

# Les « cliniques ouvertes »

---

## 1. Les textes de référence

---

Code de la santé publique (CSP)

- Article [L.1111-3](#) relatif à l'information des usagers du système de santé ;
- Article [L. 6146-10](#) relatif aux structures spécifiques d'hospitalisation ;
- Articles [R.1112-2](#) et [R.1112-3](#) relatifs aux informations des personnes accueillies dans les établissements de santé ;
- Articles [R.6146-62](#), [R.6146-69](#), [R.6146-70](#), [R. 6146-71](#), [R.6146-72](#), [R. 6146-72-1](#), [R.6146-73](#), [R.6146-75](#) relatifs aux structures d'hospitalisation particulières

Code de la sécurité sociale (CSS)

- Article [L. 162-1-7](#) sur les conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie des actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé
- Article [L.162-14-1](#) relatif aux conventions nationales entre organismes d'assurance maladie et professionnels de santé
- Article [L.162-21-1](#) relatifs au tiers-payant "assurance maladie" ;
- Article [R.162-32-2](#) relatif aux prestations particulières exigées par les patients sans fondement médical

## 2. DEFINITION

---

En application de l'article [R.6146-62](#) du CSP, "**les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer des structures d'hospitalisation médicale**" dans lesquelles des médecins, des spécialistes ou des sages-femmes libéraux peuvent dispenser des soins aux malades, blessés et femmes enceintes qui s'adressent à eux. Ces structures peuvent concerner toutes les activités de l'établissement, avec ou sans hébergement : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie.

Ce dispositif ne doit pas être confondu avec l'exercice de l'activité libérale des praticiens statutaires exerçant à temps plein dans un établissement public de santé.

L'autorisation est accordée par le directeur de l'ARH à l'établissement pour une durée déterminée et peut être suspendue ou retirée en cas de non respect de la réglementation applicable.

## 3. Conditions d'admission

---

(Articles [L.1111-3](#), [R.6146-70](#) et [R.6146-73](#) du code de la santé publique et article [R.162-32-2](#) du code de la sécurité sociale).

Les patients doivent être informés des conditions financières de l'hospitalisation, en clinique ouverte et hors clinique ouverte. Ils doivent signer un engagement de régler les frais d'hospitalisation restant à leur charge sur la base des tarifs applicables à la clinique ouverte.

Les patients doivent nommément désigner, lors de leur admission, le praticien de leur choix.

Un dossier est constitué et conservé dans les mêmes conditions que pour l'hospitalisation de droit commun. Le dossier est communiqué et conservé dans les conditions prévues à l'article [R.6146-75](#) du CSP. (cf. fiche relative à l'admission).

En principe, **aucun patient ne peut être transféré d'une structure de clinique ouverte à un service "de droit commun" de l'établissement** ou d'un service de droit commun à une structure de clinique ouverte. Toutefois, le transfert d'une structure de clinique ouverte vers un service de droit commun peut être **autorisé, à titre exceptionnel**, par le directeur de l'établissement, sur la demande motivée du patient et après avis du chef de service.

## 4. Le paiement des médecins libéraux intervenant en clinique ouverte

---

## 4.1 Modalités de paiement

---

Le paiement des médecins et sages-femmes libéraux diffère selon que les patients sont hospitalisés en MCOO ou en SSR et psychiatrie.

- **En MCOO**, le tarif du groupe homogène de séjour (GHS) incluant les rémunérations des médecins, y compris celles des médecins libéraux intervenant dans ces structures, l'hôpital paye les honoraires du médecin libéral (ou de la sage-femme) par prélèvement sur le GHS, déduction faite d'une redevance (cf infra).  
A cet effet, le médecin ou (la sage-femme) exerçant en clinique ouverte doit établir et **transmettre au directeur de l'hôpital un état mensuel des consultations et actes**, dûment signé, faisant apparaître :
  - le nombre et la valeur des actes qu'il a réalisés,
  - les éventuels dépassements d'honoraires (ces dépassements devant être facturés aux patients par l'hôpital).

L'hôpital transmet cet état à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin libéral ou la sage-femme exerce son activité (article [R.6146-72-1](#) du CSP).

Aucune feuille de soins ne doit être transmise à l'assurance maladie ; à défaut, l'assurance maladie rejettera ce paiement.

- **En SSR et en psychiatrie**, les honoraires des médecins libéraux ou des sages femmes intervenant en clinique ouverte sont encaissés par le comptable de l'établissement, pour leur compte. Le comptable reverse mensuellement ces honoraires, déduction faite d'une redevance. L'établissement est informé soit **par la mention portée sur la feuille de soins s'il s'agit d'un assuré social**, soit par un document signé par le praticien dans les autres cas.

## 4.2. Calcul des redevances

---

**Les sommes reversées aux praticiens** sont calculées au tarif conventionnel, sur la base des actes réalisés, **après déduction d'une redevance égale à un pourcentage** fixé par l'article [R.6146-71](#) du CSP à :

- 20 % pour les consultations ;
- 60 % pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation ;
- 30 % pour les autres actes susceptibles d'être pratiqués en clinique ouverte. Ces redevances ne portent pas sur les dépassements d'honoraires.

## 5. Valorisation de l'activité réalisée en clinique ouverte, en MCOO

---

L'activité réalisée en clinique ouverte, en MCO, est transmise à l'ARH dans les mêmes conditions que l'activité réalisée dans les autres services de l'établissement, **en vue de la valorisation des GHS correspondants**.

**Les assurés sociaux** peuvent bénéficier de la dispense d'avance des frais ([article L.162-21-1](#) du CSS). Ils sont redevables du ticket modérateur (20 % du tarif journalier de prestation) et/ou du forfait journalier hospitalier et, le cas échéant, des dépassements d'honoraires qui sont facturés à leur rencontre ou à l'encontre de leur organisme complémentaire.

**Les non assurés sociaux** doivent régler l'intégralité des frais d'hospitalisation sur la base du tarif journalier de prestation et de la durée de séjour.