *« quand est ce que l'on arrête ce cauchemar »*.

L'Inspection Régionale de la Pharmacie a été saisie de la question et a apporté son soutien. Elle s'est appuyée sur les textes qui viennent de sortir pour donner raison aux deux structures. Ainsi, elle mentionne les dispositions relatives à la rétrocession, à l'article L 5126-4 du CSP, selon lequel *« les établissements peuvent facturer à leur caisse la part prise en charge par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie au titre des remboursements afférents à ces médicaments »*.

D'autre part, le décret du 3 octobre 2007⁴⁴ a apporté des précisions sur l'activité de rétrocession exercée par les PUI gérées par des GCS : ainsi la nouvelle rédaction de l'article R. 5126-9 indique dans le dernier alinéa que les dispositions de l'article L 5124-6 précité sont applicables aux groupements de coopérations sanitaires gérant des pharmacies à usage intérieur.

Par conséquent, au regard de ces dispositions, rien ne s'oppose à la prise en charge par l'Assurance Maladie des remboursements des médicaments de rétrocession à une PUI de GCS.

En parallèle, la chargée d'études pour la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) à l'ARH de Bordeaux a sollicité le directeur de la CRAM. Celui-ci a expliqué que les modalités de transmission et consignes de facturation n'ont pas encore été définies au niveau national pour les GCS. La Direction de la Sécurité Sociale du Ministère a été saisie sur ce point afin d'avoir un positionnement de principe validé sur le schéma de facturation de ces groupements. Dans l'attente de cette position nationale, il est proposé, à titre dérogatoire, dans la mesure où le CHIC détient toujours son autorisation de PUI et de rétrocessions, que le CHIC de Marmande Tonneins facture pour le compte du GCS, les médicaments rétrocédés qu'il reversera au groupement. Un document contractuel signé entre le CHIC et le GCS, précisant les circuits de facturation pendant cette période transitoire, pourrait être formalisé et annexé à la convention constitutive du GCS.

⁴⁴ Décret n°2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Contrairement à ce GCS qui était innovant au plan national, et donc plus sujet à des difficultés de mise en œuvre, le « GCS pôle de santé du Villeneuvois » est un projet classique puisqu'il porte sur la maîtrise d'ouvrage et la mutualisation des moyens. Sa mise en œuvre à venir est donc a priori plus facile (2.3).

2.3 Le « GCS pôle de santé du Villeneuvois » : un projet classique rendant sa mise en œuvre a priori plus facile

Un pôle de santé va être créé entre le CH de Villeneuve-sur-Lot et la clinique Sainte Thérèse. Les deux établissements ont choisi d'un commun accord la forme du GCS qui a un objet classique : la maîtrise d'ouvrage et la mutualisation (2.3.1). D'éventuelles difficultés pourraient apparaître, à savoir le financement et l'ouverture à d'autres partenaires (2.3.2).

2.3.1 L'objet classique du GCS : maîtrise d'ouvrage et mutualisation

Le pôle de santé se situera sur un site unique pour répondre aux nouveaux besoins. En effet, la clinique est située dans un ensemble architectural enclavé en centre ville qui n'offre pas de cohérence de fonctionnement malgré plusieurs phases de restructurations. La reconstruction sur un nouveau site s'imposait dès lors, afin de répondre aux besoins d'évolutions structurelles et fonctionnelles. De même, le CH de Villeneuve rencontrait des difficultés géographiques et financières, de telle sorte qu'une coopération s'avérerait indispensable.

A) La maîtrise d'ouvrage

Les parties ont opté pour que le GCS assure lui-même la maîtrise d'ouvrage de la construction afin de conserver une complète maîtrise du projet. C'est une possibilité offerte avec l'ordonnance du 4 septembre 2003. Le GCS est apte à réaliser des investissements immobiliers avec des partenaires aussi bien publics que privés. Par dérogation à la loi sur les marchés publics, des marchés globaux pour la conception, la réalisation, l'entretien et la maintenance peuvent être conclus. Cependant, le GCS n'a pas compétence pour construire des équipements dont l'usage serait réservé exclusivement à l'un des membres. Mais par dérogation, dans l'hypothèse particulière de la constitution d'un pôle hospitalier, comme c'est le cas ici, il est possible d'admettre la capacité du GCS

à construire des locaux dont certaines parties seraient destinées à un usage privatif de l'un ou l'autre de ses membres⁴⁵.

En l'espèce, le GCS assure non seulement la construction, la mise à disposition des bâtiments et les installations du pôle, mais également, pour le compte de ses membres, la gestion et la mutualisation des bâtiments. Il y aura un regroupement géographique des deux structures sur un site unique de Brignol-Romas (situé en périphérie est de Villeneuve-sur-Lot) à horizon 2011. Il s'agit donc d'une construction neuve. De plus, le GCS a des droits réels sur le terrain. Pour ce faire, un bail emphytéotique a été conclu entre le GCS et le CH (propriétaire du foncier), en raison des nombreux atouts qu'il présente: le bénéfice d'un délai de réalisation plus court, l'obtention d'un préfinancement, une meilleure connaissance des coûts, le transfert des risques, une meilleure prévisibilité budgétaire.

Un bureau d'étude élabore actuellement un pré programme technique de l'opération de construction. Il prévoit de dimensionner un programme technique chiffré sur les bases des ratios de construction en usage. Ensuite, il finalisera les fonctions et les activités du pôle de santé ainsi que les positionnement respectifs des établissements dans la structure pour aboutir à une définition des surfaces et des activités accompagnées de toutes leurs caractéristiques techniques, local par local.

Toutefois, il faut souligner que le GCS ne peut être un promoteur immobilier⁴⁶. En outre, le GCS ne peut pas avoir pour objet exclusif de porter une opération d'investissement. S'il dispose légalement de la capacité de construire des locaux, ceux-ci devront servir de « support » à une coopération fonctionnelle menée par les établissements membres. C'est la raison pour laquelle le GCS porte aussi sur une mutualisation des moyens.

B) Une mutualisation des activités

Le GCS vise également une mutualisation de certaines activités. Le GCS de droit privé n'étant pas titulaire d'autorisations d'activités de soins, il appartient donc aux deux établissements de santé de coordonner leurs activités d'intérêt commun à savoir les missions de santé à la population, la permanence des soins ou encore la prise en charge des urgences. Les responsables et le corps médical des deux établissements ont par conséquent eu à concevoir en commun le projet médical détaillé du nouveau pôle de santé durant le premier semestre 2007. Ils ont aussi eu recours à un cabinet de conseil qui leur a proposé d'effectuer un recensement et une analyse de l'ensemble des activités

⁴⁵ BARRE S., LAROSE D., mai-juin 2005, « Groupement de coopération sanitaire : l'âge adulte ? ». *Revue hospitalière de France*, n° 504, p 42.

du PMSI de la clinique et de l'hôpital. Sur la base des résultats constatés et compte tenu des orientations du SROS III et des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS), un dimensionnement des activités sera proposé, discipline par discipline, en tenant compte également des directives ministérielles relatives à la poursuite du développement de l'hospitalisation de jour et des alternatives à l'hospitalisation.

Ensuite, le GCS devra établir et décliner le projet médical coordonné notamment en ce qui concerne l'organisation et la prise en charge des urgences, l'unité de surveillance continue, le fonctionnement du bloc opératoire et la Salle de Soins Post-Interventionnelle (SSPI). Il gèrera et mutualisera :

- les fonctions supports (les approvisionnements non médicaux, les archives médicales, le funérarium, la maintenance générale et biomédicale, les services techniques, le standard et la gestion téléphonique, le traitement des déchets, et le service postal) ;
- les installations et les équipements ;
- ainsi que les activités d'intérêt commun (un bloc opératoire, la radiologie, la pharmacie à usage intérieur, le laboratoire et la kinésithérapie en commun).

2.3.2 Les éventuelles difficultés : le financement et l'ouverture à d'autres partenaires

A) L'ouverture à d'autres partenaires

Le projet a vocation à accueillir d'autres partenaires de santé du Villeneuvois qui décideront de s'associer à la démarche : les biologistes de ville, les radiologues libéraux, les kinésithérapeutes de ville, le collectif d'omnipraticiens associés au fonctionnement d'une maison médicale.

D'éventuelles difficultés pourront alors apparaître sur le nombre important de personnes parties au GCS. En effet, le GCS est actuellement conclu entre deux parties. Il a pour but de simplifier les opérations. Il ne semble pas évident en revanche que ce soit le cas s'il doit compter cinq ou six parties supplémentaires. En effet, même si le GCS a pour avantage de faire travailler ensemble des personnes de statuts différents : *« deux mondes se côtoient, avec les mêmes métiers, les mêmes problèmes mais pas les mêmes*

⁴⁶ BARRE S., LAROSE D., mai-juin 2005, op.cit, p 43.

modalités de fonctionnement ⁴⁷», c'est plus difficile à faire coexister. Il faudra alors fixer précisément le rôle de chacun.

B) Le financement

Des difficultés de financement du projet peuvent également apparaître.

Le comité de pilotage du GCS a dû établir un programme des besoins puis un plan d'investissement fixant l'estimation du coût de l'opération et l'estimation des contributions qui devront être versées au groupement de coopération sanitaire au regard du programme des besoins.

Le financement du groupement s'effectue par des participations en numéraire sous forme de participations financières des membres, de contributions de l'Assurance Maladie ; des participations en nature par la mise à disposition de locaux, de matériels et de personnel médical et paramédical qui restent la propriété et de la responsabilité de chacun des membres. Les établissements participeront aux charges du GCS gestionnaire des équipements et/ou services d'intérêt commun, au prorata des services rendus conformément aux clés de répartition arrêtées contradictoirement par l'Assemblée Générale du GCS.

