

Problèmes récurrents du partenariat interhospitalier

13/11/1998

Les conventions de partenariat entre l'AP-HP et les établissements extérieurs, qu'ils participent ou non au service public hospitalier posent trois problèmes récurrents tenant d'une part, aux structures du partenariat, d'autre part aux échanges de personnels, enfin aux responsabilités respectives des différents partenaires.

1. les structures du partenariat

Les diverses conventions négociées par les hôpitaux de l'AP-HP envisagent en général deux modalités de partenariat :

- soit l'organisation d'un réseau de soins spécifique à la prise en charge de certaines pathologies ou à la mise en commun de certaines installations, pouvant associer ou non des partenaires privés ne concourant pas au service public hospitalier ; tel est le cas des partenariats engagés avec la clinique La Roseraie ou des programmes E. Med. et Erasme.

- soit l'organisation d'une communauté d'établissements, entre structures du même secteur sanitaire concourant au service public hospitalier ; les partenariats Saint-Antoine/Quinze-Vingt et Bichat/Fondation Rotschild relèvent de cette catégorie.

Dans tous ces cas, il ne peut être créé de structure commune aux établissements partenaires, dont la personnalité juridique demeure distincte, sauf à créer une instance informelle, de coordination dont les décisions ne s'imposent pas.

Ces conventions s'inscrivent dans le cadre de l'article L.714-4-8° du code de la santé publique, applicable à l'AP-HP en vertu des dispositions de l'article R 716-3-7 du même code ; elles doivent donc être soumises pour délibération au conseil d'administration, puis à l'agrément du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 en effet, le conseil d'administration était compétent, en application du 8° de l'article L. 714-4 pour délibérer sur "*les conventions de coopération en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat inter hospitalier, l'affiliation ou le retrait d'un tel syndicat, la création ou l'adhésion à un groupement d'intérêt public, à un groupement d'intérêt économique et les conventions concernant les actions de coopération internationale*", les actions de coopération non visées par ce texte entrant dans les attributions du directeur général.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a modifié cet article en incluant dans le champ de compétence du conseil d'administration en cette matière, la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2 et d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3.

Il importe en outre de signaler que la qualification d'une convention résulte, en dernier ressort, de l'appréciation souveraine du juge qui a tout pouvoir pour la requalifier en fonction des circonstances réelles : ainsi, même si le plus souvent, les conventions soumises ne sont pas qualifiées de charte de communauté d'établissements ou de convention. de réseau de soins, elles peuvent être considérées comme telles et entrer, dès lors, dans la catégorie des conventions sur lesquelles le conseil d'administration doit délibérer, dans la mesure où elles favorisent une filière de soins sur une pathologie ou une complémentarité entre deux établissements.

2. les échanges de personnel

Plusieurs conventions sont bâties sur le concept d'échange d'équipes, les médecins et personnels paramédicaux intervenant de manière ponctuelle, informelle et non quantifiable : ce mode de partenariat, qui présente l'avantage de la souplesse et de la rapidité d'intervention, est cependant difficilement envisageable, du fait des rigidités statutaires gouvernant la participation au service public hospitalier.

Il importe donc de trouver un cadre juridique approprié à ces échanges :

2-1 - *les échanges de l'AP-HP vers les établissements privés participant au service public hospitalier* :
Ce type d'échange est aisé dans la mesure où le statut des praticiens hospitaliers

(article 4) leur permet d'effectuer une partie de leur temps dans des établissements à but non lucratif, concourant au.. service public hospitalier, moyennant une convention de mise à disposition. Il n'est cependant pas possible lorsque l'établissement partenaire est un établissement à but lucratif.

S'agissant du personnel non médical, l'échange ne peut se faire que sur la base d'une mise à disposition qui ne peut être que permanente et à temps plein et non ponctuelle : la solution consisterait peut-être à établir, au cas par cas, un ordre de mission à l'agent, afin de le couvrir en cas d'accident, l'AP-HP demeurant dans ce cas, responsable de son agent.

2-2 - les échanges de l'extérieur vers l'AP-HP

Les statuts hospitaliers tout comme ceux de la fonction publique hospitalière s'avèrent peu perméables et il est donc difficile de faire travailler des personnels extérieurs d'autant que leur participation n'est pas permanente mais ponctuelle.

S'agissant des médecins, la solution la plus judicieuse consiste à leur accorder au moins une vacation de manière à y rattacher les différentes activités qu'ils exercent à l'AP-HP. Cette solution nécessite cependant que l'on connaisse précisément les médecins qui interviennent puisque les vacations sont individualisées, ce qui s'oppose, par nature, à la notion d'échange informel au sein des équipes.

S'agissant par ailleurs des personnels non médicaux, il n'existe pas de solution satisfaisante, la notion de contrat supposant une participation permanente et non ponctuelle : aussi, le personnel qui serait amené à intervenir ponctuellement devrait-il être considéré - faute de mieux - comme un collaborateur occasionnel du service public hospitalier, avec le régime juridique qui en découle, notamment en termes de responsabilité.

3. les responsabilités respectives

La responsabilité des divers intervenants est de deux ordres : quasi délictuelle et contractuelle.

La responsabilité quasi-délictuelle est assez classique et incombe à l'établissement dont le service prend en charge le malade, organise les soins et encadre le personnel, fût-il mis à disposition, puisque dans ce dernier cas, il y a transfert du lien de sujétion de l'hôpital employeur vers l'hôpital d'accueil.

Toutefois, il convient de prévoir de façon systématique une possibilité d'action récursoire entre hôpitaux sur le fondement de la responsabilité contractuelle, résultant d'un éventuel manquement aux obligations respectives découlant spécifiquement de chaque convention : obligation tenant à la qualité des personnels mis à disposition, à la maintenance des installations, aux filières de soins définies.