



11 PROPOSITIONS TOUT TERRAIN



**HOUDART
& ASSOCIÉS**
AVOCATS



NOTRE DÉMARCHE

Si l'Hôpital a joué un rôle central durant la pandémie c'est au prix d'un épuisement dramatique des professionnels.

Mais ne nous trompons pas, cet épuisement qui pousse nombre de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants et de personnels administratifs à quitter leur établissement voir de renoncer à leur exercice n'a pas pour cause unique leur incroyable investissement durant la crise.

Il est la résultante d'un modèle hospitalier arrivé au « bout du bout » et qu'on a tenté depuis de trop nombreuses années de rafistoler.

Incroyable révélateur, la Covid-19 a ainsi et paradoxalement souligné tout à la fois le rôle essentiel de l'Hôpital et son inadaptation aux exigences de notre société, l'engagement de ses équipes et leur mal-être profond.

Ce serait également une erreur que de circonscrire à l'Hôpital ce diagnostic, c'est bien l'ensemble du système de santé qui est à bout de souffle.

Nous laisserons aux éminents universitaires, économistes et sociologues le soin d'en analyser en profondeur les raisons.

L'enjeu central sera ainsi résumé : qu'est ce qui peut aujourd'hui convaincre les professionnels de santé de faire carrière au sein de l'hôpital public ? et non seulement les médecins, mais aussi les directeurs, les infirmiers, les ingénieurs, les agents de maîtrise, les cadres soignants, tous sont concernés jusqu'aux PUPH. La réponse ? en réalité, chacun la connaît ; la reconnaissance ! reconnaissance professionnelle, reconnaissance financière, reconnaissance institutionnelle.

Mais la reconnaissance ne peut être nourrie d'expédients. Elle suppose non seulement des mesures immédiates, conjoncturelles, individuelles mais une réforme en profondeur du système hospitalier et partant du système de santé qui permette à chaque professionnel trouvant enfin sa place dans l'Institution d'adhérer à un projet commun.

Au risque d'en choquer plus d'un, les mesures du Ségur, certes bienvenues en ce qu'elles apportent un soutien aux investissements et améliorent les rémunérations, participent à la logique d'expédients et renvoient à plus tard la nécessaire refondation de l'hôpital public.



La première question qui s'impose est quel rôle assigné à l'hôpital public au XXIème siècle ?

De quelles missions d'intérêt général, il doit être le garant pour les populations qu'il dessert et concomitamment quelles missions sont celles des autres acteurs de santé ?

La seconde question dont la réponse devra s'évincer de la première est quelle organisation assurera la bonne réalisation des missions allouées aux uns comme aux autres ?

De façon certes un peu caricaturale, le système repose actuellement sur un emboîtement de poupées russes : l'hôpital est sous la dépendance de l'établissement support qui est sous la dépendance de l'agence régionale de santé qui est sous la dépendance des injonctions ministérielles. Sur le terrain, les équipes répondent en permanence à des injonctions souvent contradictoires et paradoxales.

Le constat est identique en ce qui concerne les équipes de soins primaires ; pharmaciens, médecins généralistes, infirmiers, tous les acteurs dit du premier recours souffrent d'une organisation complexe et inadaptée qui vogue entre stricte planification et incitation à l'initiative des professionnels.

L'erreur serait de sombrer dans un certain passéisme.

La santé se décline désormais territorialement, en transversalité et en filières. Elle est soins mais aussi prévention et éducation. Elle se décloisonne, se numérise, se transforme.

C'est donc un nouveau modèle du système de santé qu'il convient de construire sur des bases renouvelées. Observateurs privilégiés de la santé et de ses acteurs que nous côtoyons et défendons depuis plus de 30 ans, les enseignements du « terrain » nous laissent à penser que tout est en germe et ne demanderait qu'à être un tant soit peu ordonné et organisé autrement pour offrir à la population un système de santé moderne et conforme aux nouvelles exigences et impératifs de la société.

Ainsi, à quelques semaines de l'échéance présidentielle, échéance institutionnelle majeure où devraient être débattues les conditions d'un avenir commun pour notre société - la santé pour tous étant un élément fondamental-, nous nous sommes prêtés au jeu et avons demandé à chacun des associés du cabinet de soumettre une proposition, proposition qui, dans son périmètre d'intervention, lui paraît essentielle et utile à la réforme du système de santé.

Ces 11 propositions se conjuguent, s'harmonisent et forment un tout qui s'agence autour de deux axes principaux :

La refondation du service public et de sa gouvernance dans une organisation territoriale renforcée.



SOMMAIRE

I LES FONDATIONS : SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, SERVICE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ ET TERRITOIRE

- 1-a** Redéfinir le service public hospitalier **5**
et encadrer le service d'intérêt général des acteurs d'un territoire
- 1-b** Le territoire : le Bassin de vie **6**

II UNE ORGANISATION TERRITORIALE RENFORCÉE

- 2** Sécuriser les MSP : La création d'une SISA ARL **7**
- 3** Favoriser la rénovation de la régulation des soins non programmés **8**
- 4** Doter le pharmacien d'un nouveau rôle : Le Pharmacien en Pratique Avancée **11**
- 5** Harmoniser la fiscalité notamment des MSP **13**
- 6** créer un statut du praticien de territoire **15**

III HÔPITAL : UNE GOUVERNANCE RÉNOVÉE

- 7** Un management adapté et spécialisé **16**
- 8** Un management sécurisé : Réforme et clarification de la responsabilité du directeur **18**
- 9** Une politique d'intéressement déverrouillée **22**
- 10** Politique de Valorisation des résultats de recherche **23**
pour les établissements publics de santé

IV UNE POLITIQUE PUBLIQUE ET TERRITORIALE DES ÉQUIPEMENTS SANITAIRES

- 11** Investissement : le plan « Marshall » des équipements sanitaires **26**



Les fondations : Service public hospitalier, Service d'intérêt général de la santé et territoire

LAURENT HOUDART
AVOCAT ASSOCIÉ

1-a Redéfinir le service public hospitalier et encadrer le service d'intérêt général des acteurs d'un territoire

Dans les faits, outre les structures reconnues comme devant assurer le service public (au premier rang desquelles l'hôpital public et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)) nombre d'acteurs de premier recours, de maisons de santé (MSP), ou de cliniques participent au service public sans être pour autant reconnus.

Récemment l'ordonnance du 12 mai 2021 a assigné aux communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) des missions de service public (inaugurant un service public de la santé non hospitalier), ce qui n'est pas sans poser question en termes de cohérence juridique.

Aussi, il apparaît impératif de définir aujourd'hui non seulement ce qu'est le service public hospitalier mais aussi le service d'intérêt général de la santé qui ne doit pas répondre par sa définition à un critère organique mais à l'expression d'objectifs et de garanties pour le patient d'un territoire.

Le service d'intérêt général auquel participerait l'ensemble des opérateurs quel que soit son statut devra garantir l'accès de tous aux soins, mais aussi à la prévention, à l'éducation et la permanence des prises en charge.

