

« Nous défendons un modèle où les gestionnaires sont garants d'une recherche vertueuse de rentabilité pour développer l'entreprise et non pas la seule valorisation financière des parts sociales. »

Le GIE club des Quinze-santé est un regroupement d'établissements hospitaliers privés comptant dix-huit groupes régionaux et totalisant plus de quatre-vingt-dix cliniques à travers la France. Créé en 1991, le club des Quinze a plusieurs vocations. Il permet à ses membres d'échanger en permanence des informations sur la gestion de leur entreprise et les difficultés qu'ils rencontrent, et d'entreprendre des actions de coopération. Le club des Quinze est un lieu de réflexion sur l'avenir de l'hospitalisation et du secteur de la santé.

Les membres du GIE sont :

- Clinique Belledonne (Grenoble) ;
 - Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine (Bordeaux) ;
 - Clinique de la Casamance (Marseille) ;
 - Polyclinique de Courlancy (Reims) ;
 - Polyclinique Francheville (Périgueux) ;
 - Clinique Sainte-Clotilde (île de la Réunion) ;
 - Clinique de l'Orangerie (Strasbourg) ;
 - Clinique Pasteur (Toulouse) ;
 - Polyclinique Saint-Roch (Montpellier) ;
 - Clinique Saint-Gatien (Tours) ;
 - Hôpital Privé Nord Parisien (Paris) ;
 - SA Cliniques privées associées (Rennes).
- Postulent actuellement :
- Nouvelles cliniques nantaises ;
 - Centre cardiologique du Nord (Paris) ;
 - Polyclinique François Chénieux (Limoges) ;
 - Polyclinique du Parc (Cholet) ;
 - Clinique de la Mitterrie (Lille) ;
 - Polyclinique du Parc Rambot (Aix-en-Provence).

L'expansion de l'hospitalisation privée repose sur un double modèle historique : des établissements détenus soit par des médecins et dont la gestion est confiée à un dirigeant professionnel, soit par des entrepreneurs individuels, le plus souvent anciens médecins, qui les gèrent personnellement.

Avec le recul, les établissements qui se sont avérés les plus performants sont ceux dans lesquels médecins et gestionnaires ont su trouver le bon équilibre entre leurs intérêts individuels et les obligations collectives nécessaires au développement durable de l'entreprise.

Nous avons pu légitimement croire que ce modèle hospitalier privé était pérenne et représentait l'avenir de notre système de santé. C'était sans compter avec le vieillissement des médecins investisseurs et l'incapacité des générations suivantes à investir dans le rachat des parts sociales de leurs aînés.

De ce fait, l'identité du modèle hospitalier privé était bouleversée. Qui serait désormais capable de prendre le relais dans le capital de ces cliniques pour les maintenir à un haut niveau de technicité et pour concurrencer les établissements publics bénéficiant d'un apport financier inégalable ?

Dans un premier temps, la relève a été assurée par des groupes opérateurs réalisant des acquisitions de cliniques exsangues. Ces groupes avaient le mérite de restructurer, souvent par regroupement, des établissements en difficulté, fédérant l'équipe médicale autour d'un projet de redressement de l'entreprise, donc de son plateau technique.

Plus récemment, une seconde vague de regroupements est apparue avec l'arrivée de fonds d'investissement prenant le contrôle des groupes opérateurs. Motivés par une logique d'investissement spéculatif, ils font l'acquisition d'entreprises performantes et ne créent pas de valeur pour le secteur hospitalier privé. L'exercice de la médecine libérale devenant alors un outil au service de la performance financière plutôt qu'un objectif.

Dans les établissements du club des Quinze, les gestionnaires sont garants d'une recherche vertueuse de rentabilité pour développer l'entreprise et non pour valoriser les parts sociales. C'est toute la différence entre une démarche d'entrepreneur et une démarche de financier.

Or, nous pensons qu'il est nécessaire de retrouver l'esprit des cliniques privées engageant gestionnaires et médecins dans un même sens : celui de l'entreprise ! Il convient à ce jour d'inciter les jeunes médecins à choisir le secteur privé plutôt que l'hôpital public et de les responsabiliser à la gestion de l'entreprise.

