

## **Les nouvelles formes d'intervention des médecins à l'hôpital public**

► *Claudine BERGOIGNAN ESPER*

*Professeur des Universités, Faculté de droit Paris Descartes*

Nous poursuivons la série d'article initiée en septembre dernier sur la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

L'un des objectifs de cette loi a été d'élargir les modalités d'interventions des professionnels médicaux pour lutter contre l'abandon de certaines spécialités, éviter la désertification médicale de certains lieux, rendre l'établissement public de santé plus attractif. Dans ce but ont été mises en place de nouvelles formes de coopération.

Quatre nouveaux modes d'exercice de la médecine sont prévus par la loi.

### ***Le groupement de coopération sanitaire***

A ce jour, plus de 200 groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été agréés par les Agences régionales de l'hospitalisation.

### **Les GCS, coopération de moyens**

La quasi-totalité concerne des coopérations de moyens et se traduit par des GCS « simples », portant sur la gestion d'un plateau technique, l'usage en commun d'un équipement lourd, une pharmacie à usage interne, ou encore des activités « support » telles que la restauration ou la blanchisserie.

La loi du 21 juillet 2009 rénove l'objet de ce type de GCS. Désormais, une rédaction clarifiée du texte (article L. 6133-1 du Code de la santé publique - CSP) fonde la création de telles structures pour différents motifs, qui peuvent être la mutualisation d'activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche. L'usage en commun de matériels est prévu avec, le cas échéant, l'octroi de l'autorisation de l'équipement lourd correspondant. Enfin, et c'est là l'essentiel concernant le personnel médical, les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant au sein des établissements ou organismes membres du GCS sont confirmées. L'exercice « croisé » de l'activité est possible, se traduisant par une activité hors les murs de l'établissement de rattachement au bénéfice de malades traités par un autre membre du groupement.

Ainsi, lorsqu'ils concernent une activité médicale, les GCS donnent lieu à des prestations des professionnels de santé, avant tout des médecins, au bénéfice des patients soignés ou admis par tout autre membre de la structure de coopération. Ces membres peuvent être un autre établissement de santé public ou privé, un établissement médico-social, un centre de santé (article L. 6323-1 CSP), un pôle de santé (article L. 6323-4), un cabinet médical de ville. Sur autorisation du directeur général de l'Agence régionale de santé (Ars), d'autres professionnels de santé ou organismes peuvent également faire partie d'un GCS. La liberté d'exercice au bénéfice d'une autre structure publique ou privée est ainsi importante, la seule condition étant que cette structure soit membre du groupement.

Les médecins hospitaliers publics qui vont ainsi exercer « ailleurs » peuvent être mis à disposition, pour une partie de leur temps. Tous les statuts des médecins le prévoient, qu'il s'agisse des « temps plein », des « temps partiel », des praticiens attachés et associés ou des

assistants. Un accord est alors signé entre les membres du GCS prévoyant cette mise à disposition et organisant le remboursement de l'établissement ou organisme employeur par la structure qui bénéficie du temps qui lui est consacré. La mise à disposition ne s'effectue jamais gratuitement.

Le plus souvent, l'exercice « hors les murs » s'effectue sous forme de prestations croisées portant sur des actes ponctuels, ou une permanence de soins. Les modalités financières sont prévues dans leur principe par l'article L. 6133-6 CSP. La rémunération des médecins libéraux exerçant au bénéfice des autres membres se fait à l'acte ou de manière forfaitaire (permanence de soins), sur le budget des établissements bénéficiaires. Les prestations médicales des médecins salariés relevant d'un hôpital public ou d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif, sont facturées par l'employeur à l'institution bénéficiaire, par exemple une clinique privée. La clinique qui a soigné le patient facture ensuite à la caisse d'assurance maladie ou au patient. Un décret doit intervenir pour préciser ces mécanismes de facturation. Il faut noter que de telles interventions communes existaient déjà avant la loi du 21 juillet 2009. Mais l'arrêté sur les tarifs des permanences de soins n'a jamais été publié. La facturation des actes se faisait sur la base des tarifs du secteur 1.

### **Les GCS, établissements de santé**

La loi du 21 juillet 2009 innove davantage par les dispositions du nouvel article L. 6133-7 CSP, qui indique que lorsque le GCS est titulaire d'une autorisation d'activités de soins, il est établissement de santé.

Cette seconde forme n'était jusqu'alors qu'expérimentale et paradoxale puisque le GCS pouvait avoir une mission de soins, sans être toutefois établissement de santé. Un arrêté du 16 avril 2007 fixait le cadre de l'essai, limité à deux membres (un hôpital public et un établissement privé participant au service public, dénomination modifiée par la loi du 21 juillet 2009). Dans ce cadre, l'expérimentation demeurait fort limitée. Seuls cinq arrêtés ont créé de tels GCS.

