

Rapport à Madame Marisol Touraine Ministre des affaires sociales et de la santé

L'activité libérale dans les établissements publics de santé

Dominique LAURENT
Conseillère d'État
31 mars 2013



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 19 OCT. 2012

CAB POS - EP/MB - Me D12 - 5881

Madame la Conseillère d'Etat,

Dès son installation, le Gouvernement de M. Jean-Marc AYRAULT s'est attaché à mettre un terme aux dépassements abusifs d'honoraires pratiqués en médecine de ville et à encadrer la pratique des dépassements. Dans ce but, j'ai été amenée à fixer au directeur de l'UNCAM un mandat de négociation visant à définir les conditions et limites dans lesquelles ces dépassements peuvent être demandés aux patients.

L'objectif est de répondre aux engagements du Président de la République de garantir aux Français un accès effectif aux soins. La négociation sur ce sujet est engagée et doit déboucher prochainement sur des mesures de régulation de caractère conventionnel, et à défaut d'accord, législatif.

Une fois finalisées, ces dispositions auront vocation à s'appliquer aux honoraires pratiqués par les praticiens hospitaliers dans le cadre de leur exercice libéral au sein de l'hôpital public. Les honoraires perçus à cette occasion obéissent en effet aux mêmes règles conventionnelles que celles applicables à la médecine de ville.

Toutefois, compte tenu de sa spécificité et de son caractère dérogatoire, l'exercice de l'activité libérale au sein de l'hôpital public est soumis à un régime d'autorisation qui lui est propre. Ce dispositif a été maintenu, depuis sa création en 1958, dans le but de préserver l'attractivité du secteur public et fait depuis l'objet d'un encadrement strict pour pallier les risques d'abus ou les dérapages souvent constatés. Ces dispositions, dans leur principe, conservent toute leur utilité.

La limitation à venir des dépassements d'honoraires excessifs aura sur le régime d'autorisation de l'exercice libéral à l'hôpital public des incidences qui nécessitent un examen attentif et une réponse spécifique.

C'est pourquoi j'ai décidé d'engager une réflexion sur cette question et de mettre en place une mission centrée sur le régime des honoraires et de l'activité libérale à l'hôpital public, et je vous remercie d'avoir accepté d'en assurer la responsabilité.

Madame Dominique LAURENT
Conseil d'Etat
1 place du Palais Royal
75001 PARIS

Votre mission aura un double objectif :

1. Tirer les conséquences, pour ce qui est de l'exercice libéral à l'hôpital, des travaux conduits dans le cadre de la médecine de ville pour définir les règles applicables aux dépassements d'honoraires.

La mission devra veiller à la transposition complète dans le régime d'autorisation de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à l'hôpital public de ces nouvelles règles.

Elle devra également, d'une manière plus générale, apprécier l'impact de ces nouvelles mesures dans toutes leurs dimensions.

2. Analyser, compte tenu de cette nouvelle donne, la pertinence des critères et conditions retenus aujourd'hui pour autoriser l'exercice libéral à l'hôpital, et formuler des propositions de mesures visant à en garantir le respect et à en contrôler l'application.

De nombreux rapports d'inspection et de contrôle ainsi que les actions contentieuses engagées sur ce sujet au cours des cinq dernières années ont souligné les limites de la réglementation actuelle et de son application. Il s'agira d'examiner les différentes dispositions existantes qui conditionnent l'activité privée réalisée par chaque praticien (notamment l'encadrement en nature et dans le temps de l'activité réalisée, le dénombrement de l'activité personnelle...) et la subordonnent au paiement d'une redevance calculée en proportion des honoraires perçus, de les confronter aux missions de service public de l'hôpital pour en apprécier l'efficacité, et le cas échéant, de proposer d'autres dispositions.

Les différents rapports précités ont aussi mis en évidence l'inapplication ou l'irrespect de la réglementation actuelle. Il appartiendra à la mission de proposer des mesures permettant d'améliorer l'effectivité des règles encadrant l'activité libérale en assurant :

- le contrôle effectif du respect des dispositions applicables aux dépassements d'honoraires : information du patient, affichage des tarifs, devis obligatoire si l'acte ou la prestation (dépassement compris) est d'un montant égal ou supérieur à 70 €, consentement du patient ou de ses ayants-droit à recueillir formellement par écrit préalablement à toute prise en charge,
- le contrôle du respect des conditions d'accès aux soins dans le secteur public : l'effectif et les pratiques des médecins exerçant une activité libérale dans une même structure ne doivent pas réduire ou retarder l'accès de l'ensemble de la population aux soins relevant de l'activité publique,
- la connaissance et le suivi régulier par les systèmes d'information, des montants des dépassements facturés. De façon plus générale, il semble nécessaire d'engager des travaux conjoints pour améliorer la connaissance des revenus et de l'activité réels des praticiens.

Dans ce but, des propositions pouvant concourir à renforcer les missions de contrôle des commissions locales d'activité libérale (CLAL) pourront être faites, ainsi que la généralisation des bonnes pratiques de contrôle de l'activité libérale conduites dans certains établissements de santé.

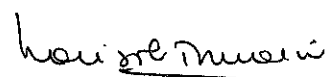
Afin d'élaborer ces différentes propositions, il vous est demandé de réunir, sous votre présidence, un groupe de travail qui sera composé de représentants des différentes parties concernées par ces questions, qu'il s'agisse des praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé, des présidents de commissions médicales d'établissement, des directeurs d'hôpitaux, de l'Ordre national des médecins, de la Fédération hospitalière de France, des représentants des usagers, de l'UNCAM et des directeurs généraux des Agences régionales de santé.

Ce groupe présidé par vos soins pourra procéder à toute audition qui lui paraîtra utile à l'avancée de ses réflexions, notamment des représentants de syndicats de praticiens hospitaliers. Il pourra bénéficier, pour l'organisation de ses travaux, du concours de la direction générale de l'offre de soins, qui assurera son secrétariat et en tant que de besoin, de l'appui de la direction de la sécurité sociale.

Je souhaite que vous me rendiez vos conclusions pour le 15 janvier 2013.

Je vous prie d'agréer, Madame la Conseillère d'Etat, l'expression de ma sincère considération.

Cordialement,



Marisol TOURAINE

TABLE DES MATIERES

Lettre de mission	1
Table des matières	4
I. Présentation générale.....	6
I.A. Un secteur singulier par son double visage	6
I.B. Un secteur quantitativement réduit mais emblématique	7
I.C. Un secteur discuté	8
I.D. Une activité reconnue comme utile aux établissements publics de santé.....	8
I.E. Maintenir l'activité libérale.....	9
I.F. Mieux contrôler l'activité libérale.....	10
I.G. Travaux du groupe : réunions et auditions.....	11
II. Appliquer de manière adéquate aux praticiens exerçant en établissement public de santé l'avenant n°8 à la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les syndicats des médecins libéraux.....	12
II.A. Pratique et sanctions de la tarification excessive : recommandations de la mission :	12
II.A.1. Contenu de l'avenant :.....	12
a) La régulation des dépassements excessifs : la notion de « pratique tarifaire excessive », définition et critères d'appréciation.....	13
b) Sanctions conventionnelles en cas de dépassement excessif	14
II.A.2. Recommandations.....	16
a) La représentation des médecins hospitaliers exerçant une activité libérale doit être mieux assurée au niveau des commissions paritaires	16
b) Les critères de l'expertise et de la compétence du praticien doivent être pris en compte.....	16
c) Les taux de dépassement dans certaines zones géographiques peuvent être adaptés	17
d) L'information sur l'avenant n°8 doit être assurée par les CAL et la publicité et la diffusion des sanctions prononcées par les CPAM doivent être assurées par la CNAMTS.....	18
e) La désignation d'un référent national au sein du ministère chargé de la santé est proposée	19
f) Les conséquences d'une sanction de déconventionnement prononcée à l'encontre d'un praticien sur son exercice libéral à l'hôpital doivent être prévues par une disposition législative	19
g) L'hypothèse de la création d'une sanction financière spécifique s'ajoutant aux sanctions de l'avenant n°8 doit être écartée	20
II.B. Le contrat d'accès aux soins : caractéristiques et recommandation de la mission	21
II.B.1. Caractéristiques du contrat d'accès aux soins :	21
II.B.2. Recommandation de la mission : diffuser les informations sur le contrat d'accès aux soins auprès des praticiens hospitaliers.....	22

III.	Assurer le respect des critères d'autorisation de l'activité libérale	23
III.A.	Le champ des praticiens concernés : Pas de changement demandé	23
III.B.	L'autorisation du DG ARS et la signature d'un contrat d'activité libérale : institution d'une commission régionale auprès de l'ARS et introduction de nouvelles clauses type dans les contrats.....	24
III.C.	Critères de temps et de volume maximum dévolus à l'activité libérale : maintenir les critères existants mais se doter d'outils de recueil informatisé de l'activité publique	26
III.C.1.	Le praticien doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier.....	26
a)	Faire en activité libérale des actes pratiqués dans le secteur public :.....	26
b)	Le praticien doit réaliser lui-même et personnellement les actes.....	27
c)	Les praticiens ne peuvent effectuer certains actes exclusivement dans le secteur privé	27
III.C.2.	La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens	27
III.C.3.	Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.	28
III.D.	L'institution d'un plafond de cumul de rémunérations n'est pas retenue	29
III.E.	Mieux garantir l'information du patient.....	30
III.F.	Permettre un choix non ambigu du secteur libéral par le patient par l'élaboration d'une charte de l'activité libérale au niveau de chaque hôpital.....	31
III.G.	La charte doit veiller à la réduction des écarts de délais de rendez vous entre les deux secteurs.....	31
III.H.	Mode de perception des honoraires : maintenir l'option existante.....	33
III.I.	Institution d'une clause de non concurrence	33
IV.	Mieux contrôler l'activité libérale	35
IV.A.	Renforcer le rôle des CAL et des CCAL	35
IV.A.1.	Modifier la composition de la CAL et de la CCAL pour garantir leur indépendance	35
IV.A.2.	Renforcer les pouvoirs et les compétences des CAL.....	36
IV.A.3.	Doter la CAL de moyens de fonctionnement en continu	38
IV.B.	Instituer auprès du DG ARS une commission régionale de l'activité libérale compétente pour donner un avis sur les sanctions.....	38
IV.B.1.	Compétence de la commission régionale d'activité libérale	38
IV.B.2.	La composition de la commission régionale de l'activité libérale doit s'inspirer de celle des CAL et être présidée par un magistrat.....	39
IV.B.3.	Suppression de la commission nationale et création d'un référent national	39
V.	Conclusion.....	41
VI.	Composition du groupe de travail	43

« L'activité libérale dans les établissements publics de santé »

I. Présentation générale

I.A. Un secteur singulier par son double visage

Ce qui est communément appelé activité libérale à l'hôpital désigne une activité libérale exercée dans les murs des établissements publics de santé (EPS).

Plus précisément, il s'agit de la faculté offerte, dans un cadre défini par la loi, à certains médecins de statut hospitalier, de délivrer des soins dans les conditions de la médecine de ville au sein des établissements publics de santé dans lesquels ils exercent.

Autrefois appelée « secteur privé », l'« activité libérale » a été ainsi dénommée par la loi du 21 janvier 1987. Cette activité libérale est par définition réservée aux EPS et n'existe pas dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Ce dispositif, qui permet l'exercice d'une activité privée au sein d'un établissement public par des agents publics, constitue une singularité dans notre paysage public et ne connaît pas d'équivalent.

D'une part, en tant que le médecin exerce **dans les conditions de la médecine de ville**, il est librement choisi par le patient, ses actes sont cotés selon la Classification Commune des Actes Médicaux pris en charge par la sécurité sociale et **il est soumis, en ce qui concerne la fixation de ses honoraires, aux règles précisées par la convention en vigueur conclue entre les organisations syndicales de médecins d'exercice libéral et l'union nationale des caisses d'assurance maladie.**

D'autre part, en tant que le médecin qui exerce une activité libérale est un **praticien hospitalier** statutaire et utilise les moyens de l'hôpital public pour pratiquer son art, **il est soumis à un régime d'autorisation administrative et acquitte à l'établissement public de santé une redevance pour service rendu.**

Il s'en suit, pour ce dispositif au double visage, un système complexe de contrôle pour lequel plusieurs catégories d'institutions sont compétentes:

-les commissions de l'activité libérale (CAL), et , pour l' Assistance -Publique de Paris (AP-HP), l'Assistance publique de Marseille (APHM)et les Hospices civils de Lyon(HCL), les commissions centrales de l'activité libérale (CCAL), qui surveillent l'activité libérale au sein des hôpitaux; **les Agences régionales de santé (ARS)** dont les directeurs généraux accordent les autorisations d'exercice, peuvent les suspendre ou les retirer, et, le cas échéant, en cas de recours contentieux, l'intervention préalable de la **commission nationale de l'activité libérale**, puis, la compétence de la **juridiction administrative** lorsqu'elle est saisie (tribunaux administratifs, cours administratives d'appel , Conseil d'Etat) ;

-L'UNCAM qui négocie les conventions avec les médecins d'exercice libéral, **la CNAMTS qui en gère l'application**, les **caisses primaires d'assurance maladie** qui assurent le remboursement des actes, et, au plan juridictionnel, la juridiction spécialisée de la sécurité sociale (tribunaux des affaires de sécurité sociale) ou la section des assurances sociales (SAS) de l'Ordre des médecins sur saisine de l'assurance maladie;
-la juridiction disciplinaire de l'ordre des médecins pour la déontologie lorsque sont mises en jeu les notions de « tact et de mesure » applicables aux honoraires des médecins, sur plainte de patients.

Un tel morcellement du contrôle rend naturellement difficile l'appréhension et le suivi de cette activité.