Les praticiens ne doivent pas devenir des loueurs de plages opératoires dans des établissements anonymes où leur liberté d'exercer ne dépend plus que d'une relation contractuelle de type client-fournisseur.

Le Club des Quinze est convaincu qu'une voie d'avenir existe entre secteur public et groupes opérateurs financiers. Nous avons essayé dans ce numéro d'*Hospitalis* d'expliquer combien nous sommes attachés à cette conviction, aux principes qui la fondent et aux valeurs qui la portent. ■

Yvon Bertel-Venezia,
Président du GIE club des Quinze-santé

tribune | **dossier** | l'invité | initiative | rencontre | paroles d'experts | question au gouvernement |



MÉDECINE LIBÉRALE ET HOSPITALISATION PRIVÉE

LE MODÈLE DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE EN QUESTION...

Les médecins libéraux sont au cœur de l'aventure de l'Hospitalisation Privée. Pour autant, la complexification des enjeux de coordination entre gestionnaires et médecins, et la montée en puissance des fonds d'investissement dans le capital des cliniques soulèvent de nombreuses questions, qui peuvent être autant de raisons de s'inquiéter ou d'espérer...



tribune | **dossier** | l'invité | initiative | rencontre | libre parole | question au gouvernement |

Gouverner, c'est pérenniser

Les établissements hospitaliers privés sont des entreprises dans lesquelles les médecins ne sont pas juridiquement subordonnés au directeur. Ils exercent dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral et non pas d'un contrat de travail. Pour autant, leur liberté s'insère dans une organisation d'entreprise qui entraîne des obligations réglementaires et des contraintes économiques à l'établissement. Un dirigeant de clinique doit donc imposer le respect de règles économique-réglementaires sans brider l'énergie et l'esprit d'initiative de la médecine libérale.

Gouvernance : mode d'emploi

Cette démarche n'est possible que si le dirigeant crée les conditions d'une véritable gouvernance médicale permettant d'impliquer les médecins dans les orientations stratégiques de l'établissement. Au-delà de la CME⁽¹⁾, de nombreux établissements ont mis en place des comités de fonctionnement qui ont pour but de rapprocher les acteurs médicaux et les vrais décideurs économiques de l'entreprise. Cette proximité immédiate et ces contacts directs conditionnent la réussite de l'entreprise. Au sein du GIE club des

Quinze-santé coexistent des établissements à actionnariat médical et à actionnariat individuel. Tous sont des établissements performants parce que les médecins et les décideurs économiques sont physiquement présents dans la même entreprise et collaborent quotidiennement. Le véritable enjeu de nos entreprises, et plus généralement du secteur hospitalier privé, est de trouver le bon modèle de gouvernance entre la sphère économique et la sphère médicale permettant la pérennité de l'Hospitalisation Privée.

ÉCHANGE DE VUES entre Alain Coulomb, Président de la CSMF (Confédération des syndicats médicaux français) et Jean-Paul Ortiz, Président du SYMHOP (Syndicat national des médecins de l'hospitalisation privée).

Comment concevez-vous la gouvernance médicale d'un établissement hospitalier privé ?



Alain Coulomb : La confusion entre la sphère économique et la sphère médicale est une caractéristique originelle de l'hospitalisation privée. Les médecins actionnaires n'ont longtemps reconnu que la qualité du plateau technique et nié de fait le concept de l'entreprise. À mon sens, une distinction entre pouvoir économique et pouvoir médical est nécessaire. Cette séparation peut évidemment être conflictuelle mais également une source de coopération « gagnant-gagnant ». De nombreux exemples le démontrent, tant dans des cliniques de groupe que dans des cliniques indépendantes. Au-delà du périmètre médical, le déficit de gouvernance concerne également la gestion du personnel paramédical, l'organisation des fonctions transversales, les relations

avec la clientèle et avec les tutelles. La présence des médecins dans le capital n'a jamais été une condition suffisante permettant de régler ces zones de non-gouvernance. Le prix de la liberté d'entreprendre laissée au secteur hospitalier privé est l'obligation pour les gestionnaires de trouver les moyens d'impliquer les acteurs, dont les médecins libéraux, dans le devenir de l'établissement. La gouvernance médicale d'un établissement hospitalier privé n'est pas le fruit d'une organisation statutaire mais d'une capacité de management.