Accepter de mettre en place un cadre juridique défini en admettant que les soins non programmés constituent des missions de service d'intérêt général ouvrirait la porte à des organisations propres aux praticiens libéraux qui disposeraient alors d'assurance tant en termes de rémunération que de responsabilité. Cela participerait également à une plus grande efficacité des services d'accès aux soins (SAS) dont on s'aperçoit actuellement de la limite.

Dans le même ordre d'idée, considérer que certaines missions des MSP constituent de telles missions reflèterait une réalité et pourrait contribuer à en améliorer la réalisation (actions de prévention/éducation thérapeutique/etc.).

Une telle réforme faciliterait également et considérablement l'organisation territoriale de la santé et comme nous le verrons également, l'émergence d'un statut unique de praticien de territoire.



1-b Le territoire : le Bassin de vie

Du territoire de santé, il n'y a pas une définition et un seul contour mais 10, peut-être 20. Il y a le territoire de santé du GHT, celui de la MSP qui n'est pas celui de la CPTS qui n'est toujours pas celui de la MAIA, ni celui du DAC et encore moins du PMST ou PIMM... et nous ne nous pencherons pas sur le PRS. A croire qu'à chaque acronyme est attribué un territoire !

Cela pourrait prêter à sourire si cela ne conduisait pas à complexifier un peu plus l'organisation de l'offre de soins plutôt que de la rendre plus visible.

Chacun s'accorde sur l'importance désormais d'une organisation transversale et pluridisciplinaire territoriale mais nous n'y arriverons jamais s'il n'y a pas à la base une définition simple et pratique du territoire. Celle-ci doit revêtir une réalité humaine, culturelle, économique et politique. La définition commune du territoire est : « Portion de l'espace terrestre dépendant d'un État, d'une ville, d'une juridiction ; espace considéré comme un ensemble formant une unité cohérente, physique, administrative et humaine ».

L'expérience a démontré et démontre l'importance de pouvoir concilier aménagement du territoire et santé : nombreux sont les exemples où la population d'un territoire n'ira pas dans l'établissement de référence du territoire de santé correspondant parce que de tous temps, les flux conduisent à une autre ville. Combien de GHT se sont ainsi constitués au mépris de la réalité humaine ? qu'en est-il résulté ? ... pas grand-chose.

L'une des premières mesures serait donc de redéfinir le périmètre des territoires en conjuguant aménagement du territoire et bassin de vie en étroite collaboration avec les collectivités territoriales et les acteurs de premier recours.

Sur cette fondation pourra alors s'ériger le territoire de santé et l'ensemble de l'organisation sanitaire.



Sécuriser les MSP : la création d'une SISA ARL

MARINE JACQUET
AVOCATE ASSOCIÉE

Peu à peu la MSP, dans la plupart des cas créé sous forme de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) se voit doter de missions et de moyens de plus en plus conséquents ; elle peut employer pour le compte de ses médecins des assistants médicaux, salarié des Infirmiers de pratique avancée (IPA) et désormais, suite à l'Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 et au décret n° 2021-747 du 9 juin 2021, elle a la possibilité de salarier tous professionnels exerçant des activités de soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours ainsi que pour toutes autres activités contribuant à la mise en œuvre du projet de santé.

La SISA va pouvoir encaisser sur son compte « tout ou partie des rémunérations des activités de ses membres ou de celles de tout autre professionnel concourant à la mise en œuvre du projet de santé et le reversement de rémunérations à chacun d'eux ».

Ainsi elle apporte une réponse aux maisons de santé confrontées à de lourdes problématiques de pénurie médicale en leur permettant d'attirer des médecins plus intéressés par un exercice salarié.

La SISA serait ainsi la première structure de soins à offrir un statut mixte, libéral/salarié et s'érige ainsi en une plateforme territoriale de premier recours. Ainsi que nous l'avons indiqué ci-dessus (1. 2), la structure pourrait être dotée de missions de service public pour l'ensemble de ses attributions telles que l'éducation thérapeutique, la prévention et toutes les actions de santé publique qu'elle mène.

Il y a cependant un obstacle qui pourrait réduire considérablement les possibilités de développement des SISA. En effet, dans une SISA les associés sont des personnes physiques uniquement. Elle n'est pas ouverte aux personnes morales (SEL, SCP, SCM). Les associés sont donc personnellement responsables des dettes de la société, sans mécanisme de protection.

Une protection patrimoniale doit être apportée à ses membres.

Le problème est assez simple à résoudre ;

créer une société Interprofessionnelle de soins ambulatoires à responsabilité limitée, une SISARL, à l'instar des sociétés d'exercice libérale. Quelle avancée pour les professionnels de santé libéraux, une société d'exercice libérale interprofessionnelle en santé. Ainsi, les professionnels de santé libéraux disposeraient d'un outil juridique qui leur garantit une protection efficace de leur patrimoine.



Favoriser la rénovation de la régulation des soins non programmés

AXEL VÉRAN
AVOCAT ASSOCIÉ

En instaurant une plateforme de régulation médicale départementale commune pour l'accès aux soins associant le SAMU et la régulation ambulatoire, le service d'accès aux soins (SAS) a pour ambition d'organiser une réponse populationnelle aux demandes de soins non programmés et contribuer au désengorgement des urgences point de passage systématique de tout parcours de soins, mêmes non urgents dans un système de santé où l'accès aux soins de ville est devenu de plus en plus difficile.

Sur plusieurs départements, les travaux nécessaires à l'organisation et à la structuration de la mise en œuvre des pilotes ont été interrompus en raison d'une part de la faiblesse des rémunérations proposées aux médecins libéraux (régulateurs et effecteurs) par l'avenant 9 à la convention nationale signée le 31 juillet 2021 et d'autre part de l'absence d'un statut protecteur des médecins généralistes libéraux qui assurent la régulation.

1 Adopter un statut protégeant les médecins régulateurs libéraux qui participent au SAS

Le service d'accès aux soins assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le SAMU et une régulation de médecine ambulatoire. Il n'a donc pas pour objet d'associer la médecine de ville à la régulation médicale assurée par l'AMU, mais instaure deux filières de régulation distinctes et organise un dispositif de coopération entre elles. La ville se voit ainsi confier la charge d'organiser et assurer une activité de régulation de médecine ambulatoire.

Alors que dans le cadre de la permanence des soins, les médecins libéraux participant à la régulation des appels au sein d'un SAMU ou d'un CRRA sont placés sous responsabilité administrative hospitalière (article L. 6134-2 du code de la santé publique), le SAS, placé sur des horaires hors PDSA, est un dispositif distinct qui ne leur offre pas cette protection.



Un tel régime de responsabilité ne permet pas d'enrôler suffisamment de médecins libéraux pour assurer le fonctionnement de la filière de régulation ambulatoire et freine de nombreux projets. Plus encore il présente un risque réel de désertion et d'abandon de toute activité de régulation libérale.