I.B. Un secteur quantitativement réduit mais emblématique

L'activité libérale dans les EPS concerne en France (en 2011) 4581 médecins hospitaliers, soit seulement 10 % des 45 900 praticiens hospitaliers exerçant à temps plein qui sont éligibles à cette activité. Il s'agit des personnels relevant des catégories suivantes : les praticiens hospitalo-universitaires (PUPH), les praticiens hospitaliers (PH) temps plein, les maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les assistants hospitalo-universitaires (AHU) et les chefs de cliniques(CCA). Ce nombre de 4581 est à rapprocher du nombre des médecins salariés exerçant à titre exclusif dans des établissements de santé, publics ou privés, qui est de l'ordre de 89 000 (soit 5,1%).

Le nombre de 4581 médecins est à rapporter également à celui des médecins **libéraux non hospitaliers qui sont environ 113 000** : l'activité libérale à l'hôpital concerne donc **moins de 4% du total des praticiens libéraux, hospitaliers compris**, et le volume d'honoraires en cause représente **1,8% de l'ensemble de la masse des honoraires perçus dans l'ensemble du secteur libéral**.

L'activité libérale est exercée principalement par des PH (77,1%) et pour 22,9% par des hospitalo-universitaires. Dans les CHU, la proportion est inversée : ce sont les PUPH qui exercent principalement cette activité : 62% d'hospitalo-universitaire et 38% de PH (à l'AP-HP par exemple 76% des contrats sont signés par des hospitalo-universitaires contre 24% par des PH), tandis que dans les centres hospitaliers, les PH sont les seuls à l'exercer.

Dans les CHU comme dans les CH, l'activité libérale se concentre surtout sur les disciplines chirurgicales et l'obstétrique, la cardiologie et la radiologie. Pour la chirurgie, toutes les disciplines sont concernées (chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, chirurgie cardiaque, chirurgie infantile, ophtalmologique, ORL, urologie...). Les disciplines médicales sont concernées dans une moindre mesure : médecine interne, neurologie, hépato-gastro-entérologie et dermatologie.

Il s'agit souvent de praticiens dont la notoriété est forte et dont l'activité libérale la plus importante, pour les CHU, se concentre sur la fin de carrière.

L'activité libérale est connue des usagers et considérée par eux comme **un secteur d'excellence** qui doit être accessible: assurance d'une médecine de recours renommée et compétente, souci d'une prise en charge personnalisée, confiance dans la médecine de pointe de l'hôpital public, rapidité de la prise en charge ; ces attentes multiples attachent

l'opinion publique à cette activité qu'elle voudrait **exemplaire** et qu'elle critique pour les dépassements importants d'honoraires qui y sont parfois pratiqués et qui assurent un accès aux soins plus rapide qu'en secteur public .

Ainsi, bien que le nombre de praticiens concernés soit réduit, le secteur de l'activité libérale joue un rôle tout à fait **emblématique** dans le paysage hospitalier, quelles que soient les polémiques qu'il a souvent suscitées.

I.C. Un secteur discuté

En effet, l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital n'a jamais fait l'objet d'un consensus mais a, au contraire, donné fréquemment lieu à des polémiques, tant dans son principe que dans ses modalités.

Sur le principe, l'existence au sein d'une même entité publique et dans un même lieu c'est-à-dire dans les murs mêmes de l'établissement public de santé d'une activité libérale, qui est, par nature, distincte de l'activité publique de l'établissement, et dont les règles et le niveau des tarifs et honoraires sont si profondément différents de celles en vigueur à l'hôpital, n'ont pas manqué de soulever des questions d'éthique et en particulier celles des risques d'atteinte à l'égalité d'accès de chacun à des soins de qualité. L'activité libérale ne crée-t-elle pas, selon certains, un clivage jugé inadmissible entre une « médecine de riches » et une « médecine de pauvres » ?

En ce qui concerne **les modalités** selon lesquelles s'exerce cette activité, les débats aussi ont été incessants : entre, d'une part, les tenants de la liberté absolue, inhérente à une activité privée libérale fondée sur la compétence et l'expertise des praticiens et qui répond à une demande des patients, et, d'autre part, les tenants de l'encadrement strict d'une activité, exorbitante du droit commun, exercée au sein de l'hôpital, utilisant des deniers publics et s'adressant à des personnes en situation de faiblesse du fait de leur état de santé.

I.D. Une activité reconnue comme utile aux établissements publics de santé

L'activité libérale a été prévue dans les hôpitaux publics, comme le rappelle la lettre de mission du 19 octobre 2012 de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, par *l'ordonnance du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale*, dite « Ordonnance Debré ».

Elle a été admise dans le but d'assurer **l'attractivité de l'hôpital public tant vis-à-vis des praticiens que des patients**. Il s'agissait d'inciter les praticiens, qui exerçaient alors à l'hôpital mais avaient aussi un cabinet en ville, à s'engager à temps plein dans le statut hospitalo-universitaire afin que, grâce à eux, les hôpitaux deviennent des pôles de recherche et de soins ouverts à tous les malades. Un dispositif dit de « secteur privé » a ainsi été autorisé dans les hôpitaux publics et a réussi pleinement son office : le maintien d'un secteur privé, associé à la création des statuts temps plein des médecins hospitalo-universitaires, ont permis le succès de la mise en place des CHU.

Toutefois, des abus et des dérives non maîtrisées sont apparus ici ou là et ont donné lieu à de vives controverses, de sorte que le secteur privé, dont l'abrogation faisait partie du programme du candidat à la Présidence de la République, François Mitterrand, a été supprimé par la loi du 29 octobre 1982. Il n'a été maintenu par cette loi qu'à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 1986.

Le gouvernement issu des urnes en mars 1986, a fait valoir que la suppression définitive de l'activité libérale à l'hôpital entraînerait des risques de désaffection vis-à-vis de l'hôpital public de la part de jeunes médecins qui seraient alors attirés par l'installation en ville ou dans des cliniques privées, ce dernier secteur étant alors en pleine expansion ; il a fait le choix de procéder, en vue d'éviter ces risques, au rétablissement de cette activité.

La loi portant diverses dispositions d'ordre social du 21 janvier 1987, qui a été votée alors, n'a pas rétabli le « secteur privé » antérieur, mais a organisé un régime d'autorisation par l'autorité administrative (alors le Préfet de Département) de la pratique de l'activité libérale à l'hôpital, prenant soin d'interdire les « lits privés ». La loi a contingenté l'activité au cinquième de la durée hebdomadaire de service public, a exigé du praticien l'exercice d'une activité publique au moins égale à celle de son activité privée, et a placé cette activité sous le contrôle d'une commission de l'activité libérale instituée dans chaque hôpital.

Les contrôles exercés sur l'activité libérale demeurent toutefois d'inégale efficacité et laissent perdurer des dérives non sanctionnées, qu'il s'agisse des dépassements d'honoraires ou des excédents d'actes ou de consultations par rapport à ce qui est légalement autorisé. Ainsi, si 25 ans après la loi de 1987, l'activité libérale à l'hôpital demeure nécessaire et utile aux établissements publics de santé, elle doit être mieux contrôlée.

I.E. Maintenir l'activité libérale

Le débat qui a surgi l'année dernière au sujet des dépassements d'honoraires des praticiens exerçant une activité libérale en établissement public de santé s'inscrit dans ce contexte : plus que l'existence même de l'activité libérale, ce sont les modalités de son exercice qui sont en cause. La lettre de mission de Madame la ministre entend clairement préserver l'activité libérale mais demande une réflexion et des propositions pour qu'elle soit mieux encadrée.

Les membres du groupe de travail ont en effet tous souligné l'intérêt de ce secteur pour les établissements publics de santé :

- il permet aux EPS de **retenir en leur sein des praticiens hospitaliers de haut niveau**, évitant ainsi des départs vers le secteur privé libéral de praticiens longuement formés dans le secteur public. Il garantit aux établissements le maintien de ces praticiens dans les disciplines dont ils ont besoin pour leur activité et dont ils ne doivent pas être privés, notamment en chirurgie ;

- il assure en effet à ces praticiens un **complément de revenus** qui permet d'atténuer la **différence** entre le niveau des rémunérations en vigueur dans le secteur public et le **niveau de rémunérations offert par le secteur libéral**. L'ouverture récente de

certaines missions de service public au secteur privé lucratif présente un risque d'affaiblissement de l'attractivité des carrières hospitalières dès lors que l'enseignement et la recherche et l'accès aux plateaux techniques du plus haut niveau ne sont plus l'exclusivité du service public hospitalo-universitaire. Enfin, l'activité libérale permet aux praticiens de se constituer un **complément de retraite**, compte tenu notamment des spécificités des retraites des hospitalo-universitaires, assises sur la seule part universitaire de leur traitement.

-cet effet d'attractivité joue aussi **pour les centres hospitaliers qui ne sont pas des CHU** mais qui sont confrontés à la forte concurrence du secteur libéral. L'activité libérale à l'hôpital permet en effet de rendre plus attractives les carrières en établissement public de santé **dans plusieurs disciplines confrontées à d'importantes tensions sur le plan démographique.**

-le secteur libéral permet également d'attirer vers les établissements publics de santé des patients différents de ceux qui s'adressent habituellement à ces établissements, ce qui diversifie le recrutement des malades, dans l'intérêt de la recherche clinique et de l'amélioration de la qualité des soins.

-il apporte enfin un **surcroît de ressources** pour les établissements publics de santé, même si le produit de la redevance ne représente qu'une part très résiduelle des ressources des établissements (70 millions d'euros, soit 1 millième du total des recettes hospitalières). Ces recettes ne viennent d'ailleurs pas en atténuation de la facturation à l'activité de l'établissement financée par l'assurance maladie, ce qui constitue un avantage supplémentaire pour l'EPS.

Toutefois, les membres du groupe de travail ont relevé que l'activité libérale en établissement public de santé ne saurait, à elle seule, résoudre toutes les questions posées par le niveau et par l'inégalité des rémunérations des praticiens hospitaliers des établissements publics de santé en raison des différences existantes entre les disciplines : en effet l'exercice d'une activité libérale n'est pas praticable dans toutes les disciplines et l'indemnité d'engagement de service public exclusif perçue par les praticiens qui n'exercent pas d'activité libérale (d'un montant de 487 euros bruts mensuels) a suivi l'évolution du point d'indice de la fonction publique sans autre revalorisation depuis sa création en 2000. Le maintien de l'activité libérale ne saurait dispenser de l'examen de la question de la rémunération des praticiens hospitaliers, qui n'est toutefois pas l'objet direct de la présente mission. Enfin, pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus, la mission n'a pas retenu les demandes de certains syndicats hospitaliers de réduire la part de la rémunération publique des praticiens exerçant une activité libérale pour tenir compte de cette activité libérale. Une telle hypothèse ruinerait naturellement l'effet attractif recherché.

I.F. Mieux contrôler l'activité libérale

Si la lettre de mission consacre l'existence du secteur libéral, elle n'en relève pas moins le caractère dérogatoire du régime auquel les praticiens hospitaliers exerçant une activité sont soumis, en précisant que ce régime doit être strict pour éviter les risques d'abus : il n'a donc pas été envisagé par le groupe de libéraliser les critères existants de l'activité libérale mais plutôt de faire en sorte qu'ils soient mieux appliqués et mieux respectés.

Les membres du groupe de travail ont été unanimes sur ce dernier point : les abus, même s'ils sont peu nombreux et émanent d'une petite minorité, pervertissent le système, et il doit y être apporté un terme dans le but de préserver la pérennité du secteur libéral, nécessaire pour les raisons développées ci-dessus. Les dérapages en effet ont nui à l'image des médecins et de l'hôpital dans l'opinion. Les dépassements excessifs d'honoraires sont mal supportés par les patients.

Les membres du groupe de travail ont axé leurs réflexions sur les possibilités d'un contrôle plus efficace de l'activité libérale pour mettre fin à ces déviances préjudiciables au dispositif d'ensemble. Ils ont mis l'accent sur **une meilleure intégration de l'activité libérale au sein de l'organisation générale des établissements**.

I.G. Travaux du groupe : réunions et auditions

Les travaux de la mission se sont étendus sur **une période de 4 mois**, ce qui a permis, à **raison de deux séances par mois**, soit huit réunions au total, des échanges et des discussions approfondies entre toutes les parties prenantes sur la base de leurs contributions écrite et orale : représentants des médecins, des directeurs d'hôpitaux, des usagers, des commissions de l'activité libérale, mais aussi de l'assurance maladie, de la FHF, de l'ordre des médecins et des directeurs généraux des ARS (cf. VI. la composition du groupe de travail). Je remercie les membres de cette commission pour l'esprit constructif et ouvert dans lequel ils ont participé à ces travaux. Je remercie également les responsables de la direction générale de l'offre de soins et de la direction de la sécurité sociale pour leur contribution et leur soutien efficace tout au long de la durée de la mission.

Des **auditions** ont été effectuées également par le groupe, tant des cinq syndicats de médecins représentatifs, que de personnalités compétentes ou d'experts (cf. en annexe la liste des auditions).

Les travaux du groupe se sont concentrés sur les **trois séries de sujets** contenus dans la lettre de mission et qui constituent les trois composantes du présent rapport :

- 1) **la transposition à l'activité libérale en établissement public de santé de l'avenant n°8** signé entre l'UNCAM et les syndicats de médecins d'exercice libéral dans sa partie relative aux dépassements d'honoraires et au contrat d'accès aux soins;
- 2) **l'examen des critères d'autorisation** de l'activité libérale et des questions que soulève leur application, ainsi que **les propositions** faites pour y répondre;
- 3) l'étude du **contrôle de l'activité libérale** effectué par les commissions de l'activité libérale (CAL) et **des sanctions** susceptibles d'être prononcées en cas d'irrespect des critères, et les **propositions** formulées pour mieux traiter ces situations.