Le capital de départ est de 10 000 euros. Ce projet nécessite donc dans sa phase de construction d'être financé dans le cadre du plan Hôpital 2012, en raison de son coût exorbitant qui ne peut pas être supporté uniquement par les établissements. Le pôle de santé s'est donc inscrit aux opérations éligibles de ce plan. Il a des chances d'être financé puisque l'objectif rappelé dans la circulaire du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du Plan Hôpital 2012 est de poursuivre les efforts d'investissements du Plan Hôpital 2007 afin d'améliorer l'efficacité de l'offre hospitalière et la modernisation technique des établissements de santé. L'ARH déterminera alors les montants et les modalités de versement des subventions et aides allouées au titre du Plan Hôpital 2012.

Le GCS est privilégié par le législateur, mais il est difficile à mettre en œuvre comme l'illustre le Lot-et-Garonne. Des propositions peuvent être énoncées pour qu'il soit réellement une réussite. Il faut une démarche volontaire de l'ensemble des acteurs (3).

⁴⁷ Entretien avec le directeur de la clinique Ste Thérèse à Villeneuve-sur-Lot.

3 Propositions pour que le GCS soit réellement une réussite : une démarche volontaire de l'ensemble des acteurs

Suite à mes différentes investigations, il ressort que le GCS peut présenter de réels atouts à la condition qu'il émane d'une démarche longuement réfléchie et qu'il soit voulu par l'ensemble des acteurs (3.1). Dans la mesure du possible, il est souhaitable de prendre l'avis de cabinets conseils pour cerner les avantages et les inconvénients du GCS (3.2). Et il faut renforcer le rôle des pouvoirs publics et en particulier du IASS pour aider à la mise en place du GCS (3.3).

3.1 Une démarche préparée et voulue par l'ensemble des acteurs, condition sine qua non pour une coopération réussie

L'ensemble des acteurs doivent vouloir la construction du projet (3.1.1) et ils doivent réfléchir en amont aux conséquences de la mise en place d'un GCS (3.1.2).

3.1.1 La nécessaire volonté de l'ensemble des acteurs

Le rapprochement entre des établissements de santé publics et privés ne va pas de soi. La culture est différente, ce qui ne facilite pas la coopération. Il y a naturellement des résistances au départ. Dès lors, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs soit impliqué.

A) L'implication du personnel de direction

L'implication du personnel de direction est primordiale.

Tout d'abord, les directeurs des différentes structures parties au projet doivent se faire mutuellement confiance. Cette confiance doit reposer sur des éléments objectifs afin que, même en cas de changement de direction, l'action de coopération puisse être pérennisée. Ensuite, au-delà du simple fait de se faire confiance, les directeurs doivent être convaincus de l'intérêt du GCS. Par exemple, le projet de « GCS pôle de santé du Villeunevois » a failli être voué à l'échec car la clinique Sainte Thérèse ne croyait pas au projet. Elle craignait d'être perdante vis-à-vis de l'hôpital. C'est grâce à la conviction du directeur de l'hôpital et à son argumentation relative au fait que chacun serait « gagnant/gagnant » que la clinique a accepté finalement le projet.

Mais il ne suffit pas que le personnel de direction croie au projet. Il doit également impliquer les différents acteurs : instances, personnel médical, élus, sans lesquels le

projet ne peut pas aboutir. En effet, la mise en place d'une coopération nécessite une conduite du changement, laquelle peut se heurter à des oppositions sociales très fortes. Les promoteurs du projet doivent donc développer une stratégie de communication en interne et en externe. Il faut alors convaincre, expliquer, rassurer et transmettre les informations pour laisser le temps aux intervenants de s'approprier les enjeux, ainsi qu'à la population qui peut avoir des craintes pour l'accès au soin.

Les directions doivent mettre en avant les avantages que chacun peut tirer du GCS : notamment l'attractivité de l'établissement, l'amélioration des conditions de travail, l'accès à des technologies plus modernes, l'élargissement des bases de recrutement ou encore les économies d'échelle.

Ensuite, les promoteurs du projet doivent déterminer avec précision le choix de la démarche adoptée. Celle-ci peut être imposée, mais l'échec est alors prévisible, ou négociée. Ils doivent faire participer chacun dès le début du projet, avant la mise en œuvre du GCS. Cette intégration en amont du projet est indispensable pour permettre une réelle appropriation de la part des personnels.

B) L'adhésion des syndicats et des instances décisionnelles et consultatives

Les organisations syndicales craignent que la mise en place du GCS fasse primer une logique de maîtrise comptable, ou encore la privatisation implicite de l'hôpital et non les intérêts du personnel et des usagers. Les résistances au départ se comprennent. Ainsi, lors du projet « GCS pôle de santé du Villeneuveois », les représentants des syndicats de l'hôpital ont dénoncé le projet dans sa globalité, en s'interrogeant notamment sur les positions des capitaux privés dans la construction. Ils évoquaient également les risques de perdre l'identité du service public hospitalier du fait de la mutualisation des moyens, et de perdre les avantages du statut de la fonction publique hospitalière pour les personnels de l'hôpital. Finalement, grâce au rôle convainquant de la direction, ils ont adhéré au projet.

Les instances de décision, le conseil d'administration, et consultatives doivent aussi être partie prenante au projet. Ainsi, la commission médicale d'établissement (CME) et le comité technique d'établissement (CTE) doivent donner leur avis sur le projet.

C) L'adhésion du personnel médical

Le GCS va forcément avoir des impacts sur l'organisation du travail du personnel. L'avis de ce dernier, par l'intermédiaire de représentants du personnel doit donc être pris en compte. C'est ce qui a été prévu lors de la coopération entre la clinique et l'hôpital de

Villeneuve-sur-Lot. Les médecins, en tant qu'utilisateurs des outils de soins, ont commencé à participer à toutes les phases de décision. Ils ont été largement impliqués sur les conséquences du GCS au niveau de l'organisation des plages horaires, du programme opératoire, de la continuité et la sécurité de la prise en charge, mais aussi sur les règles de fonctionnement à respecter (pour la préparation médicale du patient aux actes opératoires, la surveillance post opérationnelle, la préparation des interventions dans le respect des règles d'hygiène, la gestion des risques...). De même, lors de la construction du nouveau bloc opératoire, les chefs de service ont été consultés pour adapter l'architecture à venir aux évolutions intervenues en terme de prise en charge.

D) Le rôle des élus

Les élus doivent également adhérer et soutenir le projet. Souvent, des travaux sont nécessaires pour la mise en place d'un GCS. Par exemple, le pôle de santé du Villeneuvois géré par le GCS nécessite pour sa construction l'appui du maire (qui est le président du conseil d'administration) et de la communauté de communes. Effectivement, il faut que les conditions d'accès soient facilitées, car il sera situé en périphérie est de la ville et à proximité immédiate de la rocade de contournement de Villeneuve-sur-Lot. Une réunion avec la Direction Départementale de l'Équipement (DDE) et la mairie est donc nécessaire. La question d'une station d'épuration, étant donné le nombre de personnes entre les patients et le personnel arrivant sur le site, est aussi à envisager.

3.1.2 La nécessité de bien réfléchir en amont aux conséquences de la mise en place d'un GCS.

Les conséquences du GCS peuvent être lourdes pour les établissements tant au niveau financier que juridique. Il est donc indispensable d'essayer d'anticiper les éventuelles difficultés qui pourraient apparaître. Une méthodologie du travail par un comité de pilotage doit donc être prévue.

A) Mettre en œuvre une méthodologie par un comité de pilotage

Les deux GCS que j'ai étudiés ont chacun mis en place un comité de pilotage qui a élaboré une méthodologie rigoureuse. Le comité de pilotage est composé à parité d'une dizaine de membres. Cela lui permet d'avoir une certaine légitimité, à la fois vis-à-vis des partenaires impliqués mais aussi à l'égard de l'établissement en interne. Il s'agit pour ce comité d'anticiper les difficultés qui pourraient apparaître et de traiter le cas échéant les conflits. Il est notamment chargé de procéder à l'élaboration du programme des besoins

dans la phase de création du GCS ; de mettre en place un plan d'investissement pour estimer le coût de l'opération et un plan de financement ; de valider la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire ; de créer tout comité thématique, de faire toutes propositions nécessaires et enfin de respecter le calendrier fixé.

B) Se concerter régulièrement

Plusieurs réunions doivent avoir lieu pour que tous les aspects du GCS soient clairement appréhendés. En ce qui concerne le « GCS pôle de santé du Villeneuvois », une quinzaine de réunions ont ainsi été menées, pilotées par la DDASS, et associant les représentants de la clinique et de l'hôpital entre juillet 2005 et septembre 2006. Il faut donc s'y prendre à temps, comme le souligne l'IASS en charge du service de l'offre de soins hospitalière de la DDASS de Lot-et-Garonne, car les réunions s'étalent en général sur au minimum une année vu l'enjeu de la coopération. Des groupes de travail ont été constitués.

C) Prendre en compte des référentiels pour l'organisation et la conception du projet

Pour que la création du GCS soit pertinente, il faut au préalable tenir compte des données préexistantes. La production des établissements est analysée à partir des données PMSI. Un bilan de l'activité des structures doit être analysé pour déterminer les transferts pertinents au GCS.