Sans modifier l'article L. 6134-2 du code de la santé publique et faire peser sur l'hôpital la responsabilité, en première intention, des diagnostics posés à distance par les médecins régulateurs libéraux, il pourrait être envisagé de compléter l'article L. 6311-3 du code de la santé publique ou de préciser, par voie réglementaire, que les médecins libéraux assurant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins assurent une mission de service public au cours de laquelle ils sont placés sous la responsabilité de l'Etat.

2 Inciter le développement de centres de consultations non programmées sur les sites hospitaliers

L'offre de consultations non programmées existe et est déjà largement organisée par les acteurs de ville :

- en période de PDSA, par les maisons médicales de garde et par les différentes émanations SOS Médecins ;
- en période de continuité des soins, à SOS Médecins s'ajoutent les MSP et les CPTS qui ont conclu l'accord conventionnel interprofessionnel et qui, pour bénéficier des dotations, doivent organiser la réponse aux demandes de soins non programmés du territoire, en particulier les demandes de soins médicaux adressées par les régulateurs du SAS.

Toutefois, la méconnaissance des dispositifs existants entraîne le déplacement spontané de nombreux patients, qui s'exonèrent de la régulation médicale, au sein des services d'urgences, alors même que leurs maux ne relèvent ni de l'urgence vitale, ni de la petite traumatologie (que les PASI peuvent prendre en charge) et ne commandent qu'une consultation de médecine générale.

Dispositif complémentaire du SAS, le développement de centres de consultations non programmées sur le site hospitalier ou à proximité immédiate permettrait

- de réorganiser et fluidifier les parcours de soins non programmés ;
- de rationaliser et réguler les actes médicaux ;
- d'éduquer la population au bon usage du système de santé ;
- de diminuer les présentations spontanées aux urgences;
- de renforcer l'attractivité du territoire pour les jeunes médecins.

Il s'inscrirait en outre parfaitement dans la deuxième des mesures du Pacte de Refondation des Urgences qui vise à renforcer l'offre de consultations médicales non programmées.

Si des initiatives de création de centres de consultations non programmées sur le site hospitalier existent, la coopération ville-hôpital en la matière se heurte à plusieurs écueils parmi lesquels :

- la lourdeur des dispositifs de coopération permettant l'intervention de praticiens libéraux au bénéfice des patients de l'hôpital (contrat L.6146-2 du CSP, constitution de GCS) ;
- l'insécurité juridique à laquelle est confronté l'établissement public de santé qui conclue avec le praticien libéral un simple contrat de vacation, lequel ne bénéficie d'aucune base légale ;
- le poids RH et financier que représente la conclusion d'un travail.

Tous ces obstacles au développement des centres de consultations non programmées pourraient être levés par l'adoption d'un statut de praticien territorial .



3. Ajouter un acte « consultation non-programmée » à la CCAM

Dans le cadre de la mise en œuvre du SAS, l'avenant 9 à la convention médicale de 2016 prévoit une rémunération des médecins assurant des soins non programmés via les indicateurs 8 et 9 du forfait structure lesquels prévoient :

- Indicateur 8 : réévaluation à 200 point, soit 1400 euros pour les médecins impliqués ;
- Indicateur 9 : rémunération selon le nombre de soins non programmés pris en charge par trimestre à partir d'un barème de points.

Les premiers travaux de mise en œuvre des SAS ont témoigné de ce que de nombreux professionnels de santé libéraux impliqués dans la prise en charge de consultations ou de soins non programmés regrettent que leur implication et le rôle fondamental qu'ils jouent dans l'accès aux soins ne soient pas reconnus, faute d'indicateurs opposables.

Afin de démontrer l'importance de la médecine de ville dans la prise en charge des consultations et actes de soins non programmés, pourrait être ajouté un acte « consultation non programmée » à la CCAM.

Cette proposition permettra :

- à la médecine de ville : de témoigner du rôle indispensable qu'elle joue dans la régulation des soins non programmés ;
- aux SAS : de bénéficier d'indicateurs solides, de nature à favoriser son développement et son bon fonctionnement.



Doter le pharmacien d'un nouveau rôle : le Pharmacien en Pratique Avancée

NICOLAS PORTE
AVOCAT ASSOCIÉ

La crise sanitaire a confirmé l'importance du rôle des pharmacies d'officine dans l'accès à l'offre de soins de premier recours du fait de leur proximité avec la population.

Avec 33 officines en moyenne pour 100 000 habitants, la France bénéficie d'un réseau officinal particulièrement dense. Quatre personnes sur cinq ont accès à une pharmacie dans leur commune de résidence et 97% de la population métropolitaine vit à moins de 10 minutes en voiture d'une pharmacie . Dans le même temps, on estime qu'environ 7 millions de français ne peuvent pas consulter un médecin plus de deux fois par an faute d'en avoir un à proximité de chez eux. Dans certains départements, 30% des habitants ont des difficultés d'accès au médecin généraliste du fait de la pénurie de praticiens .

Les mesures prises par le gouvernement et les collectivités locales pour tenter d'enrayer la désertification médicale de certains territoires (aides à l'installation, développement du salariat et de l'exercice groupé au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles...) ont malheureusement montré leurs limites.

Dans ce contexte, il nous semble que l'accès au médecin (généraliste, voire spécialiste) pourrait être pensé autrement que sous le seul prisme de l'accessibilité physique.

Certes, la téléconsultation existe déjà, mais son usage est encore limité par ses conditions de prise en charge par la sécurité sociale (même si l'UNCAM vient très récemment de les assouplir) et par la problématique de l'examen clinique, qui n'est possible que si le patient est accompagné d'un autre professionnel de santé.

Or, le pharmacien d'officine est la profession de santé territorialement la plus accessible pour la population, y compris dans les zones touchées par la désertification médicale. Pourquoi ne pas tirer parti de cette forte présence territoriale pour faire de l'officine le point d'accès du patient à l'offre de premier recours dans les zones sous-denses ?

Les lois hospitalières du 21 juillet 2009 et du 24 juillet 2019 ont élargi très significativement les missions des pharmaciens d'officine avec notamment le rôle de pharmacien correspondant en exercice coordonné, la dispensation sous protocole, la téléconsultation en officine ou encore certaines vaccinations.



Mais nous pensons qu'il faut aller plus loin en créant, à l'instar de ce qui existe pour les infirmiers, un nouveau métier de pharmacien en pratique avancée.

Ses missions, qui seraient à définir en concertation avec les ordres des professions concernées (pharmaciens et médecins) et la HAS, pourraient être pensées de manière à ce qu'il soit à la fois le relais et le « co-opérant » du médecin.

Le pharmacien de pratique avancée pourrait par exemple :

- participer étroitement à l'examen clinique du patient reçu en télé consultation ;
- assurer le suivi au long cours du patient et jouer le rôle de coordonnateur de son parcours de soins ;
- réaliser des délégations de tâches du médecin en plus grand nombre que celles actuellement autorisées par les protocoles de coopération et dispenser dans ce même cadre des médicaments.

La création de cette nouvelle spécialité nécessiterait de revoir la formation initiale et continue des pharmaciens (notamment pour qu'ils soient formés à l'examen clinique).