II. Appliquer de manière adéquate aux praticiens exerçant en établissement public de santé l'avenant n°8 à la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les syndicats des médecins libéraux

D'après les chiffres publiés par la CNAMTS en 2011, s'agissant des praticiens exerçant une activité libérale dans un EPS, **1933** de ces 4581 praticiens sont **en secteur 2 (soit 42%)**, les praticiens exerçant une activité libérale **en secteur 1** étant **2648**, soit **58%**).

Pour ces praticiens hospitaliers en secteur 2 exerçant une activité libérale à l'hôpital, la moyenne des dépassements est de **35 773 euros par praticien, avec une dispersion comprise entre 8 000 et 60 000 euros**. Le rapport de l'IGAS de 2007 sur « les dépassements d'honoraires médicaux » a fait apparaître que les dépassements d'honoraires dans le secteur 2 sont en moyenne plus élevés dans le secteur hospitalier public que dans le secteur privé (34 261 euros par praticien contre 30 804 dans le privé).

Il ne fait pas de doute que les dispositions de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux s'appliquent aux médecins exerçant une activité libérale en EPS en vertu de la combinaison de *l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale* qui prévoit qu'une convention règle les relations des « *médecins d'exercice libéral* » et les caisses d'assurance maladie et de *l'article L 6154-1 du code la santé publique (CSP)* qui prévoit le régime des praticiens exerçant « *une activité libérale* » en EPS : ceux-ci en effet adhèrent à la convention médicale signée entre l'UNCAM et les représentants des syndicats de médecins libéraux. Dans la totalité des cas, ils sont conventionnés en secteur 1 ou 2. La mission a écarté l'hypothèse de revenir sur l'application de cet avenant à ces praticiens, même si ses dispositions les inquiètent, car une telle hypothèse, qui impliquerait une disposition législative de portée rétroactive, ne serait ni justifiée ni comprise. Le choix de la mission a été de veiller à l'application pertinente de l'avenant à cette catégorie de praticiens.

Pour autant, relevons qu'aucune des dispositions législatives ou réglementaires relatives à l'exercice libéral en EPS ne conditionne explicitement cet exercice à l'adhésion à la convention en secteur 1 ou 2, ni n'exclut de cet exercice les praticiens en secteur 3 (dits « non conventionnés »), les dispositions réglementaires en vigueur (*article R4127-53 du CSP*) se bornant à rappeler *l'obligation déontologique du respect du tact et de la mesure vis-à-vis du patient dans la fixation des honoraires*. Nous y reviendrons plus loin.

II.A. Pratique et sanctions de la tarification excessive : recommandations de la mission :

II.A.1. Contenu de l'avenant :

L'avenant n°8, qui a été signé par les organisations syndicales de médecins libéraux le 20 octobre 2012 et a été approuvé par arrêté interministériel du 29 novembre 2012, s'est attaché à maîtriser pour l'avenir le développement de la pratique des dépassements d'honoraires par les médecins libéraux, pratique qui porte, pour les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale, sur des montants de dépassements en progression au cours des quinze dernières années (cf. le rapport de l'IGAS précité).

A cette fin, l'avenant a prévu deux séries de dispositions dont la mission a examiné les répercussions sur le secteur de l'activité libérale à l'hôpital. Il s'agit de la définition de la pratique tarifaire excessive et du contrat d'accès aux soins qui sera traité plus loin.

Ces dispositions ont été présentées au groupe de travail par les représentants de la CNAMTS, membres du groupe. La mission est amenée à formuler des recommandations pour une application adéquate à l'activité libérale en EPS.

a) La régulation des dépassements excessifs : la notion de « pratique tarifaire excessive », définition et critères d'appréciation

L'avenant ne définit pas à proprement parler la notion de dépassement excessif mais fixe pour les médecins exerçant en secteur 2 ou titulaires du droit au dépassement (DP), des **critères d'appréciation d'une « pratique tarifaire excessive », « repérée à partir du seuil de 150% »**.

Le taux de dépassement de 150% des tarifs opposables « sert de repère », selon l'avenant, ce qui signifie, que ce taux n'est pas à lui seul un critère de définition de la pratique abusive, mais déclenche l'analyse de la pratique de dépassement du praticien à travers plusieurs critères. Ce taux, de 150%, selon l'avenant, ***peut faire l'objet d'adaptations dans certaines zones géographiques limitées*** pour tenir compte des caractéristiques de ces zones (il s'agit de prendre en considération le niveau actuel des dépassements pratiqués : les plus forts taux de dépassements sont constatés dans trois zones géographiques suivantes, Paris, les Hauts de Seine et le Rhône).

Les critères d'appréciation d'une pratique tarifaire excessive seront ceux dont disposeront les caisses primaires d'assurance maladie et les commissions paritaires régionales (CPR) qui seront saisies de ces pratiques et qui prononceront le cas échéant des sanctions pour les premières et des avis sur des sanctions pour les secondes.

Ces critères, qui conduiront à **caractériser globalement sur une période une pratique tarifaire, présentent un caractère économique** et remplacent dans la convention et pour les commissions paritaires la notion de « tact et mesure » qui n'est plus retenue par ce texte.

La **notion du tact et mesure** reste néanmoins une référence déontologique pour les praticiens dont les honoraires ne peuvent être fixés pour tous les patients de la même manière, mais doivent tenir compte de la pathologie traitée, des exigences du patient et de ses ressources. Les instances régionales et nationale du Conseil de l'Ordre des médecins demeurent compétentes pour statuer dans leurs formations disciplinaires sur les plaintes dont elles pourraient être saisies relatives au non respect du tact et de la mesure par un praticien dans sa relation avec son patient. En revanche, l'on peut penser que les caisses primaires d'assurance maladie elles-mêmes ne saisiront plus la section des assurances sociales (SAS) de l'Ordre de griefs relatifs aux honoraires puisqu'elles disposent désormais de l'avenant pour régler les litiges relatifs aux dépassements d'honoraires excessifs.

L'UNCAM estime que, si pour la France entière, 30 000 praticiens spécialistes libéraux exerçant en secteur 2 pratiquent des dépassements d'honoraires, 25 000 ont une pratique de dépassement inférieure à 100% par rapport aux tarifs opposables, et 5000

ont une pratique de dépassement supérieure à 100%. Sur ces 30 000 médecins, 5%, soit 1500 médecins, ont une pratique de dépassement supérieure à 150%.

Les praticiens hospitaliers en EPS ayant une pratique supérieure à 150% sont donc un sous-ensemble de ces 1500 médecins.

Selon l'avenant n°8, une pratique tarifaire est considérée comme excessive au regard des 5 critères ci après :

1) **le taux de dépassement des honoraires opposables** : il s'agit du rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux par le médecin au-delà du tarif opposable et la somme des honoraires qui correspondraient à des tarifs opposables ;

2) **le taux de croissance annuel du taux de dépassement** : ce taux traduit la progression du rapport décrit précédemment par rapport au taux constaté l'année précédente ;

3) **la fréquence des actes avec dépassement** : cette information permet de mesurer si le dépassement est permanent ou au contraire s'il est demandé en fonction de chaque patient ;

4) **la variabilité des honoraires pratiqués** : cette information permet de mesurer si le montant des honoraires demandés en dépassement est constant ;

5) **le dépassement moyen annuel par patient** : cette information permet de mesurer le reste à charge annuel par patient compte tenu de la pratique de dépassement.

L'appréciation faite de cette pratique par les caisses d'assurance maladie et les commissions paritaires régionales tiendra compte des cinq séries d'éléments d'appréciation suivants :

- la fréquence des actes en dépassement d'honoraire par patient ;
- le volume global de l'activité du praticien ;
- le lieu d'implantation géographique du praticien ;
- la spécialité du praticien ;
- les niveaux d'expertise et de compétence du médecin.

b) Sanctions conventionnelles en cas de dépassement excessif

Il est créé par l'avenant de nouvelles sanctions et une nouvelle procédure de sanction conventionnelle pour pratique tarifaire excessive des médecins en secteur 2 ou titulaire du droit à dépassement (DP).

Les sanctions encourues sont :

- la suspension de pratiquer des honoraires différents ou du DP pendant une certaine durée ;
- ou le dé conventionnement du médecin.

Il n'est pas prévu par l'avenant de pénalité financière.

La procédure de sanction est la suivante :

Le directeur général de l'UNCAM a défini les principes de sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction après avoir recueilli l'avis de la CPN.

Un courrier d'information générale sera adressé à tous les médecins de secteur 2 sur le contrat d'accès aux soins et sur les pratiques tarifaires excessives afin que leurs honoraires soient fixés avec davantage de modération. A l'issue de cet envoi, les pratiques tarifaires des médecins du secteur 2 seront observées pendant deux mois.

En cas de pratique tarifaire estimée excessive au vu des 5 critères et des 5 éléments d'appréciation complémentaires rappelés ci-dessus, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie adressera au médecin un avertissement donnant un délai de deux mois à celui-ci pour modifier sa pratique tarifaire.

Ce n'est donc pas le seul franchissement du taux de dépassement qui doit donner lieu à cet avertissement mais bien l'analyse globale par la caisse primaire de la pratique du médecin, dans laquelle entre en ligne de compte, pour le praticien exerçant dans un EPS, le critère très pertinent relatif à son expertise et à sa technicité et qui conduira au recueil préalable de ses titres et travaux, publications et références spécifiques, s'il y a lieu, comme l'avenant l'a prévu.

L'avertissement adressé au praticien est accompagné des éléments sur lesquels la caisse se fonde ainsi que des valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional ou départemental. **En cas de refus de modifier sa pratique, un relevé de constatation est établi par la caisse** et adressé par celle-ci au médecin qui dispose d'un mois pour présenter ses observations.

Avant de prononcer une sanction, le directeur de la CPAM soumet préalablement le projet de sanction à la commission paritaire régionale (CPR) qui a deux mois pour se prononcer par un avis sur le projet de sanction. La CPR est composée paritairement de représentants des régimes d'assurance maladie et de représentants des organisations de médecins signataires qui ont voix délibérative, sans qu'il y ait au sein de ces derniers de représentation spécifique des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale. L'ordre des médecins y est représenté avec voix consultative.

Le directeur de la CPAM prend ensuite la décision de sanction, sans pouvoir prendre une sanction plus élevée que la sanction proposée dans l'avis rendu par la CPR.

Un recours peut être fait dans le délai d'un mois contre la sanction prononcée par la Caisse par le médecin (la CPAM peut dans certains cas introduire aussi un recours) devant la commission paritaire nationale (CPN) qui saisit le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) dans le délai d'un mois. Le CNOM a un mois pour se prononcer. La CPN se prononce dans le délai de deux mois par un avis. La décision de sanction décidée par la CPAM à la suite de ces deux avis est notifiée au médecin et la sanction prononcée ne peut excéder la sanction pour laquelle la CPN s'est prononcée.

II.A.2. Recommandations

Pour une application pertinente de l'avenant n°8 aux praticiens exerçant en EPS, il est apparu nécessaire à la mission de faire valoir auprès de la CNAMTS qui est responsable de l'application de l'avenant, la nécessité de prendre en compte les points suivants :

a) La représentation des médecins hospitaliers exerçant une activité libérale doit être mieux assurée au niveau des commissions paritaires

On a vu que ces praticiens n'étaient pas spécifiquement représentés dans les CPR ni à la CPN.

Afin que leur représentation soit mieux assurée dans le cadre de la procédure de sanction, chaque fois que sera examinée par les CPR ou par la CPN, la situation d'un praticien exerçant en EPS, les instances de l'Ordre seront prévenues par les caisses primaires, pour les CPR, et par la CNAMTS, pour la CPN afin qu'elles désignent un représentant de l'Ordre en mesure d'apporter un éclairage sur cette pratique. La désignation à ce titre par l'Ordre d'un praticien hospitalier, le cas échéant hospitalo-universitaire, est recommandée par la mission.

b) Les critères de l'expertise et de la compétence du praticien doivent être pris en compte

Les dépassements d'honoraires devront être examinés au regard du critère du niveau d'expertise et de compétence du médecin.

La mission a estimé que le fait d'exercer comme PU-PH ou praticien hospitalier dans un EPS à temps plein conférerait à cette activité les caractéristiques d'une activité de recours et que les critères d'expertise et de compétence devaient dans ces cas être présumés.

Le contenu intellectuel spécifique des actes des praticiens hospitaliers doit être ainsi mieux pris en compte car les pathologies plus graves qu'ils traitent, les actes techniques plus longs et plus difficiles qu'ils pratiquent, les patients plus lourds auxquels ils délivrent des soins, pour lesquels ils mobilisent un savoir et une expérience intellectuelle spécifiques, justifient une rémunération spécifique, et différente de celle afférente à un acte technique banal, à une consultation pour pathologie courante et pour un patient traité sans difficulté. **La notion « d'expertise et de technicité » retenue par l'avenant correspond à ces cas de figure et doit permettre que les dépassements fondés sur une forte plus-value intellectuelle soient considérés comme non abusifs.**

Cette approche est d'ailleurs reconnue par exemple par la cotation en C 3 (69 euros) de la consultation pratiquée par les PUPH, et l'avenant n°8 l'autorise pour un même patient, 3 fois par an, soit tous les 4 mois, (au lieu de deux fois par an, soit tous les six mois comme antérieurement). Il conviendrait que la CNAMTS rappelle à l'attention des praticiens hospitalo-universitaires les règles applicables à la cotation en C3 qui peut être effectuée dans le cas d'une consultation du praticien hospitalier demandée pour un

patient par son médecin traitant, auquel il doit être donné une réponse écrite et qui ne comporte aucune interdiction de prescription.

c) Les taux de dépassement dans certaines zones géographiques peuvent être adaptés

-Dans certaines zones géographiques, des taux de dépassement supérieurs à 150% sont actuellement observés. Si l'application de l'avenant n°8 conduira nécessairement à modérer de tels taux, il n'est pas réaliste de chercher à atteindre ce but immédiatement et d'apprécier les pratiques de dépassement à partir de la seule référence au dépassement du taux de 150%.