La clarification est là aussi importante. Lorsqu'une telle option est prise, il y a création d'un nouvel établissement de santé. Le directeur général de l'Ars décide de sa qualité juridique. Si le GCS est de droit privé, l'établissement est érigé en établissement de santé privé. S'il est de droit public, il est établissement public de santé. Ses règles de fonctionnement et de gouvernance sont alors celles d'un hôpital public, telles qu'édictées par la loi du 21 juillet 2009.

Le financement du nouvel établissement est fondé sur les règles applicables aux établissements de santé. La dotation MIGAC\* peut être versée directement au GCS s'il a été constitué pour mettre en œuvre tout ou partie des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

La situation des médecins de ce nouvel établissement n'est pas traitée par la nouvelle loi. Néanmoins, il est possible d'affirmer que, s'agissant d'une institution obéissant aux règles classiques des établissements de santé, la situation des personnels médicaux sera calquée sur celle qu'ils connaissent traditionnellement. Les GCS hôpitaux publics auront un corps de médecins obéissant aux statuts classiques. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif disposeront de salariés. Les GCS « clinique privée » concluront avec les praticiens des contrats d'exercice libéral.

Il reste à connaître les dispositions du décret d'application pour apprécier la portée et le détail du dispositif.

---

\* Dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

## *La communauté hospitalière de territoire*

Ce nouveau mode de rapprochement n'est applicable qu'aux seuls hôpitaux publics. Ceux-ci *peuvent*, et non *doivent*, constituer une communauté hospitalière de territoire (CHT). Un hôpital public n'est membre que d'une seule CHT. Un ou plusieurs établissements médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans ce cadre. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent conclure des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public d'une CHT.

La CHT est une démarche purement conventionnelle, ne mettant nullement en place un organe nouveau de coopération disposant de la personnalité juridique.

L'objectif de la CHT est la mise en œuvre d'une stratégie commune et la gestion de certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre membres. La télémédecine peut être un moyen pour cette mise en commun. Le territoire est la norme de référence de la CHT. Mais il faut admettre que ce territoire n'est pas obligatoirement celui tracé par l'Ars dans le cadre des activités de santé publique, de soins et d'équipement de l'ensemble des acteurs de santé (article L. 1434-16 CSP).

Une convention constitutive de CHT est mise en place et signée par tous les participants et les présidents des Commissions médicales d'établissement (CME). Le conseil de surveillance de chaque membre donne un avis. Si un CHU est présent, ses conseils approuvent la démarche. Le contenu de la convention de communauté est essentiel. L'objectif poursuivi étant l'adaptation des grandes orientations stratégiques et d'activités de chacun des membres de la CHT ; il leur revient d'établir un projet médical commun. Le texte précise les rubriques qui devront figurer dans la convention :

- Le projet médical commun de la CHT, les compétences et activités déléguées ou transférées entre les membres, le cas échéant les cessions ou échanges des biens mobiliers et immobiliers liés à ces délégations ou transferts.
- Les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissements, des plans globaux de financements pluriannuels et des programmes d'investissement des membres.
- Les modalités de coopération entre les membres, notamment en matière de système d'information.
- Si besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus entre membres, en contrepartie de missions assurées par les autres.
- Le cas échéant, les modalités d'articulation entre les membres signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant à ces actions.
- La composition des instances de la CHT pour l'établissement siège: conseil de surveillance, directoire, organes représentatifs du personnel.
- L'établissement de comptes combinés.

La communauté dispose d'un siège, fixé dans l'un des établissements membres, désigné selon des modalités précises. Cette désignation est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements membres de la CHT. En l'absence d'accord, le directeur général de l'Ars désigne l'établissement siège. Il faut noter que cet établissement siège ne dispose pas de compétence particulière ou renforcée au sein de la CHT.

En terme d'instances de la communauté, la loi prévoit une Commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance des établissements membres, des présidents de CME, des directeurs de chaque établissement membre. Ses missions portent sur

le suivi de l'application de la communauté, et le cas échéant, la proposition aux instances compétentes des établissements des mesures nécessaires pour faciliter l'application ou la mise en oeuvre de la stratégie commune définie par la convention. Aucune compétence coercitive n'est prévue.

