



Union Régionale
des Médecins Libéraux
du Languedoc-Roussillon

URML
Languedoc-Roussillon

Evolution des relations entre les médecins libéraux et les établissements hospitaliers dans un monde de la santé rénové

Rapport d'Alain COULOMB

Juin 2010

**L'EVOLUTION DES RELATIONS ENTRE LES
MEDECINS LIBERAUX ET LES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS DANS UN MONDE DE LA
SANTE RENOVE**

**Médecins - Cliniques : un partenariat à
reconstruire dans une nouvelle
dynamique commune**

ALAIN COULOMB

JUIN 2010

Préface

Je tiens à remercier vivement l'URML- Languedoc Roussillon, pour être à l'origine de ce travail et d'avoir confié à Alain COULOMB la rédaction de ce rapport. Grâce à la grande expérience qu'Alain COULOMB a pu acquérir tout au long de son parcours professionnel très diversifié, ce rapport propose un regard pertinent sur les relations des médecins libéraux avec les détenteurs de leur outil de travail que sont les établissements, mais au-delà, sur le positionnement de ces mêmes médecins libéraux dans une vision globale du système de santé.

La loi HPST, quoi qu'on puisse en penser, est extrêmement structurante pour l'ensemble des acteurs, et pour les relations CME - Etablissement en particulier.

Le monde change, les médecins changent, les établissements changent, les patients changent, l'environnement politique et culturel change.

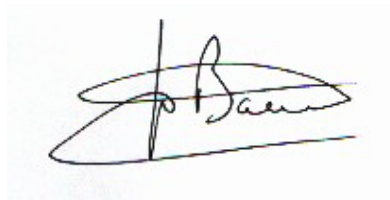
Les médecins libéraux exerçant en clinique, constituant de droit, les Conférences médicale d'établissement, n'échappent pas à ces évolutions. Les CME lieu propice à l'organisation médicale collective doivent anticiper et prendre toute la part qui leur revient dans ces mutations.

La loi HPST confie un certain nombre de missions aux CME. Celles ci devront donc proposer et organiser. Les décisions médicales collectives nécessiteront d'être négociées dans une réflexion médico-économique globale, mises en œuvre dans un respect partagé, et le travail de coordination nécessairement valorisé. Il appartient donc aux dirigeants des établissements et aux médecins qui exercent de repenser la gouvernance.

Le rapport d'Alain COULOMB, analyse de façon détaillée et précise toute ces composantes, qui sont autant de pistes de réflexion pour construire, dans le secteur de l'hospitalisation privée, une organisation médicale collective représentée par les CME, rénové et responsabilisé, et qui s'inscrit durablement dans l'organisation régionale de la santé.

Docteur Jean Luc BARON

Président de la CNPCMEHP



SOMMAIRE

<u>Introduction :</u>	Page 6
<u>Chapitre 1: Une histoire initialement commune et aujourd'hui divergente</u>	Page 7
A. L'hospitalisation privée, de l'ère bénie des médecins-entrepreneurs à la financiarisation de 2010	Page 7
B. L'histoire des médecins de l'hospitalisation privée : entre contrat et revendication	Page 8
<u>Chapitre 2 : l'impérieuse nécessité de sortir de l'ambiguïté</u>	Page 9
A. Les principes dogmatiques d'une relation singulière	Page 9
B. Moderniser le système obsolète des redevances	Page 11
<u>Chapitre 3: les « leviers de réforme » contenus dans la loi HPST</u>	Page 12
<u>Chapitre 4: Un partenariat collectif à refonder largement</u>	Page 15
A. Un pré-requis : la réforme des CME	Page 15
B. Une implication à conquérir avec l'hospitalisation publique	Page 16
C. Une place nouvelle à revendiquer dans la société pour toute la communauté médicale libérale	Page 17

Introduction

Pour comprendre comment un contentieux de moins en moins latent s'est invité au fil des décennies dans les relations entre les cliniques privées et les médecins qui y exercent, il convient de s'intéresser aux évolutions respectives des deux parties depuis les débuts de leur vie commune entre les deux guerres.

Trois périodes peuvent être distinguées dans cette histoire de couple tiraillé, entre intérêts communs et objectifs divergents :

- les débuts (des années 30 à la fin des années 60), ont été marqués par un consensus tacite, forgé dans l'actionnariat commun ... Il n'est d'ailleurs pas innocent de remarquer que la création de la CSMF, premier syndicat médical et de l'Union Intersyndicale des Maisons de Santé de France date de la même année, 1928 et procèdent l'une et l'autre de la fusion d'organisations concurrentes. Lorsqu'en fin de période, la voie de l'actionnariat est devenue trop coûteuse aux jeunes générations, une sorte de ... « solidarité de classe » a néanmoins prévalu, mettant les relations entre médecins d'un même établissement, actionnaires ou pas, à l'abri des conflits et même de tout besoin de formaliser un quelconque lien « contractuel » ;

