

Annexe 3

Organisation interne, modalités de partenariat avec les autres établissements de santé, les établissements ou structures médico-sociales, les structures d'exercice coordonné et accueil des étudiants et internes en médecine générale

Gouvernance et organisation interne des établissements publics de santé

Le cadre légal et réglementaire applicable aux centres hospitaliers notamment pour les ex hôpitaux locaux permet des souplesses en ce qui concerne aussi bien l'organisation interne des établissements que les instances.

Le cadre réglementaire général

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a modifié et simplifié en profondeur l'organisation interne de l'hôpital. Elle a notamment unifié les différentes catégories d'établissements publics de santé en précisant leur ressort (article L.6141-1) et en distinguant les centres hospitaliers des centres hospitaliers ayant une vocation régionale.

Près de 320 établissements publics de santé, anciennement dénommés hôpitaux locaux, assurent une prise en charge sanitaire de proximité. Ils sont désormais soumis au droit commun des établissements publics de santé.

Ainsi, la gouvernance interne des établissements publics de santé est composée d'un socle commun dont les règles et les grands principes sont définis dans le code de la santé publique, mais **leur fonctionnement interne demeure souple en renvoyant la composition de certaines instances et les modalités d'organisation et de fonctionnement au règlement intérieur de l'établissement.**

Organisation interne des établissements

(articles L.6141-1 et R.6146-1 à R.6146-3)

Les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne pour l'accomplissement de leurs missions, sous réserve des dispositions prévues aux articles L.6146-1 à L.6146-11.

- **Les pôles d'activité clinique et médico-technique** : unique échelon obligatoire au sein des établissements (D.6146-1 à R.6146-9)

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Le pôle est la seule structure interne obligatoire et le support d'organisation de tous les établissements quelle que soit leur taille. **Toutefois, le directeur général de l'ARS peut accorder une dérogation, quand l'activité et le nombre de praticiens le justifient, et autoriser dans ce cas un établissement à ne pas créer de pôles d'activité.** Les établissements publics de santé sont donc libres de s'organiser en fonction de leur taille et de leurs activités, y compris de ne pas constituer de pôle si le DG ARS l'autorise.

- **Les autres structures internes** (L.6146-1 et R.6146-4 et 5)

L'organisation des structures internes est libre en fonction de l'activité des établissements.

Les instances

Les instances de décision et de représentation des personnels sont les mêmes pour tous les établissements publics de santé quel que soit leur ressort. Des dérogations sont prévues par le code de la santé publique pour autoriser les médecins libéraux recrutés par contrat au sein de l'établissement à participer à des missions de service public ou à occuper des fonctions au sein des instances de gouvernance interne.

Le directeur (L. 1432-2, L6143-7, L.6143-7-2 et L6146-1)

Le directoire (L.6143-7 et L.6143-7-4)

Le conseil de surveillance (L.6143-1 à L6143-7-8 et R.6143-1 à R.6143-16)

La commission médicale d'établissement (L.6144-1 et 6144-2 et R.6144-3 à R.6144-6)

Le président de la commission médicale d'établissement (L.6143-5, L.6143-7, L.6143-7-3, L.6143-7-5, L.6146-1, L.6146-2 et D.6143-37 à 37-5)

Le comité technique d'établissement (L.6143-1 et R.6144-40)

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (L.6146-9, R.6146-10 à R.6146-16)

Modalités de partenariats avec les structures d'exercice coordonné (SEC), maison de santé pluri professionnelle (MSP) ou centre de santé (CdS)

DANS QUEL INTERÊT ?

Pour l'hôpital

Dans les zones connaissant des difficultés de démographie médicale, certains hôpitaux locaux connaissent un risque réel de fermeture faute de ne pouvoir disposer à terme de médecins généralistes, compte tenu du vieillissement de ces derniers et des difficultés à les remplacer. La mise à disposition par l'hôpital de locaux pour créer une structure d'exercice coordonné est une des réponses envisageables pour conforter le fonctionnement de l'établissement et pour fidéliser les médecins sur le territoire : garantie de pouvoir disposer de professionnels de santé et revenus issus de la location des locaux.