Comme il a été dit plus haut, il convient de tenir compte des critères de technicité et d'expertise. Il convient également de tenir compte du lieu de pratique du praticien, et en particulier du lieu d'implantation de l'hôpital dans lequel il exerce. L'adaptation géographique du « repère de 150% » figure dans l'avenant. S'il n'est pas recommandé de définir a priori et pour toutes les activités d'une même zone géographique un taux de dépassement qui excéderait le taux repère de 150%, il revient à la CNAM de développer une approche géographique spécifique, aboutissant à retenir des taux de dépassement qui permettent, progressivement et par étapes, de modérer les dépassements d'honoraires dans certaines zones.

Il convient d'indiquer qu'à l'AP-HP par exemple, les taux moyens de dépassement sont parfois de plus de 250 % notamment pour les actes de chirurgie, situation qui s'explique par la notoriété, le fort niveau de charges spécifiques (40 à 45% des honoraires perçus comprenant la redevance à 25%, l'assurance, les cotisations à la CARMF pesant sur l'exercice libéral).

Si les honoraires devaient être ramenés purement et simplement à 150% des tarifs conventionnés sans cette approche géographique, les praticiens seraient amenés à renoncer à l'activité libérale faute d'y trouver un intérêt suffisant. Il pourrait être alors nécessaire, d'une part de diminuer la redevance de manière significative pour ne pas remettre en cause l'activité libérale elle-même, et, d'autre part, d'augmenter l'engagement de l'employeur dans la constitution de compléments de retraite pour les hospitalo-universitaires.

-Depuis les décrets du 15 mai 2008 et du 14 octobre 2008 (article D.6154-10-3 du CSP), **la redevance pour service rendu** dont le praticien, qui exerce une activité libérale, est redevable à l'EPS, **est fixée en pourcentage des honoraires demandés au patient**. Cette modification dans l'assiette de la redevance a été introduite à la suite de l'arrêt du Conseil d'Etat du 16 juillet 2007 dont les motifs ont autorisé d'asseoir la redevance sur la totalité des honoraires. Les taux de la redevance étaient antérieurement appliqués au montant des seuls honoraires opposables. Ces taux ont été réduits par le décret précité de 2008 du fait de l'élargissement de l' assiette de la redevance et ont été fixés de manière différenciée selon les disciplines et selon qu'il s'agit d'un CHU ou d'un CH ; ces taux sont de 25% en CHU pour la chirurgie et de 16% hors CHU , et pour la médecine, de 16% en CHU et de 15% hors CHU, et enfin de 60% pour la radiologie.

Si l'avenant appliquait aux honoraires des praticiens exerçant une activité libérale un taux de dépassement d'un niveau de 150% maximum des tarifs opposables sans adaptations géographiques, **il se traduirait par une baisse excessive des rémunérations globales des praticiens concernés qui justifierait alors une baisse**

notable du taux de la redevance qui leur est demandée; en effet, le taux de la redevance, et notamment celui de 25% applicable en CHU pour les actes chirurgicaux, est élevé si l'on tient compte des charges supplémentaires : assurance, charges sociales, ...qui s'y ajoutent (le taux de charge est de l'ordre de 45%). Ce taux de redevance, à la différence des redevances dues dans le cadre de l'activité pratiquée en établissement privé du secteur libéral, est appliqué à un petit nombre d'actes, et encourage les praticiens à recourir à des dépassements.

Ainsi une baisse des redevances serait à envisager en l'absence d'approche géographique spécifique telle que décrite ci-dessus.

-L'activité libérale permet, selon les praticiens intéressés et leurs syndicats, de dégager des ressources pour contribuer auprès d'organismes spécialisés en vue de la constitution d'un complément de retraite. La situation des hospitalo-universitaires sur ce plan là est particulière puisqu'eux-mêmes comme leur employeur (l'Etat, soit en l'occurrence le ministère de l'enseignement supérieur) ne cotisent pas sur leurs émoluments hospitaliers qui complètent leur traitement universitaire. Un abondement auprès d'organismes de retraites complémentaires facultatives est prévu pour eux par les établissements hospitaliers à hauteur de 2000 euros par an depuis la loi du 21 décembre 2006.

La limitation des dépassements d'honoraires les plus élevés par l'application de l'avenant n°8 aura une incidence sur la constitution de compléments de retraite pour ceux dont les honoraires seront nécessairement modérés par les règles nouvelles posées par cet avenant. Si l'avenant est appliqué pour ces seuls dépassements élevés, l'incidence sur la constitution de complément de retraite ne portera que sur un petit nombre de praticiens. **Les conséquences seraient en revanche plus importantes si les taux de dépassement de 150% maximum étaient retenus sans l'approche géographique décrite ci-dessus.**

Dans cette configuration, l'hypothèse d'un relèvement du niveau de l'abondement à un organisme de retraite complémentaire facultative limité pour l'employeur à 2000 euros par an devra être examinée.

En tout état de cause, demeure la question de la retraite de tous les praticiens hospitalo-universitaires titulaires, même ceux n'exerçant pas d'activité libérale, dont les cotisations de retraite obligatoires ne sont pas assises sur l'indemnité hospitalière qui constitue pourtant la moitié de leurs ressources d'activité : une nouvelle étape dans la progression de la contribution employeur est en cours mais elle ne concerne que les contributions pour les retraites complémentaires et n'est organisée qu'à proportion de la contribution du professionnel concerné. A terme, il semble impératif de se reposer la question de la définition de l'assiette de la cotisation retraite obligatoire des personnels hospitalo-universitaires.

d) L'information sur l'avenant n°8 doit être assurée par les CAL et la publicité et la diffusion des sanctions prononcées par les CPAM doivent être assurées par la CNAMTS

Les CAL doivent être en mesure, grâce au représentant de la caisse primaire qui siège en leur sein, de diffuser auprès des praticiens exerçant en EPS les informations qui leur sont utiles relatives à l'application de l'avenant n°8 : envoi de lettres aux praticiens, diffusion de guides, indications relatives à la cotation des actes, réunions régulières d'information, communication à la CME.

De la même manière, le représentant de la CPAM dans la commission d'activité libérale devrait faire régulièrement, à l'attention des membres de la commission et de son président, **l'analyse des sanctions** prononcées en vue d'une information en direction des praticiens, de la CME et de son président.

Au préalable et pour que la jurisprudence des caisses primaires en matière de sanction soit connue et commentée, les **décisions de sanctions** prononcées par elles accompagnées de leur motivation devraient être anonymisées **et publiées sur un site internet accessible de la CNAMTS**.

e) La désignation d'un référent national au sein du ministère chargé de la santé est proposée

Il serait utile d'établir un lien et une coordination permanents entre les responsables de la CNAMTS d'une part qui, par leurs décisions, appliquent l'avenant n°8, et l'administration centrale en charge de la réglementation relative à l'exercice libéral des praticiens hospitaliers, d'autre part. La Direction de la sécurité sociale, en effet, même si elle a pour rôle d'assurer la tutelle de la CNAMTS et suit l'application de l'avenant n'a pas pour vocation d'effectuer le suivi permanent de la situation des praticiens hospitaliers exerçant en EPS.

La désignation d'un agent de haut niveau, qui pourrait être dénommé « **Référent pour l'activité libérale en EPS** » et qui serait **spécifiquement responsable d'une mission d'accompagnement de l'application de l'avenant auprès des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale**, du suivi statistique des honoraires et de leurs dépassements selon les zones et selon les disciplines, répondrait à ce besoin qui s'est fait sentir et auquel il convient d'apporter une réponse, au moins pendant les deux premières années d'application de l'avenant.

f) Les conséquences d'une sanction de déconventionnement prononcée à l'encontre d'un praticien sur son exercice libéral à l'hôpital doivent être prévues par une disposition législative

En cas de sanction par la CPAM pour pratique de dépassement excessif comme indiquée ci-dessus et qui prononcerait le déconventionnement d'un praticien exerçant une activité libérale à l'hôpital, il serait choquant que ce praticien continue d'exercer cette activité libérale au sein de l'hôpital en secteur 3, en pratiquant des montants d'honoraires élevés alors que ses patients seraient exclus de tout remboursement.

Comme il a été dit plus haut, la condition préalable du conventionnement à l'assurance maladie en secteur 1 ou 2, ni non plus celle de ne pas être « hors convention » ne

figurent dans les dispositions législatives actuellement en vigueur relatives à l'activité libérale en EPS : il conviendrait de corriger cette lacune de la loi en y introduisant cette règle pour tirer toutes les conséquences sur l'activité libérale elle-même d'une sanction conventionnelle.

Il conviendrait également d'articuler la sanction du déconventionnement avec celle propre à l'activité libérale (suspension ou retrait d'autorisation d'exercer une activité libérale que le DG de l'ARS peut prononcer). **Lorsque le praticien est déconventionné par une décision de sanction conventionnelle devenue définitive prononcée par une caisse d'assurance maladie, son autorisation d'exercer une activité libérale devrait être de droit suspendue pour une période de même durée, ou le cas échéant retirée, par le DG ARS.** Si les agissements donnant lieu à sanction sont identiques (des dépassements d'honoraires), ils peuvent être passibles de sanctions différentes prises sur le fondement de législations différentes dans le respect des principes de la règle du « non bis in idem ».

g) L'hypothèse de la création d'une sanction financière spécifique s'ajoutant aux sanctions de l'avenant n°8 doit être écartée

L'hypothèse de la création d'une pénalité financière spécifique qui viendrait se surajouter au plafonnement résultant de l'avenant n°8 a été examinée pour être écartée.

Selon cette hypothèse, une telle pénalité serait due à l'hôpital par le praticien qui, dans le cadre de son exercice libéral, percevrait des dépassements d'honoraires au delà d'un certain montant ou des revenus dont le montant excéderait un certain rapport avec sa rémunération publique. Le taux de la pénalité financière serait progressif au delà de ce montant et la pénalité serait reversée à l'hôpital en complément de la redevance due par le praticien.

Cette hypothèse aurait pour finalité de garantir le caractère accessoire de l'activité privée par rapport à l'activité publique, de décourager les dépassements d'honoraires et d'éviter le contournement du plafonnement des honoraires prévu par l'avenant n° 8 par l'augmentation des volumes d'activité.

Cette solution présenterait plusieurs inconvénients : en premier lieu, elle constituerait une **surtaxation des revenus des médecins à caractère fiscal** (la notion de redevance pour service rendu ne pouvant plus être retenue dans une telle hypothèse) très mal ressentie par les professionnels dans le contexte actuel d'augmentation des prélèvements fiscaux. Cette solution purement coercitive remettrait en cause , en second lieu, le système de régulation prévu pour les dépassements d'honoraires par l'avenant n°8 et par les mesures de contrôle renforcé prévus plus loin par la mission sur le nombre d'actes et le temps consacré à d'activité libérale.

Dès lors que les honoraires perçus dans le cadre de l'activité libérale par les praticiens hospitaliers sont inclus dans le champ de l'avenant n°8, il n'est souhaitable, ni, comme il a été dit plus haut, de les en soustraire après que l'avenant a été signé et approuvé par arrêté interministériel en application du code de la sécurité sociale, ni de créer, en superposition de l'avenant, une règle nouvelle plus rigoureuse, de taxation des revenus

concernant les seuls médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital. Il convient donc de l'écarter.

Cette hypothèse est distincte de celle de l'introduction **d'un plafonnement du montant cumulé** du traitement public du praticien et des honoraires qu'il tire de son activité libérale, qui sera examinée plus loin.

II.B. Le contrat d'accès aux soins : caractéristiques et recommandation de la mission

II.B.1. Caractéristiques du contrat d'accès aux soins :

La CNAMTS évalue à **25 000** le nombre de médecins spécialistes en secteur 2 dont le dépassement d'honoraires est inférieur ou égal à 100 % et qui seraient susceptibles de relever potentiellement du contrat d'accès aux soins.

Ce contrat a pour objectif de diminuer le « reste à charge » des patients et de développer l'activité à tarifs opposables en mettant un terme à la progression constante du niveau des dépassements d'honoraires constatée au cours des dix dernières années.

Seuls les médecins de secteur 2 qui ont un taux de dépassement de moins de 100% pourront bénéficier du contrat d'accès aux soins, l'année de référence étant pour les calculs l'année 2012. Ils répercuteront le meilleur remboursement de leurs patients garanti par l'avenant.

En effet, ce contrat est proposé aux médecins qui s'engagent sur une durée de trois ans :

à réaliser une part d'activité à tarifs opposables supérieure ou égale à celle pratiquée avant leur adhésion au contrat d'accès aux soins (à condition que le taux de dépassement soit inférieur à 100%, c'est la condition d'entrée dans le contrat comme il a été dit);

à garantir le tarif opposable aux patients disposant de l'ACS (revenus inférieurs à 35% au dessus du seuil de la CMUC soit 10 711 euros pour une personne seule et 22 494 euros pour un foyer de 4 personnes), soit un potentiel de 4,7 millions de personnes ;

pour les autres patients, à réduire le reste à charge par alignement sur les tarifs du secteur 1, soit 28 euros pour la consultation de spécialiste, ce qui réduit le reste à charge de moitié ou d'un tiers selon les cas (réduction de moitié pour les spécialistes médicaux et d'un tiers pour la chirurgie) pour les assurés ;

et donc à réduire leur dépassement à due concurrence à chaque revalorisation du secteur 1 dont ils bénéficient.

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes complémentaires à prendre en charge les dépassements d'honoraires des médecins adhérents du contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire du patient prévoit une prise en charge de dépassement.

Les médecins adhérents au contrat d'accès aux soins bénéficient pour les actes réalisés sans dépassement de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales.

