

Organisation du système de santé

L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital

○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

L'activité libérale des praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé est encadrée par les articles L6154-1 à L6154-7 et les articles R6154-10 à R6154-24 du Code de la Santé publique (CSP).

Aux termes de l'article L6154-1 du CSP, « *dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé et les syndicats inter hospitaliers autorisés à exercer les missions d'un établissement de santé sont autorisés à exercer une activité libérale...* ».

L'activité libérale dans les établissements publics de santé se traduit par la possibilité offerte à certains praticiens de réaliser à titre « privé » des consultations, des actes et des soins en hospitalisation au sein de leur établissement d'affectation.

Seuls les **praticiens statutaires exerçant à temps plein** dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale à l'hôpital public :

- les praticiens hospitaliers (PH),

- les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH),
- les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH),
- les chefs de cliniques-assistants (CCA),
- les assistants hospitalo-universitaires (AHU),
- les praticiens hospitaliers-universitaires (PHU).

En respect de l'article L6154-4 du CSP, les modalités d'exercice de cette pratique libérale font l'objet d'un contrat-type spécifique conclu entre le professionnel et l'établissement de santé concernés, approuvé par le directeur de l'Agence régionale de Santé, après avis du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement, pour cinq années.

L'exercice de l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance par le praticien titulaire du contrat d'activité libérale (article L6154-3 du CSP). Cette redevance doit permettre de dédommager l'hôpital de l'utilisation des locaux, du prêt des équipements et éventuellement de la participation du personnel hospitalier.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
www.leciss.org

A l'inverse, les praticiens qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelable, à ne pas exercer une activité libérale perçoivent une « indemnité d'engagement de service public exclusif ».

Le montant mensuel de cette indemnité est fixé à 487,49 € (arrêté du 14 février 2013).

Quelques chiffres

Environ 4 500 praticiens hospitaliers exercent une activité libérale à l'hôpital, soit environ 11% des PH. En secteur 2, 1 933 praticiens (soit 43% des praticiens ayant une activité libérale) ont réalisé des dépassements d'honoraires pour un montant total de 64,1 millions d'euros soit 38 000 euros par praticien.

La majorité des contrats d'activité libérale concerne les activités chirurgicales et la gynécologie obstétrique (plus de 60%).

○ COMMENT ÇA MARCHE ?

- **Activités concernées par l'activité libérale à l'hôpital public**

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation (article L6154-2 du CSP).

- **Conditions d'exercice de l'activité libérale**

L'activité libérale s'exerce à la triple condition que (article L6154-2 du CSP) :

- les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de ceux effectués personnellement au titre de l'activité publique ;
- la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens, ce qui correspond à une à deux demi-journées hebdomadaires.

Sont exclus de l'activité libérale et ne peuvent donner lieu à rémunération à l'acte : les prélèvements et greffes d'organes (articles L1233-2 et L1234-3 du CSP), les prélèvements de tissus en vue de dons (article L1242-2 du CSP), les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes (article L1244-5 du CSP).

Aucun patient ne peut être transféré du secteur d'activité libérale d'un praticien hospitalier s'il a été admis au titre du secteur public et inversement, sauf demande expresse motivée du patient et après avis du chef de service (article R1112-23 du CSP).

Le souhait du patient d'être traité par un praticien en particulier ne doit pas avoir pour conséquence de lui imposer une consultation en acti-

tivité libérale.

De même, la consultation en secteur libéral ne doit pas être un moyen proposé par les secrétariats médicaux pour réduire les délais d'attente.

Par ailleurs, l'article L6154-2 du CSP prévoit qu'« *aucun lit ni aucune installation médico technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale* ».

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

- **Respect des droits des usagers**

- Le droit à l'information

Un usager peut choisir de se faire soigner ou hospitaliser dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein. A l'instar des actes de soins et consultations prodigués en cabinet libéral et dans le respect de l'article L1111-3 du CSP, le patient doit être préalablement informé du coût et des conditions de remboursement des actes médicaux par les régimes obligatoires d'Assurance maladie.

De plus, l'information préalable du patient sur le tarif des actes à effectuer doit présenter un caractère écrit lorsque le montant des honoraires, dépassements inclus, est égal ou supérieur à 70 euros et si le praticien prescrit des actes à réaliser lors d'une consultation ultérieure même si les honoraires demandés au cours de la 1^{re} consultation sont inférieurs à 70 euros. Cette information doit également être transmise lorsque des actes hors nomenclature sont à réaliser.

Doivent être affichés, de façon visible et lisible dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice, les honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris.

- Le consentement

Aux termes de l'article R6154-7 du CSP, **en cas d'hospitalisation**, l'usager (ou le cas échéant son représentant légal) doit donner son **consentement écrit** à sa prise en charge au titre de l'activité libérale d'un praticien.