Pour un centre de santé, il est à noter que cette mise à disposition n'implique pas nécessairement la gestion du centre par l'hôpital : elle peut être assurée par un autre gestionnaire tel qu'une collectivité territoriale ou un organisme à but non lucratif, comme l'autorise l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

Pour la structure d'exercice coordonné

- Les professionnels de santé souhaitant exercer en MSP ou le gestionnaire du centre de santé peuvent ainsi louer les locaux ce qui les exonère de la question majeure du financement d'un investissement immobilier qui peut freiner certains promoteurs de projets lors de la création d'une SEC ;
- La perspective d'une activité mixte (de ville, libérale ou salariée, et hospitalière) constitue un élément attractif pour les professionnels de santé (exercice pluri professionnel dans les deux cas / prise en charge globale et continue des patients à la fois dans la SEC et, le cas échéant, lors de leur hospitalisation / prise en charge de cas complexes) ;
- Gain de temps pour les professionnels qui n'ont pas de transport à effectuer pour passer d'un exercice à un autre, lorsque la SEC est intégrée dans les murs de l'hôpital

Point d'attention

Il convient de s'interroger sur les risques de « désertification » liés à la concentration de l'offre de soins en un seul lieu. Dans certains cas, l'adossement d'une SEC à l'hôpital peut être utilement encouragé à prendre forme dans des locaux proches, mais cependant séparés de l'hôpital.

POUR FAIRE QUOI ?

Au-delà de la simple location de locaux, de véritables partenariats pourront se nouer entre l'hôpital et la SEC dont les plus aboutis pourront déboucher sur un projet de prise en charge des patients commun. Ces partenariats favoriseront non seulement une meilleure prise en charge des patients mais encore une meilleure rationalisation des coûts.

Mise en commun de moyens matériels

- Matériel logistique (standard, parking, imprimante...)
- Equipement sanitaire (équipement de radiologie, de laboratoire biologie médicale, ECG, salle de kinésithérapie,...) ;
- Salle pour des ateliers d'éducation thérapeutique
- ...

Mise en commun de moyens humains

- Exercice des professionnels de santé (y compris les spécialistes et les auxiliaires médicaux) du centre ou de la maison de santé au sein de l'hôpital ;
- Recours par la SEC à la compétence de certains professionnels de l'hôpital qui n'exercent pas dans ce type de structure, tels que des diététiciens, des ergothérapeutes ou des qualitatifs ;
- Possibilité de faire bénéficier la SEC des consultations avancées de spécialistes dont bénéficie l'hôpital.

Mise en commun de la réflexion

- Elaboration de protocoles de prise en charge (ex : cas complexes / sortie de l'hospitalisation)
- Création de groupes de qualité ou de pairs (pour développer une démarche réflexive sur les pratiques)
- ...

Dans la forme la plus aboutie de partenariats entre les deux structures un projet de prise en charge commune des patients pourra être rédigé qui devra tenir compte et du projet médical de l'établissement de santé et du projet de santé de la maison de santé et décrira les actions menées en commun et l'organisation commune mise en œuvre en vue de la prise en charge des patients des deux structures.

SELON QUELLES MODALITES ?

Il n'apparaît pas utile de créer une troisième personnalité morale¹ qui aurait pour objet de formaliser les liens entre l'hôpital et la MSP. Une simple convention suffit pour autant que ses termes soient assez précis :

A cet égard, elle devra décliner, notamment :

- La nature des moyens (matériels et humains) mis en commun,
- les conditions dans le temps de cette mise en commun : calendrier / rythme / horaire ;
- les conditions financières de cette mise en commun
- la responsabilité de chaque partie (et le cas échéant, la couverture assurantielle prévue)
- les conditions du partage des informations concernant les patients.

Il importe que chaque partie tienne une comptabilité précise de ses charges propres.

Le projet de prise en charge commune des patients pourra être annexé à la convention de partenariat.

La signature d'une convention de partenariat respecte l'autonomie de chaque partie et n'implique pas, de facto, de hiérarchie entre elles, à moins que les termes de la convention n'en décident autrement.

¹ Le recours à un groupement de coopération sanitaire qui pourrait paraître intéressant au regard des prestations médicales croisées visées à l'article L. 6133-6 qu'il permet, ne présente pas d'intérêt dans la mesure où ces prestations ne sont possibles qu'entre les établissements de santé membres du GCS.

