



HOUDART ET ASSOCIES  
SOCIÉTÉ D'AVOCATS

## **GCS article 108 et plateaux d'imagerie médicale mutualisés : Retour sur la Journée de la Main d'or consacrée au droit des autorisations sanitaires**

*Par Maître Nicolas PORTE  
et Manon MAZZUCOTELLI*



Le 11 mai dernier, le Cabinet Houdart et Associés organisait une journée de la Main d'Or consacrée au droit des autorisations sanitaires. Cette journée d'information et d'échanges co-animée par Maître Nicolas PORTE et Manon MAZZUCOTELLI a permis de réunir les acteurs du monde sanitaire et hospitalier concernés par cette question : établissements de santé, ARS et fédérations hospitalières.

Les thématiques abordées au cours de cette journée ont été variées<sup>1</sup>. Deux d'entre elles ont plus particulièrement suscité des commentaires et des interrogations de la part des participants ; il s'agit des GCS exploitants d'autorisations, encore appelés GCS « article 108 » et les plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM).

Focus sur ces deux nouveaux outils de coopération institués par la loi de Santé du 26 janvier 2016.

### **LES GROUPEMENTS DE COOPERATION SANITAIRE EXPLOITANTS D'AUTORISATIONS OU GCS « ARTICLE 108 ».**

La question des GCS dits « article 108 » avait été abordée dans le cadre d'une précédente newsletter de notre cabinet au mois de mars dernier<sup>2</sup>. Il s'agit de groupements de coopération sanitaire pouvant exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de leurs membres.

La loi de santé du 26 janvier 2016 et l'ordonnance n°2017 -28 du 12 janvier 2017, qui ont réintroduit cette catégorie de GCS « activités de soins » dans notre droit n'en ont que sommairement défini le régime juridique, laissant aux membres du groupement une grande latitude pour en déterminer eux-mêmes les modalités de fonctionnement.

Pour autant, tout ne pouvait pas être réglé par la voie conventionnelle et il revenait au pouvoir réglementaire de dire si certaines règles applicables aux établissements de santé devaient être transposées aux GCS « article 108 ».

C'est chose faite avec le décret n° 2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire qui est venu apporter un certain nombre de précisions quant aux modalités de facturation des soins, au régime des autorisations sanitaires exploitées en commun, ainsi qu'au contenu et à l'approbation de la convention constitutive du GCS « article 108 ». La journée de la Main d'Or a été l'occasion de dresser un aperçu des dispositions de ce décret.

---

<sup>1</sup> Thème 1 : La décision de délivrance ou de refus d'une autorisation sanitaire (recevabilité, dossier « promoteur », appréciation des conditions de délivrance, motivation et publicité)

Thème 2 : Les mesures de police : la suspension et le retrait de l'autorisation.

Thème 3 : La procédure de renouvellement (dossier d'évaluation, renouvellement tacite ou exprès).

Thème 4 : Coopérations inter-hospitalières et autorisations (les GCS « article 108 », les GHT, cession, conversion, changement de lieu d'implantation et regroupement d'autorisations).

Thème 5 : Les partenariats entre secteur public et secteur privé : l'exploitation commune d'équipements (plateaux techniques, équipements matériels lourds).

<sup>2</sup> <http://www.houdart.org/blog/gcs-article-108-permis-dexploiter-demande-minutieuse-mise-point/>

#### ◆ Modalités de facturation des soins.

Sans grande surprise, lorsqu'il est autorisé à facturer les soins pour le compte de ses membres, le GCS « article 108 » est soumis au même régime de financement que le GCS-établissement de santé.

***La faculté laissée aux membres du GCS d'opter ou non pour la facturation directe des soins à l'assurance maladie ne va pas dans le sens d'une clarification du paysage des GCS, pourtant voulue par le législateur. Cette « option » conduira en effet à créer deux sous-catégories de GCS « article 108 », les « exploitants-facturant » et les « exploitants-non facturant ». Il ne semble pas être d'une bonne politique de dissocier exploitation et facturation. Le bon fonctionnement et la pérennité d'un GCS exploitant d'autorisations supposent la mise en place d'un schéma de coopération clair et prévisible, aussi bien concernant l'activité médicale qu'en matière de financement de cette même activité.***

S'il est composé d'établissements relevant d'échelles tarifaires différentes, le GCS « article 108 » peut opter pour l'échelle tarifaire publique ou privée, avec l'accord du directeur général de l'ARS, la proposition d'échelle tarifaire devant être transmise au DG d'ARS en même temps que la demande de modification des conditions d'exécution de l'autorisation exploitée en commun.