Par exemple, un « diagnostic bloc » a été réalisé pour le « GCS pôle de santé du Villeneuvois » ce qui permet de déterminer le bilan des plages d'ouverture, le planning, l'activité, le taux d'occupation des salles. Pour déterminer la pertinence de la construction du pôle de santé, il fallait tenir compte du bassin de santé du Villeneuvois qui compte un peu plus de 100 000 habitants alors même qu'il verra sa population décroître. Cependant, il est prévu que la décline démographique sera compensée par le vieillissement de la population en terme de consommation de soins. Même si les parts de marché semblent difficiles à faire évoluer (Médecine 58%, Chirurgie 64% et Obstétrique 79%), aujourd'hui, la consommation en soin de la population du bassin villeneuvois est tout à fait conforme à celle du Lot et Garonne, à la région, et à la moyenne nationale. Globalement, pour les deux établissements, il y a une diminution des entrées en hospitalisation complète au profit du développement de l'ambulatorio. Ainsi, le pôle de santé présente des intérêts à être constitué.

Pour déterminer tous ces besoins, des référentiels doivent être pris en compte dans l'organisation et la conception du projet, par exemple l'outil « horizons bloc » de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) qui émet des hypothèses

d'activité par spécialités. Il faut regarder les guides de la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH), de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière et tenir compte du SROS III, des orientations stratégiques et des OQOS.

D) Comparer au préalable avec des GCS de même nature déjà mis en place

Il est important de prendre modèle, si possible, sur des expériences qui ont déjà réussi ailleurs. Évidemment, chaque GCS est en soi unique, vu qu'il doit être adapté à la situation locale. Néanmoins des ressemblances peuvent exister. C'est pourquoi il peut être intéressant de se mettre en relation avec d'autres établissements, ne serait-ce que pour échanger sur les difficultés rencontrées et les solutions envisagées. En l'occurrence, le « GCS PUI Val de Garonne » a été le premier à mettre en place la PUI avec rétrocession. Il n'a donc pas pu prendre exemple sur un modèle de GCS. Mais en ce qui concerne le « GCS pôle de santé du Villeneuvois », il a notamment tenu compte de l'expérience du « GCS Val de Garonne » pour la PUI. Cette comparaison a été facilitée par le fait que le directeur de la clinique de Magdelaine à Marmande est également le directeur de la clinique de Villeneuve-sur-Lot. De même, les promoteurs du GCS récemment mis en place à Arcachon ont au préalable consulté les GCS du Lot-et-Garonne, ainsi que le GCS de droit public de Saint Nazaire nommé « GCS pôle sanitaire nazairien », car il porte sur un BEH. Le directeur de la clinique de Villeneuve-sur-Lot me disait qu'un établissement de Bretagne l'avait contacté pour qu'il lui fasse part de son expérience sur le GCS. Cet inter échange est à inciter auprès des candidats à un GCS.

Vu la complexité du GCS, il est souhaitable, si les établissements le peuvent financièrement, de prendre l'avis de cabinets spécialisés (3.2).

3.2 Prendre l'avis de cabinets conseils pour cerner les avantages et les inconvénients du GCS

Evidemment, toutes ces propositions devraient dans l'absolu, être cumulées. Néanmoins, il faut tenir compte de la réalité financière des établissements qui ne pourront pas toujours avoir recours à autant d'experts. Il faut donc dans la mesure du possible qu'ils choisissent la formule qui leur semble la plus pertinente pour leur projet : faire un audit financier pour évaluer la viabilité du projet (3.2.1), ou recourir à un cabinet juridique pour cerner les contraintes juridiques (3.2.2) ou être éventuellement conseillé par un cabinet d'architecte pour connaître la faisabilité matérielle du projet (3.2.3).

3.2.1 Faire dans la mesure du possible un audit financier pour évaluer la viabilité du projet

Mettre en place un GCS nécessite de faire au préalable un audit financier. En effet, le projet va, au départ, coûter cher pour les promoteurs, même si, sur le long terme, il est sensé être rentable. Mais les parties ne peuvent pas le prétendre sans avoir fait une étude. Les directeurs financiers des établissements pourraient le faire mais il semble préférable qu'ils se fassent épauler. Un cabinet d'expertise financière est conseillé pour que les parties connaissent l'impact du GCS. Ainsi, les deux GCS étudiés ont eu recours à une société de consultants en économie. Le cabinet Kleynveld-Peat-Marwick-Goerdeler (KPMG) a réalisé une étude prospective sur les financements, le calendrier, les surcoûts, les conditions et les limites de leur prise en charge dans le budget des établissements aboutissant à la planification budgétaire et financière ainsi qu'à la définition du moment d'équilibre financier. Il a établi le bilan des forces et faiblesses des structures portant sur l'équilibre financier, la capacité de rembourser l'emprunt, le besoin d'investissement, le taux d'occupation des salles, ou le taux d'évolution des recettes avec la T2A.

3.2.2 L'expertise souhaitable d'un cabinet juridique pour cerner les contraintes juridiques du GCS

Vu la complexité juridique du GCS que nous avons décrite précédemment, il est conseillé aux établissements de prendre appui sur l'expertise d'un cabinet juridique. En effet, malgré les formations qui sont proposées aux établissements, ainsi que les fiches techniques publiées par la DHOS, il semble encore difficile d'être à même de manier avec facilité le GCS. Le cabinet juridique pourra les éclaircir sur les points obscurs. Ce dernier pourra aider les établissements à choisir de manière adéquate la personnalité juridique du GCS, le statut du personnel, ou la fiscalité. Ainsi, les établissements du Villeneuve ont fait appel au cabinet juridique HOUDART qui a étudié tous les aspects organisationnels impliqués par la mise en place d'un GCS de construction et de maintenance de droit privé. Mais il faut souligner que le cabinet doit être au service des souhaits des établissements en non l'inverse.

3.2.3 Le conseil éventuel d'un cabinet d'architecte pour connaître la faisabilité matérielle du projet

La DRASS compte parmi ses agents un Ingénieur Régional de l'Equipement qui peut être mis à la disposition des établissements pour leur apporter son expertise. Mais ce dernier ne peut pas se consacrer à temps plein à cette activité. Il est alors conseillé aux parties d'avoir recours à un cabinet d'architecte. En effet, mettre en place un GCS nécessite souvent des travaux. C'est le cas par exemple du « GCS pôle de santé du Villeneuvois », qui construit un nouveau site pour le rapprochement de la clinique et de l'hôpital. Il a eu recours à la société Hélium qui a réalisé des travaux d'études organisationnelles préalables à la conception architecturale du projet. De même le cabinet « HOSPI Conseil » a étudié le pré dimensionnement des surfaces à construire et leur répartition entre les deux utilisateurs. Cela peut difficilement se faire sans le recours à des spécialistes. Les promoteurs du projet n'ont pas des connaissances assez précises sur ces points qui sont en réalité primordiaux. Si le projet est mal évalué au départ quant aux coûts ou aux éventuelles difficultés de construction, cela peut alors être l'échec du GCS et surtout coûter très cher pour les établissements. Un calendrier de réalisation et des investissements nécessaires doit aussi être défini.

Il ne suffit pas que les parties au GCS s'impliquent pour que la coopération soit réussie. Il faut également que d'autres acteurs soutiennent le projet : à savoir les pouvoirs publics. C'est à eux que revient la tâche de favoriser la coopération sanitaire. Il faut donc renforcer leur rôle, et en particulier celui du IASS (3.3).

3.3 Renforcer le rôle des pouvoirs publics, et en particulier du IASS, pour aider à la mise en place des GCS

Il faut renforcer le rôle de l'administration centrale auprès des services déconcentrés et des acteurs de santé (3.3.1), recentrer l'ARH sur sa mission de promouvoir les GCS auprès des acteurs de santé (3.3.2) et renforcer le rôle de la DDASS et du IASS qui sont au cœur du terrain pour promouvoir les GCS (3.3.3).

3.3.1 Renforcer le rôle de l'administration centrale auprès des services déconcentrés et des acteurs de santé

Avant tout il est nécessaire de rappeler le rôle de l'administration centrale en l'occurrence la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS). Elle a pour mission :

- d'assurer une meilleure réponse de l'offre de soins aux besoins de la population ;

- de promouvoir une prise en charge globale et continue des patients par l'ensemble des structures et des professionnels de santé ;
- d'accroître l'efficacité en matière de qualité et de sécurité dans les établissements de santé.

Pour cela, elle doit notamment :

- soutenir les complémentarités et coopérations entre les structures hospitalières elles-mêmes et avec les établissements sociaux, médico-sociaux et les professionnels de ville ;
- renforcer la coordination de l'action des pouvoirs publics vis-à-vis des professionnels de santé ;
- développer les actions contribuant au renforcement de l'efficacité médicale et économique des établissements.

Le rôle de la DHOS est ainsi d'assurer la cohérence des restructurations et la modernisation des établissements de santé. Selon Mme PODEUR, « *ces recompositions ont pour finalité d'assurer la pérennité du système de santé*⁴⁸ ».

Néanmoins, à travers les différents entretiens que j'ai pu mener auprès des directeurs d'établissements, de l'ARH et de la sous direction de l'organisation du système de soins de la DHOS, il ressort quelques manquements qui pourraient semble-t-il être facilement rétablis, à savoir :

A) Établir une évaluation du GCS

Outre un bilan qui est réalisé par l'Observatoire des recompositions des activités des établissements de santé, un bilan annuel sur le nombre de GCS conclu dans chaque région est demandé chaque année par la DHOS auprès des ARH⁴⁹. Mais celles-ci ne font pas toujours remonter les informations notamment en raison d'un délai qui est jugé « *trop restreint* » selon l'inspectrice de la DRASS de l'Aquitaine (l'enquête est lancée fin mai et la réponse doit être renvoyée pour le 30 juin au plus tard). La DHOS ne dispose donc que des données qui lui sont remontées. Ainsi pour le bilan annuel de 2008, seuls 63% des GCS (soit 91 GCS sur 128) ont transmis leur rapport d'activité annuel ce qui ne permet pas, comme le souligne la DHOS, un recueil exhaustif des données ni une réelle visibilité de l'activité des groupements par les régions.