Jean-Paul Ortiz : Le modèle actuel de gouvernance médicale des établissements de santé privés n'est plus adapté aux mutations de notre secteur (tarification à l'activité, démographie médicale...). Il n'existe pas d'organe structuré de coordination entre gestionnaires et médecins permettant de transformer

les conflits d'intérêts liés aux tensions économiques, en démarches constructives pour l'établissement. Le législateur doit redéfinir le rôle de la conférence médicale d'établissement (CME) pour permettre une meilleure participation des praticiens aux orientations médicales de l'entreprise. Les dirigeants d'établissement doivent saisir l'opportunité des réformes actuelles pour renforcer le rôle des CME⁽¹⁾ en associant les représentants médicaux aux organes de direction pour tout sujet concernant la gestion médico-administrative. Cette démarche a pour but de mieux responsabiliser les médecins aux engagements de l'établissement. Prenons l'exemple des OQOS⁽²⁾ dans lesquels la clinique peut être sanctionnée pour dépassement d'activité sans que les médecins qui, eux, hospitalisent les patients, donc atteignent ou dépassent les objectifs, soient responsabilisés. De la même manière, l'établissement s'engage à respecter le contrat de bon usage (CBV) des médicaments alors que ce sont les médecins qui prescrivent et qui, de ce fait, respectent ou pas le CBU. Il faut repenser cette gouvernance non

médicalisée. Au niveau régional, le Directeur d'ARH⁽³⁾ devrait également passer contrat avec les représentants des médecins. Au niveau national, l'interlocuteur de la DHOS⁽⁴⁾ ne doit pas être seulement la FHP⁽⁵⁾. Cette gouvernance est médicalement inefficace. Nous l'avons vu pour l'intégration des DMI⁽⁶⁾ dans les GHS⁽⁷⁾, pour la définition des bornes hautes et basses des séjours ou pour les actes frontières. C'est tellement peu « pensé médicalement » qu'à peine décidé, il faut réformer. La régulation administrative au sein des établissements engendre de mauvaises pratiques médicales pour le patient et finalement des surcoûts pour l'assurance maladie.

Selon vous, la présence des fonds d'investissement dans le capital des cliniques est-elle un danger pour le secteur hospitalier privé et la médecine libérale ?

A. C. : La présence de fonds d'investissement dans le capital des cliniques privées doit être examinée selon les critères du développement durable, qui nécessite une certaine stabilité des acteurs pour construire sur le long terme ce qui, en matière de santé, est une nécessité et un devoir.

Stratégie d'investissement et développement durable

Le problème de l'arrivée massive de fonds d'investissement dans le secteur n'est pas liée à leur statut ni à l'origine de leurs capitaux mais bien à la cohérence de leur stratégie d'investissement par rapport aux critères fondamentaux de développement durable des établissements hospitaliers privés. Parmi ces critères figure la durée de présence de l'investisseur en cohérence avec les délais de retour sur investissement liés à l'émergence d'une réputation, au rythme des créations de filières ou aux délais d'obtention

d'autorisations et de construction des plateaux techniques. Autre critère: l'obligation d'un comportement capitalistique adapté au secteur particulier de la santé, seul moyen de convaincre les tutelles de faire le pari de l'Hospitalisation Privée autant que celui de l'Hospitalisation Publique. Enfin, la conscience que la rentabilité est au service du développement des plateaux techniques de l'entreprise avant d'être destinée à rémunérer l'investisseur. Si l'actionariat médical n'a pas démontré sa capacité à assurer la pérennité des établissements hospitaliers privés, les fonds

d'investissement devront démontrer qu'ils sont capables de préserver la dynamique de l'Hospitalisation Privée et de créer des structures durables. Les seuls critères de rentabilité économique qui servent de base à l'investissement actuel des fonds oublient de mesurer la pérennité de l'établissement. Dans le projet d'observatoire économique des cliniques privées conduit actuellement par la FHP, nous devons inclure des critères quantifiables mais hors bilan, mesurant la pérennité de la clinique à travers la qualité de ses plateaux techniques, la compétence de ses équipes ou encore sa notoriété régionale. ■

Certains prétendent que l'on ne peut pas faire confiance à l'hospitalisation privée quand le capital appartient à des fonds étrangers qui n'agissent plus en fonction des intérêts du système de santé français mais de leurs seuls intérêts financiers. Pour deux

“ il faut voir la présence des fonds comme un aiguillon pour faire naître des initiatives d'acteurs individuels souhaitant proposer une alternative.