Les professionnels médicaux intervenant à titre libéral sont rémunérés suivant les mêmes règles que celles énoncées à l'article L 6133-8 pour les GCS-établissement de santé<sup>3</sup> (article R 6133-14 du CSP).

Le groupement est soumis aux mêmes règles que celles applicables aux établissements de santé en matière d'analyse de l'activité médicale (articles R 6113-1 à R 6113-11).

Il est à noter que le GCS « article 108 » n'est pas doté « en propre » d'un médecin responsable de l'information médicale. Il revient à celui de l'établissement détenteur de l'autorisation de transmettre les données d'activité à l'administrateur du groupement, qui, à l'instar d'un directeur d'établissement de santé, sera chargé de les communiquer à l'Etat, à l'ARS et aux caisses d'assurance maladie compétentes.

#### ◆ Régime des autorisations exploitées en commun.

Les autorisations susceptibles d'être exploitées en commun sont les autorisations d'activité de soins et d'équipements matériels lourds énumérées aux articles R 6122-25 et 6122-26 du code de la santé publique.

Le régime des autorisations exploitées en commun n'est pas fondamentalement modifié, mais donne lieu à certains aménagements.

---

<sup>3</sup> Lorsque le GCS est financé par suivant l'échelle tarifaire **publique**, la rémunération des professionnels médicaux est versée par le groupement. Le tarif de l'acte ainsi versé est réduit d'une redevance correspondant aux moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.

Lorsque le GCS est financé par suivant l'échelle tarifaire **privée**, la rémunération est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement par l'assurance maladie à la personne physique ou morale exerçant une profession médicale à titre libéral.

Chaque membre du GCS conserve la titularité de l'autorisation dont il confie l'exploitation au groupement.

Lorsque l'exploitation en commun des autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entraîne une modification des conditions d'exécution de ces autorisations, chaque membre titulaire concerné doit adresser au directeur général de l'ARS, concomitamment à la demande d'approbation de la convention constitutive du groupement ou de son avenant, une demande de modification des autorisations exploitées en commun (article R 6133-12 III).

Une décision de modification des autorisations concernées est alors prise par le directeur général de l'ARS, concomitamment à la décision approuvant la convention constitutive du GCS ou son avenant (article R 6133-15 II). Cette décision modificative précise les modalités de l'exploitation en commun ainsi que le site d'exploitation autorisé. Elle peut être assortie de conditions relatives à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération (article R 6133-12 IV du CSP).

On relèvera à cet égard que :

- lorsque le groupement exploite des autorisations détenues par plusieurs membres du groupement pour la même activité de soins ou le même équipement matériel lourd, la visite de conformité est unique ;
- l'exploitation peut porter sur tout ou partie d'une activité de soins autorisée ;
- l'exploitation doit être réalisée sur un « site géographique unique » (article R 6133-12).

S'agissant de l'activité d'HAD, le site géographique unique correspond à l'aire géographique d'intervention unique.

**Trois remarques peuvent être formulées :**

**1) Premièrement**, le décret du 25 avril 2017 instaure la délivrance par l'ARS d'une autorisation « de site », pouvant être composée de plusieurs autorisations portant sur des activités de soins et/ou des équipements lourds différents et détenues par des titulaires distincts. L'on peut y voir l'amorce d'un changement de paradigme en matière de droit des autorisations sanitaires puisqu'il s'agit de raisonner, non plus par activité de soin ou par équipement pris isolément, mais par site d'activité ou par plateau technique.

**2) Deuxièmement**, se pose la question de savoir si le directeur général de l'ARS doit consulter la CSOS avant d'accorder cette autorisation « de site » ? Les articles R 6133-12 et R 6133-15 du CS ne le précisent pas ; pas plus qu'ils n'indiquent si les demandes de modification des conditions d'exécution des autorisations concernées doivent être présentées et instruites dans les conditions prévues à l'article D 6122-38 II du CSP. On rappellera qu'aux termes de ce texte le directeur général de l'ARS donne son accord au projet de modification des conditions

d'exécution lorsque celui-ci n'appelle pas une nouvelle décision d'autorisation nécessitant le dépôt d'une demande. Ce ne sera a priori que très rarement le cas des projets de GCS « article 108 » qui, par définition, consistent à transférer ou à regrouper des activités sur un même site. Or, le code de la santé publique soumet les changements de lieu d'implantation et les regroupements d'activités de soins à autorisation (articles L 6122-1 et L 6122-5).

Doit-on comprendre que la décision modifiant les conditions d'exécution des autorisations exploitées en commun dans le cadre d'un GCS « article 108 » déroge au droit commun des autorisations sanitaires ?