Néanmoins, un certain nombre de données sont requises à savoir l'identité du GCS, son évolution régionale (nombre de GCS au 31/12 de l'année N-1, nombre d'arrêtés portant

⁴⁸ Mme Annie PODEUR, Directrice de la DHOS Recomposition de l'offre de soins : les outils de la coopération, colloque

création de GCS en année N, nombre d'arrêtés portant approbation d'avenants à la convention constitutive de GCS existant, le nombre d'arrêtés portant dissolution de GCS, nombre de GCS existants au 31/12 de l'année N, et en cours de création sur l'année en cours N+1).

Ensuite, les ARH doivent apporter une appréciation sur l'activité régionale, mettre en avant les difficultés rencontrées. Mais seules quelques agences ont fait remonter leurs impressions ou les difficultés relevées par les acteurs des GCS. Dès lors, le bilan reste souvent quantitatif. Il serait donc pertinent de faire également un bilan plus qualitatif. Ces éléments sont essentiels en vue d'améliorer l'outil juridique et l'accompagnement des promoteurs et des ARH. Il est à noter tout de même que des progrès sont faits. Pour 2008, les agences ont toutes transmis leur bilan d'activité régional soit un taux de retour de 100%.

La synthèse de la DHOS est ensuite transmise aux ARH et mise en ligne sur leur site PARHTAGE. Les établissements de santé peuvent y avoir accès.

Il serait donc utile de faire une évaluation de l'impact du GCS. Une étude réalisée par le groupe privé « Montaigne » montrait les avantages évalués que pouvait avoir la coopération pour les établissements de santé, notamment en terme d'attractivité renouvelée. Néanmoins, cette culture de l'évaluation n'est pas assez présente au niveau public. Ainsi, un enseignement de l'EHESP rappelait qu'« *on n'a jamais été en mesure de calculer l'avantage des regroupements, il y a beaucoup de réformes qui ne laissent pas le temps aux professionnels de les digérer*⁵⁰ ».

B) Proposer aux agents des formations juridiques sur les GCS

La DHOS diffuse sur l'intranet du Ministère de la Santé des fiches techniques remises à jour tous les six mois qui portent sur différents aspects du GCS : « les différentes hypothèses de coopération qui peuvent être organisées sur le fondement du GCS », « la convention constitutive des GCS », « le personnel », « le mécanisme des prestations médicales croisées », « les règles budgétaires et comptables » et « la fiscalité ». Elles sont simples, claires et précises. Elles sont alors utiles pour les différents agents de l'Etat qui ont accès à l'intranet. Néanmoins, tous les établissements n'y ont pas accès, ce qui est dommageable car ils pourraient avoir besoin d'y recourir. De plus, il faudrait que les agents bénéficient davantage de formations spécifiques sur le GCS, car c'est eux qui

⁴⁹ Les GCS sont tenus de transmettre chaque année au DARH le rapport d'activité du groupement approuvé par l'assemblée générale (article R. 6133-11 du code de la santé publique).

⁵⁰ Mme ROUTELOUS, enseignante de l'EHESP, spécialisée sur la planification et la recomposition de l'offre.

doivent conseiller les établissements sur l'opportunité de créer un GCS. Par conséquent, leur crédibilité est en jeu. Actuellement, les promoteurs peuvent percevoir que les agents sont parfois dépassés par les réformes sur le GCS. Ainsi le directeur de la clinique Sainte Thérèse me disait « *ils ne connaissent pas mieux que nous les modalités du GCS, c'est quelque chose de nouveau* ».

Il serait par conséquent utile que la DHOS diffuse ces fiches aux différents établissements mais aussi qu'elle organise elle-même des formations pour les agents qui en font la demande. En effet, à l'heure actuelle, elle participe seulement à des formations organisées par des entreprises privées. Par exemple, une journée d'étude a été organisée par la revue générale de droit médical et le centre de droit médical de l'université de Poitiers en partenariat avec la revue droit et santé. Le programme est très complet. Les différents aspects techniques et pratiques du GCS sont traités par des grands spécialistes. Or ces formations coûtent très cher et peuvent alors être un frein pour les différents acteurs souhaitant y participer. Il faut en effet compter environ 1000 euros pour une journée de formation.

C) Recruter ses propres experts et les mettre à la disposition des établissements

Recourir à des experts juridiques ou à des architectes coûte très cher alors certains établissements préfèrent ne pas leur faire appel. Mais la coopération peut, dans ce cas, ne pas être bien préparée. La convention risque d'être mal rédigée avec des vices de fond et de forme. Il serait peut-être possible que la DHOS mette elle-même des experts à la disposition des établissements qui le souhaitent. Cette proposition a été soumise à la responsable de la sous direction de l'organisation du système de soins, bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins (03) de la DHOS qui a trouvé l'idée intéressante. Même si la DHOS et l'ARH aident déjà beaucoup les établissements sur des sujets problématiques, elles ne peuvent pas les épauler constamment, et par exemple rédiger la convention constitutive à leur place. Il existe la fonction de conseillers généraux des établissements de santé à la DHOS. Ils ont pour mission entre autre d'assurer des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion que les établissements peuvent demander. La liste prévoit qu'ils ont en charge notamment la thématique « territoires de santé, groupements de coopération sanitaire, partenariats public/privé » à travers laquelle ils doivent travailler à "la mise en oeuvre pratique" du nouveau dispositif juridique. Mais il serait peut être possible que ce soit eux qui épaulent les établissements. Il faudrait également qu'ils travaillent en collaboration avec la sous direction de l'organisation du système de soins, bureau des réseaux,

complémentarités et recomposition des activités de soins (03) de la DHOS, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui comme me le disait la responsable, pour mettre en synergie leur action.

D) Publier les textes réglementaires d'application non encore parus

Certains textes réglementaires n'ont toujours pas été publiés, ce qui est un frein à la conclusion de GCS. Par exemple, l'arrêté fixant la rémunération de la participation des médecins libéraux à la permanence des soins hospitalière est en préparation. Un décret devra également définir les modalités d'application de la T2A (et des autres financements) aux GCS exerçant les missions d'un établissement de santé. Ce décret devra aussi étendre aux GCS certaines dispositions applicables aux établissements de santé.

Cette question de la publication des décrets a été posée à la responsable de la DHOS. Selon elle, il semble qu'avec le GCS rénové par la loi HPST, ils ne sauraient tarder.

E) Aider davantage financièrement les établissements pour la constitution de GCS

En ce qui concerne les GCSMS, une instruction ministérielle⁵¹ est venue préciser les conditions d'aide au démarrage. Il est ainsi prévu qu'une enveloppe apportée par la CNSA sera versée aux établissements sociaux et médico-sociaux à partir des crédits non utilisés lors de la signature des CPOM. En l'espèce, pour les GCS, il ne semble pas, comme me le confirmait la responsable du bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins (03) » de la DHOS, que les établissements de santé bénéficient d'une telle mesure. Il n'existe que des aides indirectes par l'intermédiaire de l'aide à la contractualisation et du plan Hôpital. Le GCS « pôle de santé du Villeneuvois » va certainement bénéficier de cette aide mais le GCS « PUI Val de Garonne » n'a quant à lui reçu aucune aide au démarrage ni d'aide pour les surcoûts occasionnés par le GCS. Il serait donc souhaitable d'aider financièrement les établissements de santé.

3.3.2 Renforcer la mission de l'ARH de promotion du GCS auprès des acteurs de santé

L'ARH doit être l'interlocutrice privilégiée des acteurs de santé, en renforçant sa mission de promotion des GCS. Elle doit être au plus proche des besoins de la population et des

acteurs de santé. Quelques propositions pour favoriser davantage la réussite du GCS peuvent être formulées :

A) Faire un suivi après l'approbation de la convention constitutive du GCS

L'ordonnance du 4 septembre 2003⁵² confère à l'ARH des pouvoirs renforcés au sujet des GCS. La création d'un GCS est ainsi soumise à un contrôle a priori de l'administration et à un contrôle a posteriori. Dans le cadre de sa compétence liée, le DARH doit vérifier que la spécialité du groupement correspond bien aux missions prévues par l'article L 6133-1 du CSP et que le contenu de la convention est conforme aux dispositions législatives et réglementaires. Il doit dans le cadre de son pouvoir réglementaire vérifier que le projet de GCS ne remet pas en cause « *les intérêts généraux dont il a la charge* ».

Ensuite, le DARH approuve la convention constitutive. Mais son rôle ne doit pas s'arrêter là. L'ARH doit également assurer un suivi de la mise en place du GCS par les parties, les conseiller et réagir lorsque d'éventuelles difficultés qui n'avaient pas été pressenties apparaissent. Après les divers obstacles auxquels avait été confrontés le GCS PUI, les parties ont perdu confiance dans le projet. Ainsi, le directeur du CHIC de Marmande-Tonneins me disait son désarroi pendant cette période. Il est nécessaire que les parties, en cas de difficultés, sachent vers qui se tourner et qu'elles puissent trouver conseil. Même si l'ARH est intervenue, les parties se sont senties délaissées en raison du temps de réaction de celle-ci, jugé trop long par les parties.