Alain coulomb

raisons, je ne m'inscris pas dans ce courant de pensée. La première raison est que les groupes sont depuis longtemps présents dans le secteur. Ils ont démontré leur implication sur le long terme. Pourront-ils continuer avec la présence de fonds d'investissement dans leur capital? Il est légitime de poser la question mais ils l'ont fait dans d'autres secteurs économiques majeurs comme l'industrie pharmaceutique ou l'aéronautique.

La deuxième raison est que la cause de l'intervention des groupes est précisément l'absence de démarche de développement durable des médecins propriétaires qui n'ont pas organisé la transmissibilité du capital et la pérennité des intervenants. Puisque les fonds d'investissement ont des cycles d'intervention courts, les groupes opérateurs dont ils sont actionnaires devront organiser la transmissibilité du capital pour garantir la pérennité des ressources. Cette démarche est un critère de développement durable. Par ailleurs, plutôt que de s'opposer vainement à ce qui constitue une tendance de fond de l'économie moderne, il faut voir la présence des fonds comme un aiguillon pour faire naître des initiatives d'acteurs individuels souhaitant proposer une alternative. Cela s'est produit à Lille, à Reims, à Perpignan et bientôt ailleurs. Au moment où la France est sollicitée par d'anciens pays d'Europe de l'Est pour développer leur système de santé sur le modèle de notre hospitalisation privée, nous serions mal fondés à revendiquer un patriotisme économique pour interdire une intervention de capitaux internationaux dans

ce domaine économique majeur. L'intervention des fonds prouve la confiance qu'ils placent dans le modèle hospitalier privé.

J.-P. O. : Comme néphrologue, je connais ce problème à travers ce que vit actuellement la néphrologie. Les industriels producteurs de matériels et d'équipements ont fait de l'entrisme dans le capital des centres de dialyse. Ces groupes sont motivés par une logique industrielle absolument non médicale. Leur logique est plus proche de celle d'une concession automobile avec utilisation exclusive de leurs appareils, de leurs consommables et de leurs molécules. Le désir

fonctionner dans une logique de rentabilité financière à court terme (2 à 5 ans) incompatible, à mon sens, avec notre démarche « d'artisans de santé ». Cela dit, individuellement, les médecins ne peuvent plus assumer les investissements de plus en plus lourds nécessaires au fonctionnement des établissements hospitaliers privés. Je crois qu'il faut privilégier l'exercice dans des établissements détenus par des entrepreneurs individuels qui, par définition, sont attachés comme les médecins qui y exercent au développement de l'entreprise. Ils ne raisonnent pas en termes de spéculation financière mais de pérennité de l'entreprise.

“ Le législateur doit redéfinir le rôle de la Conférence Médicale d'Établissement pour permettre une meilleure participation des praticiens aux orientations médicales de l'entreprise. Jean-Paul Ortiz

de salarier des médecins est à peine masqué. Le jour où cela arrivera, toute l'efficacité du secteur hospitalier privé disparaîtra. Dans le cas d'une telle dérive, le Syndicat des néphrologues libéraux pourrait saisir la DGCCRF⁽⁸⁾. Quant au fonds d'investissement, il est conçu pour

J'exerce dans un tel établissement et nous avons longuement travaillé au projet médical en partenariat avec l'entrepreneur. En ma qualité de Président de la CME, je participe aux organes de gestion pour tout ce qui concerne les questions médico-administratives. ◆

(1) CME : commission médicale d'établissement – (2) OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins – (3) ARH : agence régionale de l'hospitalisation – (4) DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – (5) FHP : fédération de l'hospitalisation privée – (6) DMI : dossier médical informatisé – (7) GHS : groupe homogène de séjour – (8) DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

tribune | dossier | **l'invité** | initiative | rencontre | libre parole | question au gouvernement |

PLFSS

VERS UN ASSAINISSEMENT DES FINANCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Comment médicaliser les arbitrages politiques et économiques qui permettent de construire le PLFSS ? Quelles sont les grandes orientations du PLFSS 2008 ? Entretien entre le Dr Bernard Vailly, anesthésiste-réanimateur et Président de la clinique de l'Orangerie à Strasbourg, et *Yves Bur*, rapporteur du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (PLFSS).