Le développement de la télé consultation en officine suppose d'augmenter significativement la rémunération du pharmacien, pour l'heure très insuffisante, ainsi que les aides à l'investissement pour l'aménagement des officines (création d'espace dédié, achat de cabines de télé consultations...).

Le pharmacien de pratique avancée ne sera ni la panacée au problème des déserts médicaux, ni un pis-aller à la pénurie de médecins, mais doit plutôt se concevoir comme un mode d'accès alternatif aux soins de premier recours.

S'il est correctement rémunéré, ce nouveau métier pourrait aussi procurer un complément de revenu à certaines officines implantées dans les territoires ruraux et les petites villes, qui peinent actuellement à trouver leur modèle économique.



Harmoniser la fiscalité notamment des MSP

LAURINE JEUNE
AVOCATE ASSOCIÉE

- L'autorisation de participation des pharmaciens à toute structure territoriale de coopération (CPTS, GCS, etc) ou d'exercice (MSP) sans que cela n'entraîne une fiscalisation du groupement ou de la structure.
- Généralisation de l'exonération de la taxe foncière à toutes les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Créées en 2009 avec la loi dite « HPST », les MSP permettent à des professionnels de santé de ville de regrouper leurs moyens et une partie de leur exercice professionnel autour d'un projet de santé commun et signé avec l'agence régionale de santé qui s'inscrit en conformité avec les orientations des schémas régionaux de santé.

Les MSP sont conçues comme des acteurs pivots des soins de premiers recours voire dans certains cas de second recours, en participant à la fois à la prise en charge de la population, en coordonnant leurs activités mais aussi en participant à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

L'objectif poursuivi par le législateur était d'apporter une solution durable aux difficultés voire aux pénuries rencontrées dans certains territoires mais aussi d'améliorer l'offre de soins.

A travers des aides financières attractives, le dispositif des MSP a su séduire et se développer puisqu'au 30 juin 2021, 1889 MSP en fonctionnement et 366 projets de MSP sont recensés .

En pratique, l'installation des MSP se heurte cependant à des obstacles qui constituent des disparités entre les MSP.

Tel est le cas du paiement de la taxe foncière sur les locaux accueillant les MSP.

On rappellera qu'en principe, la taxe foncière est due sur les propriétés bâties (article 1380 du code général des impôts).

Parmi les exceptions posées (articles 1382 et suivants du même code), il est prévu que les MSP dont les locaux appartiennent à une collectivité territoriale ou à un établissement public d'intérêt collectif (EPCI), peuvent être exonérées de la taxe foncière sous réserve que l'occupation soit à titre onéreux et que l'instance délibérative du propriétaire ait décidé de l'exonération (article 1382 C du code général des impôts).

L'exonération de la taxe foncière permet également l'exonération des taxes additionnelles (taxe pour la prévention des inondations par exemple).



Les MSP dont les locaux appartiennent à un particulier (par exemple l'un des professionnels) ne bénéficient d'aucune possibilité d'exonération de l'impôt foncier dont le montant peut rapidement être conséquent compte-tenu de la superficie des locaux.

Cette situation est incomprise par les professionnels qui n'ont pas toujours la faculté de recourir à des locaux appartenant à une collectivité territoriale ou à un EPCI pour installer une MSP.

Un amendement avait été adopté par le Sénat dans le cadre du projet de loi de finances pour 2020 afin de corriger cette disparité entre MSP. Cet amendement a cependant été supprimé en 2ème lecture par l'Assemblée Nationale car la rédaction proposée permettait d'exonérer de la taxe foncière tous les locaux dont disposent les professionnels exerçant dans une MSP, que lesdits locaux soit utilisés ou non en tant que maison de santé et qu'en conséquence, l'exonération telle que proposée n'était pas conforme au principe d'égalité devant l'impôt .

Dans ce contexte, il nous semble que l'exonération de la taxe foncière de toutes les MSP doit être prévue autrement :

« Les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre peuvent également, par une délibération prise dans les conditions prévues à l'article 1639 A bis, exonérer de taxe foncière sur les propriétés bâties les locaux qui appartiennent à un ou plusieurs professionnels de santé exerçant leur activité au sein d'une maison de santé mentionnée à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique et qui sont exclusivement affectés au fonctionnement de ladite maison de santé ».



Créer un statut du praticien de territoire

GUILLAUME CHAMPENOIS
AVOCAT ASSOCIÉ

L'exercice médical de premier recours s'achemine inéluctablement vers un exercice territorial, multifacettes. Le praticien exercera – et exerce déjà – tout à la fois dans la maison de santé, dans l'hôpital de proximité, participera aux équipes de surspécialité ou de spécialité de l'établissement de recours, aux actions de prévention, d'éducation thérapeutique, et plus globalement de santé publique dont la gestion devrait être confiée aux CPTS.

Très vite cet exercice multifacettes se heurte à la complexité de contracter séparément avec une multitude d'acteurs et selon des contraintes parfois contradictoires (cabinet, SISA, EHPAD, clinique, centre hospitalier, etc.)

Pour éviter cet écueil, est proposé de créer un socle contractuel unique et territorial, qui pourrait être encadré par la CPTS.

Pour autant et c'est fondamental, il convient d'éviter la tentation du contrat d'adhésion. Le contrat territorial d'exercice doit en effet garantir au professionnel son indépendance, le lien singulier qu'il lui revient d'établir avec son patient, et lui apporter les moyens de son activité.

Le contrat d'exercice libéral, considéré par beaucoup comme suranné et inadapté à la médecine moderne, pourrait en constituer, une fois revisité, le support juridique.

La tâche est immense et ne pourra être accomplie qu'à plusieurs conditions :

- une mobilisation des médecins eux-mêmes. L'enjeu ne doit pas être la défense d'intérêts particuliers, ou d'un statut qui se voudrait éternel mais l'inscription de la médecine libérale dans une vision prospective de la santé de demain.

Rien à cet égard ne peut être accompli sans la conscience aigüe des bouleversements en cours : médecine connectée, intelligence artificielle, le territoire comme espace de l'organisation et la politique de santé, le nécessaire travail en équipe avec tous les professionnels, l'émergence de nouveaux métiers.

- avec la compréhension par les institutionnels (Ordres de santé, ARS, Agences nationales, Ministère, Etablissements) et les Politiques qu'il faut cesser d'imposer et qu'il faut désormais faire confiance aux professionnels.



Un management adapté et spécialisé

DORIANE DÉHU
AVOCATE ASSOCIÉE

Le directeur d'hôpital, bénéficie d'une formation pluridisciplinaire dont la finalité est de lui permettre d'occuper différentes directions fonctionnelles durant sa carrière professionnelle avec en ligne de mire sa nomination en qualité de chef d'établissement.

Dans les faits, la carrière des agents de la fonction publique hospitalière titulaires du grade de directeur est, le plus souvent, conforme avec ce postulat de départ. On constate qu'ils occupent successivement différentes directions fonctionnelles ; x années en qualité de directeur des achats, x années en qualité de directeur des affaires médicales et x années en qualité de directeur des ressources humaines.