- la seconde période (années 70/milieu des années 90) alterne les phases de recherche de consensus écrits, par exemple, à l'enseigne du CLAHP (Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée) du nom de l'organe de concertation « médecins/actionnariat » et les phases plus conflictuelles, issues de l'existence même du SYMHOP, syndicat « catégoriel » de praticiens exerçant en hospitalisation privée, et surtout de l'impuissance des CME à exercer pleinement leurs missions pourtant dévolues par la loi ;

- la troisième période enfin a cours depuis une quinzaine d'années, depuis que la concentration de l'actionnariat, l'émergence de chaînes nationales puissantes, ou de « mini-chaînes » loco-régionales ambitieuses, mais aussi bien les impératifs logistiques liés à la mise en œuvre de la T2A ou l'inflation des dépassements tarifaires constituent autant de motifs de « crispations ».

Histoire d'une « crise » dont il convient d'explorer la nature par l'histoire et l'actualité avant de parcourir les voies de sortie possibles, son pré-requis et les opportunités qu'ouvrent quelques dispositions de la Loi HPST.

Chapitre 1 : une histoire initialement commune et aujourd'hui divergente

A. L'hospitalisation privée, de l'ère bénie des médecins-entrepreneurs à la financiarisation de 2010

On ne peut traiter du poids de l'histoire dans l'hospitalisation privée sans se souvenir que son acte de naissance remonte à l'entre-deux-guerres sous le concept de « *Maisons de santé* », généralement à l'initiative de chirurgiens soucieux de donner à leurs patients solvables un accueil plus personnalisé qu'à l'hôpital, encore largement sous-équipé à l'époque compte tenu de sa vocation compassionnelle alors en vigueur.

Mais les années 30, c'est aussi la montée en charge de la Sécurité Sociale –on parlait encore des « *Assurances Sociales* » –, largement aux mains des Mutuelles corporatives. Les mêmes chirurgiens-entrepreneurs furent également à l'origine des « Mutuelles Chirurgicales », d'abord conçues pour solvabiliser totalement les besoins de leurs patients. Le Dr Delmas, d'Agen, était l'animateur de ce double mouvement, d'ailleurs président-fondateur d'un syndicat de « *médecins propriétaires* », affilié à la CSMF d'avant-guerre.

Cette génération de pionniers s'est encore épanouie après guerre, notamment dans la décennie 1950, faisant des émules dans les rangs des gynécologues obstétriciens (on était en plein « *babby boom* ») puis en médecine au rythme de la multiplication des spécialités médicales (la cardiologie n'a, pour mémoire, été officiellement considérée comme une spécialité pleine qu'à l'orée des années 60). Dans tous les cas, les établissements étaient « portés » par des médecins avant tout soucieux de demeurer propriétaires de leur outil de travail. Les plus généreux d'entre eux ouvraient d'ailleurs, dans cet esprit assez confraternel, l'actionnariat de l'établissement à leurs associés du groupe.

L'hospitalisation publique restait évidemment à l'écart de cette dynamique. La première étape de sa réaction porte le nom de son inspirateur, le Pr Robert Debré, mandarin et figure de la Résistance, à l'origine de la création des CHU en 1958, « *lieu d'excellence* » de la pratique et de la recherche par le « *temps plein hospitalier* ». La seconde réaction date de 1970, avec la promulgation d'une Loi hospitalière assez protectionniste du secteur public par le biais d'une « *planification* » partisane.

Mais l'euphorie économique des Trente glorieuses permettait d'entretenir une dynamique servant la satisfaction simultanée des « besoins de santé », les nécessités de l'aménagement public du territoire et l'ambition entrepreneuriale des médecins libéraux. La première crise économique de 1974 demeura dix ans sans effet sur l'inflation des dépenses de santé, pratiquement à deux chiffres pendant toute la période et il faudra attendre l'introduction du Budget global hospitalier en 1983 en secteur public (et privé à but non lucratif) pour enrayer cette mécanique à l'hôpital tandis que le secteur privé, affichant sa prospérité, attirera les appétits des financiers, plongeant le secteur dans un vaste mouvement de restructuration encore inabouti aujourd'hui.

Handicapé par sa double représentation politique (FIEHP et UHP), le secteur avait fini par satisfaire son besoin de « lisibilité », économique et politique, dans une démarche unitaire qui vient de trouver son aboutissement ultime avec l'adhésion de la FHP au MEDEF. Le secteur économique de l'hospitalisation privée achevant ainsi une mue qui l'a amené, en 80 ans, du statut « patrimonial » de médecins visionnaires à une authentique identité industrielle, commerciale et financière.