Député du Bas-Rhin, rapporteur général pour le PLFSS 2008, Yves Bur a participé à tous les débats du PLFSS de ces dix dernières années.

Dr Bernard Vailly – Que pensez-vous de l'état des comptes sociaux de la nation ?

Yves Bur – Ils ne sont vraiment pas bons ! À l'horizon 2009, nous allons ajouter plus de 40 milliards d'euros de dettes nouvelles aux 100 milliards déjà accumulés. Nous mettons nos dettes à la charge de nos enfants. Ce n'est pas très glorieux. En moyenne depuis vingt ans, les dépenses de santé progressent chaque année d'1,3 point de plus que le PIB. Selon le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, ce chiffre pourrait être ramené à 0,5 point, voire au même niveau que l'évolution du PIB.

Comment se construit le PLFSS ?

Par exemple, on annonce cette année une épidémie virulente de grippe humaine. Comment cette donnée a-t-elle été intégrée dans l'enveloppe des soins de ville ?

Y. B. – Les grands équilibres du PLFSS sont arrêtés avant qu'on ait connaissance de données de ce genre. On essaie cependant d'intégrer les grandes priorités de santé publique dans le PLFSS : Plan cancer, Plan Alzheimer...



Mais on voit bien aujourd'hui que l'Ondam⁽¹⁾ est davantage comptable que médical, ou sanitaire.

Le PLFSS 2008 est-il un PLFSS de transition ou contient-il certaines prémices d'évolutions importantes pour l'avenir ?

Y. B. – Ce n'est pas un PLFSS de transition car au niveau des dépenses de santé, il propose un certain nombre de mesures structurantes à moyen et long termes, qui contribueront à donner un réel sens à la volonté d'un retour à l'équilibre entre 2010 et 2012. Une grosse moitié du déficit est liée à la dégradation de la branche vieillesse parce que, contrairement à d'autres pays, nous abordons les problèmes au dernier moment et sommes incapables de faire partager aux Français la réalité de la dégradation des comptes.

La réforme 2008 devra permettre un retour très rapide à l'équilibre. Concernant la maladie, le déficit l'an prochain sera ramené à 4 milliards d'euros. Des possibilités d'optimisation existent en médecine de ville où la maîtrise médicalisée n'a pas produit tous ses effets et à l'hôpital où l'amélioration de la productivité doit au moins permettre d'éviter un emballement des dépenses. La question stratégique d'avenir concerne les ALD⁽²⁾, qui représenteront 10 millions de personnes en 2015 pour 70 % de la dépense. Pour ralentir ce flux, nous devons développer des politiques de prévention et créer des parcours thérapeutiques alliant les soins à l'éducation thérapeutique, permettant de limiter la progression des maladies, donc celle des dépenses. Il faut également améliorer l'hygiène de vie. Il n'y a pas de raison que la société prenne en charge les pathologies sans quelques exigences. Le corps médical doit en prendre davantage conscience pour inscrire les patients dans cette démarche. La frustration dans l'élaboration d'un PLFSS est qu'au lieu de réformer et de bâtir, nous sommes limités à dégager les moyens suffisants pour faire face aux dépenses. En particulier pour l'hôpital.

« Nous mettons nos dettes à la charge de nos enfants. Ce n'est pas très glorieux. » Yves Bur

Quels sont les grands axes de la restructuration de l'hôpital ?

Y. B. – La restructuration de l'hôpital suit trois axes : l'optimisation de la dépense par la maîtrise médicalisée, l'organisation interne et l'organisation territoriale. La maîtrise médicalisée est peu efficace à l'hôpital, parce que les prescripteurs y sont anonymes, et, du fait de l'absence de contrôle hiérarchique dans ce domaine, ils sont encore peu concernés par les questions d'Ondam, de maîtrise et d'objectifs. Une identification des prescripteurs permettrait à l'Assurance maladie de rappeler à leur responsabilité les prescripteurs excessifs. Sur le plan organisationnel, les hôpitaux doivent évoluer vite vers plus d'efficacité. Je demande que la T2A⁽³⁾ débouche réellement sur une meilleure organisation restructurante du système en rapport avec l'activité réelle. La DHOS⁽⁴⁾ et l'ensemble des responsables de l'hospitalisation doivent être maintenant plus exigeants. Enfin, il n'est pas nécessaire d'avoir accès partout à toutes les formes de traitement de haute technologie, mais d'organiser dans tous les territoires des prises en charge cohérentes vers un système hospitalier de pointe qui, à l'horizon 2015, devra comporter des plateaux techniques de haut niveau pour de très courts séjours et des services de soins de suite. Dans les zones de proximité, une présence sanitaire public-privé devra être coordonnée par territoire.