Doit également être formulée par écrit toute demande de patient souhaitant que son traitement ou ses examens soient effectués personnellement par un radiologue, anesthésiste ou biologiste dans le cadre de l'activité libérale.

- La fixation des tarifs des prestations médicales

A l'instar de tous les médecins libéraux, les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital sont tenus d'appliquer le tact et la mesure dans la pratique de leurs honoraires (article R4127-53 du CSP).

Par ailleurs, ils ne peuvent facturer des dépassements d'honoraires aux usagers bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire et à ceux éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Modalités d'encaissement

Les praticiens exerçant une activité libérale

peuvent percevoir leurs honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'établissement. Dans ce dernier cas, l'établissement encaisse les honoraires et un reversement est effectué auprès du praticien.

Parallèlement au respect du tact et de la mesure, les commissions paritaires régionales conventionnelles des médecins auront à leur disposition un ensemble de critères au sein desquels le taux de dépassement à 150% du tarif opposable (soit 2,5 fois) pourra servir de « repère » pour apprécier les pratiques des médecins libéraux et des PH ayant une activité libérale en particulier. Ce taux pourra toutefois faire l'objet d'adaptation dans certaines zones géographiques limitées et aura vocation à « se modérer » en cours de convention.

Les PH ayant une activité libérale pourront en outre adhérer à un contrat d'accès aux soins par lequel ils s'engageraient notamment à ne pas dépasser de plus de 100% (2 fois) le tarif opposable et à ne pas augmenter sa pratique tarifaire.

- L'obligation d'établir une feuille de soins

Dans le respect de l'article 4-1-1-2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie du 22 septembre 2011, le praticien doit établir une feuille de soins et y porter la cotation des actes réalisés et l'intégralité des honoraires demandés.

Si le patient a réglé la totalité de ses soins, le praticien (ou l'établissement si l'encaissement a été effectué par son intermédiaire) lui remet la feuille de soins, en vue du remboursement par sa protection sociale (Assurance maladie et, éventuellement, complémentaire santé).

Si le patient a été dispensé de l'avance des frais, le praticien (ou l'établissement si l'encaissement a été effectué par son intermédiaire) transmet la feuille de soins à l'organisme de protection sociale dont dépend l'utilisateur. Les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge de l'utilisateur ou à celle de sa complémentaire santé, le cas échéant.

• Voies de recours

- Voies de recours à la disposition des usagers

Comme rappelé plus haut, les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital sont tenus de respecter certaines obligations envers les usagers, comme le droit à l'information, au consentement ou encore le tact et la mesure. En cas de violation de ces principes, des recours sont possibles devant :

- le directeur de l'Agence régionale de Santé qui peut, après avoir recueilli l'avis de la commission d'activité libérale, suspendre ou retirer l'autorisation d'exercice lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent ;
- le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, compétent pour prendre des mesu-

res disciplinaires à l'encontre des médecins ne respectant pas leurs obligations déontologiques ;

- la Caisse primaire d'Assurance maladie (son directeur ou le conciliateur rattaché), compétente pour sanctionner lesdits médecins, dès lors qu'ils sont conventionnés ;
- la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- le directeur de l'établissement de santé où exerce le praticien.

- Le rôle de la Commission de l'activité libérale

Dans chaque établissement dans lequel s'exerce une activité libérale (CAL), une commission de l'activité libérale doit veiller au bon déroulement de cette activité : respect des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations des contrats des praticiens (articles R6154-11 et suivants et D6154-15 et suivants du CSP).

Aux termes de l'article L6154-5 du CSP, un représentant des usagers siège au sein de cette commission. La composition complète de la commission est visée à l'article R6154-12 du CSP.

La commission peut s'autosaisir ou être saisie par le directeur de l'Agence régionale de Santé, le directeur de la Caisse primaire d'Assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement, le directeur de l'établissement ou encore par le praticien concerné, sur toute question relative à l'activité libérale des médecins de l'établissement.

Les commissions de l'activité libérale ne sont pas formellement en charge de la gestion des plaintes des patients. Néanmoins, ces derniers doivent être informés de l'existence d'une telle commission. L'administration de l'hôpital peut informer la commission de toute plainte reçue et concernant les actes qui auraient été réalisés dans le cadre d'un exercice libéral.

Tous les 6 mois, les organismes d'Assurance maladie communiquent au directeur de l'établissement de santé et au président de la commission d'activité libérale, les informations sur les honoraires, le nombre et le volume des actes effectués par les praticiens concernés (article L6154-3 du CSP).

La redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les hôpitaux.

En contrepartie du service rendu par l'établissement au praticien, autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'EPS, l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance (article L6154-3 du CSP). Cette redevance, assujettie à la TVA de 19,6 %, est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le praticien, dépassements éventuels compris (article D6154-10-1 du CSP).