B) Se recentrer sur ses missions d'animation et de conseil

L'ARH doit repenser son rôle dans la mesure où elle ne joue plus celui de la tutelle. Les établissements ne sont plus financés par la dotation globale mais à terme par la T2A à 100%. L'ARH n'est plus en tant que tel l'allocataire de ressources. Dès lors, elle doit renforcer son rôle dans l'animation et le conseil au cours de réunions avec les différents acteurs. Dans le Lot-et-Garonne, beaucoup de réunions ont eu lieu avec la DDASS et l'ARH. Cela a été très apprécié par les acteurs de santé qui se sont sentis épaulés dans leur projet. Au cours de l'entretien réalisé auprès de l'Inspectrice Principale (IPASS) en charge du service de l'offre de soins hospitalière à la DRASS Aquitaine, j'ai pu constater

⁵¹ Instruction ministérielle du 3 août 2007.

⁵² Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de créations d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

qu'il n'existait pas forcément dans toutes les régions ce type de réunions quasi mensuelles. Or elles portent leurs fruits. Il serait donc pertinent, me semble-t-il, de réunir plus souvent les différents acteurs institutionnels et professionnels de santé.

De plus, au sein de la DRASS et sous la responsabilité du DARH, différents agents sont à même de conseiller les promoteurs qui le souhaitent. Ainsi, l'IASS peut apporter son expertise juridique au sujet des conventions constitutives. J'ai ainsi pu constater les conseils qu'il a apportés à un établissement à savoir que « *la convention constitutive doit être brève, lisible et porter uniquement sur le cadre institutionnel. Les conditions et modalités de fonctionnement de gestion et d'administration du groupement doivent être reportées dans le règlement intérieur* ». De même, l'Inspection Régionale de la Pharmacie a apporté son aide pour la PUI qui n'arrivait pas à recevoir les remboursements de la rétrocession. La PHISP me disait : « *j'ai un rôle à jouer pour expliquer la réglementation pharmaceutique* ». Elle a saisi la Sécurité sociale. De la même manière, l'ingénieur régional de l'équipement peut apporter sa technicité pour la construction des nouvelles installations.

C) De la nécessité d'inciter et non d'imposer

Auparavant, la coopération était locale, décentralisée et essentiellement basée sur le volontariat. En 1996, elle devient un outil de l'Etat et revêt un caractère plus contraignant. Désormais, outre son pouvoir d'appréciation et d'approbation des conventions constitutives, l'ARH dispose de moyens incitatifs ou contraignants pour que les établissements mettent en place des projets de coopération⁵³. Ces pouvoirs sont rappelés et renforcés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (qui donne la possibilité, dans son article 44, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, de prendre des mesures appropriées pour que les établissements de santé publics d'un ou plusieurs territoires de santé créent un GCS⁵⁴) et le projet de loi « HPST ». Certes le respect de la liberté contractuelle est le principe en matière de coopération hospitalière. Mais l'ARH peut elle-même susciter des coopérations pour développer la complémentarité plutôt que la concurrence et permettre le maintien d'une offre de proximité. Ainsi, selon l'article L 6122-15 du CSP, le DARH peut demander aux établissements de santé de créer un GCS en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population. Il a un pouvoir renforcé à travers de nombreux outils mis à sa

⁵³ Article 38 de l'ordonnance du 4 septembre 2003.

⁵⁴ JAFFRE D., « Le GCS de territoire au service d'une organisation des soins plus efficiente ? ». *Objectifs soins*, volume 160, pp 11-13.

disposition tel quel le SROS, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ou le régime des autorisations. Le CPOM signé entre chaque titulaire d'autorisation sanitaire et l'ARH doit décrire les actions de coopération que le signataire s'engage à opérer pendant la durée d'exécution de ce contrat. Il est ainsi un moyen pour l'agence, même s'il est officiellement librement négocié, de contraindre le cocontractant à constituer ou à adhérer à un tel groupement. De même, les autorisations ont une durée de 5 ans. Mais elles peuvent être remises en cause à tout moment si elles ne correspondent plus aux objectifs du SROS. La commission exécutive peut subordonner la délivrance d'une autorisation sanitaire à l'engagement pris par le promoteur de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins. C'est ce qui s'est passé lors de la création du GCS PUI, les parties ont coopéré craignant que leur autorisation individuelle ne soit pas renouvelée. Le risque est donc de passer d'une coopération incitée à une coopération contrainte. Il faut par conséquent faire attention que cette coopération réponde bien aux besoins des établissements et du territoire. Il faut une logique « gagnant/gagnant » et non qu'il s'agisse d'un effet politique. En effet, les ARH risquent de vouloir « faire du chiffre » auprès du ministère. M. CORMIER me disait sa crainte que le GCS soit « *un outil politiquement correct qui doit répondre à un projet médical politiquement correct* ».

Il est donc préférable que la coopération émane de la volonté des acteurs de terrain, et non qu'elle soit imposée, à défaut de quoi elle risque d'être vouée à l'échec. L'ARH doit jouer un rôle pour inciter les établissements à coopérer, notamment en les informant sur les avantages du GCS. Il faut qu'elle use de son pouvoir de persuasion et de négociation et non de la contrainte, qui risque de freiner la coopération. Ainsi le DARH Aquitaine a demandé de mettre en place une véritable coopération dans le domaine des soins et de l'information médicale avec les cliniques privées agenaises et les hôpitaux publics du Lot-et-Garonne. Dès lors, le CH d'Agen a initié, depuis 2007, des contacts avec ces différentes structures et leurs responsables afin d'envisager, spécialité par spécialité, une telle coopération, en particulier en matière de permanence des soins.

Enfin, il ne faut pas oublier le rôle primordial que joue la DDASS et en particulier l'IASS, qui sont au cœur du terrain pour promouvoir les GCS. Il faut donc renforcer leur rôle (3.3.3).

3.3.3 Renforcer le rôle de la DDASS et du IASS qui sont au cœur du terrain pour promouvoir les GCS

A) Valoriser leur connaissance du terrain

La DDASS et l'IASS connaissent le terrain, ils sont en relation permanente avec les établissements de santé. Ils les rencontrent à plusieurs reprises, notamment lors de la négociation des CPOM, pour la validation du projet d'établissements, les visites de conformité et de sécurité, la présentation du projet au plan Hôpital 2012, la validation du budget... ils ont en plus une connaissance globale du secteur et connaissent réellement les besoins et les difficultés de chaque établissement de santé. Ils semblent donc être les mieux placés pour favoriser si nécessaire la coopération entre les établissements et les acteurs de santé.

B) Mettre en place des journées de mutualisation d'expérience et de partage d'outils accompagné d'un soutien méthodologique

Il serait intéressant de mettre en place des journées annuelles où tous les acteurs de santé de la région soient invités afin que chacun puisse parler de son expérience. Les directeurs qui n'avaient pas forcément pensé à un rapprochement pourraient ainsi voir les avantages de ce dernier et peut être avoir la volonté ultérieure d'en conclure un. Un soutien méthodologique pourrait alors être proposé. En effet, le directeur de la clinique de Villeneuve-sur-Lot et de la clinique Magdelaine me disait qu'il n'avait pas reçu de formation sur le GCS, *«j'ai appris sur le tas»*.

C) Renforcer leur mission de communication et de pédagogie

La DDASS et l'IASS peuvent jouer un rôle de promotion du GCS auprès des professionnels de santé de ville et du grand public. Ils doivent expliquer les atouts que peut présenter le GCS. L'IASS peut notamment donner l'argument que le GCS permet de redynamiser des établissements fragilisés. Si les établissements rencontrent des difficultés financières, ont des locaux vétustes à la limite des normes de sécurité et de conformité, les conséquences peuvent être lourdes pour le maintien de l'activité : un taux de fuite sur certaines disciplines et les besoins de la population non couverts. La solution de survie peut être la coopération à travers un GCS. Ce dernier peut être un moteur pour

la relance des établissements tout en préservant leur identité. Les établissements vont faire des économies du fait de la réalisation du projet. De plus, peut montrer que les établissements peuvent faire des gains de productivité. Ainsi à Villeneuve-sur-Lot, la mutualisation des moyens de fonctionnement au niveau du plateau technique médical va permettre de dégager des gains de productivité tant au niveau des coûts d'investissement que des compétences médicales et des autres moyens humains employés. Les établissements seront plus attractifs pour de nouveaux médecins. Ensuite, l'IASS doit être conscient que la coopération entre des établissements publics et privés ne va pas de soi. Chacun craint de perdre sa spécificité. D'autant que la coopération ne doit pas être synonyme de fusion. Il est donc important qu'il rappelle que le GCS permet de maintenir l'identité de chacun à laquelle le personnel et les usagers sont attachés.

Des outils de communication pourraient ainsi être développés (par exemple des prospectus ou la rédaction d'articles dans la presse spécialisée ou dans des journaux locaux), ce qui permettrait de rendre les actions plus visibles et cela rassurerait les usagers qui n'ont pas toujours confiance dans les changements. Ils pensent que le service sera de moins bonne qualité. C'est donc à la DDASS et au IASS, ainsi qu'au directeur d'établissement d'expliquer le but du GCS et mettre en avant ses intérêts.