L'Hospitalisation Privée vit une phase de « remue-ménage capitalistique » avec, à côté des groupes opérateurs classiques, l'arrivée de fonds d'investissement, souvent étrangers. La santé semble devenir un marché.

Y. B. – C'est un témoignage qui prouve que le secteur dispose encore d'espaces d'optimisation qui permettront aux groupes opérateurs et aux fonds de trouver un retour sur investissement potentiellement intéressant. Néanmoins, je veux attirer l'attention des praticiens qui cèdent les établissements dans lesquels ils exercent. Ils ne doivent pas seulement penser aux plus-values à court terme, mais se poser en acteurs d'avenir. Celui qui opère, soigne doit avoir la maîtrise de son activité sans être soumis à des exigences de rentabilité de groupe. La puissance publique ne pourra pas rester indifférente à ce qui se passe. Elle devra le dire clairement.

Qu'avez-vous envie de dire aux 40 000 médecins libéraux qui travaillent dans l'Hospitalisation Privée pour les mobiliser et leur donner confiance ?

Y. B. – Je veux leur dire que l'avenir du système de santé dépend en partie de leur comportement. Ils doivent s'inscrire dans une démarche citoyenne, en acteurs d'un projet collectif. Il faudra plus de cohésion, plus de réflexion, plus de stratégie à moyen et long termes. Je pense que l'Hospitalisation Privée et l'ensemble de ses acteurs médicaux en sont tout à fait capables. ■

L'intégralité de cet entretien est disponible sur :

www.club15-sante.fr/revues-hospitalis.html

3 questions à...

Jean-Marie Rolland, député de l'Yonne et rapporteur du PLFSS 2007.

Comment les députés sont-ils informés des enjeux médicaux du PLFSS ?

Expérience personnelle, mandat local, goût personnel pour les questions de santé facilitent l'information, mais ce sont les rencontres, les auditions d'experts, la lecture des nombreux rapports et études qui permettent à chaque élu de se faire sa conviction. En outre, chaque rapporteur du PLFSS organise une série d'auditions qui lui permettent de rencontrer les grands acteurs de la santé.

Le PLFSS est nécessairement fondé sur des arbitrages économiques. Les enjeux de santé publique sont-ils mis en parallèle pour éclairer les députés ?

Le rapporteur de la commission des finances examine les comptes en application de la LOLF (loi organique relative aux lois de finances), qui établit des programmes, des actions, des indicateurs permettant de mieux suivre l'efficacité des crédits proposés. Sur ce même domaine, le rapporteur de la commission des affaires sociales choisit de travailler sur un thème particulier. Cette année, par exemple, je centrerai mon rapport sur l'application de la loi sur la santé publique votée en août 2004.

Quelle est l'actualité de la commission des affaires sociales dont vous êtes membre ?

La Mission d'évaluation et de contrôle (MECSS), après avoir travaillé sur les accidents vasculaires cérébraux, travaille cette année sur le médicament, et sur les affections de longue durée (ALD). Une mission d'information de 11 membres travaille quant à elle sur les agences régionales de santé.

(1) ONDAM: objectif national des dépenses de l'Assurance maladie.

(2) ALD: affection longue durée.

(3) T2A: tarification à l'activité.

(4) DHOS: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

tribune | dossier | l'invité | **initiative** | rencontre | libre parole | question au gouvernement |

Opération « Vis ma vie »



Les uns sont chirurgiens libéraux exerçant en clinique privée, les autres chefs de clinique à l'hôpital public. Des médecins de générations et de statuts différents sont réunis dans le cadre d'opérations portes ouvertes en établissements hospitaliers privés. Organisées par le C15 et le laboratoire Ethicon Endo-Surgery⁽¹⁾, ces rencontres sont l'occasion de combattre les idées reçues sur l'Hospitalisation Privée et la médecine libérale. Retour sur expérience...