La période d'adhésion au contrat est ouverte entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2013.

Le contrat entrera en vigueur sous réserve qu'au moins 1/3 des médecins éligibles au contrat y adhère (environ 8300 sur les 25 000 éligibles)). Les médecins pourront ensuite y adhérer à tout moment.

II.B.2. Recommandation de la mission : diffuser les informations sur le contrat d'accès aux soins auprès des praticiens hospitaliers

La CNAMTS évalue à **1356** les praticiens spécialistes exerçant une activité libérale à l'hôpital en secteur 2 dont les honoraires sont en dépassement d'au plus 100%. Ce nombre représente **70%** des **1932 praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital en secteur 2 au total**. La CNAMTS estime à **1131 médecins, soit 59% des 1932 praticiens secteur 2 exerçant une activité libérale à l'hôpital**, le nombre des praticiens dont les dépassements d'honoraires sont inférieurs ou égaux à 100% et qui sont donc potentiellement concernés par le contrat d'accès aux soins.

Le contrat d'accès aux soins présente des avantages pour les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital qui sont en secteur 2 et dont le niveau des dépassements est inférieur à 100% (prise en charge des cotisations sociales). Il est aussi intéressant pour leurs patients. Son économie générale doit être portée à la connaissance des praticiens concernés au sein des hôpitaux.

Les commissions de l'activité libérale des établissements hospitaliers devraient faire une communication spécifique en direction des praticiens de l'établissement en invitant le représentant de la CPAM à faire une présentation du contrat d'accès aux soins devant la communauté médicale, dans le cadre de la CME.

III. Assurer le respect des critères d'autorisation de l'activité libérale

L'exercice de l'activité libérale à l'hôpital est subordonné à plusieurs conditions prévues par les textes. La mission les a examinées et formule pour chacune d'entre elles les recommandations qui suivent.

III.A. Le champ des praticiens concernés : Pas de changement demandé

Seuls les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé, qu'ils soient hospitalo-universitaires ou non, peuvent exercer une activité libérale à l'hôpital. **Cette restriction, qui exclut les praticiens statutaires à temps partiel et les médecins contractuels n'est pas contestée** : le praticien doit exercer son activité principale intégralement à l'hôpital, l'exercice libéral n'en étant qu'un complément accessoire et il s'agit d'une faculté réservée aux titulaires et vécue comme un « droit statutaire ».

L'exercice libéral est toutefois impacté par l'évolution des organisations hospitalières et le développement de la coopération inter hospitalière qui amènent les praticiens à exercer dans le cadre de groupements de coopération. Dans le cas de praticiens exerçant dans un groupement de coopération sanitaire, l'administration centrale doit établir une doctrine afin de clarifier la question des conditions posées à l'autorisation d'exercice libéral en précisant les situations susceptibles d'y donner droit.

Seuls les praticiens exerçant une **activité clinique** peuvent pratiquer une activité libérale les plaçant en contact direct avec le patient, ce qui exclut par la force des choses les médecins exerçant par exemple dans les disciplines biologiques. L'extension à ces disciplines de ce mode d'exercice n'a pas été demandée. Toutefois, l'exclusion de fait de ces praticiens de l'activité libérale, et d'autres d'ailleurs (urgentistes...), a été relevée pour souligner que l'activité libérale ne peut pas constituer la réponse complète au différentiel de rémunérations avec le secteur hospitalier libéral ni aux problèmes de retraite de tous les hospitalo-universitaires.

Enfin, compte tenu de la finalité de ce dispositif qui est de contribuer à assurer l'attractivité des EPS, il n'a pas été envisagé d'étendre son champ aux ESPIC dans lesquels les médecins sont salariés, même si ces établissements exercent des missions de service public.

III.B. L'autorisation du DG ARS et la signature d'un contrat d'activité libérale : institution d'une commission régionale auprès de l'ARS et introduction de nouvelles clauses type dans les contrats

Pour exercer une activité libérale le praticien doit au préalable signer un contrat d'activité libérale avec le directeur de l'établissement qui est soumis à une autorisation accordée par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Le directeur de l'établissement a, sur le fondement de la loi, la possibilité de s'appuyer sur « l'exercice des missions de service public » pour s'opposer à la signature d'un contrat d'activité libérale qui « y ferait obstacle ». Ces dispositions mettent en relief que ce régime n'est pas un droit des praticiens et que l'hôpital a pour mission principale l'exercice d'une activité de service public dans laquelle l'activité libérale n'est qu'un accessoire. Elles permettent au directeur de refuser un contrat d'activité libérale à un praticien lorsque la situation de la structure médicale dans laquelle il exerce n'est pas en mesure de répondre de manière satisfaisante aux besoins du public et que l'ouverture d'une activité libérale en aggraverait significativement la situation. Cette disposition ne saurait toutefois permettre au directeur de l'établissement public de santé d'exclure certaines disciplines ou certaines pathologies du champ de l'activité libérale. Ce serait à la loi seule de le faire comme elle l'a fait pour les greffes par exemple.

Les avis préalables à l'autorisation qui doivent, selon la réglementation en place, **être recueillis auprès du chef de pôle et du président de la CME** de l'établissement, conservent tout leur intérêt et doivent être maintenus.

Le niveau régional pour l'attribution de l'autorisation d'activité libérale est tout à fait pertinent. La mission propose toutefois **d'instituer auprès du DG ARS une commission régionale chargée de donner un avis sur les autorisations d'activité libérale et sur leur renouvellement**. La commission pourrait ainsi constituer un registre des contrats aux fins de suivre en continu l'activité libérale dans tous les établissements publics de santé de la région. Travaillant sur des statistiques, des indicateurs et des comparaisons et exploitant les rapports des CAL, la commission pourrait être en mesure de devenir un véritable **observatoire de l'activité libérale dans les hôpitaux de la région**. Cette commission serait composée comme les commissions de l'activité libérale des établissements : représentants des médecins hospitaliers exerçant ou non une activité libérale, des usagers, de l'ordre des médecins, de l'assurance maladie, ainsi que des directeurs et des conseils de surveillance des EPS. Elle donnerait également un avis sur les suspensions ou retraits d'autorisation d'exercice d'activité libérale que le DG d'ARS serait amené à prononcer à la suite d'une décision de déconventionnement par la CPAM d'un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale (cf. point f du II.A.2.).

La durée de l'autorisation d'activité libérale est actuellement de 5 ans, comme celle du contrat. Il n'est pas proposé de la réduire ni de l'augmenter mais de renforcer les contrôles à effectuer en cours de période par la commission de l'activité libérale compétente, comme il sera dit plus loin.

Un contrat type comportant des clauses obligatoires a été prévu par les textes législatifs et réglementaires. Il repose sur l'engagement du praticien de respecter la réglementation (respect des temps et volume d'activité, affichage des honoraires,, versement de la redevance à l'hôpital , respect du secret professionnel, obligation

d'assurance, continuité des soins en cas d'absence) ; il précise le choix du mode de perception des honoraires, le choix d'exercer pendant 10% ou bien 20% de la durée de service hebdomadaire et l'engagement de l'hôpital de mettre à disposition du praticien les moyens nécessaires pour lui permettre d'exercer l'activité libérale.

Ce régime d'autorisation a été qualifié par le juge administratif d' « *acte unilatéral d'autorisation* » du DG ARS, le juge ayant écarté la qualification contractuelle de l'acte (arrêt du CE du 3 février 2003 « *Syndicat national de défense pour l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital* »). Ceci n'interdit pas de prévoir dans le contrat type des clauses d'engagement du praticien, ni d'en étendre le champ en le complétant par de nouvelles clauses. Les membres du groupe de travail ont tous exprimé le souci de renforcer le contenu de l'engagement contractuel du praticien exerçant une activité libérale afin d'en faciliter le suivi et le contrôle par la commission de l'activité libérale.

Il est donc proposé de faire figurer dans les clauses du contrat type annexé à l'article R.6154-4 du CSP, les nouvelles clauses suivantes :

- l'engagement de remplir le **tableau de service** mensuel prévisionnel accompagnant le projet de contrat en indiquant les plages d'activité libérale et les plages d'activité publique et d'adresser trimestriellement le tableau de service **réalisé** à la commission de l'activité libérale ;
- l'engagement du praticien de transmettre trimestriellement au président de la commission de l'activité libérale un état récapitulatif de l'exercice de son activité libérale et de son activité publique précisant les catégories et le nombre d'actes effectués au titre de chacune d'elles ;
- l'engagement **d'informer le patient** sur le montant des honoraires pratiqués, le reste à charge, et d'interroger ce dernier sur son accès à un remboursement complémentaire et l'engagement d'offrir l'égalité d'accès pour les bénéficiaires de la CMU et de l'AME ;
- l'engagement de **se soumettre au contrôle** de la commission de l'activité libérale et de lui fournir toute réponse et tout document qu'elle demande dans le cadre de ses vérifications ;
- l'engagement d'appliquer les recommandations de la **charte déontologique de l'activité libérale** mise en place au niveau de l'établissement relative aux modalités d'information et d'accueil des patients ;
- l'engagement de respecter **une clause de non concurrence** vis à vis de l'EPS en cas de départ du praticien et d'installation en ville en libéral (clause de durée et de distance minima).

L'intérêt de chacune de ces clauses sera développé dans les paragraphes suivants du présent rapport.

III.C. Critères de temps et de volume maximum dévolus à l'activité libérale : maintenir les critères existants mais se doter d'outils de recueil informatisé de l'activité publique

L'article L.6154-2 du code de la santé publique précise que l'activité libérale à l'hôpital s'exerce à une triple condition :

- a) que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- b) que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- c) que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Ces trois conditions sont en vigueur dans cette rédaction depuis la loi du 27 juillet 1999 relative à la couverture médicale universelle. Elles ont suscité certaines interrogations et le contentieux, les avis ou les circulaires ont progressivement stabilisé leur interprétation. L'encadrement de l'activité libérale contenu dans ces articles est pleinement légitime en raison du caractère dérogatoire de cette activité et pour préserver les intérêts du service public. Il ne paraît pas utile de modifier ces critères ni pour les relâcher ni pour les durcir.

III.C.1. Le praticien doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier

Les circulaires ministérielles, les avis et décisions contentieux de la juridiction administrative et de l'Ordre des médecins ont précisé l'interprétation de cette exigence qui a les incidences suivantes:

a) Faire en activité libérale des actes pratiqués dans le secteur public :

L'activité libérale se conçoit comme l'accessoire de l'activité publique du praticien et non comme une activité d'une autre nature : le praticien, en effet, **ne peut effectuer des consultations, des hospitalisations ou des actes médico techniques s'il ne fait pas des consultations, des hospitalisations ou des actes médico-techniques d'abord dans le secteur public.**

Rappelons toutefois l'exception des greffes et prélèvements d'organes, des prélèvements de tissus en vue de dons, des activités de recueil, traitement conservation et cession de gamètes qui sont en tout état de cause réservés à l'activité publique et ne peuvent être pratiqués en secteur libéral.

Au-delà de ces exceptions très circonscrites à des opérations spécifiques bien identifiées pour leur problématique éthique dans le code de la santé, l'exclusion de l'activité libérale de la prise en charge de certaines pathologies lourdes (cancer, ..) serait très

difficile à justifier car il n'existe pas de hiérarchie objective de la gravité des pathologies ni au regard des besoins des patients ni selon les besoins des disciplines ou de l'hôpital. Pour ce qui concerne la prise en compte de la problématique du patient, il est apparu préférable à la mission, plutôt que de différencier de manière générale les pathologies, de prévoir dans une charte de déontologie de l'activité libérale de l'établissement hospitalier, la mise en place d'une organisation pour traiter les patients dont l'attente excessive entraînerait une perte de chance (cf. ci-après).

Pour assurer la vérification effective de cette condition, il est proposé de rendre obligatoire la clause type du contrat d'activité libérale relative à la déclaration trimestrielle par le praticien des actes pratiqués par catégorie en activité publique et en activité privée.

b) Le praticien doit réaliser lui-même et personnellement les actes

Le praticien doit assurer lui-même les consultations, interventions et actes en hospitalisations dans le cadre de son activité libérale et ne peut pas les déléguer à un autre praticien ni aux praticiens de son service. La vérification de ce point sera faite par le contrôle par la CAL des tableaux de services dont l'engagement de les produire devra figurer comme clause type obligatoire du contrat.

c) Les praticiens ne peuvent effectuer certains actes exclusivement dans le secteur privé

Le praticien ne peut pas réserver certains actes au secteur privé qu'il n'effectue pas en secteur public : ex pas de photo-épilation du corps pour un ORL (*CE 28 août 2011 et CNOM 24 février 2012*).

Il peut toutefois effectuer en secteur privé des actes qu'il n'effectue pas à titre principal en secteur public à condition que la disproportion entre les deux secteurs pour une catégorie d'actes ne soit pas manifeste. Le contrôle de la disproportion manifeste doit être particulièrement vigilant pour des activités telles que la radiologie ou la cardiologie.

Pour vérifier l'application de ces règles, si la déclaration des actes pratiqués en privé et en public précitée est utile, des contrôles ciblés doivent être en outre effectués par la commission de l'activité libérale de l'EPS.

III.C.2. La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens

La durée du service hospitalier hebdomadaire pour les PH est définie par les textes statutaires (10 demi-journées par semaine), et 20% de leur durée de service hospitalier hebdomadaire autorisée pour exercer une activité libérale correspond pour ces praticiens à 2 demi-journées maximum.

L'interprétation de la notion de demi-journée a été donnée par un avis de la section sociale du 6 février 1996 : une demi-journée d'activité libérale ne peut avoir une durée

excédant de manière disproportionnée celle retenue par le praticien dans le secteur public pour une catégorie d'actes identiques. Ainsi, une durée de plus de 5h dépasserait le cadre d'une demi-journée.