Conclusion

Les acteurs de santé doivent répondre à de nombreux objectifs concernant l'utilisateur, en terme de qualité, de sécurité, de proximité et d'accessibilité aux soins. Ils doivent également assurer une prise en charge globale du patient. En même temps, ils sont confrontés à des difficultés économiques, au vieillissement de la population entraînant une augmentation des soins, à la démographie médicale en baisse, et à la spécialisation des soins. Pour faire face à ces différents enjeux, il semble désormais difficile d'oeuvrer seul. C'est la raison pour laquelle la coopération doit être privilégiée entre les établissements de santé publics et privés, la médecine libérale et les établissements médico-sociaux. Cette coopération présente de nombreux atouts pour les professionnels de santé, puisqu'ils bénéficient d'une mutualisation des moyens, d'un renforcement de la spécialisation médicale, d'une attractivité renouvelée, de gains financiers et de productivité. De plus, l'identité juridique et culturelle de chaque structure est maintenue, ce qui est important tant pour le personnel que pour l'utilisateur. En effet, le directeur de la clinique de Villeneuve-sur-Lot me disait « *l'importance du maintien des entités de l'hôpital et de la clinique. Il ne faut pas de fusion qui impliquerait une perte d'identité et il n'y aurait plus l'attachement des patients* ». L'utilisateur sera aussi gagnant, dans la mesure où l'offre de soins sera maintenue et répondra plus précisément à ses besoins.

Le choix de la formule juridique doit être adapté au but que l'on veut atteindre. Certes, le GCS est un outil relativement complexe, pour autant, il me semble que cet outil, à condition qu'il soit correctement voulu et pensé par les acteurs, est un outil qu'il faut privilégier. Il est au service d'une offre de soins plus efficiente à travers les objectifs qu'il poursuit. Il faut voir ses bénéfices sur le long terme, malgré les obstacles actuels que peuvent rencontrer les promoteurs. Ainsi, la mise en place de deux GCS dans le département de Lot-et-Garonne a été difficile, mais les parties pensent qu'à l'avenir chacune y sera gagnante. Le directeur de la clinique de Villeneuve-sur-Lot concluait l'entretien en me disant que « *même si ce n'est pas facile, c'est une porte d'entrée, même la seule aujourd'hui* ».

Ainsi, la coopération ne peut aboutir et réussir que si tous les acteurs collaborent dans une réelle synergie. Néanmoins, il ne faut pas oublier les réformes majeures à venir très prochainement qui vont bouleverser le système institutionnel et celui des établissements de santé. En effet, dans l'optique de la révision générale des politiques publiques, plusieurs réformes ont été entreprises. En premier lieu, inspirée par le rapport RITTER, la réforme de l'organisation de l'Etat a pour objectif l'amélioration du dispositif, en

renforçant l'échelon territorial par la création des Agences Régionales de Santé (ARS)⁵⁵. Elles vont modifier le champ institutionnel puisqu'elles vont se substituer notamment aux ARH et aux URCAM et vont conduire à une profonde reconfiguration des DDASS et DRASS pour décloisonner les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie. « *Un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé, c'est la définition des agences régionales de santé* ⁵⁶ ».

En second lieu, inspiré par le rapport LARCHER, le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » a pour ambition d'engager une modernisation du système de santé en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang des priorités par une nouvelle coordination des soins. Elle vise en particulier une profonde modernisation du statut des établissements publics de santé avec la rénovation de ses instances (directoire) et de son mode de pilotage (le chef d'établissement est davantage responsabilisé⁵⁷).

Il faut donc que tous ces acteurs, même si les configurations changent à travers les réformes, trouvent leurs marques pour continuer à travailler en partenariat et favoriser la coopération sanitaire.

⁵⁵ Le projet de loi est passé devant le conseil des ministres le 22 octobre 2008 et a été déposé au Parlement. La loi est prévue pour février 2009.

⁵⁶ RITTER. F., janvier 2008, *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS)*.

⁵⁷ Un conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement, remplace le conseil d'administration. Un directoire resserré se substitue au conseil exécutif. Le chef d'établissement, président du directoire, voit ses prérogatives renforcées pour mettre en oeuvre le projet médical de l'établissement, en étroite concertation et dans le cadre d'un diagnostic renouvelé avec le corps médical. Exposé des motifs de la loi « HPST ».

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [en ligne]. Journal Officiel, n° 179 du 2 août 1991, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006077871&dateTexte=20090122>

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2002- 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel du 3 janvier 2002.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, n°54 du 5 mars 2002.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel, n° 185 du 11 août 2004.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, Journal Officiel du 21 décembre 2007.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, n° 1210, déposé le 22 octobre 2008, NOR : SJSX0822640L/Bleue-1.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de

créations d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal Officiel, n°206 du 6 septembre 2003, page 15391.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal Officiel du 3 mai 2005.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES. Décret n° 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le code de la santé publique [en ligne], disponible sur internet : <http://admi.net/jo/19970318/TASH9720463D.html>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Journal Officiel du 29 décembre 2005.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Décret n°2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000252151&dateTexte=>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 16 avril 2007 pris en application de l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, annonce n°106 Bulletin Officiel n° 2007-5.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS n° 2003-485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de créations d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Non publiée au Journal Officiel.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n° DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, texte non paru au Journal Officiel.

OUVRAGES

BUDET J.-M., 2004, *L'hospitalisation publique et privée : Des ordonnances de 1996 au plan Hôpital 2007*, 3^{ème} édition, Paris : Berger-Levrault, 414 p.

CALMES G., SEGADÉ J.-P., LEFRANC L., 1998, *Coopération hospitalière- L'épreuve de vérité*, Paris : MASSON, 170 p.

DALLOZ. Mai 2008, *Code de la santé publique*, Paris : Codes Dalloz Professionnels, 2710 p.

DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., 2007, *Droit hospitalier*, 6^{ème} édition, Paris : Dalloz-Sirey, 852 p.

RAULT-DOUMAX P., 2005, *Etablissements de soins publics et privés. Y a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ?*, Condé-sur-Noireau : L'Harmattan, 216 p.

ARTICLES DE REVUES ET DE JOURNAUX

BADIN X., 2007, « Convention constitutive de GCS : les pièges à éviter ». *Revue générale de droit médical*, n° 22, pp. 39 -43.

BARRE S., LAROSE D., mai-juin 2005, « Groupement de coopération sanitaire : l'âge adulte ? ». *Revue hospitalière de France*, n° 504, pp. 42-47.

CAILLET R., LEJEUNE P., septembre 2008, « Le projet de loi « Patients, santé, territoire » », *Les cahiers hospitaliers*, pp. 19-25.

CLEMENT J.-M., septembre 2006, « La coopération public-privé dans le domaine sanitaire », *Dossier BJPH*, n° 90, pp. 4.

CORMIER M., 27 févr. 2006, « Mutations et enjeux des coopérations hospitalières », *AJDA*, pp. 416-421.

CORMIER M., avril 2007, « Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération : instruments de coopération à privilégier ? ». *BJPH*, n° 97, pp. 1-12.

DE FORGES J.-M., CORMIER M., janvier-mars 2004, « La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003 ». *Revue de droit sanitaire et social*, n°1, pp. 110-131.

DOGIMONT R., janvier 2004, « Groupement de coopération sanitaire. Transcription juridique d'incertitudes politiques ». *Gestions hospitalières*, n°432, pp. 12-17.

ENGEL F., mai 2005, « Les GCS : un puzzle inachevé ». *Décision santé*, n°215, pp. 8-9.

ESPER C., janvier.-février 2007, « Le groupement de coopération sanitaire : actualité et limites ». *Revue de droit sanitaire et social*, pp. 117-125.

ESPER C., septembre-octobre 2006, « Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social ». *Revue de droit sanitaire et social*, p. 909.

ESPER C., JAAFAR D., MARZOUG S., RAYSSAC R., CAILLET R., MAQUET N., BOSSU P., juin-juillet 2004, « Le groupement de coopération sanitaire : outil privilégié de coopération de santé - aspects novateurs ». *Actualités Jurisanté (CNEH)*, n°46, pp. 4-31.

GANDOUET B., mars 2006, « Groupement de coopération sanitaire : outil d'accompagnement à la conduite du changement ». *Revue Droit et Santé*, n°10, pp. 119-126.

JAAFAR D., mai 2006, « Groupement de coopération sanitaire et fiscalités, quelques repères ». *Gestions hospitalières*, pp. 325-327.

JAFFRE D., novembre 2007, « Le GCS de territoire au service d'une organisation des soins plus efficiente ? ». *Objectif soins*, fascicule n° 161, pp. 12-14.

PROVILLE S., octobre 2004, « Le groupement de coopération sanitaire », *Bulletin juridique de la santé publique*, n°77, pp. 14-15.

RAPPORTS ET AVIS

CONSEIL D'ETAT, section sociale, Avis du 1^{er} août 1995, n°358 047, 3 p, disponible sur www.conseil-etat.fr/avis90/358047.pdf

LARCHER. G., 2008, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 102 p.

RITTER. F., janvier 2008, *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS)*, 63 p.

MEMOIRES

AMPROU A.-C., 2004, *Le Partenariat Public-Privé à l'hôpital de Laval. L'exemple d'un bail emphytéotique dans le cadre de l'ordonnance du 4 septembre 2003*, Mémoire pour l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 93 p.

BERNARD E., 2008, *Améliorer l'orientation des patients en soins de suite : quel outil pour quel avenir ? L'exemple du Groupement de Coopération Sanitaire nantais*, Mémoire pour l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 61 p.

DEVILLERS M., 2005, *La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire : un simple changement de structure juridique ? L'exemple du partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier*, Mémoire pour l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 86 p.

HENRY M., 2006, *La singularité du rapprochement des Centres Hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau : vers un groupe hospitalier Nord Essonne ?*, Mémoire pour l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 69 p.

JULIEN N., *Hôpital 2007 et les rapprochements public-privé : convergence, concurrence et coopération. Expérience en Languedoc-Roussillon*, Mémoire pour l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 64 p.

LAGIER P., 2003, *Hôpital public et stratégies externes : les projets de coopération public-privé du Centre Hospitalier de Rambouillet sur la Ville Nouvelle de Saint-Quentin en Yvelines*, Mémoire pour l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 89 p.

