

ASSEMBLÉE NATIONALE

8 avril 2011

**MODIFICATION DE LA LOI N° 2009-879
PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL - (n° 3293)**

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT**N° 183**

présenté par

M. Prétel, M. Jardé, M. Brindeau, M. Leteurre, M. Lagarde et M. Lachaud

ARTICLE 14 A

Rédiger ainsi cet article :

« I. – Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personne morale de droit public, soit celle de personne morale de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Chacun des membres des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, composés de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé, érigés en établissement de santé à la date d'entrée en vigueur de la présente disposition, bénéficie d'un droit d'option exercé dans les six mois à compter de la promulgation de la loi n° du modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires permettant audit groupement de renoncer au statut de groupement de coopération ayant la qualité d'établissement de santé, et de relever en conséquence de la catégorie des groupements de coopération sanitaire de moyens visés à l'article L. 6133-1.

« Lorsque cette option de renoncement est exercée par un ou plusieurs des membres, l'autorisation exploitée par le groupement de coopération sanitaire établissement de santé est attribuée au membre initialement titulaire de celle-ci. Dans le cas où l'autorisation a été initialement

accordée au groupement de coopération sanitaire, elle est attribuée à chacun des membres sous réserve qu'ils respectent les conditions techniques d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement prévues au 3° de l'article L. 6122-2 et dans l'attente, le cas échéant, des nouvelles dispositions issues du schéma régional d'organisation des soins visé à l'article L. 1434-9.

« Lorsque les membres des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins décident de ne pas exercer leur option de renoncement et de conserver à titre dérogatoire leur statut de groupement de coopération ayant la qualité d'établissement de santé, ils peuvent décider d'opter pour le statut privé dudit groupement de coopération sanitaire par une délibération de l'assemblée générale adoptée à la majorité simple. »

« II. – Chacun des membres des groupements de coopération sanitaire autorisés dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, bénéficie du droit d'option et des dispositions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique dans sa rédaction issue du I du présent article. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les Groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été institués en avril 1996 afin de favoriser et de développer les coopérations inter-hospitalières public/privé. Avec l'ordonnance du 4 septembre 2003, six catégories différentes de groupements de coopération sanitaire avaient été créées, illustrant le caractère polyvalent de cet instrument de coopération. Dans un esprit de clarification et de simplification, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a réduit à deux le nombre de catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (C. santé publ., art. L. 6133-1 et suivants) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (C. santé publ., art. L. 6133-7).

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Cette solution garantit la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par contre, le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, le GCS établissement de santé retombe dans le dilemme binaire du statut public ou privé dont le GCS originel issu des ordonnances de 1996 voulait s'affranchir. Le GCS établissement de santé ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé ainsi que des coopérations avec des professionnels de santé libéraux. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres minoritaires, publics ou privés. Par ailleurs, la soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclure de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de

santé nouveau, qu'il s'agisse d'établissements de santé gérés par des personnes morales de droit privé ou de professionnels de santé libéraux.

Il conviendrait donc, pour éviter toute dissuasion à l'entrée de partenaires privés ou de professionnels libéraux dans une démarche de GCS, d'exclure le recours au GCS établissement de santé dans le cadre de coopérations entre partenaires publics et privés, ce qui ne pose pas de difficultés dès lors que la loi autorise le GCS de moyens à exploiter pour le compte de ses membres une activité de soins dont l'autorisation est détenue par l'un de ses membres, objet de l'amendement proposé en article 12. L'exclusion de la qualification d'établissement de santé pour les GCS mixtes public-privé impliquerait en conséquence que ces GCS relèvent de la catégorie des GCS de moyens. S'agissant des GCS établissements de santé d'ores et déjà constitués entre partenaires publics et privés, un droit d'option leur permettrait soit de revenir vers un GCS de moyens conforté dans ses possibilités de coopération pour les activités de santé (objet de l'article 12), soit de conserver leur statut de GCS établissement de santé, en adoptant un régime de droit privé qui est plus équilibré en termes de gouvernance (puisque'il permet d'intégrer pleinement une participation publique dans la gouvernance, tandis que l'inverse n'est pas possible pour une participation privée à la gouvernance d'un établissement public de santé).

Le II de l'amendement proposé tire les conséquences de l'article 12 et du I de l'amendement, pour le cas particulier des établissements de santé engagés dans le régime expérimental des GCS antérieur à la Loi dite « HPST ».