Pour les HU, la durée de service (impliquant 11 demi-journées par semaine selon des circulaires anciennes de 1961) mêle les obligations d'enseignement et les obligations hospitalières, de sorte que la durée spécifique de service hospitalier n'est pas définie par les textes. Il a été admis communément de raisonner pour ceux-ci, comme pour les PH, en considérant que la durée de deux demi-journées par semaine correspond au maximum autorisé. Il convient de privilégier pour tous les praticiens des durées non fractionnées pour ce qui concerne les consultations et les actes médico-techniques.

Dans le cas où la durée est éclatée sur plusieurs fractions de demi-journées, dans le cas des interventions chirurgicales en particulier, le contrôle des demi-journées est rendu plus difficile. Il revient aux commissions de l'activité libérale de l'effectuer notamment à partir des tableaux de service réalisés qui devront être désormais produits par le praticien, par des contrôles par sondages et par le contrôle des cahiers de blocs opératoires.

III.C.3. Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

La comparaison entre l'activité publique et l'activité privée doit se faire en distinguant les consultations, les hospitalisations et les actes médico-techniques, en comptabilisant les actes par catégories qu'il convient de comparer à chaque fois avec le nombre des consultations, hospitalisations et actes médico-techniques effectués dans le secteur public par le même praticien. L'activité publique doit être exercée dans tous les cas à titre personnel par le praticien qui ne peut comptabiliser au titre de son activité publique l'activité effectuée par son équipe pour la comparer avec son activité libérale.

Le praticien s'engagera à fournir trimestriellement, en vertu de la nouvelle clause type de son contrat, le relevé de son activité effectuée, d'une part, en activité publique et, d'autre part, en activité libérale. Les tableaux de service réalisés à prévoir également au contrat, fourniront des éléments complémentaires. Enfin la commission de l'activité libérale dispose du relevé SNIR édité par la caisse primaire d'assurance maladie qui retrace l'activité de chaque praticien exerçant en libéral mais qui ne concerne pas son activité publique.

La difficulté mise en évidence au cours des dernières années a été celle d'établir avec suffisamment de fiabilité la comparaison entre l'activité en secteur public et l'activité libérale d'un praticien pour contrôler la règle de plafonnement de l'activité libérale en volume. Vérifier le respect de cette règle suppose donc, d'une part, une **obligation de déclaration des données d'activité médicale publique du praticien**, et, d'autre part, de s'assurer de sa fiabilité.

Il est donc proposé, en premier lieu, d'en faire une obligation du contrat type avec engagement de respect par le praticien de cette obligation. L'obligation de déclaration trimestrielle des données de l'activité médicale publique du praticien sera incluse dans

le contrat type d'activité libérale. Ces données seraient fournies à l'établissement hospitalier trimestriellement et à la commission d'activité libérale pour assurer le contrôle des volumes comparés d'activité publique et libérale.

En second lieu, en vue d'assurer la fiabilité et l'homogénéité du relevé des actes effectués par les praticiens en CHU en particulier, il conviendrait d'en **codifier la pratique à l'échelle de chaque établissement** en réglant la question du rattachement de l'activité des internes et le cas d'opérations ou d'actes techniques à intervenants multiples, en vue d'identifier nettement l'activité publique propre au praticien en CHU.

Enfin, une fois retenues des modalités spécifiques pour les CHU, il conviendrait d'intégrer le contrôle de ces données **dans la mission des DIM** de manière à en assurer la fiabilité et la cohérence.

Si la problématique de l'activité libérale rend nécessaire le relevé codifié et fiable de l'activité médicale publique des praticiens exerçant une activité libérale, d'une manière plus générale, la mission a relevé la nécessité de disposer d'un outil informatique propre à la comptabilisation de l'activité médicale publique de chaque praticien dans l'hôpital public. Un tel processus serait utile pour les médecins eux mêmes (déroulement carrière, formation professionnelle, acquis professionnels) et pour l'établissement public de santé et les chefs de pôle (connaissance de l'activité des personnels médicaux, et évaluation des besoins en temps médical). Il faut donc à terme que chaque praticien identifie sa propre activité médicale, y compris dans les CHU, que cette comptabilisation soit contrôlée et que cette identification s'inscrive dans une démarche de projet commune aux établissements publics de santé.

Il est donc proposé de mettre en place dans les hôpitaux un outil commun fiable et homogène de recueil de l'activité médicale publique de tous les praticiens hospitaliers.

III.D. L'institution d'un plafond de cumul de rémunérations n'est pas retenue

Les relevés SNIR dans les grands établissements hospitaliers font apparaître des montants d'honoraires résultant de l'activité libérale qui atteignent des niveaux élevés. A l'AP-HP, 4%, et aux HCL, 3 %, des contrats d'activité libérale donnent lieu à des montants d'honoraires supérieurs à 300 000 euros (en 2011). Ces montants concernent en tout moins de vingt praticiens.

L'idée qui consisterait à plafonner le niveau des cumuls de rémunération publique et privée autorisée dans le cadre de l'activité libérale a été avancée dans l'objectif de conserver à l'activité libérale son caractère accessoire. Par exemple, le montant des honoraires résultant de l'activité privée ne pourrait être supérieur à plus de X fois le montant de la rémunération publique du praticien et, en cas de dépassement de ce plafond au cours d'une période définie, l'autorisation d'exercice d'activité libérale ferait l'objet d'une suspension ou d'un retrait par le DG de l'ARS.

Cette hypothèse comporterait **plusieurs inconvénients** :

1°) D'une part la maîtrise des dépassements des honoraires, et, d'autre part, les contrôles plus exigeants des volumes d'activité publique et d'activité privée et des durées consacrées à l'activité libérale proposés dans le présent rapport, **contribueront à réduire ces niveaux hors norme.**

2°) Le plafonnement du cumul des rémunérations conduit à **s'interroger sur le bon niveau du plafonnement à retenir.** Un plafond bas rendrait l'activité libérale peu attractive, et viendrait par là même ruiner l'objectif même de son maintien dans les EPS. Un plafond haut ne concernerait qu'un très petit nombre de praticiens et aboutirait paradoxalement à ce que les praticiens qui sont en deçà du plafond considéreraient ce plafond comme une norme à atteindre. Il en résulterait une augmentation de l'activité et l'abandon du respect des règles de modération existantes qui seraient alors vidées de leur sens. Le plafonnement des rémunérations ne peut pas cohabiter avec les autres règles du 20% de temps et du 50% maximum d'activité libérale dans l'activité totale : **il faut choisir entre la logique d'encadrement de l'activité et celle de l'encadrement des rémunérations.**

3°) L'institution d'un plafond unique de cumul accentuerait **l'inégalité de rémunération des actes qui existe entre les différentes disciplines** selon le niveau de leur cotation par la nomenclature des actes professionnels de l'assurance maladie : certains actes sont défavorablement cotés et d'autres le sont favorablement et ce pour des raisons qui tiennent à l'histoire de leur cotation. Et l'instauration d'un plafond différencié selon les disciplines serait impraticable. **Il est beaucoup plus important de recommander l'actualisation de la cotation des actes qui aujourd'hui reflète mal la réalité de leur valeur ;**

4°) Introduire un plafond de cumul des rémunérations publique et privée pour les seuls médecins titulaires lorsqu'ils exercent une activité libérale alors **qu'un tel plafond a été supprimé en 2007 pour tous les autres fonctionnaires**, et ne l'introduire que pour l'activité libérale et **sans traiter des cumuls de rémunérations résultant des expertises médicales ou des études de molécules pour l'industrie pharmaceutiques** effectuées par d'autres catégories de médecins hospitaliers, serait une orientation mal comprise et injuste. Il conviendrait à tout le moins, au préalable, de soumettre à contrôle l'activité et les rémunérations de ces praticiens pour ces types d'activités réalisées au sein des EPS et qui sont faiblement encadrées.

Il n'est donc pas apparu nécessaire de retenir la solution du plafond de cumul mais plutôt de s'engager fermement dans la voie du contrôle effectif des règles existantes et de l'application de l'avenant n°8.

III.E. Mieux garantir l'information du patient

En vertu des dispositions en vigueur, le patient doit être informé des tarifs des consultations et des actes médicaux et des conditions de leur remboursement par les organismes de sécurité sociale, et cette information doit donner lieu à un affichage dans la salle d'attente des consultations privées.

Ainsi, le patient doit être informé des honoraires et des maxima d'honoraires des actes les plus couramment pratiqués. L'information est écrite et préalable lorsque le montant des honoraires demandés est égal ou supérieur à 70 euros.

Il est proposé que ces obligations figurent explicitement dans les contrats d'activité libérale en y ajoutant l'obligation d'interroger le patient sur sa protection complémentaire et l'égal accès des patients relevant de la CMU et de l'AME.

A l'heure de **l'internet**, l'information devrait aussi systématiquement figurer sur les sites internet des hôpitaux ainsi que dans les courriels de confirmation de rendez vous adressés au patient. Si cette pratique se développe, elle n'est pas générale, et **l'engagement de procéder ainsi devrait figurer dans les chartes de déontologie de l'activité libérale élaborées par les EPS.**

III.F. Permettre un choix non ambigu du secteur libéral par le patient par l'élaboration d'une charte de l'activité libérale au niveau de chaque hôpital

Le choix du patient d'être suivi dans un service en particulier ne doit pas avoir pour conséquence de lui imposer une consultation en secteur libéral. Il convient de réaffirmer que **l'orientation vers le secteur privé ne peut résulter que de la demande du patient** et que sa mise en œuvre passe par l'engagement du praticien de respecter **la charte de déontologie de l'activité libérale adoptée par l'EPS** et comportant des dispositions obligatoires à cet égard prévues dans une **charte type**.

La « charte de fonctionnement de l'activité publique et libérale » du CHU de Nancy est très intéressante sur ce point : elle comporte les dispositions suivantes « *La proposition de rendez vous respecte le libre choix des patients : soit le patient exprime spontanément son choix de l'activité libérale et un rendez-vous lui est proposé ; soit le patient est spécifiquement adressé à un médecin et un rendez vous lui est alors proposé en lui demandant de choisir le mode de prise en charge qu'il souhaite : secteur public ou secteur libéral si le praticien exerce selon ces deux modalités, si le patient n'exprime pas de choix particulier, la première question à lui poser est le choix du secteur, public ou libéral, les tarifs des honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris sont annoncés lors de la prise de rendez vous* ».

III.G. La charte doit veiller à la réduction des écarts de délais de rendez vous entre les deux secteurs

Les délais de rendez vous pour les consultations publiques sont parfois tels que le rendez-vous est accordé plus rapidement en secteur privé puisque l'activité y est contingentée et que des plages horaires sont prévues à cet effet. Cette question est très sensible pour les associations d'usagers qui y voient une atteinte à l'égalité des soins et pour les praticiens qui ont des difficultés à résoudre seuls le problème.

La lettre de mission souligne d'ailleurs cette préoccupation et le souci des membres du groupe de travail a été de rechercher les moyens d'assurer un meilleur accès des patients aux praticiens experts, quels que soient leurs revenus : les délais d'attente en secteur privé ne doivent pas être, dans une proportion exagérée, plus courts qu'en secteur public, et le recours au secteur privé ne doit pas être imposé aux patients sous la seule pression de leur besoin de soins urgents.

Il convient de veiller à la réduction des écarts de délais entre les deux secteurs et d'éviter toute perte de chance à un patient en prévoyant son renvoi vers l'activité publique du service concerné pour que ce patient, s'il s'est orienté vers le secteur privé dans un contexte d'urgence, n'attende pas pour être pris en charge dans de bonnes conditions. L'organisation de l'activité médicale publique au sein d'un service ou d'un pôle d'activité doit être à même de permettre la prise en charge du patient dans ce cas.

Il est apparu irréaliste au groupe de travail d'émettre sur la question des écarts de délais une norme juridique stricte et absolue qui serait inapplicable. Il lui est apparu préférable de formuler dans un document « de droit souple », tel qu'une charte de déontologie de l'activité libérale de l'EPS, la recherche d'un objectif de réduction des écarts de délais pour assurer une plus grande équité dans l'accès aux soins.

La charte de déontologie de l'activité libérale adoptée par le conseil de surveillance de l'établissement après examen en conseil de directoire, et avis de la CME engagerait les praticiens exerçant une activité libérale et impliquerait le directeur de l'établissement et la CME dans cet effort qui concerne aussi l'organisation de l'activité médicale publique. Les chefs de pôle dans lesquels l'activité libérale est exercée déclinerait la charte pour le pôle concerné. Cette charte concernerait ainsi l'accueil des patients par l'équipe du service dans le cadre de son activité publique. **Elle prévoirait un engagement de veiller, lorsque les praticiens du service exercent une activité libérale, à organiser l'accès aux soins en secteur public comme en secteur privé dans des délais qui soient équivalents, ou, tout au moins, sans déséquilibre flagrant.**

Les deux chartes de la Pitié-Salpêtrière à l'AP-HP (projet de charte) et du CHU de Nancy sont intéressantes à cet égard :

La charte de Nancy précitée indique que « le principe est qu'il existe toujours un rendez-vous médical public disponible en moyenne dans les mêmes délais que le premier rendez-vous en privé. Ce principe ne peut avoir d'exceptions dans les spécialités médicales où un retard de prise en charge nuirait gravement au patient ».

Le projet de charte de la Pitié prévoit également qu'« il ne doit pas y avoir de différence significative dans les délais de rendez-vous entre les malades dits publics et les malades dits privé », et que « les délais de rendez-vous ne pouvant être modulés qu'en fonction de l'urgence, de la gravité des pathologies ou de la disponibilité des structures, des « testings » sur la base d'un cahier des charges validé par la commission de surveillance locale (CEL) seront réalisés deux fois par an par un prestataire extérieur à l'hôpital dont les résultats seront présentés à la commission médicale locale et au CEL ».