La nouvelle donne de la capitalisation des établissements : une opportunité pour rebattre le jeu de pouvoirs

L'élément potentiellement « catalyseur » du conflit de moins en moins feutré réside dans la mécanique capitalistique à l'œuvre depuis quelques années. Alors que jusque dans le milieu des années 2000, le développement des cliniques était gagé sur les capitaux propres des

établissements et leurs capacités d'endettement, l'érosion des marges et l'augmentation du coût des investissements, ont favorisé l'irruption sur le marché des fonds d'investissement.. Leur technique d'acquisition a été celle du LBO (Leverage Buy Out), consistant à financer leur investissement par un emprunt remboursé par les revenus tirés de l'exploitation. En moins deux ans, de 2005 à 2007, pas moins de quatre sociétés internationales d'investissement (« Private Equity ») ont pris place sur le marché de l'hospitalisation privée, acquérant des établissements isolés pour constituer, à marche forcée, des chaînes de plusieurs dizaines d'établissements. L'objectif affiché des fonds d'investissement est de réaliser une plus value à la revente après un travail de quelques années de modernisation de l'outil, mise en conformité avec la législation, mise en place d'une gestion efficace, appuyée sur des systèmes d'information et de « reporting » sophistiqués

En quelques années, le secteur est ainsi passé d'une pure « logique métier » à une logique « entreprise », avec des groupes professionnels, puis à une logique d'ingénierie financière, avec des fonds d'investissement. Suscitant même l'inquiétude des pouvoirs publics à la perspective de voir se constituer des véritables monopoles hospitaliers privés régionaux.

Mais surtout ce mouvement capitalistique a rendu définitivement obsolète le mythe de la « clinique-outil de travail » du corps médical. Écartés des rôles de management, les médecins restent pourtant à la base du processus de production et l'intérêt bien compris des investisseurs n'est sûrement pas de créer des conditions conflictuelles avec eux.

Le nouveau « modus vivendi » entre les acteurs reste toutefois à écrire.

B. L'histoire des médecins de l'hospitalisation privée: entre contrat et revendication

L'histoire des médecins de l'hospitalisation privée est évidemment liée aux aléas de ce secteur économique mais aussi à leur propre destin professionnel, l'un et l'autre n'étant pas toujours synchrones.

Historiquement, en tout cas après la décision politique de 1958 de la réforme Debré, il s'est encore écoulé une dizaine d'années pendant lesquelles le fonctionnement des centres hospitaliers publics reposait, partiellement ou largement, sur la bonne volonté des praticiens de la ville. « *La blouse blanche à l'hôpital* » était un statut assez communément partagé et la pratique des « *cliniques ouvertes* », sorte d'enclave privée dans des murs publics, a même connu sa période de gloire.

Mais cette époque des années 70 est surtout celle où les universités ont déversé sur le marché de l'emploi une main d'œuvre médicale largement spécialisée, avide de diffuser un progrès scientifique et technique qui était alors à son sommet.

Pour toute une génération, le choix d'installation – en ville, à l'hôpital ou en clinique - n'a obéi qu'à des critères personnels : ambition universitaire ou autonomie professionnelle, confort statutaire ou aspiration économique. Pendant 10 ans, de 1980 à 1991, l'existence et l'ouverture régulière du secteur à honoraire libres, « solvabilisé » par des complémentaires objectivement complices, a favorisé un « âge d'or » en ouvrant le secteur 2 à tous ceux qui en faisaient le choix puis aujourd'hui réservé à la seule « élite » des anciens chefs de cliniques.

C'est de cette époque, , que date la généralisation des « contrats d'exercice », négociés par la CSMF (Dr de Fallois) et les représentants de l'hospitalisation privée. Construction longue et fastidieuse, faisant souvent appel à l'arbitrages des juges ou ... de l'assurance maladie : l'élaboration de feu le bordereau 615 et de la nécessité reconnue de différencier le compte bancaire de l'établissement de celui (individuel ou collectif) de ses praticiens date de la fin des années 70.

Et plus précisément de 1977 pour le CLAHP –Comité de Liaison de l'Hospitalisation Privée – création commune des deux fédérations hospitalières de l'époque (FIEHP et UHP) et des deux centrales représentatives de spécialistes libéraux (CSMF/FMF, rejoint ultérieurement par le SML).

La création du SYMHOP (Syndicat des Médecins de l'Hospitalisation Privée) par le Dr Serge Larue-Charlus, est survenue dès 1987, précédant de peu celle des CME (Commissions Médicales d'Établissement) en 1991. C'est le législateur qui, sous la plume de M. Évin auteur de la Loi hospitalière de 1991, avait pris le parti de cette création avec trois objectifs relativement modestes :

- *assurer l'indépendance des professionnels au sein de leur établissement ;*
- *donner son avis sur les prévisions annuelles d'activité ;*
- *participer à l'évaluation des pratiques médicales.*

Dans ces conditions, le SYMHOP – actuellement présidé par le Dr Jean-Paul ORTIZ - a dû se contenter de servir d'école de cadres et de pourvoyeur de vocations dans les établissements où la notion même d'une représentation commune du corps médical n'est toujours pas avérée. La clinique héberge en effet différentes spécialités, représentées par autant de « verticalités » nationales mais le besoin d'une représentation locale en situation d'exercer un contre-pouvoir à la direction administrative et économique de l'établissement n'est jamais apparu vraiment pertinent à une majorité de médecins travaillant sur son plateau technique. La vocation institutionnelle des CME est même franchement contestée par une certaine frange de la représentation des établissements.