Ce mode de fonctionnement repose sur l'analyse que pour être un chef d'établissement compétent, il est nécessaire d'occuper, tout au long de sa carrière en amont de sa nomination de directeur d'établissement, une multitude de directions fonctionnelles pour disposer d'une compétence transversale.

Cependant, un tel schéma présente de plus en plus d'inconvénients.

Le premier inconvénient est aisément identifiable, c'est l'absence d'une spécialisation poussée sur un domaine de compétence précis à l'inverse de ce que l'on peut constater dans les deux autres fonctions publiques, la fonction publique territoriale et celle de l'Etat. Qui contestera la nécessaire spécialisation, voire la sur-spécialisation des fonctions, en particulier de direction ?

Peut-on désormais assurer correctement et avec la compétence voulue, la direction des achats, puis celle des ressources humaines, des affaires médicales et enfin des travaux ? de passer d'un EHPAD, à un centre hospitalier puis à un CHU ?

Quelle entreprise adopterait un schéma de management comme celui-ci ? aucune.



Le deuxième inconvénient tient au fait qu'il y a mécaniquement une mobilité très forte dans les différentes directions fonctionnelles qui ne favorise pas la continuité dans la direction du service, reproche souvent adressé par les personnels soignants.

Ce phénomène est particulièrement marquant pour :

- les ressources humaines : les tensions sociales et la technicité du poste sont naturellement des facteurs à prendre en compte dans l'analyse. Ce faisant, nombre de directeurs des ressources humaines s'épuisent année après année pour des raisons diverses et variées (culture de certaines organisations syndicales dans la fonction publique hospitalière qui se positionnent dans une logique de conflit permanent, des missions qui se résument à gérer une réglementation au sens large au détriment de la construction de projets RH, une réglementation très technique, etc...).
- la direction des achats : nous constatons, en comparaison avec ce qui se passe dans la fonction publique territoriale notamment, une insuffisance de moyens affectés aux achats dans les établissements publics de santé que la centralisation au sein de l'établissement support n'a pas réglé. A une époque où la judiciarisation des procédures d'octroi des marchés publics se développe considérablement au point de devenir une véritable stratégie pour certaines entreprises, jamais il n'a été autant nécessaire de disposer d'une compétence interne spécialisée.

Voilà pourquoi, la formation des directeurs d'hôpitaux mériterait d'être reconsidérée et spécialisée non seulement dans le cadre de la formation initiale délivrée par l'EHESP mais également tout au long de la carrière.

Ce qui suppose également une réflexion :

- sur l'architecture de la gouvernance au sein des GHT qui deviendraient le niveau d'accueil des directions fonctionnelles hautement spécialisées et qualifiées au service de l'ensemble des établissements ;
- sur le rôle et la formation du Chef d'établissement qui est une fonction nécessairement distincte en raison de la responsabilité sur le bon fonctionnement des services que celui-ci endosse, sauf à le réduire à un exécutant des instructions du directeur général de l'ARS (ce qui reviendrait à renoncer à l'existence d'établissements publics autonomes), le Chef d'établissement doit être un visionnaire, un stratège polyvalent s'appuyant sur les compétences de directeurs adjoints hyper spécialisés.



Un management sécurisé : Réforme et clarification de la responsabilité du directeur

PIERRE-YVES FOURÉ
AVOCAT ASSOCIÉ

Parce que l'environnement juridique des directeurs d'hôpitaux, médecins managers et cadres hospitaliers ne cesse de se complexifier

Parce que les risques d'exposer sa responsabilité en exerçant ses fonctions sont croissants.

Parce que ces risques juridiques sont présents quand bien même les faits ou agissements reprochés ne sont pas détachables du service et résultent bien souvent de contraintes paradoxales.

Parce que la situation des décideurs hospitaliers face à la Justice gagnerait à être améliorée par une simplification de la protection fonctionnelle, du droit de se constituer partie civile et de la nécessité de ne pas exposer les hôpitaux à certains risques juridictionnels inutiles.

Parce qu'une modification de quelques règles de droit permettrait de renforcer concrètement la protection juridique des décideurs hospitaliers et à travers eux les intérêts légitimes des établissements de santé.

Voici, pêle-mêle, quelques mesures qui mériteraient d'être envisagées.

1 Réformer les procédures IGAS en imposant le principe du contradictoire

Parce que son site internet en convient lui-même : « L'IGAS conduit (...) des enquêtes administratives ayant pour but d'investiguer la conduite d'un agent public (ou d'un groupe d'agents) sur la base d'informations laissant craindre la violation de certaines règles. Par ailleurs, si les audits ne constituent pas des contrôles au sens strict, ils y sont souvent assimilés, au regard de la proximité des méthodologies utilisées (...) ».

Parce que le décideur hospitalier, lorsqu'il est mis en cause dans le cadre d'une mission IGAS, n'est pas nécessairement bien informé des griefs susceptibles d'être précisément retenus à son encontre, des documents susceptibles de lui être opposés (a fortiori lorsqu'il a changé de fonctions) et des droits de la défense (droit d'accès au dossier, droit d'être assisté, droit de faire des déclarations, de répondre aux questions posées ou de se taire, droit de se voir remettre un procès-verbal d'audition, droit de faire des observations écrites tout au long de la procédure).

Parce que le déclenchement du principe du contradictoire seulement au stade du rapport « provisoire » est beaucoup trop tardive et ne permet pas une interaction utile.



Parce que la mise en œuvre du principe du contradictoire par une charte interne ou une recommandation déontologique de valeur infra-réglementaire n'est pas suffisante.

Parce qu'il n'est pas rare qu'un rapport IGAS soit le point de départ d'une mise en cause individuelle dans le cadre d'une procédure pénale.

L'article 42 de la loi n°96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire pourrait être modifié en imposant le principe que toute procédure d'enquête ou de contrôle de l'IGAS soit équitable et contradictoire en garantissant les droits de la personne susceptible d'être mise en cause.

2 Clarifier le périmètre de responsabilité devant la CDBF des ordonnateurs hospitaliers agissant sous l'information des tutelles

Parce qu'il est parfaitement normal que les directeurs et ordonnateurs hospitaliers aient à rendre compte de leur administration et du bon emploi des deniers publics devant les juridictions financières.

Parce que la jurisprudence de la Cour de discipline budgétaire et financières (CDBF) en matière d'infractions relatives à la violation des règles d'exécution des recettes ou des dépenses et à l'octroi d'un avantage injustifié s'attache à la matérialité des faits en ne prenant qu'indirectement en considération l'intention de l'ordonnateur hospitalier mis en cause, au titre de possibles circonstances absolutoires ou atténuantes de responsabilité.

Parce que la crise sanitaire de la Covid-19 a mis en exergue de façon criante les dangers d'une pénurie de personnels et la difficulté des gestionnaires hospitaliers à garantir la continuité du service public hospitalier par la fidélisation de médecins et professionnels soignants tout en respectant toutes les contraintes réglementaires en matière de rémunérations principales et accessoires.