Dans cet esprit, il est proposé de prévoir par la voie réglementaire l'élaboration dans chaque hôpital d'une charte conforme à une charte type comportant des dispositions relatives au traitement des délais d'attente des patients en vue d'éviter des différences excessives entre les secteurs publics et privés ainsi, que, comme il a été dit plus haut, des dispositions relatives à la prise de rendez-vous garantissant le libre choix du patient.

Il serait également prévu comme il a été dit plus haut que le praticien s'engage dans son contrat d'exercice libéral à respecter la charte de l'hôpital.

Le contrôle de la bonne application de cet engagement serait effectué par la CAL et en cas de défaillance et de mauvaise volonté manifeste, ces manquements donneraient lieu à sanctions à l'encontre du praticien exerçant une activité libérale.

III.H. Mode de perception des honoraires : maintenir l'option existante

La législation en vigueur prévoit que le praticien opte entre la perception directe de ses honoraires et la perception de ses honoraires par l'intermédiaire de la caisse de l'hôpital. Cette disposition succède à une législation en vigueur entre 1999 (loi du 27 juillet 1999) et 2003 (ordonnance du 4 septembre 2003), période au cours de laquelle le paiement des honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière avait été fixé comme règle unique.

Si dans les hôpitaux généraux, cette disposition avait été mise en œuvre sans difficulté majeure, elle s'était heurtée à une opposition des praticiens dans les hôpitaux de grande taille et dans les CHU : fermeture précoce des caisses, délais d'attente aux caisses, délais pris par l'administration hospitalière pour rétrocéder les montants d'honoraires dus aux praticiens, risque d'honoraires impayés et impossibilité du recouvrement de ces créances privées par l'hôpital, etc.

Aujourd'hui encore cette solution ne serait pas acceptée par les praticiens pour ces mêmes raisons et **le maintien de l'option existante doit être retenu.**

La solution du paiement des honoraires aux caisses de l'hôpital continue d'être privilégiée par ceux qui estiment que la connaissance et par suite le contrôle de l'activité libérale est insuffisante et que cette solution constitue le seul et le meilleur moyen d'y remédier. En réalité, elle ne permettrait d'appréhender que l'activité libérale du praticien alors que celle-ci est parfaitement connue grâce au SNIR précité qui, depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, est communiqué au directeur de l'hôpital et à la CAL par la CPAM. Elle ne comble donc pas les failles décrites plus haut qui concernent la connaissance précise du volume de l'activité publique du praticien confronté à celui de l'activité libérale qu'il exerce. Pour remédier à ces insuffisances, il convient de privilégier les solutions mentionnées plus haut : engagement contractuel de déclarer l'activité publique et mise en place d'un outil de recueil fiable de l'activité médicale publique de chaque praticien.

Il conviendrait en outre de tirer comme conséquence de ces mesures la mise en place de **la télétransmission avec la carte vitale** dans les lieux de perception des honoraires par les médecins, dispositif qui actuellement ne peut pas être utilisé par les praticiens pour leurs patients dans le secteur libéral de l'hôpital, ce qui est une anomalie préjudiciable aux patients.

III.I. Institution d'une clause de non concurrence

Selon le droit actuellement applicable, un praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire qui exerce une activité libérale dans un EPS peut le quitter en cours de carrière pour s'installer en libéral à proximité. Il peut alors attirer aisément sa clientèle privée vers sa nouvelle installation, ce qui affaiblira la capacité de l'établissement de recruter ou fidéliser un successeur en raison des difficultés que ce dernier pourra rencontrer à se constituer une activité privée au sein de l'hôpital.

Les dispositions législatives introduites par la loi HPST relatives à l'interdiction d'exercice libéral en ville du praticien hospitalier d'un hôpital en ayant démissionné, ne

sont pas entrées en vigueur, faute de décret d'application. Elles ne répondent pas, en tout état de cause, au cas mentionné plus haut pour plusieurs raisons : elles ne concernent que les praticiens hospitaliers et pas les hospitalo universitaires, elles ne concernent pas spécifiquement les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital mais tous les praticiens statutaires qui s'installent en ville et, enfin, elles ne prévoient aucune contrepartie financière en cas de méconnaissance de l'interdiction qu'elles prescrivent.

Par ailleurs, l'application des seules règles déontologiques de droit commun de la fonction publique prévue à l'article 87 de la loi du 29 janvier 1993 qui subordonne les départs de fonctionnaires vers une activité privée à l'avis d'une commission de déontologie n' a pas la même efficacité qu'une clause de non concurrence qui, en raison de la contrepartie financière qui doit être obligatoirement prévue lorsqu'elle est méconnue, présenterait un caractère dissuasif plus grand et protégerait mieux les intérêts de l'EPS.

C'est pourquoi, il est proposé de prévoir par une disposition législative une clause de non concurrence à faire obligatoirement figurer dans le contrat d'exercice libéral signé par le praticien. Elle viserait à dissuader de la démission un praticien de l'EPS dans lequel celui-ci exerce une activité libérale pour s'installer en ville dans une zone située à proximité immédiate de cet établissement (dans un rayon de 3 km) pendant une certaine durée après son départ (trois ans). La contrepartie financière due par le praticien en cas de non respect de la clause serait fixée en tenant compte de l'ancienneté du praticien dans l'EPS et par référence au montant des honoraires perçus au cours des trois années précédentes. Ces dispositions ne seraient pas applicables aux cas des praticiens ayant une activité libérale dans l'EPS partant à la retraite et prolongeant leur activité libérale en ville, en raison de la spécificité de ces situations, qui sont prévisibles et moins concurrentielles pour l'établissement.

IV. Mieux contrôler l'activité libérale

Les membres du groupe de travail ont tous admis que la réglementation n'était pas toujours ni partout bien appliquée, et cela pour différentes raisons. Alors que les médecins ont dénoncé un manque de volonté ferme de la part de l'administration pour la faire appliquer, les gestionnaires d'établissements ont au contraire relevé l'insuffisance des outils pour le faire. **Tous ont souligné que des pratiques condamnables persistaient et qu'elles n'étaient pas contrôlées ni sanctionnées par les commissions de l'activité libérale ou par les ARS. Les sanctions prononcées depuis l'installation des ARS en 2010 ont été d'ailleurs fort peu nombreuses : 17 sanctions sur 3 années.**

La 2^{ème} partie du présent rapport s'est attachée à renforcer ces outils et la 3^{ème} partie s'attachera à favoriser le bon fonctionnement des institutions compétentes en matière de contrôle et de sanction.

Comme il a été dit plus haut, c'est l'assurance maladie qui est compétente en ce qui concerne les dépassements d'honoraires avec les règles nouvelles prévues par l'avenant n°8, alors que les commissions d'activité libérale ont pour responsabilité principale de contrôler le respect des maxima de volumes d'actes et de temps consacré à l'activité libérale et le respect des règles de bonne information des patients.

Il n'a pas été envisagé par la mission de modifier cette répartition des compétences, qui conduirait à remettre inutilement en cause le champ de l'avenant n°8, qui vient d'être approuvé par le gouvernement, et le contenu des dispositions législatives du code de la santé publique qui définissent le rôle des commissions de l'activité libérale et des ARS.

IV.A. Renforcer le rôle des CAL et des CCAL

Le constat fait par la mission, notamment à partir des rapports des chambres régionales des comptes, est que l'activité des CAL et des CCAL n'est pas homogène dans les différents établissements ; leur efficacité varie selon les établissements : défaut de moyens, difficulté à réunir les membres, difficulté à recueillir les données nécessaires au contrôle, peur de nuire à un praticien ou à l'hôpital.

En vue de remédier à cette situation, il est proposé un ensemble de mesures, qui concernent la composition de la CAL, ses attributions et son mode de fonctionnement, ainsi que les moyens dont elle dispose, et qui visent à conforter les CAL et les CCAL dans leur rôle.

IV.A.1. Modifier la composition de la CAL et de la CCAL pour garantir leur indépendance

Il est rappelé que les CAL sont composées de neuf membres, incluant leur président, dont quatre médecins dont le représentant du conseil de l'ordre, un médecin exerçant et deux médecins n'exerçant pas d'activité libérale. Actuellement, et souvent le président de la CAL ou de la CCAL est un médecin qui exerce une activité libérale. Il est apparu préférable, afin de donner plus d'indépendance à la CAL ou à la CCAL, et même si

l'autorégulation par la profession demeure un principe précieux en cette matière, **que lorsqu'un médecin préside la CAL, il n'ait pas d'activité libérale.**

De même, **le président de la CME, qu'il exerce une activité libérale ou non, ne devrait pas être président de la CAL** car le président de la CME, élu par la communauté médicale, a des responsabilités générales qui doivent être clairement différenciées: s'il est utile d'impliquer le président de la CME dans l'autorégulation de la profession, il est préférable de distinguer les rôles entre les deux commissions tout en recherchant une bonne articulation entre elles.

Ainsi, il est proposé de prévoir que le **président** de la CAL qui est désigné parmi les membres de la CAL ne soit ni un médecin exerçant une activité libérale ni le président de la CME, que celui-ci exerce ou non une activité libérale.

Il est en outre proposé de prévoir que le directeur de l'établissement hospitalier, signataire du contrat, soit membre de la CAL, afin qu'il puisse s'impliquer pleinement dans le suivi de l'activité libérale; il remplacerait au sein de la commission le représentant du DG ARS qui, à cause de la création d'une commission régionale auprès du DG ARS ayant vocation à se prononcer sur les sanctions et qui est proposée plus loin, ne pourra plus siéger.

Ces propositions nécessitent la modification des dispositions réglementaires applicables aux CAL.

IV.A.2. Renforcer les pouvoirs et les compétences des CAL

La CAL doit en outre être confortée dans son **double rôle**, d'une part, **préventif**, par le suivi de la bonne application des contrats qu'elle effectue, **et**, d'autre part, **répressif**, par les propositions de sanction qu'elle fait au DG ARS en cas de non respect de la réglementation.

Il est d'ailleurs rappelé que la CAL peut être saisie par le DG ARS, par le directeur de la CPAM, par le président du conseil de surveillance par le président de la CME et par le directeur de l'établissement de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens dans l'établissement, ce qui inclut naturellement les dysfonctionnements dont ces autorités peuvent avoir connaissance et que la CAL doit examiner. Il est proposé **d'élargir à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) la possibilité de saisine de la CAL**: les alertes des usagers doivent être ainsi analysées et prises en compte.

En outre, il est nécessaire de prévoir que la CAL doit se réunir **deux ou plusieurs fois par an, en fonction du nombre de contrats dans l'établissement**: la règle d'au moins une réunion par an prévue par le décret est insuffisante **et doit être relevée à au moins deux réunions par an**. La charte déontologique de l'activité libérale de l'établissement précisera le nombre de séances obligatoires au delà de deux, selon le nombre de contrats dans l'établissement, ainsi que les modalités de fonctionnement de la CAL. En outre la mise en place d'**un bureau permanent de la CAL** composé de trois membres de la CAL, dont le président, **chargé de préparer les séances et de suivre leurs conséquences sans discontinuité dans l'intervalle des réunions**, doit être prévue dès que plus de 30 contrats sont conclus dans l'établissement.

Il convient également de prévoir que la CAL doit définir **un programme annuel de contrôle des contrats d'activité libérale** de manière à faire un point annuel de l'activité libérale de chaque praticien pendant la durée du contrat, avec l'obligation d'inscrire ce programme à l'ordre du jour de la CAL.

Il convient enfin de **préciser que la CAL est responsable de la conduite des contrôles et des enquêtes dans l'établissement** en vue de vérifier le respect des clauses des contrats par les praticiens (volumes et temps maximum et information du patient), et de la charte déontologique de l'activité libérale en utilisant le relevé SNIR, les tableaux de service, les relevés d'activité publique et d'activité privé. Elle a accès aux locaux, aux documents des services et aux dossiers d'activité des praticiens, y compris les cahiers des blocs opératoires. Les praticiens doivent répondre à ses demandes sans délai.

Il est nécessaire, comme il a été dit plus haut, de prévoir des dispositions assurant **une bonne articulation entre le président de la CAL et le président de la CME** pour que les cas de dysfonctionnements puissent être corrigés. La CME, par son président, peut saisir la CAL : **il conviendrait que la CAL puisse saisir aussi le président de la CME.**

Le contenu des rapports des CAL doit être règlementé avec des rubriques type établies par arrêté ministériel, de manière à pouvoir comparer les résultats de l'activité des CAL d'un établissement à l'autre au niveau régional (ARS) et au niveau national (Référént national) et afin de disposer ainsi d'informations homogènes. Le rapport annuel de la CAL doit faire l'objet **d'un examen en CME plénière** et non seulement d'un simple point d'information. L'activité libérale concerne en effet l'hôpital tout entier et doit y être bien insérée.

Pour les cas dans lesquels la CAL est conduite par son obligation de contrôle à proposer une sanction au DG de l'ARS à l'encontre d'un praticien, il convient de **formaliser davantage les procédures devant être mises en œuvre par la CAL**. Les textes règlementaires se limitent à trois items : la désignation d'un rapporteur, le caractère contradictoire de la procédure et le délai de 30 jours donné au médecin pour établir sa défense. Il conviendrait de préciser davantage les étapes de la procédure dans les textes règlementaires comme propose de le faire le projet de règlement intérieur de la CCAL de l'AP-HP :

-rôle du rapporteur, précisé par **une lettre de mission**, qui est d'identifier une ou des infractions permettant de définir les griefs retenus afin que le contradictoire s'établisse sur ces griefs et que les investigations correspondent à ces griefs ;

-rôle de la CAL qui est de proposer une sanction qui doit être adoptée à la majorité des membres avec voix prépondérante du président ;

-rôle du président dans la rédaction de l'avis.