Ce pourcentage est égal (article D6154-10-3 du CSP) :

- pour les consultations, à 16 % dans les centres hospitaliers universitaires, 15 % dans les centres hospitaliers ;
- pour les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie, à 60 % dans les centres hospitaliers universitaires et dans les centres hospitaliers ;
- pour les autres actes, à 25 % dans les centres hospitaliers universitaires, 16 % dans les centres hospitaliers.

La redevance est calculée par l'administration de l'hôpital, toutes taxes comprises, sur la base des états récapitulatifs établis par les praticiens.

Son paiement est trimestriel.

○ POSITIONS DU CISS

L'existence de l'activité libérale à l'hôpital public ne répond pas à un objectif de santé publique. Sa raison d'être et celle de son maintien se situent en grande partie sur le plan de la rémunération de praticiens qui pourraient menacer de quitter les établissements publics si cet avantage n'était pas maintenu. Sa suppression présenterait l'avantage de réduire les délais d'attente, l'activité libérale à l'hôpital constituant, en l'état, un véritable coupe-file.

Dans ce contexte, le CISS défend 5 principes :

- Réduire les écarts de délais entre l'accueil en libéral et l'accueil dans le cadre du service public. Les différences de délais de prise en charge sont intrinsèques à l'existence d'une double entrée à l'hôpital et sont même avancées par les secrétariats médicaux pour orienter les usagers vers l'une ou l'autre de ces deux filières. La réduction des délais d'attente est un enjeu pour les patients et l'exploitation de l'« urgence ressentie » n'est pas acceptable pour le CISS.

Le contrôle de ces écarts de délais doit relever de la compétence des directeurs d'établissements, garants de l'égalité d'accès aux soins.

- Interdire la facturation de dépassements d'honoraires et, sous cette réserve, l'avance de frais par l'utilisateur. Selon le rapport de l'IGAS d'avril 2007, « le taux de dépassements des honoraires est de 98,5 % pour l'ensemble des disciplines en secteur 2 » et « les dépassements d'honoraires par praticien dans le secteur 2 apparaissent en moyenne plus élevés dans le secteur hospitalier public que dans le secteur privé ».

Le CISS est en revanche favorable à la redéfinition tarifaire des actes médicaux qui, en ville comme à

l'hôpital, profiterait à l'ensemble des médecins exerçant une activité libérale.

- Interdire le paiement en direct des honoraires des médecins libéraux : l'établissement reverserait alors mensuellement les honoraires dus aux praticiens.
- Etablir une limite à 20%, non plus basée sur le temps de travail, partiellement dédié à d'autres tâches que l'activité libérale, mais sur l'activité médicale elle-même. De ce fait, un praticien ne pourrait consacrer plus de 20% de son activité médicale à la pratique libérale, et ainsi, restaurer la primauté de l'activité médicale publique à l'hôpital public. L'administration hospitalière doit se doter des outils permettant de faire les évaluations nécessaires et appliquer des sanctions en cas de violation des règles établies.
- Réduire les situations de conflits d'intérêts dans les commissions de l'activité libérale en interdisant à un médecin exerçant une activité libérale dans l'établissement de présider la commission ; permettre une saisine directe de la CAL par les usagers.

S'il est peu probable d'obtenir une suppression de l'activité libérale à l'hôpital à court terme, sans une revalorisation réelle de la rémunération des médecins, il est en revanche impératif de veiller à un encadrement strict de cette pratique.

○ TEXTES DE RÉFÉRENCE

• Code de la Santé publique

• Circulaires

- Circulaire n° DH/AF3/2000/280 du 25 mai 2000 relative à l'assujettissement à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de certaines prestations offertes par les établissements de santé.
- Circulaire DHOS/F4/M2/DGCP/6B n° 2001-561 du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale dans les établissements publics de santé pour le recouvrement des honoraires des praticiens.
- Circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale.
- Circulaire DHOS/M3 n° 2008-313 du 16 octobre 2008 relative à l'application des décrets n° 2008-464 du 15 mai 2008 et n° 2008-1060 du 14 octobre 2008 relatifs à la redevance due à l'hôpital par les praticiens statutaires à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé.
- **Convention nationale** organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et ses avenants.
- **Rapport** RM 2007-054P de l'Inspection générale des Affaires sociales d'avril 2007 sur les dépassements d'honoraires.

○ EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits - 0 810 004 333 (n° Azur, tarif selon l'opérateur téléphonique) ou 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale)



La ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h.

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur www.leciss.org/sante-info-droits.

Fiches CISS pratique

- Fiche n° 44 - L'exercice libéral de la médecine - Honoraires médicaux et taux de prise en charge par l'Assurance maladie
- Fiche n° 19 - La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge - Son rôle dans l'examen des plaintes