Parce que chacun sait les pratiques inacceptables imposées par les marchands de « mercenaires » dont le coût est particulièrement dispendieux sans que les mécanismes de plafonnement n'apportent à ce jour une réponse structurelle.

Parce qu'au-delà du totem de la rémunération des praticiens, tout décideur hospitalier est guidé par l'objectif premier de garantir la prise en charge des patients, sauf à s'exposer au risque pénal et indemnitaire en cas de défaillance ou de perte de chance.

Parce que l'article 33 de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ayant inséré un mécanisme d'alerte de la tutelle et de rejet automatique de toute rémunération irrégulière par le comptable public (article L.6146-4 du Code de la santé publique) doit trouver une traduction explicite devant la juridiction financière répressive.

Les infractions des articles L.313-1, L.313-4 et L.313-6 du Code des juridictions financières respectivement relatives à l'infraction de violations des règles d'exécution des recettes ou des dépenses et à l'infraction d'octroi d'un avantage injustifié pourraient être complétées par une exception exonératoire de responsabilité de l'ordonnateur hospitalier dès lors qu'il est justifié d'une information préalable d'une autorité de tutelle de difficultés majeures rencontrées et le cas échéant de mesures dérogatoires déployées pour éviter une rupture de continuité du service public hospitalier.



3 Simplifier le mikado de la protection fonctionnelle des décideurs hospitaliers par la création d'un guichet unique

Parce que l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, en ce qu'il prévoit que la protection fonctionnelle est « organisée par la collectivité publique qui (...) emploie [l'agent] à la date des faits en cause », est source de bien des difficultés, notamment lorsqu'il s'agit de mettre en cause ou bien de se défendre face à son propre établissement ou ses agents.

Parce que le Conseil d'Etat a jugé que le principe d'impartialité fait obstacle à ce qu'un directeur mis en cause puisse statuer sur la demande de protection fonctionnelle de son subordonné dirigée à son encontre (CE, 29 juin 2020, N°423996) de sorte qu'il doive se dessaisir au profit du directeur général de l'ARS.

Parce que l'article L.6143-7-1 du Code de la santé publique, en ce qu'il prévoit que la protection fonctionnelle des « personnels de direction » est décidée « par le directeur général de l'agence régionale de santé », ne précise pas s'il ne concerne que les chefs d'établissements ou bien également les directeurs adjoints voire d'autres personnels de direction.

Parce que l'effectivité du principe d'impartialité n'est pas strictement garantie dès lors qu'il existe une confusion entre l'autorité investie du pouvoir hiérarchique et d'appréciation et l'autorité compétente pour décider de la mise en œuvre d'une protection fonctionnelle.

Parce que, selon la position statutaire, les fonctions occupées et les circonstances de chaque espèce, la détermination de l'autorité compétente pour statuer sur une demande de protection fonctionnelle peut s'avérer imprévisible et changeant (chef d'établissement, directeur général de l'ARS, préfet de département s'agissant des établissements médico-sociaux et sociaux, université s'agissant des professionnels hospitalo-universitaires).

L'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, ensemble l'article L.6143-7-1 et les articles L.134-1 et suivants du Code général de la fonction publique pourraient ainsi être modifiés par la création d'un guichet unique présentant toutes les garanties d'impartialité et qui serait en charge d'examiner toutes demandes de protection fonctionnelle des dirigeants et professionnels hospitaliers.

4 Affirmer le droit des établissements de santé à se constituer partie civile au soutien de l'action publique

Parce que le déploiement de la campagne vaccinale pour lutter contre la propagation de la Covid-19 a rappelé que les professionnels hospitaliers et à travers eux les établissements de santé ne sont plus épargnés par les violences, menaces et outrages .

Parce que l'évolution générale de la procédure pénale accorde une place de plus en plus importante aux organisations syndicales, aux ordres professionnels comme aux associations pour se constituer partie civile et faire ainsi valoir leurs droits et observations en Justice.

Parce que les établissements publics de santé, non seulement pour faire valoir leurs propres intérêts mais aussi pour la protection de leurs agents qui ne souhaitent pas s'exposer personnellement, doivent se voir reconnaître une place particulière devant les juridictions pénales.



Le droit des établissements de santé à se constituer partie civile au soutien de l'action publique devrait être mieux reconnu et affirmé, en tant que de besoin par une disposition législative spécifique insérée après l'article 2 du Code de procédure pénale relatif à l'action civile.

5 Préserver les établissements publics de santé des actions subrogatoires du FIVA

Parce que l'amiante reste massivement présente dans beaucoup d'hôpitaux construits avant 1997, de nombreuses équipes de direction se démènent pour se débarrasser de ce terrible héritage qu'ils n'ont pas choisi, notamment par une surveillance constante de l'état de dégradation et par la mise en œuvre de coûteuses opérations de désamiantage et mise aux normes de sécurité incendie.

Parce qu'il n'est pas rare que des agents ou anciens agents ayant pu être exposés par le passé à l'inhalation de fibres d'amiante à l'occasion de leurs fonctions déclarent des maladies professionnelles, de bénignes jusqu'à très graves, ce qui les conduit ou bien leurs ayants droits à solliciter une indemnisation auprès du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) créé par la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale.

Parce qu'il n'est plus rare que le FIVA, après avoir libéré une indemnisation, se retourne contre les établissements publics de santé en leur qualité d'employeur dans le cadre de l'action subrogatoire prévue par l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000.

Parce que les établissements de santé peuvent alors être confrontés à de grandes difficultés pour échapper à cette action subrogatoire dès lors qu'un régime de responsabilité même sans faute vient s'appliquer.

Parce que cette situation est un non-sens dès lors que le FIVA et les établissements publics de santé sont pareillement financés par l'Etat et l'Assurance maladie.

Parce qu'il n'est pas acceptable que la charge financière de l'indemnisation des victimes de l'amiante au titre de la solidarité nationale soit ainsi transférée aux hôpitaux, grevant inutilement leurs capacités financières.

L'article 53 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2001 devrait assurément être modifié afin de préserver les hôpitaux publics des actions subrogatoires du FIVA. Pour ce faire, il pourrait être envisagé une harmonisation avec le régime juridique applicable aux infections nosocomiales : après indemnisation du patient, l'ONIAM ne peut exercer l'action subrogatoire qu'à la condition particulièrement exigeante qu'une faute caractérisée ait été commise pour engager la responsabilité d'un établissement public de santé.



Une politique d'intéressement déverrouillée

LAURENCE HUIN
AVOCATE ASSOCIÉE

L'hôpital et les établissements sociaux et médicosociaux sont confrontés depuis plusieurs années à des difficultés d'attractivité et de fidélisation de leur personnel. Les réflexions des hospitaliers et les mesures des gouvernements successifs n'ont pas permis d'apporter de réponses notamment financières satisfaisantes. Avec la crise sanitaire, la fuite des personnels s'est accélérée. La logique sans cesse assénée de rationalisation des moyens, la dureté des conditions de travail et la perte de sens et de collectif sont autant de motifs qui poussent nombre de personnels à quitter le service public hospitalier et à envisager des reconversions professionnelles.