On peut le penser dans la mesure où le processus de modification des conditions d'exécution des autorisations exploitées en commun est concomitant de celui d'approbation de la convention constitutive du groupement, laquelle n'est pas soumise à l'avis préalable de la CSOS.

D'ailleurs, un tel mécanisme dérogatoire n'est pas une nouveauté puisqu'il existe déjà sous une forme similaire pour les groupements hospitaliers de territoire. Dans le cadre des GHT, la cession ou la modification du lieu d'implantation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds est en effet autorisée par le DG d'ARS sans que l'avis préalable de la CSOS soit requis<sup>4</sup>.

L'on comprend mal cependant pourquoi les autorisations de plateaux mutualisés d'imagerie médicale créés par la loi de santé du 26 janvier 2016 - qui procèdent pourtant de la même logique d'autorisation « de site » - sont accordées par le DG d'ARS après avis de la CRSA<sup>5</sup> (cf. infra).

**3) Troisièmement**, il existe une incertitude sur ce qu'il faut entendre par site « géographique unique ». S'agit-il d'une aire géographique donnée ou d'un « site d'exploitation autorisé », notion utilisée par l'article R 6133-19 pour l'appréciation des conditions d'exploitation et des conditions techniques de fonctionnement des autorisations délivrées aux GCS-établissement de santé ? Il y a lieu de le penser puisque cette terminologie est reprise à l'article R 6133-12, qui fixe le contenu de la décision modifiant les autorisations exploitées en commun par le GCS article 108 ».

La question peut néanmoins se poser s'agissant des Centres Hospitaliers Universitaires, lorsqu'on sait que certains SROS, considèrent la ville d'implantation du CHU comme un seul et même site.

On signalera enfin que le retrait ou le non-renouvellement de l'autorisation exploitée en commun entraîne :

- le retrait de l'autorisation à facturer les soins correspondants ;
- l'obligation pour le GCS de modifier sa convention constitutive en conséquence ;
- la possibilité pour le directeur général de l'ARS de dissoudre le groupement, si la

---

<sup>4</sup> Article R 6132-24 du CSP.

<sup>5</sup> Article L 6122-15

convention constitutive n'est pas modifiée dans le délai qu'il a imparti pour le faire (article R 6133-16).

◆ **Contenu de la convention constitutive.**

Outre les mentions communes à tous les GCS, lorsque la convention constitutive mentionne que le groupement a vocation à exploiter sur un site unique une ou plusieurs autorisations détenues par ses membres, elle doit alors préciser :

1. La personne titulaire et la nature de l'autorisation d'activité de soins exploitée en commun ;
2. Les règles d'admission des patients pris en charge dans le cadre du groupement et la responsabilité de chacun des membres à leur égard, ainsi que la répartition de cette responsabilité entre le groupement et ses membres ;
3. Les modalités de recueil, de transmission et d'archivage par le groupement des informations relatives à ses moyens de fonctionnement, son activité, ses données sanitaires, démographiques et sociales, nécessaires notamment à la détermination de ses ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaires, ainsi qu'au contrôle de l'activité de soins et de la facturation ;
4. Les modalités d'organisation de la prise en charge médicamenteuse des patients au sein du groupement ;
5. Le cas échéant, lorsque le groupement est érigé en établissement de santé<sup>6</sup>, les conditions relatives à l'hémovigilance et à la sécurité transfusionnelle mentionnées au dernier alinéa de l'article R. 1221-45 ;
6. Les modalités de facturation des soins dispensés en lien avec l'autorisation exploitée en commun par le groupement. Il est mentionné soit le maintien de la facturation par le ou les membres titulaires et la dénomination de ceux-ci, soit la facturation par le groupement ainsi que l'échelle tarifaire qui lui est applicable.

◆ **Approbation de la convention constitutive.**

La décision d'approbation de la convention constitutive du CGS « article 108 » doit contenir l'autorisation du groupement à facturer les soins pour le compte de ses membres, l'échelle tarifaire applicable, ainsi que l'obligation pour le groupement de transmettre les informations nécessaires à l'analyse des activités de soins exploitées en commun.

**L'impression laissée par la lecture de l'article 108 de la loi de santé et de l'ordonnance du 12 janvier 2017 se confirme : en le soumettant aux mêmes obligations que les établissements de santé en matière de facturation et de contrôle de l'activité de soins, le décret du 25 avril 2017 fait du GCS « article 108 » un authentique ersatz d'établissement de santé.**

---

<sup>6</sup> Configuration pour le moins inattendue - quoique possible- où un GCS-établissement de santé, à ce titre titulaire d'une autorisation d'activité de soins, exploiterait aussi des autorisations dont il ne serait pas lui-même titulaire.