Au final, la relation contemporaine entre d'un côté les représentants de l'actionnariat de l'établissement, médical ou purement capitalistique, et de l'autre les spécialistes libéraux y exerçant, est toujours empreinte de cette ambiguïté quasi consubstantielle, ni simplement « *confraternelle* » ni tout à fait « *hiérarchique* » ... Le conflit reste toutefois larvé même s'il a récemment trouvé à s'alimenter à une nouvelle source : la possibilité ouverte par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) aux établissements de « salarier » ses médecins.

Chapitre 2 : l'impérieuse nécessité de sortir de l'ambigüité

A. Les principes dogmatiques d'une relation singulière

Sauf exception – et en attente de voir l'usage (vraisemblablement modéré) que feront les établissements de l'opportunité que leur ouvre la loi HPST – les praticiens exerçant au sein d'une clinique privée n'en sont donc pas les salariés.

Position singulière sur le marché du travail où nulle jurisprudence ne vient baliser les conditions d'exercice, sinon celle qui s'est construite au fil des contentieux successifs qui ont émaillé cinquante ans de vie commune. Mais position reposant néanmoins sur des principes dont l'inventaire s'impose à ce stade de la démonstration :

1) **Absence de lien de subordination** : au sens formel, la définition de la relation employeur/employé est fondée sur plusieurs éléments dont le premier, le principal est l'existence d'un lien de subordination. Rien de tel en cliniques où les praticiens ne sont pas soumis au pouvoir hiérarchique du directeur administratif ni du représentant du pouvoir économique.

L'administration fiscale a parfois été tentée d'assimiler les praticiens exerçant en clinique à des salariés au motif qu'ils étaient liés par les contraintes du fonctionnement pratique de l'établissement - heures d'accès au plateau technique, obligations liées à la continuité des soins dans l'établissement, ...- mais sans jamais convaincre aucun juge qui estime, lui, nécessaire et suffisante l'existence d'un simple contrat

2) **Nécessité du contrat d'exercice** : la loi et la déontologie convergent pour en stipuler l'existence.

Les dispositions de l'article L 4113-9 du Code de la Santé publique imposent même, au chapitre des règles communes liées à l'exercice de la profession médicales que ce contrat soit écrit et préalablement soumis au Conseil de l'Ordre : « *Les médecins, [...] qui demandent leur inscription au tableau de l'ordre des médecins, [...] doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre [...] les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local.* »

Cette même obligation figure évidemment au Code de Déontologie Médicale qui dispose en son article 83 : « *[...] l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit. Ce contrat définit les obligations respectives des parties et doit préciser les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du présent code* ». Le CNO propose d'ailleurs un contrat-type pouvant servir de modèle aux co-contractants.

3) **Rémunération à l'acte** : même s'il n'existe aucune définition juridique ou légale, le principe « *fondamental* » du paiement à l'acte reste inscrit dans la législation française, héritage de la « Charte médicale de 1927 ». Article 162-2 du Code de la Sécurité sociale : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin.* »

Cet article, régulièrement contredit depuis sur de nombreux points, demeure intangible en établissement où la rétribution des praticiens doit, formellement, rester distincte de celle de l'établissement. La mise en œuvre d'autres types de rémunération (forfaits notamment) obligera sans doute à une révision de ce paradigme.

4) **Nécessité de supporter le coût des charges de fonctionnement.** Même si le médecin de clinique a le loisir d'utiliser, au nom de son indépendance déontologique, les ressources qu'il estime nécessaires à son art : instrumentation, personnel, ... il est également confronté aux obligations qui seraient les siennes s'il devait en assumer, seul, le coût : loyer, mobilier, personnel d'accueil/secrétariat. Qu'il ait fait le choix d'en partager les coûts avec des associés de la même clinique, ou avec l'établissement lui-même, il doit en acquitter le prix, le plus souvent par une redevance, source de contentieux anciens et largement à l'origine du malaise récurrent dans les relations médecins/cliniques.

Dans la pratique, la masse d'honoraires due mensuellement au médecin est donc diminuée de sa participation aux coûts de fonctionnement de l'établissement.

B. Moderniser le système obsolète des redevances

Apparenté au mécanisme du reversement dans la procédure de remplacement entre praticiens, le système des redevances illustre à l'envi l'ambiguïté des relations –cette fois financières – liant les médecins et la clinique où ils exercent.