Les sorties d'IFSI, IFAS...etc. ne permettent pas en compensation de répondre aux besoins des services. Quelles réponses apportées ?

S'il ne peut être le seul, le levier de l'attractivité financière est indispensable comme marqueur de la reconnaissance du travail fourni.

Il n'est pas question de toucher au socle statutaire commun (point d'indice, grille indiciaire, échelon..). En revanche, il conviendrait de donner un réel pouvoir de décision et de direction sur la politique salariale de l'établissement au directeur et au PCME en concertation avec le GHT (COSTRAT, directeur établissement support, PCMGHT) afin de laisser toute latitude et responsabilité sur la politique managériale du territoire. La première des mesures serait de déverrouiller le dispositif d'intéressement en ne fixant pas de montant plafond et en rétablissant de ce fait la responsabilité aux territoires des politiques salariales complémentaires liés à des projets territoriaux.



Politique de valorisation des résultats de recherche pour les établissements publics de santé

LAURENCE HUIN
AVOCATE ASSOCIÉE

L'explosion des nouvelles technologies, du numérique et de l'intelligence artificielle a mis en lumière les difficultés pour un établissement public de santé à participer utilement et à percevoir les fruits des recherches et des dispositifs innovants auxquels ses équipes collaborent.

Bien plus, les dispositifs d'intelligence artificielle reposent sur les données, les fameuses « data » et la tentation est grande pour de nombreuses start-up de se servir en proposant – au mieux – aux praticiens hospitaliers concernés quelques avantages voire une participation au sein de la structure sans que l'établissement n'en sache rien, ou alors sans qu'il n'ait ni les moyens ni la possibilité de faire valoir ses intérêts.

En d'autres termes, les règles de valorisation de la recherche dans les hôpitaux sont inadaptées à notre monde actuel et contribuent par leur obsolescence à la fuite des praticiens.

Une politique dynamique reposerait sur deux axes majeurs :

- Permettre aux établissements publics de santé de pouvoir participer à la diffusion et à l'exploitation des dispositifs innovants auxquels ils contribuent avec leurs équipes ;
- Mettre en place un intéressement sérieux et au bénéfice des praticiens/chercheurs qui contribuent aux développements de solutions innovantes en partenariat avec leur établissement.

1 - Permettre aux établissements publics de santé de pouvoir participer à la diffusion et à l'exploitation des dispositifs innovants auxquels ils contribuent avec leurs équipes

Jusqu'à présent, les établissements publics de santé sont extrêmement limités dans les possibilités d'exploitation de solutions innovantes, notamment en ce qui concerne l'intelligence artificielle. Tout au plus et au mieux est-il possible d'envisager des accords contractuels autorisant le reversement de royalties. Certes, la Loi autorise la participation au capital de sociétés commerciales mais uniquement au bénéfice des CHU et les critères posés cantonnent cette faculté aux CHU les plus importants.

Ces restrictions, qui s'expliquaient il y a encore quelques années, constituent désormais un frein sérieux à la participation des établissements publics de santé en qualité d'acteurs des innovations.

A titre d'exemple, plutôt que d'obtenir le paiement souvent limité au remboursement des frais engagés pour la recherche, pourquoi ne pas permettre à l'hôpital de bénéficier en contrepartie de sa participation à l'élaboration de la solution innovante des actions dans la start-up qu'il pourra revendre lorsque la valorisation de la société biotech aura été suffisante.



Il suffirait de peu de choses : d'autoriser les établissements publics de santé, à l'instar des universités, à prendre des participations dans des structures commerciales.

Afin d'en limiter le risque notamment financier, la participation dans une structure commerciale pourrait être encadrée par des mesures de vigilance et de précaution assez simple.

Nous avons vu dans le cadre de notre première des onze propositions qu'une modification du périmètre des missions de service public apporterait aux hôpitaux une plus grande souplesse. Il pourrait être considéré que les actions de valorisation de la recherche se déconnectent des missions de service public et soient considérées comme des services industriels et commerciaux.

2 - Mettre en place un intéressement sérieux au bénéfice des praticiens/chercheurs qui contribuent aux développements de solutions innovantes en partenariat avec leur établissement

Il existe déjà des dispositions permettant aux fonctionnaires (nous regrouperons sous cette définition les agents de la fonction publique hospitalière et les praticiens hospitaliers) de percevoir des contreparties sous forme de primes dites d'intéressement en cas de dépôt de brevet, (CPI, art. L. 611-7 et R. 611-11 à R. 611-14-1). Si l'employeur public conserve le droit de propriété de l'invention de son fonctionnaire, ce dernier pourra prétendre à une prime d'intéressement aux produits tirés de l'invention : en principe 50 % du produit hors taxes des redevances perçues chaque année, déduction faite des frais concourant à l'action de valorisation. Un plafond (faible) a été fixé par ces dispositions.

Mais dans le contexte de l'intelligence artificielle, on ne peut s'arrêter au droit des brevets (les algorithmes sont de plus en plus intégrés à des logiciels protégés par le droit d'auteur).

Or, si le droit d'exploitation d'une œuvre créée par un agent de l'Etat dans l'exercice de ses fonctions ou d'après les instructions reçues est, dès la création, cédé de plein droit à l'Etat, est prévu depuis de nombreuses années qu'un décret en Conseil d'Etat doit fixer et définir en particulier les conditions dans lesquelles un agent, auteur d'une œuvre, peut être intéressé aux produits tirés de son exploitation quand la personne publique qui l'emploie, cessionnaire du droit d'exploitation, a retiré un avantage d'une exploitation non commerciale de cette œuvre ou d'une exploitation commerciale.

C'est pourquoi nous appelons à l'édiction sans tarder de ce décret et de prévoir des conditions d'intéressement qui ne soient pas qu'une prime, mais pourquoi pas, un pourcentage décidé librement par les 2 parties des produits de l'exploitation minoré des frais de réalisation.

Une autre mesure mériterait d'être mise en œuvre afin de dynamiser le développement d'innovation dans les hôpitaux :

3 - Assouplissement des conditions de valorisation de la recherche des fonctionnaires prévues par le code de la recherche issues de la loi PACTE Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises - 2019

Rares sont ceux qui ont connaissance de la possibilité pour un fonctionnaire de participer à une entreprise, en qualité d'associé ou de dirigeant, dont l'objet est d'assurer, en exécution d'un contrat conclu avec une personne publique ou une personne morale mandatée par ces dernières, la valorisation de travaux de recherche et d'enseignement.

Cependant, cette disposition qui permettrait de faciliter et dynamiser la création de dispositifs innovants repose sur des conditions particulièrement contraignantes qui en rebutent plus d'un et peu mettre en difficulté directions des établissements et praticiens .

Ainsi, le chercheur doit obtenir une autorisation de la part de son autorité hiérarchique, laquelle est accordée par périodes de trois ans maximum, dans la limite d'une durée totale de dix ans.