Les précisions apportées par le décret, s'agissant plus particulièrement du mode de facturation, s'avéraient indispensables pour permettre la mise en œuvre opérationnelle du groupement.

Même si certaines questions demeurent en suspens (contrôles et sanctions T2A, CPOM), il revient maintenant aux acteurs de santé de s'approprier ce nouvel outil de coopération, grâce à la liberté qui leur est laissée quant à la définition de ses modalités de fonctionnement.

### LES PLATEAUX D'IMAGERIE MEDICALE MUTUALISES (PIMM)

Créés par l'article 113 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les PIMM ont pour vocation d'être l'instrument permettant de pallier les difficultés récurrentes de l'imagerie médicale en France<sup>7</sup>.

Contrairement aux schémas classiques en matière d'imagerie, où la coopération se limite très souvent à un simple partage des plages d'utilisation d'un équipement, les PIMM ont pour objet de mettre en place une coopération plus aboutie entre les professionnels et les établissements par la mise en place d'une organisation commune (locaux, personnels, permanence des soins).

La présentation du dispositif inscrit à l'article L.6122-15 du Code de la santé publique<sup>8</sup> a toutefois laissé perplexes les participants de la journée de la Main d'Or. Le PIMM sera-t-il vraiment le nouvel outil incontournable de structuration de l'offre d'imagerie médicale ou bien un énième mécanisme redondant, source de contraintes et de complexité ?

Précisons tout d'abord qu'à l'inverse des modèles de coopération existants en imagerie médicale, la création des PIMM fait l'objet d'un encadrement plus strict, puisqu'elle passe par une sélection des propositions par le biais d'un appel à projet lancé par l'ARS<sup>9</sup>.

Les initiatives des agences sont pour le moment rares. Toutefois, un premier appel à projets a déjà été lancé par l'ARS Ile-de-France en vue de constituer un PIMM en Seine-et-Marne<sup>10</sup>, ce qui nous permet d'en savoir un peu plus sur la façon dont les autorités sanitaires appréhendent ce nouvel outil.

L'appel à projets affiche clairement la vocation première du PIMM : « *favoriser l'optimisation des organisations de l'imagerie francilienne, pour améliorer leur réponse aux besoins de la population, en favorisant la mutualisation des moyens humains et matériels d'un ou plusieurs établissements de santé avec ceux des professionnels de santé libéraux et/ou d'autres types de structures sanitaires* ».

<sup>7</sup> Couverture territoriale insuffisante, déficit de radiologues publics, permanence des soins.

<sup>8</sup> Cf. diaporama en annexe

<sup>9</sup> Article L.6122-15 alinéa 6 du Code de la santé publique : « l'autorisation est accordée pour une durée de cinq ans renouvelables, après avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, au vue des résultats d'un appel à projets lancé par l'agence régionale de santé ».

<sup>10</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/creation-de-plateaux-dimagerie-medicale-mutualisee-en-seine-et-marne-77>



La première innovation du PIMM - et pas la moindre - réside dans son aspect « multisectoriel », puisqu'il s'adresse à tous les professionnels médicaux de l'imagerie, quel que soit leur mode d'exercice : établissements de santé publics ou privés, mais aussi professionnels libéraux.

Il reste à savoir comment traduire juridiquement cette nouvelle organisation commune de l'imagerie médicale.

Comme l'a souligné par Maître Laurent Houdart dans sa récente analyse consacrée aux PIMM, « *le dispositif d'encadrement juridique sera déterminant en ce qu'il devra permettre tout à la fois la mise à disposition des personnels, la réalisation de prestations médicales par les libéraux au bénéfice de l'établissement public, la participation de tous les praticiens à la permanence des soins et une rémunération meilleure des radiologues publics* »<sup>11</sup>.

L'appel à projets lancé par l'ARS Ile-de France prévoit ainsi que « *les promoteurs souhaitant répondre au présent appel à projets doivent tout d'abord indiquer et justifier le mode de structuration juridique choisi pour mettre en œuvre leur projet, s'il était autorisé* ». Il précise qu'en cas de constitution d'une nouvelle structure juridique, comme par exemple un GCS, le projet de statuts doit être fourni, prêt à la signature et à l'approbation du directeur général de l'ARS<sup>12</sup>.

Outre, l'obligation de présenter un cadre juridique précis, les promoteurs doivent également préciser dans leur dossier de candidature :

- les membres du futur plateau d'imagerie.