Le système le plus courant est donc celui de la redevance « *au pourcentage* », liant le remboursement des prestations fournies par l'établissement au volume d'activité pratiquée par le médecin. Il a déjà alimenté un contentieux, à peine « soldé » par une décision du 28 mai 1976 de la Cour de Cassation reconnaissant la validité légale de cette redevance : « *la clause [...] mettant à la charge du praticien une redevance au titre de certaines prestations servies par la clinique n'est pas nulle comme contraire à l'ordre public dès lors que le montant de la rétrocession d'honoraires correspond à l'évaluation normale des prestations et services assurés par l'établissement.* »

Une fois le principe acquis de la redevance, c'est son montant ou son mode de calcul qui a généré une abondante littérature judiciaire sans asseoir une jurisprudence reconnue par les parties, les médecins continuant d'estimer trop verser en regard des prestations servies alors qu'ils ont le sentiment de « faire vivre » l'établissement, les gestionnaires étant, à l'inverse, persuadés ne pas être justement rémunérés du coût des prestations engagées au bénéfice des seuls médecins !

Procès d'intention réciproque témoignant surtout du contentieux déjà évoqué et d'une inadaptation croissante lorsqu'il s'agit de le faire arbitrer par les juges, sachant que le registre du droit est inépuisable si le contrat ne prévoit qu'un pourcentage sans désigner plus explicitement les prestations servies !

Au point qu'il convient de se demander si le contrat d'exercice – qui exprimait initialement un partenariat de bonne foi, soucieux d'un formalisme minimal - n'est pas devenu un obstacle à une nouvelle dynamique tant il cristallise à lui seul les doléances réciproques.

Parvenus à ce point de leur histoire commune, les médecins des différentes spécialités opérant sur le plateau technique des cliniques et les établissements dans leur diversité ont en effet besoin de refonder de fonds en comble les clauses de leur partenariat.

L'impact de la T2A sur la concurrence public /privé

Une étude, publiée en mai 2010 sous le timbre de la DREES*, s'était donné pour ambition d'explorer les conséquences du déploiement de la T2A dans les établissements publics et privés. Deux établissements seulement constituaient la partie « établissements privés » de l'échantillon mis en observation (contre 6 « publics » ou PSPH).

Mais le travail a bien mis en évidence –malgré la difficulté à isoler, dans le secteur public, « l'effet T2A », d'autres réformes de comptabilité comme le passage à l'EPRD (État des Prévisions de Recettes et Dépenses) ou de gouvernance comme la mise en œuvre des pôles – que les établissements publics ont marqué des points en termes d'innovation managériale.

Des outils nouveaux ont été mis à disposition du dialogue entre le corps médical et le monde des gestionnaires d'établissements : tableaux de bord, indicateurs, outils d'analyse d'activité, CREA (Compte de résultat analytique), TCCM (Tableaux Coûts/Case Mix), fiches budgétaires, fiche de préparation de l'EPRD, ... Certains ont été depuis, abandonnés, trop sophistiqués sans doute et de trop piètre valeur ajoutée médicale pour être intégrés à la pratique quotidienne des chefs de pôles.

Mais leur existence même et la rapidité de leur déploiement attestent d'une dynamique peu évidente il y a cinq ans au moment de la mise en œuvre de la réforme. Le système d'information apparaît, pour le coup, bien moins partagé entre le pôle gestionnaire et le pôle médical en cliniques. Les outils restent largement à inventer, surtout avec le déploiement de la V11 de tarification (ajout des 4 niveaux de gravité)

Autre dossier à explorer : l'optimisation du « parcours de soins » des patients avec notamment une gestion beaucoup plus proactive de l'amont et de l'aval de la phase aigue. Le secteur public y a acquis une certaine expertise en obstétrique. Le chantier constituera un des prochains terrains de concurrence entre les deux secteurs avant le rendez-vous de la convergence tarifaire de 2018. On pense notamment à la politique des réseaux déployés dans les maladies chroniques majeures : cancérologie ou affections cardiovasculaires.

Même si celui-ci apparaît encore lointain, sujette à maints aléas politiques et économiques, cet horizon constitue une réelle opportunité de « benchmarking » et une obligation de résultats pour la capacité d'innovation organisationnelle du privé.

* *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé*, Série Etudes et Recherches, n°97, mai 2010

Chapitre 3 : les « leviers de réforme » contenus dans la loi HPST

Violemment combattue par une partie des médecins libéraux, la Loi HPST a été votée en 2009, publiée au JO du 22 juillet et le président de la République vient de promettre que la totalité de ses textes d'application serait elle-même publiée à la date anniversaire. Cette loi comporte plusieurs volets qu'on peut tenir pour autant de « leviers du changement », et dont deux justifient qu'on s'y attarde plus longuement :

- **la réforme de l'hôpital public**, transitant notamment par une réforme de sa gouvernance, préjudiciable à la représentation médicale même si le président de

la CME devient n°2 de l'établissement et la « prime » donnée au regroupement des établissements publics sous forme de « *Communautés Hospitalières de Territoire* ». Cette volonté de restructurer, à marche forcée, l'offre publique au niveau local ne pourra demeurer sans réponse de la part du secteur privé/libéral. Deux dispositions accessoires attestent d'une volonté de « re-muscler » l'offre publique : 1/l'interdiction faite à tout médecin hospitalier public de « migrer » dans la clinique voisine moins de deux ans après sa démission ; 2/ la possibilité offerte aux médecins libéraux de venir exercer à l'hôpital dans des conditions apparemment favorables, ...