Les chefs de clinique parviennent à un moment de leur carrière où ils vont décider de poursuivre leur activité au sein de l'hôpital public ou choisir d'exercer en secteur privé. Les établissements hospitaliers privés, ils ne les connaissent pas, mais beaucoup ont été entretenus dans l'idée qu'ils n'accueillent que des patients fortunés et en bonne santé et que les praticiens libéraux n'y « font » que de la médecine lucrative et sans intérêt. C'est pourquoi, afin d'instaurer une meilleure connaissance de l'hospitalisation privée et de la médecine libérale, le club des Quinze

et le laboratoire Ethicon ont pris l'initiative d'organiser dans les établissements du C15 des journées de découverte à destination des chefs de clinique. L'expérience a déjà été réalisée à Rennes (groupe Cliniques Privées Associées), à Grenoble (clinique Belledonne), à Périgueux (clinique de Francheville) et à Strasbourg (clinique de l'Orangerie).

Une immersion de deux jours

En général, les rencontres se déroulent sur deux journées. La première est consacrée à une visite de l'établissement et à un exposé sur le financement de la santé. Elle se termine par un dîner permettant aux praticiens, hospitaliers et libéraux, d'échanger de manière conviviale. Le lendemain, les jeunes médecins assistent au programme du bloc opératoire puis à une présentation du secteur hospitalier français et des conditions concrètes de l'exercice libéral.

Ces opérations permettent aux chefs de clinique de se faire une idée concrète du niveau des prestations du secteur hospitalier privé et de la médecine libérale. Elles enseignent aussi aux dirigeants et aux médecins des cliniques ce que leurs jeunes confrères attendent de leur environnement professionnel et de leurs conditions d'exercice. De plus, ces opérations permettent de créer, entre les structures hospitalières et les laboratoires, un nouveau mode de relation fondé sur une recherche de partenariat à long terme. Au-delà, ces rencontres mettent deux choses en évidence. D'une part, les jeunes médecins sont étonnés de la nature des relations entre le corps médical et les gestionnaires administratifs des établissements visités, très différente de ce qu'ils vivent souvent dans leur structure hospitalière où la sphère médicale et la sphère administrative sont plus antagonistes. D'autre part, et c'est sans doute plus préoccupant au moment où les responsables de la santé se réclament d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé, ces jeunes praticiens n'ont aucune connaissance

relative à l'environnement économique et organisationnel de leur établissement ou du secteur hospitalier en général.

Une nouvelle opération de ce type aura lieu prochainement à Marseille (clinique la Casamance) puis dans d'autres établissements du GIE club des Quinze. Avis aux amateurs ! ■

LE POINT DE VUE DE...

Christophe Martin

Directeur général, société Ethicon Endo-Surgery
Groupe Johnson & Johnson

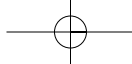
« La T2A⁽²⁾ et l'intégration des DMI⁽³⁾ dans les tarifs ont modifié, sans conteste, la relation traditionnelle bilatérale entre les fabricants de dispositifs médicaux et les établissements de santé via leur corps médical. En effet, les critères de choix de consommation de dispositifs sont en pleine mutation et il paraissait primordial à Ethicon Endo-Surgery d'anticiper le futur en favorisant la mise en place d'un circuit décisionnaire où chaque acteur assume sa responsabilité, qu'il soit industriel, chirurgien ou directeur. Dans cette perspective, l'opération lancée avec les établissements du club des Quinze (communauté médicale et administration) visant à inviter de jeunes chirurgiens à découvrir la médecine libérale au

sein d'établissements privés permet à chacun de mieux comprendre les spécificités et les impératifs des uns et des autres, de faire évoluer ses connaissances, de contrecarrer les antagonismes culturels, de mieux comprendre la complexité des processus décisionnaires pour découvrir finalement qu'il n'y a pas de relations plus fructueuses que celles fondées sur des objectifs communs, pour le plus grand bénéfice du patient. Félicitons-nous donc de ces échanges à taille humaine si riches d'enseignements pour chacun et facteur d'avenir. »

(1) Division du Groupe Johnson & Johnson.