LUSSET A., 2006, *Le projet de GCS « Dialyse Haute-Savoie Nord » : un exemple de coopération stratégique*, Mémoire pour l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 76 p.

LITTERATURE PROPRE AU GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE

Conventions constitutives des GCS « pôle de santé du Villeneuvois » et GCS « Val de Garonne ».

Règlements intérieurs des GCS « pôle de santé du Villeneuvois » et GCS « Val de Garonne ».

CONFERENCES ET DISCOURS

BERTRAND J.-M., *La réforme des ARS*, 21 janvier 2009, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes.

ALLOCUTION DE M. LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, *Installation de la Commission LARCHER* [en ligne], CHU de Bordeaux, Mardi 16 octobre 2007, disponible sur internet :

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/discours_sarkozy_bordeaux.pdf

MATTEI J.-F., *Hôpital 2007 : Un pacte de modernité avec l'hospitalisation* [en ligne]. Paris : Ministère de la Santé, 20 novembre 2002, disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007/index.htm>

SITES INTERNET

Légifrance : www.legifrance.gouv.fr

Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr

ARH Aquitaine : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/aqu/site.nsf>

Liste des annexes

- **Annexe 1**: Tableau récapitulatif du nombre de GCS en Aquitaine
- **Annexe 2**: Liste des personnes rencontrées
- **Annexe 3**: Grille d'entretien avec un directeur d'établissement de santé
- **Annexe 4**: Grille d'entretien avec la responsable de la sous direction de l'organisation du système de soins, « bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins » (03) de la DHOS
- **Annexe 5**: Grille d'entretien avec M. CORMIER
- **Annexe 6**: Exemple d'une fiche technique diffusée par la DHOS sur l'intranet du Ministère de la Santé

Annexe 1 : Nombre de Groupements de coopération en Aquitaine

DENOMINATION	PARTENAIRES	CONVENTION CONSTITUTIVE APPROUVEE	PUBLICATION AU RAA
GCS « Centre de cardiologie du Pays Basque »	- CHICB Bayonne - Polyclinique Aguiléra à Biarritz - Clinique Lafourcade à Bayonne - Clinique cardiologique Paulmy à Bayonne	16 mars 2006	N°8 du 20 avril 2006
GCS « Centre IRM Cancérologie Bordeaux »	- Institut Bergonié - Polyclinique Bordeaux-Nord	6 novembre 2006	N° 11- volume II Novembre 2006
GCS de la Pharmacie à Usage Intérieur « GCS PUI Val de Garonne »	- CHIC Marmande-Tonneins - Clinique Magdelaine- Marmande	24 janvier 2007	Recueil spécial N° 2- Volume II Février 2007
GCS « Pôle de santé d'Arcachon »	- Centre Hospitalier d'Arcachon - Clinique d'Arcachon	20 juin 2007	N° 6-volume II Juin 2007
GCS « IRM Bassin d'Arcachon »	- Centre Hospitalier d'Arcachon - SA Clinique d'Arcachon - Radiologues associés au sein de la société civile dénommée « Groupement des praticiens en imagerie médicale du Bassin d'Arcachon »	20 juillet 2007	N° 9-volume II Septembre 2007
GCS « Réseau Périnatal-Aquitaine »	Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux 46 membres	3 août 2007	N° 7-volume II Juillet/Août 2007
GCS « Pôle de Santé du Villeneuvois »	- Centre Hospitalier Saint Cyr à Villeneuve-sur-Lot - Clinique de Villeneuve-sur-Lot	17 juillet 2008	
GCS « Radiologie Interventionnelle »	- Centre Hospitalier Intercommunal de la Côte Basque à Bayonne - 5 docteurs	Le 8 septembre 2008 demande d'avis à : - DDASS 64 - CRAMA	
GCS « Réseau de Cancérologie d'Aquitaine »	- 16 établissements publics de santé - 4 établissements PSPH - URMLA - 6 30 cliniques privées à but lucratif - 2 cliniques privées à but non lucratif - 4 sociétés d'exercice médical - 1 association de soins à domicile (loi 1901) - 3 comités départementaux de la ligue nationale contre le cancer		

Source : ARH Aquitaine mise à jour le 11 septembre 2008.

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

- Le Directeur du Centre Hospitalier Inter Communal de Marmande-Tonneins
- La Directrice adjointe en charge des affaires financières du Centre Hospitalier Inter Communal de Marmande-Tonneins
- Le Directeur de la clinique Magdelaine de Marmande
- Le Directeur de la clinique Sainte Thérèse de Villeneuve-sur-Lot
- L'IPASS responsable du pôle Santé, DDASS de Lot-et-Garonne
- L' IASS responsable du service de l'offre de soins hospitalière, DDASS de Lot-et-Garonne
- L' IPASS responsable du service de l'offre de soins hospitalière, DRASS de l'Aquitaine
- Le Pharmacien Inspecteur de Santé Publique de l'Inspection Régionale de la Pharmacie, DRASS de l'Aquitaine
- L'Ingénieur Régional de l'Equipement, DRASS de l'Aquitaine
- La responsable de la sous direction de l'organisation du système de soins, « bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins (03) » de la DHOS
- Maxence CORMIER, juriste, expert sur les questions de re compositions hospitalières
- Christelle ROUTELOUS, enseignante de l'EHESP, spécialisée sur la planification et la re composition de l'offre

Annexe 3 : Grille d'entretien avec les directeurs d'établissements de santé

Présentation :

Je vous remercie de me recevoir. Je suis élève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale à la DDASS de Lot-et-Garonne. Dans le cadre de ce stage, je réalise un mémoire professionnel sur l'intérêt de mettre en place un GCS dans ce département. Aussi, je souhaiterais avoir votre avis en tant que directeur d'établissement de santé.

- 1) Pourquoi avez-vous choisi le GCS pour coopérer ?
- 2) Est-ce une démarche volontaire ?
- 3) Quelle a été l'implication du personnel de direction ?
- 4) Le personnel médical a-t-il été associé à la démarche et a-t-il adhéré ?
- 5) Y a-t-il eu des résistances au départ des syndicats ? qu'avez-vous fait pour les convaincre ?
- 6) Avez-vous souhaité le maintien de l'identité juridique de chaque structure ?
- 7) Quelle méthode de travail avez-vous mise en place ?
- 8) Avez-vous pris exemple sur d'autres GCS ?
- 9) Avez-vous eu recours à des cabinets de conseil ?
- 10) Comment pensez-vous rédiger la convention constitutive et le règlement intérieur ?
- 11) Avez-vous pris en compte des référentiels pour l'organisation et la conception du projet ?
- 12) Que pensez-vous de l'ouverture éventuelle à d'autres partenaires ?
- 13) Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontées ?
- 14) Est-ce, selon vous, un outil indispensable ?
- 15) Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients d'un GCS ?
- 16) Avez-vous bénéficié d'une formation sur les GCS ?
- 17) Que pensez-vous du rôle des pouvoirs publics ?
- 18) Si c'était à refaire, opteriez-vous toujours pour cette formule juridique ?

Annexe 4 : Grille d'entretien avec la responsable de la sous direction de l'organisation du système de soins, « bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins (03) » de la DHOS

Présentation :

Je vous remercie de me recevoir. Je suis élève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale à l'EHESP. Dans le cadre de mon stage à la DDASS de Lot-et-Garonne, je réalise un mémoire professionnel sur l'intérêt de mettre en place un GCS dans ce département. Aussi, je souhaiterais avoir votre avis en tant que représentant de l'administration centrale.

- 1) Quel est le rôle concret de la DHOS à l'égard des GCS ?
- 2) Y a-t-il une diffusion de bonnes pratiques en plus des fiches techniques diffusées sur l'intranet du Ministère de la Santé ?
- 3) Réalisez-vous une évaluation de l'impact des GCS?
- 4) Y a-t-il beaucoup de retour de la part des ARH pour le rapport annuel? Le diffusez-vous ensuite aux ARH, DDASS, et aux établissements de santé ?
- 5) Votre rôle auprès des ARH, DRASS et DDASS ?
- 6) Proposez-vous des formations ?
- 7) Mettez-vous des experts, tels les conseillers généraux, à la disposition des établissements ?
- 8) Faites-vous un suivi ?
- 9) Quelles sont les aides financières pour le GCS ?
- 10) Que pensez-vous du « GCS simplifié » dans le projet de loi « HPST »?

Présentation :

Je vous remercie de me recevoir. Je suis élève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale à la DDASS de Lot-et-Garonne. Dans le cadre de ce stage, je réalise un mémoire professionnel sur l'intérêt de mettre en place un GCS dans ce département. Aussi, je souhaiterais avoir votre avis en tant que spécialiste du sujet.

- 1) le GCS : est-il, selon vous, un instrument à privilégier ?
- 2) Quels en sont les avantages et les inconvénients ?
- 3) Y a-t-il beaucoup de GCS ?
- 4) Les établissements de santé y adhèrent-ils ?
- 5) Que conseillez-vous aux GCS qui font appel à vous ?
- 6) Est-ce une bonne chose qu'il y ait une multiplication du nombre de GCS ?
- 7) Y a-t-il beaucoup d'expérimentations ?
- 8) Pensez-vous que le statut juridique soit complexe ? Y a-t-il des lourdeurs d'organisation ?
- 9) Y a-t-il un type de GCS plus facile à mettre en œuvre qu'un autre ?
- 10) Y a-t-il eu la publication des textes réglementaires d'application ?
- 11) Quel est l'impact du projet de loi « HPST » ainsi que la mise en place des ARS sur les GCS ?