Le transfert d'activités et de compétences entre membres de la communauté est la cible principale d'une telle démarche. Aussi, la loi indique que lorsqu'un tel transfert se produit, le directeur général de l'Ars modifie en conséquence les autorisations antérieures. La procédure est alors facilitée et fera l'objet d'un décret. L'autorisation est modifiée en ce qui concerne le lieu d'exercice ou d'activité. Elle peut aussi être confirmée par le nouveau titulaire dans la communauté.

Un transfert d'emplois peut suivre. L'établissement bénéficiaire devient l'employeur des agents qui assuraient l'activité considérée. L'impact de la création d'un tel mode de rapprochement peut donc être fort. Là se situent les nouvelles modalités d'intervention des médecins. De tels transferts de compétences ou d'activités sont susceptibles d'engendrer des modifications dans les conditions d'exercice de la médecine hospitalière publique. Cela se vérifie d'autant plus que le texte attribue au directeur général de l'Ars des compétences fortes (articles L. 6131-1 à L. 6131-6 CSP). Afin d'aboutir dans la coordination de l'évolution du système de santé, il lui est tout d'abord possible de demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de conclure une convention de CHT, ou de créer un GCS ou un groupement d'intérêt public (GIP). Une même demande peut concerner la création d'un nouvel établissement public par fusion de deux ou plusieurs structures publiques. La procédure d'une telle demande est encadrée par les textes et soumise à une procédure précise.

Une même démarche est prévue lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient, ou lorsqu'un déséquilibre financier important est constaté. Le directeur général de l'Ars peut alors demander la conclusion d'une CHT, selon une procédure légèrement différente de la précédente.

Enfin, lorsqu'un établissement est concerné par une opération de restructuration, le directeur général de l'Ars peut lui demander la suppression d'emplois et procéder à la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit la dotation de financement des missions d'intérêt général (MIGAC) et la dotation de financement annuelle. Si l'établissement est public, il peut demander au directeur général du Centre national de gestion (CNG) le placement en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration et modifier en conséquence l'état des prévisions de recettes et de dépenses. De tels pouvoirs contraignants n'auraient pas lieu d'être si le texte n'avait pas également prévu des incitations financières à coopérer. C'est ainsi que l'article 22 de la loi prévoit, dans son point II, que jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation (article L. 162-22-13 du Code de la sécurité sociale) et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements publics et privés (article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001) est prioritairement affectée au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation de CHT ou à la constitution de GCS. Cette « prime » au développement de projets coopératifs est la raison d'être de compétences particulièrement fortes et nouvelles pour l'autorité de tutelle. Il reviendra aux acteurs concernés de solliciter et d'obtenir les aides nécessaires à la coopération, pour éviter de se voir imposer une coopération obligée.

Il est bien difficile à ce jour de prédire l'avenir des CHT. Critiquée par les uns, applaudie par les autres dont certains ont déjà engagé des projets de CHT, la réussite de la réforme sera probablement liée à l'impulsion que sauront lui donner les Agences régionales de santé.

Il faut en toute hypothèse savoir qu'elle peut entraîner une modification importante dans les conditions d'exercice de certains médecins hospitaliers.

### ***Le nouveau contrat de l'hôpital public avec le médecin libéral***

Le Code de la santé publique permet à un établissement public de santé d'associer un professionnel libéral (médecins et autres acteurs de santé non hospitaliers) au fonctionnement de l'établissement. L'objectif est d'ouvrir le plateau technique hospitalier au professionnel libéral, afin d'en optimiser l'usage (article L. 6112-4 al 2 CSP). Les malades concernés sont ceux du médecin libéral, et non ceux de l'hôpital. L'association n'intègre aucune mesure touchant à l'hospitalisation, qui se pratique selon le droit commun (la loi du 21 juillet 2009 a fait disparaître les anciennes cliniques ouvertes). Un contrat doit être passé entre l'établissement et le professionnel libéral, stipulant notamment les conditions d'utilisation du plateau technique, la rémunération des actes, et la redevance payée par le praticien à l'établissement. Le professionnel facture directement ses actes aux patients ou à l'assurance maladie.

La loi du 21 juillet 2009 crée un lien nouveau entre les établissements publics de santé et les médecins, sages-femmes ou odontologistes libéraux de ville (article L. 6146-2 CSP), dans le but de résoudre les problèmes de démographie médicale.

Dans des conditions qui seront prochainement précisées par décret, le directeur de l'hôpital public peut admettre l'un de ces professionnels à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins. Le chef de pôle propose cette candidature et le président de la CME donne son avis. Un contrat est conclu entre l'établissement et le professionnel, précisant les conditions et modalités de la participation. Ce contrat doit être approuvé par le directeur général de l'Ars.

L'innovation porte sur deux points.