LA MISE EN COMMUN DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Types de partenariat	Modalités de partenariat
Mise à disposition, par l'hôpital au bénéfice de la SEC de professionnels de santé	Mise à disposition par voie conventionnelle entre l'hôpital et la SEC. La SEC rembourse à l'hôpital la rémunération du praticien qui demeure salarié de l'hôpital et ne peut percevoir aucune autre rémunération. Les actes réalisés dans la structure sont enregistrés comme des actes hospitaliers externes
Mise à disposition par la MSP au bénéfice de l'hôpital, de professionnels de santé	La loi ° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a ouvert la possibilité aux médecins, sages-femmes et odontologistes <u>exerçant à titre libéral</u> d'intervenir à l'hôpital (art. L 6146-2 du code de la santé publique). L'établissement de santé verse aux intéressés des honoraires pratiqués aux seuls tarifs opposables de l'assurance maladie diminués du montant d'une redevance. Ce dispositif fait l'objet d'un contrat entre le professionnel de santé et l'établissement et est approuvé par le directeur général de l'Agence régionale de santé. Le contrat, conclu pour une durée maximum de 5 ans, est renouvelable (art. R.6146-9 CSP) Les praticiens des centres de santé étant salariés, ils ne sont pas éligibles au dispositif précité Concernant les auxiliaires médicaux, ils ne peuvent bénéficier de ce même dispositif que dans le cadre de soins délivrés en hospitalisation à domicile.
Mise à disposition par le centre de santé au bénéfice de l'hôpital, de professionnels de santé	Lorsque le gestionnaire du centre de santé est une personne morale de droit privé, les professionnels de santé ce centre peuvent exercer au sein de l'hôpital selon le dispositif du prêt de main d'œuvre à but non lucratif. Lorsque le gestionnaire du centre de santé est une personne morale de droit public les professionnels de santé ce centre peuvent exercer au sein de l'hôpital selon le dispositif de mise à disposition (MAD).

Accueil des étudiants et internes en médecine générale

Il peut s'agir de l'accueil d'étudiants en médecin au cours de second cycle ou d'internes en médecine en cours de troisième cycle principalement en cours de DES de médecine générale.

*Rien ne s'oppose juridiquement à l'accueil de ces étudiants dans les hôpitaux de proximité, mais il faut que **les unités de soins soient agréées ou que l'étudiant soit affecté auprès d'un praticien maître de stage agréé exerçant dans l'établissement**. Les modalités d'agrément des services et des praticiens varient selon qu'il s'agit de stages de second ou de troisième cycle.*

Pour le second cycle

Les services et les maîtres de stage sont agréés par le directeur de l'unité des formations (UFR) de médecine. Les directeurs d'hôpitaux de proximité et leurs responsables des services ou les maîtres de stages devront donc constituer un dossier de demande auprès de cette unité qui prendra sa décision en fonction de l'adéquation des activités de l'établissement avec les objectifs de la formation.

Réglementation :

Le chapitre II de l'arrêté du 8 avril 2013 précise le régime des études en vue du deuxième cycle des études médicales (voir notamment les articles 8, 14 et 1, relatifs aux stages).

Pour le troisième cycle

L'agrément est délivré par le directeur général de l'ARS après avis de la commission de subdivision présidée par le directeur de l'UFR de Médecine. Le dossier est à déposer auprès de l'UFR de la subdivision où est situé le terrain de stage. L'avis de la commission tient compte de l'activité du service, des moyens mis à disposition de l'interne et de l'encadrement.

Réglementation :

L'arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales

L'arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine

Le médecin généraliste praticien agréé-maître de stage des universités, intervenant dans un hôpital de proximité

La commission de subdivision réunie en vue de l'agrément se prononce sur un dossier comprenant une description du terrain de stage indiquant le type d'activité exercée. Si dans le cadre de la description de son activité, le praticien précise qu'il est amené à intervenir en activité libérale au sein d'un hôpital de proximité alors l'agrément qui est accordé peut prendre en compte cette spécificité.

La réglementation ne prévoit pas expressément cette situation, aussi rien n'est prévu ni en matière de responsabilité professionnelle, ni en matière d'information de la direction de l'hôpital concernant la présence d'un interne dans ses locaux en dehors des effectifs qu'il a à gérer.