- **la création des Agences Régionales de Santé (ARS)**. Opérationnelles depuis le 1^{er} avril dernier dans l'objectif, louable, de fédérer et mutualiser les moyens d'administrations antérieurement séparées : ARH, URCAM, MRS, DRASS, DDASS, GRSP, CRAM et d'étendre leur tutelle à l'ensemble du champ médical et médico-social. Deux acronymes résument le rôle futur de ces véritables « pivots » de la politique régionale de la santé :
 - le PRS (Plan Régional de Santé), promis pour la seconde moitié de l'année 2011 et qui comportera, au moins en filigrane, les grandes orientations stratégiques à moyen terme pour les acteurs de santé, le détail étant destiné à nourrir les diverses déclinaisons, notamment les SROS (Schéma régional d'Organisation Sanitaire, purement hospitalier d'une part, ambulatoire d'autre part) ;
 - le CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens), véritable texte conventionnel individuel fixant les droits et devoirs de tout « acteur de soins » : établissement, réseau, organisation de PDS, plateau technique, ...

Trois autres dispositions interpellent la communauté des cliniques et des médecins travaillant sur son plateau technique :

- la possibilité d'accès aux enveloppes MIG (Missions d'Intérêt Général), ouverte aux établissements privés : permanence des soins/AMU, soins palliatifs, formation des professionnels, ...
- l'encouragement aux rapprochements public/privé par le biais des GCSM (Groupements de Coopération Sanitaire et de Moyens)
- le cap clairement affiché, *a priori* pour 2012, sur la planification des installations libérales sous couvert de planification de la réponse aux besoins des patients, identifiés et « priorités » par le PRS.

En un mot la loi HPST propose rien moins que de rebattre les cartes d'un postulat tacite, une sorte de Yalta issu de l'histoire des institutions respectives, affectant à l'hôpital toutes les missions de santé publique tandis que la clinique constituait la réponse à la revendication des médecins libéraux de rester « *maîtres de leur outil de travail* ». Mais servait également de soupape utile pour répondre à une demande sociale inflationniste. Tous les acteurs sont aujourd'hui convoqués à la révision du paradigme sous la tutelle d'un véritable « Chef d'orchestre sanitaire ».

La loi HPST prend acte du caractère dépassé de ce clivage des tâches et des territoires auquel elle prétend substituer des instruments de convergence d'intérêts et de comportements, de

collaboration ville/hôpital, d'aménagement du territoire, de coopérations professionnelles, de « démocratie sanitaire » ... ou les représentants d'associations de patients sont quantitativement plus impliqués dans la réforme que ceux des professionnels.

Cette loi consacre ainsi l'affaiblissement du « pouvoir médical » dans la gestion décentralisée du système de santé, volonté devant être mise en parallèle avec le recul de la médecine libérale dans la co-gestion de la convention médicale. C'est ainsi que les médecins sont, paradoxalement, invités à prêter leur concours à une réforme qui consacre leur perte d'influence.

Au niveau régional en effet, la Loi HPST a prévu de « fondre » leur représentativité au sein de vastes URPS (Unions régionales des Professions de Santé) tout en balkanisant leur délégation en trois collèges distincts : généralistes, spécialistes et spécialistes intervenant sur un plateau technique.

La question posée à l'issue de ce troisième chapitre peut donc apparaître paradoxale : les médecins ont-ils intérêt à contribuer à la réussite d'une réforme qui leur est politiquement peu favorable et alors même que le contexte économique ne leur laisse plus d'espoir patrimonial ?

Chapitre 4 : Un partenariat collectif à refonder largement

A. Un pré-requis : la réforme des CME

La crise démographique qui se profile - aujourd'hui à peine entamée et en tout cas dans des proportions sans rapport avec celles qu'on connaîtra entre 2015 et 2025 - donne très clairement au médecin un statut de « denrée rare », évidemment valorisé aux yeux du pouvoir économique et politique des établissements privés.

A titre individuel, le médecin peut même demain postuler à un véritable statut de mercenaire ... A écouter l'économiste Claude Le Pen, les médecins spécialistes pourraient devenir les « stars du ballon rond » de demain, faisant négocier leur transfert par un « agent », profession déjà fonctionnelle sur le marché du recrutement à l'étranger.

Inversement, l'hospitalisation privée vient de se voir dotée d'une sorte d'arme de dissuasion nucléaire avec la possibilité de salarier ses médecins. Dès lors qu'une majorité de candidats à l'installation libérale aspire désormais à ce statut, on imagine la conséquence sur leurs aînés ... que faisait fuir cette simple hypothèse!

Après des années de symbiose économique, vecteur de croissance partagée entre médecins et propriétaires de cliniques, médecins ou pas, les germes d'un conflit durable s'invitent en cliniques. Avec des conséquences potentiellement létales pour les deux parties qui y risquent leur pérennité commune.