Toutefois, l'autorisation doit impérativement être demandée avant la négociation du contrat de valorisation et avant l'immatriculation au registre du commerce et des sociétés de l'entreprise créée.

Par ailleurs, elle devient caduque (privée d'effet pour l'avenir) si le contrat de valorisation avec l'organisme concerné n'est pas conclu dans l'année suivant sa création. Au-delà de 10 ans, le fonctionnaire conservera une participation au capital de l'entreprise dans la limite de 49 % du capital. L'autorité dont relève le fonctionnaire est tenue informée des revenus qu'il perçoit en raison de sa participation au capital de l'entreprise, des cessions de titres auxquelles il procède ainsi que, le cas échéant, des compléments de rémunération qui lui sont versés, dans la limite d'un plafond fixé par voie réglementaire.

Ce n'est pas tout. Comme le praticien est détaché ou mis à disposition à compter de l'autorisation, il est nécessaire au regard des dispositions du Code de la santé publique d'obtenir non seulement l'avis du chef de pôle, du directeur de l'établissement et du président de la CME mais également pour le détachement l'accord du CNG et pour la mise à disposition une information du CNG et du DG de l'ARS !

Un assouplissement sérieux aurait pour avantage de faciliter et de sécuriser un dispositif inadapté aux exigences actuelles. En outre, devrait pouvoir être encouragée, conformément à notre précédente préconisation, la participation tant de l'hôpital que du fonctionnaire dans la structure exploitante.



Investissement : le “plan Marshall” des équipements sanitaires

STÉPHANIE BARRÉ-HOUDART
AVOCATE ASSOCIÉE

L'une des missions prioritaires de l'hôpital public doit être de mettre à disposition des patients du territoire un plateau technique adapté et intégrant les moyens les plus innovants. Ce plateau serait ouvert aux professionnels de santé intervenant sur le territoire et participant aux missions de service d'intérêt général. Le retour sur investissement attendu est une prise en charge plus efficace des patients, des séjours plus courts en hospitalisation, une meilleure utilisation des compétences rares, une rationalisation des organisations.

Un tel objectif suppose d'admettre un financement massif et prospectif.

Il convient également de donner les moyens de maintenir, d'entretenir et de faire évoluer les équipements au gré des innovations.

Il ne s'agit pas de créer des hôpitaux high tech dans toutes les communes de France mais dans le cadre d'une réflexion raisonnée et collective, de hiérarchiser les plateaux techniques et ainsi de cibler les investissements et de les calibrer.

La phase de construction est toujours celle qui est la plus compliquée à financer : les enveloppes sont parfois, souvent, dépassées, il y a de forts risques d'exécution, et sur des projets qui durent longtemps il faut parfois traiter des obsolescences en cours de chantier. D'où l'importance de la qualité de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre afin de déterminer au mieux le budget et la durée du chantier (qui sont deux notions étroitement liées).

Ces éléments militent pour l'émergence de directions fonctionnelles au sein des GHT très spécialisées et agissant pour l'ensemble des opérations d'investissement d'envergure.

Il pourrait être aussi recouru à des techniques de construction modulaires avec des éléments préfabriqués en usine et aussi standardisés que possible pour bénéficier des effets de série.

Cela permettrait aussi de faciliter les extensions et modernisations ultérieures des bâtiments en ne renouvelant que les modules concernés et en en ajoutant de nouveaux.

Un tel choix permet aussi d'améliorer la réponse aux exigences environnementales.

En tout état de cause, un tel pari de la modernité oblige à une réflexion d'ensemble sur le financement dans le cadre d'engagements des financeurs et en premier chef, de l'Etat sur plusieurs années ; ce qui milite pour une loi de programmation.



L'architecture du financement sera essentielle pour la réussite d'un tel programme.

Nous rejetons ici fermement l'hypothèse d'un nouveau recours à des partenariats public/privé qui s'est avérée complexe et coûteuse : si l'avantage est l'étalement dans le temps de la charge, la maintenance garantie de l'actif et la (très) relative prévisibilité du coût total de l'opération, les sponsors des sociétés de projet qui portent l'actif demandent un retour sur investissement supérieur au loyer de l'argent (car l'aléa est plus grand en théorie que celui des simples prêteurs) et l'hôpital public doit supporter des frais de structure et des frais de fonctionnement accrus du fait de l'interposition de la société de projet et de sa mécanique de fonctionnement.

Aussi, nous partons de l'hypothèse que les subventions seront allouées aux établissements publics ou à des groupements de personnes publiques qui assureront la maîtrise d'ouvrage (voir infra).

Sauf à considérer que l'ensemble des fonds serait de nature publique, il sera nécessaire de convaincre les établissements bancaires de participer au financement de ce programme. Dès lors que le risque du débiteur est celui d'une personne publique : sa pérennité et sa solvabilité sont garanties par son statut. Reste à convaincre les financiers que les moyens budgétaires seront là. De ce point de vue le mécanisme de subventions apparaît comme le meilleur sous conditions : des engagements de longue durée doivent être pris par les tutelles (il faut échapper au principe de l'annualité budgétaire) et ils ne doivent pas pouvoir être remis en cause : d'où la nécessité de prévoir des mécanismes de délégation ou de cession à titre de garantie des subventions accompagnées des acceptations correspondantes. D'où la nécessité aussi de créer des « pools de financeurs publics » lorsque c'est nécessaire, à l'image des pools bancaires : ces pools réuniraient des financements propres au sein des GHT, subventions Etat, voir des collectivités territoriales. L'article 32 du projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, ouvre la possibilité pour les collectivités territoriales de soutenir financièrement les programmes d'investissements des établissements de santé publics et privés.

A cet égard, nous préconisons la création d'une structure de coopération permettant de regrouper les hôpitaux et les opérateurs chargés de missions de service public/ d'intérêt général et les collectivités territoriales qui auraient compétence pour soutenir des opérations d'investissement d'intérêt territorial. Dans ce cadre spécifique, il pourrait être réfléchi pour la réalisation des investissements à des schémas de maîtrise d'ouvrage déléguées ou autres utilisés par les collectivités territoriales.

Il pourrait être à l'image des communautés d'agglomération ou des EPCI (syndicats intercommunaux), créé une nouvelle personne morale de droit public qui agrégerait les différentes parties prenantes à la construction et à l'exploitation des bâtiments et équipements d'un hôpital et qui pourrait réunir l'ensemble des financements nécessaires avec un budget propre, bien identifié et distinct du budget de l'hôpital et qui serait le propriétaire des actifs qu'elle finance (et qu'elle mettrait à la disposition de l'hôpital et des autres exploitants de ses actifs).

Enfin, La mise en œuvre d'une telle démarche oblige également à repenser la gouvernance de tels projets pour en assurer la pertinence technique et scientifique, la pertinence sociale, l'adaptation aux besoins, et la participation des élus locaux en raison des mesures d'aménagement des territoires qu'elle suppose notamment en matière de transports.

La mise en œuvre opérationnelle devrait relever d'une cellule hautement spécialisée des GHT (voir supra).