Conformément à la loi, le plateau d'imagerie doit comporter au moins un ou plusieurs établissements de santé (publics ou privés) dont les instances doivent avoir approuvé le projet de créer un PIMM,

L'ARS Ile de France impose également que le projet implique des professionnels médicaux de l'imagerie volontaires pour se regrouper autour du ou des établissements de santé adhérant au projet à titre individuel ou par l'intermédiaire d'une société d'exercice professionnel. La précision du volontariat apportée par l'appel à projet est importante et permet d'assurer aux professionnels de terrain que la mise en place de ces PIMM ne résultera pas d'une coopération imposée.

- le projet de coopération.

Il s'agit là aussi, d'une obligation légale puisque l'article L 6122-15 du CSP dispose que les titulaires des autorisations élaborent un projet de coopération qu'ils transmettent à l'ARS.

---

<sup>11</sup> Voir l'analyse complète de Me Laurent Houdart sur notre blog <http://www.houdart.org/blog/plateaux-imagerie-medicale-mutualises/>

<sup>12</sup> Rappelons que le PIMM peut être porté par une structure déjà existante telle qu'un GCS ; les statuts devront alors être fournis à l'ARS.



Mais l'appel à projet francilien va plus loin puisqu'il impose aux promoteurs d'élaborer un « projet médical partagé du PIMM » comprenant notamment le périmètre géographique et fonctionnel du futur plateau d'imagerie, son implantation, ses objectifs en termes de prises en charges diagnostiques et thérapeutiques des patients, les modalités d'astreintes et de gardes etc.

Il s'agit pour les promoteurs, non seulement de convaincre l'ARS de la pertinence et de l'adéquation du projet de PIMM avec les besoins de santé du territoire, les objectifs du SROS et, le cas échéant, les missions du GHT, mais aussi de démontrer la cohérence du projet avec la stratégie ou les priorités de chacun des partenaires. A ce titre les structures impliquées dans le projet sont invitées à produire dans le dossier promoteur une synthèse de leur propre projet médical.

Enfin, l'appel à projets lancé par l'ARS Ile-de-France nous apporte des précisions sur les critères d'appréciation et de sélection des dossiers ; ils seront examinés en fonction d'un cahier des charges précisément établi et répondant aux critères d'appréciation suivants<sup>13</sup> :

- *« le respect de la législation et de la réglementation,*
- *la cohérence du projet avec les objectifs et les impératifs du schéma régional de santé, et en particulier en matière d'accessibilité aux soins ou d'intégration territoriale,*
- *la complétude, l'intérêt et la précision du projet médical, pour tous les points du dossier-type, seront tout particulièrement analysées les propositions permettant d'assurer la continuité et la permanence des soins pour les patients hospitalisés et ambulatoires,*
  
- *la qualité des équipes médicales et paramédicales proposées pour le mettre en œuvre,*
- *la pertinence et la justification de l'argumentation technique, immobilière, financière, permettant de conclure que le projet sera durablement viable et pilotable, robuste et équilibré entre ses partenaires, en équilibrant les charges avec les recettes, sans faire peser sur les établissements de santé public des contraintes qui seraient hors de proportion avec l'intérêt qu'ils y trouvent ».*

Nous comprenons de ce premier appel à projets que la plus-value des PIMM résidera dans une mutualisation et une structuration renforcées de la coopération. Il s'agit de passer *« d'une approche purement matérielle à une approche globale intégrant la pratique professionnelle et la réponse aux besoins d'une population donnée »*<sup>14</sup>.

Comme le soulignent les représentants des radiologues, *« l'objectif n'est pas simplement de partager du temps machine ou des plages horaires. Ces plateaux mutualisés doivent répondre à un projet médical en relation avec les besoins prioritaires des populations »*<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Critères d'appréciation et de sélection des dossiers issus de l'appel à projets en vue de la constitution de PIMM en Seine-et-Marne.

<sup>14</sup> Cf. l'analyse complète de Me Laurent Houdart sur notre blog,

<sup>15</sup> <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/hopitaux-vers-une-mutualisation-des-services-de-radiologie-16-03-2016-5631449.php>

A la lumière des éléments dont nous disposons actuellement, les PIMM pourraient donc être une réelle innovation et un futur mode d'organisation de l'offre d'imagerie, à la condition de ne pas se cantonner dans une simple mutualisation d'équipements.

**La réussite des PIMM reposera avant tout sur la capacité des acteurs de l'imagerie médicale à être force de proposition pour présenter des projets de coopération apportant une réelle valeur ajoutée, mais aussi sur les ARS, qui devront être capables de susciter les initiatives et de sélectionner les projets les plus pertinents.**

\*\*\*\*\*