Etablir une nouvelle relation, stable, suppose de doter les deux parties d'un projet de « *développement durable commun* » dont le garant - et le gérant - serait une nouvelle CME, Conférence Médicale d'Établissement dotée simultanément de moyens et de l'accès à un tableau de bord économique et stratégique de l'établissement, sous produit de la tarification à l'activité.

Le législateur peut être également mis à contribution de cet objectif en soutenant l'évolution des établissements sur le modèle allemand des sociétés à directoire et conseil de surveillance, où le président de la CME serait, de droit et comme dans le secteur public, le numéro 2 du Directoire et sa signature devrait être exigée au bas du projet de CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) négocié avec le directeur d'ARS.

Outre le fait qu'elle rapprocherait utilement les statuts juridiques des établissements publics, privés et ESPIC (Établissements de santé privés d'intérêt collectifs), cette exigence trouve également sa légitimité dans l'histoire « capitalistique » des établissements dont la démarche est moins d'être rémunérés sur la rentabilité de l'entreprise que sur la plus value dégagée au moment de sa revente.

Or cette plus-value dépend moins de la capacité d'autofinancement des établissements que des dotations spécifiques abondées par l'assurance maladie. Nous ne sommes plus en présence d'entreprises libérales se développant grâce au résultat de l'activité et au levier de l'endettement mais en présence d'entreprises littéralement subventionnées, dont le développement est lié au bon vouloir politique des payeurs institutionnels.

La représentation institutionnelle des cliniques est objectivement réfractaire à cette hypothèse comme en atteste son lobbying hostile à l'amendement parlementaire qui envisageait cette co-signature, ou la teneur d'un récent débat organisée par la Fédération de l'Hospitalisation Privée de Languedoc Roussillon, excluant de la gouvernance tout autre légitimité que celle de l'actionnaire. Et cette position doctrinale n'est sans doute appelée à évoluer que sous l'effet d'une négociation sur la responsabilité de la CME dans la vie courante de l'établissement.

Le champ contractuel est infini : de la « police » des dépassements tarifaires par les médecins du secteur 2 opérant sur le plateau technique de l'établissement à la co-gestion des redevances ou des prescriptions de la LPPR insérés au forfait T2A en passant par les contraintes de la bureaucratie ordinaire : permanence des soins, documentation du dossier de tarification (comorbidités, etc...) ou par ce qu'on appelle les fonctions « transversales » (responsabilité des CLIN, des CLUD, ...) ou encore la cogestion de la démarche qualité (certification, DPC,...), décisive pour tout schéma stratégique, comme enfin l'information conjointe de l'utilisateur.

En un mot, la négociation doit cultiver une stratégie gagnant/gagnant.

Une évolution du statut de la CME est incontournable dans tous les scénarios d'évolution de l'hospitalisation privée et cette évolution transite par la dotation du statut de « personnalité morale » (GIE à adhésion obligatoire ?) apte à contractualiser et des moyens financiers minimaux de fonctionnement. Il est d'ailleurs loisible d'envisager un abondement partagé entre la communauté des médecins employés et l'établissement. Le président de la CME n'a évidemment pas vocation à exercer sa fonction à temps plein mais, à la façon d'un élu territorial, simultanément responsable devant ses mandants et l'administration. L'indemnisation de son temps passé est évidemment un autre pré-requis pour « réchauffer » les vocations et sortir de l'impasse actuelle.

Une étude conduite par l'URML Rhône-Alpes chiffrait il y a quelques années à 129 heures annuelles l'investissement en temps consenti par un président de CME. Si le pouvoir économique des établissements entend « professionnaliser » cette instance - et ce rapport milite en ce sens -, il doit impérativement contribuer à la sortir du bénévolat.

B. Une implication à conquérir avec l'hospitalisation publique

La Loi HPST est d'abord, on l'a vu, une loi de réforme hospitalière conçue sur la base des propositions du Sénateur Larcher, aujourd'hui président de la Haute Assemblée mais à l'époque de la Fédération Hospitalière de France, représentation politique des établissements publics.

Comme souvent, la loi cumule une mécanique protectionniste et des mesures d'ouverture. Au chapitre du protectionnisme, l'interdiction faite aux praticiens publics d'intégrer une clinique privée voisine avant un « délai de carence » assez péjoratif de deux ans. A l'inverse, un établissement public pourra recruter un praticien privé sous statut de « clinicien hospitalier », ... *a priori* avantageux !

Et, au chapitre de l'ouverture, deux dispositions nouvelles (précédemment citées) :

- Le premier dispositif nouveau est celui l'accès possible du secteur privé aux MIG, (Missions d'Intérêt Général), jusqu'ici exclusivité du secteur public. C'est ainsi que les cliniques pourront prétendre assumer des missions qui leur étaient peu ou prou interdites : formation initiale des professionnels, recherche, éducation et prévention pour la santé, AMU, soins palliatifs, ... S'il est difficile d'imaginer l'usage qui sera fait de cette opportunité, sa formalisation juridique équivaut à une sorte de reconnaissance légale du secteur privé sur le champ de la santé publique en assurant une distinction entre la conception organique et fonctionnelle du service public.