- D'une part, le cocontractant libéral soigne cette fois non plus ses propres malades mais ceux de l'hôpital, ce qui différencie cette démarche du contrat d'association au service public (article L. 6112-4 CSP).
- D'autre part, l'établissement rémunère le professionnel par honoraires. Ces honoraires correspondent à ceux du secteur 1. Des conditions particulières peuvent toutefois être pratiquées lorsque l'activité concernée se fait en hospitalisation à domicile.

L'accord signé entre les parties doit assurer le respect des garanties accordées au patient dans le cadre des missions de service public (article L. 6112-3 CSP), à savoir l'égal accès à des soins de santé, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, l'application des tarifs hospitaliers (ce qui va de soi puisque le malade est celui de l'hôpital).

Ce mode de recrutement vient ainsi s'ajouter au contrat de praticien attaché, dont les conditions de rémunération peuvent constituer un obstacle.

### ***Le praticien hospitalier détaché sur un contrat***

Un nouvel article L. 6152-3 CSP vient compléter le statut des praticiens hospitaliers. Son objectif est clair : renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins, et « offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital » (Exposé des motifs de la loi).

Le texte déroule une série de conditions permettant de bénéficier de ce nouveau statut. Tout d'abord, il ne concerne que les praticiens hospitaliers (médecins, odontologistes, pharmaciens) exerçant à temps plein ou à temps partiel à l'hôpital. Ensuite, le recrutement par ce nouveau mode contractuel doit correspondre à un emploi présentant une difficulté

particulière à être pourvu. Le praticien recruté sur de telles bases est dénommé « clinicien hospitalier ».

La rémunération peut comprendre des éléments variables, qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie de la profession.

Le directeur général de l'Ars fixe dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement le nombre maximal de contrats de ce type, la nature et les spécialités des emplois de praticiens hospitaliers pouvant ainsi être pourvus.

Il est certain que de tels contrats ne peuvent correspondre qu'à des situations difficiles de recrutement. Ils sont possibles seulement si l'impossibilité de pourvoir un poste malgré les efforts accomplis est démontrée. Dans leurs contrats d'objectifs et de moyens, les chefs d'établissements devront déterminer le nombre et les spécialités des futurs cliniciens hospitaliers. Ils intégreront dans leurs prévisions le coût d'une telle démarche, qui peut concerner aussi bien un jeune médecin qu'un praticien en poste depuis plusieurs années.

Dans le domaine des interventions médicales, la loi du 21 juillet 2009 ne manque pas d'intérêt. La pratique permettra de juger dans quelques années si les innovations exposées ont permis d'accentuer la qualité des soins par une mutualisation renforcée des compétences, ou par un recrutement plus ouvert des hôpitaux publics.

#### **Ce qu'il faut retenir :**

- Pour lutter contre la désertification médicale et la pénurie dans certaines spécialités, la loi HPST instaure 4 nouveaux modes d'intervention des médecins à l'hôpital public.
- Les GCS « de moyens » visent à favoriser l'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux « hors les murs » de l'établissement de rattachement, par exemple en cabinet de ville ou au sein d'un pôle de santé. Lorsqu'il est titulaire d'une autorisation d'activités de soins, le GCS peut être érigé en établissement de santé.
- La CHT permet une stratégie et une gestion communes de certaines activités grâce à des délégations et transferts de compétences. Elle est soumise à la signature d'une convention qui fixe un projet médical.
- La loi crée un nouveau contrat entre les établissements et les professionnels de santé libéraux, qui permet une participation de ces professionnels à l'exercice des missions de service public et aux activités de soins. Le praticien libéral prend en charge, non plus ses propres patients, mais ceux de l'établissement.
- Un nouveau statut de praticien hospitalier est créé pour les PH temps plein et temps partiel. Intitulé « clinicien hospitalier », il vise à pallier les difficultés de recrutement pour certains postes.

#### **Pour aller plus loin sur la loi HPST**

Le CNEH (Centre national de l'expertise hospitalière) propose dès janvier 2010 de nombreuses sessions de formation autour de deux thèmes :

- Formations « Spécial décrets », sur 2 jours à Paris et en régions, pour analyser et décrypter la mise en œuvre des dispositions de la loi soumises à décret (Directoire, conseil de surveillance, chef de pôle, contrat de pôle, GCS, CHT, etc...)
- Formations thématiques « Pilotage et coopération » sur une journée à Paris pour approfondir certains thèmes.

Pour tout renseignement :

Service formation du CNEH, Véronique DELETANG : 01 41 17 15 19 ou

[veronique.deletang@cneh.fr](mailto:veronique.deletang@cneh.fr)

Programme complet des formations sur [www.cneh.fr](http://www.cneh.fr)