LES PRESTATIONS MEDICALES CROISEES

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

**DHOS – Sous Direction de l'organisation du système de soins
Bureau des réseaux, complémentarités et recompositions des activités de soins (O3)**

Résumé :

- Présentation du mécanisme des prestations médicales croisées dans le cadre des groupements de coopération sanitaire au 1er janvier 2008.

Textes de référence :

- Articles L. 6133-2 du CSP
- Articles R. 6133-20 à R. 6133-21 du CSP

L'article L. 6133-2 du CSP prévoit que les professionnels de santé libéraux membres du GCS ou les praticiens salariés des établissements de santé membres du GCS peuvent intervenir au bénéfice des patients de l'un des établissements membres du groupement.

Dans ce cadre, les professionnels médicaux libéraux peuvent intervenir dans les établissements publics ou dans les établissements privés à but non lucratif mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (c'est à dire les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ou anciennement sous dotation globale) auprès des patients de ces établissements.

L'établissement de santé bénéficiaire de ces prestations verse directement leurs honoraires, financés sur son budget propre, aux praticiens libéraux qui conservent leur statut libéral.

Parallèlement, les personnels médicaux des établissements publics de santé et des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ou anciennement sous dotation globale, membres du GCS, peuvent dispenser des soins au profit des patients des cliniques privées membres du GCS. L'établissement de santé facture l'intervention de ses personnels médicaux à la clinique qui se fait rembourser par l'assurance maladie.

Les professionnels médicaux concernés sont les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

I. Les conditions d'intervention des professionnels médicaux libéraux et des personnels médicaux et non médicaux des établissements membres

L'article R. 6133-13 du CSP prévoit, en son 16°, qu'un protocole, qui donne lieu à une délibération de l'assemblée générale, fixe les modalités selon lesquelles sont réalisées les prestations médicales croisées. Ce protocole doit notamment préciser les mesures visant

à assurer l'information des patients et la continuité de leur prise en charge. Ce protocole peut également prévoir les pouvoirs dévolus respectivement à l'administrateur du GCS et/ou au directeur de l'établissement de santé pour l'organisation des interventions des médecins libéraux.

Les « prestations médicales croisées » concernent des praticiens qui conservent leur statut d'origine, et demeurent en toute circonstance hors du budget du GCS. La convention constitutive du GCS doit préciser que ces praticiens exercent dans le respect des règles de fonctionnement prévues par le règlement intérieur et le protocole prévu au 16° de l'article R. 6133-13 du code de la santé publique.

Lorsqu'ils assistent les médecins libéraux dans le cadre du GCS, les conditions d'exercice des personnels non médicaux d'un établissement public de santé restent conformes à leur statut et l'organisation de leur travail obéit aux règles usuelles de fonctionnement de l'hôpital. Les relations de ces équipes avec les médecins libéraux pourront, en tant que de besoin, être précisées par le règlement intérieur.

Les praticiens adjoints contractuels peuvent participer à l'organisation de prestations médicales croisées lorsque le GCS est constitué exclusivement d'établissements publics ou d'établissements privés participant au service public hospitalier, et les assistants associés et praticiens attachés associés lorsque le GCS est constitué exclusivement d'établissements publics de santé.

II. Les prestations des professionnels médicaux libéraux (article R. 6133-20)

L'engagement des professionnels libéraux dans l'organisation des prestations médicales croisées doit être effectif.

Les professionnels libéraux peuvent, soit être membres du GCS à titre individuel, soit constituer une structure ad hoc ayant pour objet l'adhésion au GCS et la participation des professionnels libéraux membres aux prestations médicales croisées. Dans ce dernier cas, il conviendra d'établir un contrat spécifique précisant les modalités suivant lesquelles chaque praticien exerçant à titre libéral sera associé au fonctionnement des activités de service public hospitalier organisées par les établissements dans le cadre du GCS.

La convention constitutive du GCS, accompagnée le cas échéant du contrat spécifique, doit être transmise par chaque praticien au conseil de l'ordre dont il relève.

Les patients d'un établissement public de santé traités par les médecins libéraux dans le cadre du GCS demeurent les usagers du service public hospitalier et ne constituent pas une clientèle privée des praticiens libéraux. L'activité des professionnels libéraux dans le cadre des GCS « prestations médicales croisées » doit donc être intégrée dans la couverture assurantielle de l'établissement.

A. Les établissements où peuvent intervenir les professionnels médicaux libéraux

Les établissements qui peuvent bénéficier des prestations des professionnels libéraux sont :

- Les établissements publics de santé, à l'exception des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code ;
- Les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier, ou ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

B. Le paiement des actes et consultations effectués par les professionnels médicaux libéraux

L'établissement de santé rémunère directement les médecins libéraux, à l'acte ou à la consultation (effectués ou non au cours d'une permanence).

Actes et consultations sont valorisés par référence aux montants résultant de la classification commune des actes médicaux (CCAM) prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et des dispositions conventionnelles prévues à l'article L. 162-14-1 du même code. Ainsi, les actes des médecins libéraux seront rémunérés dans la limite des tarifs applicables aux médecins exerçant en secteur 1, déduction faite le cas échéant du coût des frais de mise à disposition d'équipements (locaux et matériels) et de personnels. En effet, il convient de rappeler que la cotation des actes à la NGAP ou la CCAM intègre les charges liées à l'exécution des actes. Les médecins libéraux percevront donc des honoraires nets, fixés en pourcentage des tarifs conventionnels applicables à chaque acte.

Il convient de rappeler que les praticiens exerçant à titre libéral dans le cadre d'un GCS n'ont pas de lien personnel avec les patients usagers du service public et ne peuvent demander à ces derniers des dépassements d'honoraires.

C. La permanence de soins effectuée par les médecins libéraux au sein des établissements de santé membres du GCS

Les médecins libéraux membres d'un GCS peuvent participer à l'organisation de la permanence des soins d'un établissement de santé public ou privé à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale en 1996. Cette permanence des soins donne lieu à une rémunération, en plus des actes, qui ne peut excéder un montant qui sera fixé par arrêté du ministre en charge de la santé.

Dans l'attente de la publication de cet arrêté, la participation des médecins libéraux à la permanence des soins de l'établissement ne peut être organisée et rémunérée que dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur.

Le 12^o de l'article R. 6133-1 du code de la santé publique relatif au contenu de la convention constitutive prévoit que « *pour chaque activité de soins* » la convention doit préciser « *le nombre maximum de périodes de permanence de soins assurées par les médecins libéraux en application du deuxième alinéa de l'article L. 6133-2* ». Cette disposition permet d'informer le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation du recours aux professionnels libéraux par les établissements de santé pour assurer la permanence des soins pour les activités qui le nécessitent. L'augmentation du nombre maximum de permanences ou l'extension à d'autres activités de soins doivent par ailleurs donner lieu à un avenant à la convention constitutive.

III. Les prestations des professionnels médicaux salariés (Cf. article R. 6133-21)

Dans le cadre d'un GCS, les personnels médicaux des établissements publics de santé, ou des établissements de santé privés à but non lucratif PSPH ou ayant opté pour la dotation globale de financement, peuvent intervenir au profit des patients d'un établissement privé.

Les patients bénéficiant de l'intervention de ces personnels demeurent dans une relation contractuelle avec l'établissement de santé privé, lequel doit tenir son assureur informé de cette organisation.

A. Les établissements de santé privés concernés

Les établissements de santé pouvant bénéficier des prestations assurées par les professionnels médicaux salariés sont les cliniques privées (tous les établissements de santé privés autres que les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier et que les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée).

B. Le circuit financier

L'intervention des praticiens salariés est facturée à la clinique par l'établissement de santé employeur, à charge pour l'assurance maladie de rembourser l'établissement privé.

Les modalités de facturation de l'établissement employeur à l'établissement privé seront fixées par une délibération de l'assemblée générale du GCS, conformément à l'article L. 6133-13 17°.

L'article R. 6133-21 du CSP précise que les tarifs de la CCAM constituent la base du remboursement aux établissements par l'assurance maladie. Ces tarifs servent par ailleurs de base à la facturation au bénéficiaire des soins, pour la part restant à sa charge en application du ticket modérateur ou en totalité s'il n'est pas assuré, et pour les recours contre tiers.

Dans le cas où l'établissement de santé employeur aurait facturé à la clinique l'intervention de son praticien à un tarif inférieur à la valeur CCAM des actes réalisés, le remboursement de l'établissement privé par l'assurance maladie n'excédera pas les sommes réellement engagées.

Enfin, l'article 2 non codifié du décret du 26 décembre 2005 rend ce dispositif neutre au regard des dépenses d'assurance maladie. En effet, la prise en charge par l'assurance maladie des actes effectués par le praticien salarié au profit des patients d'une clinique privée ne doit pas conduire à un double paiement par l'assurance maladie, d'une part, par la dotation de l'établissement employeur incluant la rémunération du praticien et, d'autre part, par la facturation à l'assurance maladie des actes par la clinique. Aussi le décret prévoit-il que les sommes perçues par les établissements de santé anciennement financés par dotation globale en contrepartie de l'intervention d'un de leurs praticiens au profit d'un patient pris en charge dans une clinique viennent en atténuation du montant de leur dotation, à savoir :

- Soit la dotation annuelle de financement (DAF) pour les activités de soins de suite et de réadaptation ou la psychiatrie ;
- Soit la dotation annuelle complémentaire (DAC) pour les activités en MCO (prévue jusqu'en 2012).

Source : DHOS, Bureau des réseaux, complémentarités et recompositions des activités de soins (03), mise à jour au 30 juin 2008.