- Le second est aussi prometteur, avec une grande latitude abandonnée aux GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) dans le mode de rétribution des praticiens concernés. Là encore, la loi ne fait qu'édicter une faculté largement abandonnée à la capacité d'impulsion des directeurs d'ARS mais son existence interpelle le monde libéral : doit-il participer à la restructuration du secteur hospitalier public ou au contraire cultiver sa propre dynamique à l'abri des barrières idéologiques qui, par exemple, reportent à 2018 la convergence tarifaire !

Plusieurs facteurs contribuent à ce que la médecine libérale en établissement de santé privé et la médecine hospitalière publique coopèrent plus intimement :

- La complexification des pathologies et l'hyperspécialisation des praticiens impliquent une plus grande place concédée à la coordination ville/hôpital : l'exemple de la concertation organisée en cancérologie s'avère, à cet égard, assez probant.

- L'évolution prévisible des statuts : la césure introduite dans l'unité du corps médical par la réforme Debré de 1958 trouve ses limites naturelles dans une crise démographique partagée, obligeant à des révisions idéologiques urgentes.

- Les mentalités elles-mêmes sont un facteur d'intégration : à la question du statut « idéal », les jeunes générations d'internes ou chefs de cliniques répondent majoritairement « exercice mixte », avec une composante sous statut public à temps partiel et une composante libérale, modulable...

Comme souvent l'enjeu est paradoxal et l'évolution des mentalités publiques dépend autant de la capacité d'insertion du privé dans le service public que de l'aptitude des praticiens publics à réviser leur paradigme « hospitalo-centré ».

C. Une place nouvelle à revendiquer dans la société pour toute la communauté médicale libérale

Le secteur hospitalier, public comme privé, a connu avec les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), un interlocuteur unique avec qui le dialogue a souvent pu se révéler fécond. Dans de nombreuses régions, il a pu accompagner, voire impulser, une authentique reconfiguration de l'hospitalisation privée, contraindre à des rapprochements peu « spontanés », organiser des « mariages de raison » qui perdurent.

Leurs directeurs n'ont généralement pu mener à bien cette mission que du fait de leur proximité du terrain. En ira-t-il pareillement avec les Directeurs d'ARS, Agences Régionales de Santé ? A leur décharge un agenda hyperchargé, à leur crédit, un élargissement bienvenu de leur champ de compétence : avec le secteur libéral et le secteur médico-social, le champ de la régulation régionale s'étend considérablement et, avec lui, le champ de la contractualisation possible. Comme les hôpitaux, et sans qu'ils aient nécessité d'un cadre juridique *ad-hoc*, les cliniques pourront s'impliquer en amont et en aval de l'épisode aigu qui génère les flux de patients. Les maisons ou pôles de santé, l'HAD, les soins de suite sont autant de sujets dans lesquels les directeurs d'ARS seront demandeurs d'initiatives.

L'ARS deviendra vite le « guichet unique » de l'innovation médico-sociale. Les médecins spécialistes libéraux vont devoir en trouver le chemin. Et rapidement puisque l'élaboration des SROS ambulatoires –une première ! – est programmée pour l'année en cours. Même si le calendrier en apparaît excessivement ambitieux, même si leur participation directe n'est en aucune façon prévue, balisée, organisée, il leur incombe de s'inviter dans la phase de concertation. Deux chemins leurs sont imposés :

1/ La voie électorale : malgré (ou grâce à) la balkanisation de la représentation professionnelle au sein des futures URPS (Unions Régionales des Professions de Santé), une prime politique ira aux avocats d'une politique fédératrice, dotée d'un projet unitaire. Dans ce dessein particulier, la médecine spécialisée a une carte spécifique à jouer qui lui était paradoxalement moins aisée dans le cadre d'un face à face avec la médecine générale. Les paramédicaux fréquentés dans les réseaux seront autant d'alliés objectifs au moment de la constitution des exécutifs d'URPS.

2/ La voie partenariale. Si la représentation des professionnels est confidentielle dans les instances délibératives de l'ARS, celle des représentations de patients l'est beaucoup moins et la recherche régionale d'alliances est une obligation. Le dialogue n'est, encore une fois, ni spontané, ni facile, ni dénué d'arrière pensées réciproques. Un exemple –celui de l'URML de la région Aquitaine, à l'origine de la négociation d'une « Charte » injustement méconnue – atteste pourtant de la réalité d'un partenariat possible.

La double démarche qualité/sécurité des soins constitue le terrain idéal de ce nouveau partenariat médecins/patients et il appartient aux praticiens d'en prendre l'initiative. En d'autres termes, si la médecine libérale se met en état d'incarner les valeurs de proximité, d'accessibilité et de qualité/sécurité des soins –et un mot de « citoyenneté » professionnelle - alors sa pérennité est assurée.

Alain Coulomb