En dernier lieu , il est proposé **que l'ordre des médecins ou la CPAM puissent être saisis** en cas de constat par la CAL de la méconnaissance des règles déontologiques ou de l'avenant n°8 concernant les honoraires: à cet effet il est proposé de permettre au membre de la CAL représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins ou au membre représentant la CPAM de se saisir du dossier du praticien pour déposer plainte au niveau du conseil départemental de l'ordre ou au niveau de la CPAM.

IV.A.3. Doter la CAL de moyens de fonctionnement en continu

La CAL et s'il y a lieu, le bureau de la CAL, doivent être dotés des moyens logistiques propres, en particulier le chef d'établissement doit **mettre à sa disposition des espaces pour se réunir et pour permettre au président et à ses membres de travailler. Il doit aussi mettre à disposition de la CAL du temps des agents** de la direction de l'hôpital chargé des affaires médicales, des affaires financières ou des services d'information pour préparer les dossiers de suivi des contrats. L'établissement doit faire figurer ces **moyens dans la charte déontologique de l'activité libérale de l'établissement. Si cette pratique existe dans plusieurs établissements, elle doit être systématique dans tous les établissements.**

IV.B. Instituer auprès du DG ARS une commission régionale de l'activité libérale compétente pour donner un avis sur les sanctions

Comme il a été proposé plus haut, les autorisations d'approbation des contrats d'activité libérale et de leur renouvellement devraient être soumises, préalablement à la décision du DG ARS, à l'avis d'une commission régionale de l'activité libérale. Il est proposé en outre que cette commission régionale à créer **se prononce pour avis sur les sanctions à prononcer à l'encontre d'un praticien**, consistant en la suspension ou le retrait de son l'autorisation d'exercer une activité libérale.

Comme on l'a dit, le nombre des sanctions prononcées par les DG ARS chaque année est réduit. Pourtant personne ne conteste que des irrégularités persistent et que les CAL ne parviennent pas à y mettre fin. Il est important de sanctionner ces abus par des sanctions appropriées. L'absence de sanction des situations abusives nuit à l'activité libérale tout entière. Il convient de permettre au DG ARS de prononcer des sanctions en disposant de travaux préparatoires bien étayés.

IV.B.1. Compétence de la commission régionale d'activité libérale

Il est proposé que la commission régionale de l'activité libérale, instituée comme il a été dit plus haut auprès de l'ARS, **puisse donner un avis au DG de l'ARS (outre celui sur l'autorisation ou le retrait d'autorisation d'exercice) sur une proposition de sanction.** Elle serait saisie par le DG ARS soit à la suite d'une saisine par une CAL soit à la suite d'une auto saisine, comme le prévoit le texte actuel, l'ayant conduit à saisir une CAL.

L'objectif est de « dépayser la sanction » de l'EPS pour la rendre plus objective et moins liée à un contexte hospitalier particulier. Il ne s'agit pas, par cette création, de réduire les compétences des CAL, dont les pouvoirs doivent au contraire être renforcés, comme il a été dit plus haut : il s'agit seulement de conforter la capacité du DG ARS de sanctionner effectivement les manquements à la législation.

L'avis serait donné par la commission au DG ARS, après avoir entendu le praticien concerné, ce qui n'est pas le cas actuellement lorsque le DG ARS prononce la sanction.

IV.B.2. La composition de la commission régionale de l'activité libérale doit s'inspirer de celle des CAL et être présidée par un magistrat

Il est proposé de prévoir une **composition** de la commission régionale sur le modèle de celle de la commission de l'activité libérale permettant que les praticiens exerçant ou non une activité libérale soient représentés, ainsi que les usagers, les directeurs et les membres du conseil de surveillance des EPS, de l'ordre des médecins et des caisses primaires d'assurance maladie.

Le président de cette commission régionale pourrait être désigné parmi les **magistrats** de l'ordre administratif ou des chambres régionales des comptes pour garantir la sécurité juridique des avis ou propositions de la commission intervenant dans le domaine particulier des sanctions administratives.

IV.B.3. Suppression de la commission nationale et création d'un référent national

La commission nationale de l'activité libérale donne un avis au ministre en cas de contestation de la décision du DG de l'ARS, mais sa saisine est peu fréquente (aucune saisine entre 2005 et 2010). Elle n'a par ailleurs aucune compétence sur le suivi national de l'activité. On peut comprendre qu'en 1987, date de sa création, dans un autre contexte, il était utile de rechercher à homogénéiser l'application d'un dispositif nouvellement créé et qui relevait de chaque préfet de Département.

Le maintien de cette commission nationale ne paraît plus nécessaire dès lors qu'une commission régionale serait créée dans chaque région et que les ARS exercent pleinement leurs attributions depuis 2010. **Il est donc proposé de ne pas maintenir la commission nationale de l'activité libérale.**

Il n'est, par cette suppression, porté atteinte à aucune garantie fondamentale ni au droit au recours des praticiens : en effet la commission nationale ne donne qu'un avis au ministre et la décision du DG ARS pourra faire l'objet d'un recours de droit commun devant la juridiction administrative sans recours préalable obligatoire devant une instance consultative avant le recours devant le tribunal administratif. De plus par la création de la commission régionale, qui pourra entendre le praticien intéressé (ce qui n'est pas le cas actuellement avant la prise de décision par le DG de l'ARS), une nouvelle garantie est offerte à ce dernier en cas de sanction prise au niveau régional.

Comme il a été dit plus haut, il est proposé de créer un « **référént national** » pour le suivi de l'avenant n°8 : la mission du référent national pourrait être élargie à l'organisation d'un suivi national de l'activité libérale et à la mise en place de la nouvelle régulation de l'activité libérale au niveau des établissements.

Confier à un référent le **rôle du suivi de l'activité libérale** au niveau du ministère de la Santé permettrait ainsi au Ministre de disposer d'une meilleure connaissance au plan national de cette activité, d'un suivi statistique approfondi de l'activité, d'un suivi des travaux des commissions régionales et des sanctions prononcées par les ARS.

Il pourrait assurer la préparation des modifications de textes législatifs et réglementaires, l'élaboration de la charte type de l'activité libérale des établissements en lien avec les conférences nationales, l'animation du réseau des compétences en matière d'activité libérale dans les établissements et le contact permanent avec les conférences nationales et les représentants des praticiens concernés pour la mise en œuvre de la réforme.

V. Conclusion

Résumé des propositions :

1 . Appliquer l'avenant n°8 de manière adéquate à l'activité libérale aux EPS en contrôlant les dépassements excessifs d'honoraires, tout en tenant compte de ses spécificités (en particulier en assurant la représentation des praticiens hospitaliers dans les instances conventionnelles, en prenant en compte l'expertise et la compétence qui leur sont propres dans l'appréciation des pratiques de dépassement d'honoraires, en adaptant les taux de dépassement prévus par l'avenant pour certaines zones géographiques) ;

2°. Subordonner l'exercice d'une activité libérale dans les EPS à la condition préalable du conventionnement du praticien et prévoir l'interdiction d'exercice libéral en cas de sanction de déconventionnement du praticien en application de l'avenant n°8 (disposition législative) ;

3°. Prévoir de nouvelles clauses obligatoires dans les contrats d'activité libérale en renforçant les engagements contractuels des praticiens pour la transparence de leur activité en vue de faciliter le contrôle du respect de la réglementation (double déclaration de l'activité publique et privée du praticien, production des tableaux mensuels de service, respect de la charte de déontologie médicale de l'hôpital ainsi que d'une clause de non concurrence avec l'hôpital en cas de départ du praticien en vue d'une installation à proximité de l'hôpital -à prévoir par une disposition législative) ;

4°. Mieux identifier l'activité publique du praticien pour un meilleur contrôle du volume de l'activité privée exercée par comparaison avec son activité publique en dotant les hôpitaux d'un recueil informatisé de l'activité publique de chaque praticien ;

5°. Mettre en place dans les hôpitaux concernés par l'activité libérale une charte déontologique de l'activité libérale, élaborée sur la base d'une charte type, par les instances de l'établissement, déclinée par pôle et engageant les praticiens exerçant une activité libérale, portant sur l'information du patient orienté vers cette activité et sur les honoraires pratiqués, assurant la neutralité de l'orientation du patient entre les deux secteurs, et veillant à la réduction des écarts de délais d'attente pour les rendez vous entre secteur public et privé ;

6°. Renforcer le rôle de contrôle des commissions de l'activité libérale en modifiant leur présidence et leur composition pour garantir leur indépendance, en leur donnant des pouvoirs et des compétences élargis, en particulier en permettant leur saisine par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), en précisant leurs procédures d'investigations et de recherche des infractions, en relevant leur charge de contrôle (programme annuel de contrôles), en leur donnant des moyens logistiques et humains et en articulant mieux leurs travaux avec la commission médicale d'établissement ;

7°. Créer une commission consultative régionale auprès du directeur général de l'Agence régionale de santé pour assurer le suivi de l'activité libérale au niveau régional et pour donner un avis au directeur général de l'ARS sur les autorisations d'exercice et sur les sanctions de suspension ou de retrait d'autorisation ; présidée par

un magistrat, la commission permettrait de « dépayser » de l'hôpital l'examen des situations en cause ;

8°. Supprimer par voie de conséquence la Commission nationale de l'activité libérale ;

9°. Désigner un « référent national » chargé du suivi au niveau national de l'activité libérale et de sa régulation au sein des hôpitaux et des ARS, de l'interface avec l'assurance maladie en ce qui concerne l'avenant n°8, de l'élaboration des textes et outils nécessaires au contrôle de l'activité libérale et de la concertation en continu avec les acteurs concernés.

VI. Composition du groupe de travail

Présidente : Mme Dominique Laurent, conseillère d'Etat

Représentants de la Caisse nationale d'assurance maladie :

Dr. Pierre Fender, directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude

Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée de la gestion de l'organisation des soins

Représentation médicale :

Représentation des CME :

Pour les CHU :

Pr Guy Moulin, président de la CME de l'AP-HP de Marseille, Président de la conférence des CME de CHU, radiologue ; suppléant : Pr Philippe Paquis, président de la CME du CHU de Nice, neurochirurgien ;

Pr Olivier Claris, président de la CME des HCL,

Pour les CH :

Dr Frédéric Martineau : président de la CME du centre hospitalier de la Cote Basque, Président de la conférence des CME de CH ;

Dr Michel Hanssen (président de la CME du CH Haguenau) ;

Pour les CHS :

Dr Christian Muller , président de la conférence de CME de CHS (EPSM Lille Métropole ;

Représentation des praticiens exerçant une activité libérale :

Désignés par le président de la CME de l'AP-HP, le Pr Capron :

Pr Noël Garabédian : membre du directoire de l'AP-HP, membre de la CME de l'AP-HP , chirurgien pédiatre ORL(hôpital Trousseau) ; suppléant : Pr Bernard Granger : psychiatre hôpital Cochin ;

Désigné par le président de la conférence des présidents de CME de CHU, le Pr Moulin :

Pr Gilles Brassier : président de la CME de Rennes, neurochirurgien ;

Désigné par le Dr Martineau, Président de la conférence des CME de CH ;

Dr Jean Marc Fauchoux (CH d'Agen) ;

Représentation des praticiens n'exerçant pas une activité libérale :

Pr Gilles Calais (président de la CME de Tours, radiothérapeute) désigné par le Pr de la conférence des présidents de CME de CHU

Pr Béatrice Crickx (AP-HP dermatologue hôpital Bichat), désigné par le président de la CME de l'AP-HP ;

Dr Christian Floriot (CH de Haute Loire) ; désigné par le président de la conférence des présidents de CME de CH

Représentation des commissions d'activité libérale :

M.Noël Renaudin : président de la commission centrale d'activité libérale de l'AP-HP ;

Pr Gilbert Kirkorian : président de la commission centrale d'activité libérale des HCL ,

Représentation des usagers : CISS

Mme Claude Rambaud, présidente du Lien, membre du CISS, membre de la commission nationale de l'activité libérale

M. André Le Tutour, président de la commission d'activité libérale de l'hôpital de Vannes ;

M . Sylvain Fernandez-Curiel

Mme Magali Léo

Représentation de la Fédération hospitalière de France :

M.Gérard Vincent , délégué général de la FHF ;

Représentation des directeurs d'établissements hospitaliers :

M. Hériaud, président de la conférence des DG de CHU , directeur du CHU de Bordeaux,, représenté par :

M.Hamid Siahmed , directeur général du CHU de Limoges, responsable de la conférence des DAM de CHU au sein de la conférence des DG de CHU :

M.Jérôme Hubin, directeur des affaires médicales de l'AP-HP ; suppléante , Mme Sophie Terquem ;

M.Patrice Farci, directeur des affaires médicales des HCL.

M.Denis Fréchou, président de la conférence nationale des directeurs généraux de CH , directeur de St Maurice ; suppléant M. Fabrice Leburgue, directeur du CH de Seclin ;

Représentation de l'Ordre des médecins :

Dr Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des Médecins ;

Représentant du collège des ARS

Mme Martine Aoustin, directrice générale de l'ARS Languedoc-Roussillon ;

M. Sébastien Leloup : ARS Ile de France

Représentation des administrations centrales :

Au titre de la DGOS :

M. Raymond Le Moign , sous directeur

Mme Odile Brisquet, cheffe de bureau

Mme Isabelle Couaillier, adjointe à la cheffe de bureau

M. Jean Luc Eschemann. chargé de mission

Au titre de la Direction de la sécurité sociale :

Mme Cendrine BLAZY (bureau des relations avec les professions de santé -1B)

M. Romain PLANTADE (bureau des relations avec les professions de santé -1B) ou Mme Maud LE QUILLEC (bureau des établissements de santé et des établissements médicaux-sociaux – 1A) chargés de mission.