(2) T2A : tarification à l'activité.

(3) DMI : dossier médical informatisé.



tribune | dossier | l'invité | initiative | **rencontre** | libre parole | question au gouvernement |

Les établissements du club des Quinze sont soit détenus par leurs gestionnaires soit propriété des médecins qui y exercent. Leur pérennité est fondée sur l'implication des médecins libéraux dans leur gestion et dans le choix de leurs orientations stratégiques. Découverte de plusieurs modèles de gouvernance médicale d'établissements où les médecins ne seront jamais considérés comme de simples techniciens de santé.



La gouvernance médicale à l'épreuve des faits

L'autogestion : une réponse libérale, privée et efficiente

Groupe Cliniques Privées Associées, Rennes, Saint-Malo, Brest | Le Groupe Cliniques Privées Associées (CPA), présent à Rennes, Saint-Malo et Brest, est structuré juridiquement à partir d'une société holding, elle-même détenue par plus de 150 médecins. Chaque clinique est administrée par un conseil d'administration composé de médecins et du Directeur. Un comité de gestion de cinq administrateurs (4 médecins et le Directeur) s'occupe de la gestion au quotidien de la Clinique. En fait, CPA résulte du rassemblement de médecins qui ont décidé de s'associer sur la base de règles communes (règlement intérieur médical, contrat d'exercice professionnel...) pour favoriser l'exercice de leur art. Pour Luc Castellvi, son Directeur général, le système CPA « s'apparente à une "tontine" et constitue une réponse libérale, privée et efficiente aux

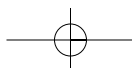
besoins de santé ». En effet, le système CPA encourage à la fois l'efficacité par la motivation et l'implication de chacun des acteurs, la conciliation de l'intérêt individuel et de l'intérêt collectif par le respect mutuel et la responsabilité de chacun par sa contribution aux besoins des autres à travers le partage de valeurs communes : prévenance, respect, éthique.

Le projet médical : pierre angulaire de la gestion d'entreprise

Groupe Nouvelles Cliniques Nantaises (NCN) | Le groupe Nouvelles Cliniques Nantaises (NCN), né de la fusion de trois cliniques privées, est un pôle de santé composé de 309 lits et places de médecine et de chirurgie, d'un plateau technique interventionnel et d'imagerie, d'un centre de consultations multidisciplinaires de 95 praticiens et d'une unité d'urgences. Il a associé sur son site un centre de cancéro-

logie privé et, récemment, un centre de médecine physique et de soins de suite. Il s'est construit autour d'un projet médical écrit - véritable pierre angulaire de la dynamique des acteurs médicaux - pour s'ériger progressivement en un projet d'entreprise se déclinant aux plans juridique, financier, social et architectural. C'est aujourd'hui une société anonyme à directoire (3 médecins) et à conseil de surveillance (18 médecins) animée par des médecins dirigeants (directoire + comité de direction + conseil de surveillance) qui ont la volonté d'être acteurs responsables de la gestion de leur entreprise, leur outil de travail. Tous les médecins y exerçant sont liés par convention avec l'entreprise de santé et sont actionnaires de la société au prorata de leur activité produite pour l'entreprise de santé « clinique ».

Ce projet d'entreprise vise à s'affirmer dans



➤ L'amélioration de l'offre de soins, sur l'agglomération nantaise notamment, dans les secteurs de santé publique (urgences, cancérologie, cardiologie, prévention). Les spécialités médicales représentées sont organisées en pôles, et la quasi-totalité de ces pôles en société d'exercice professionnel libéral avec partage des règles d'organisation médicale – notamment pour l'organisation des astreintes – et de leurs honoraires. « Outre la mise en commun de leurs savoirs et de leurs pratiques, l'objectif recherché par les médecins des Nouvelles Cliniques Nantaises est d'optimiser l'offre de soin proposée aux patients en assurant une organisation médicale libérale pluridisciplinaire structurée et complémentaire, explique Philippe Choupin, le Directeur général délégué. Cette organisation, qui s'inscrit dans la recherche permanente de l'efficacité (qualité et productivité), est indispensable au développement du groupe. »

La gestion au service de la médecine

Polyclinique du Parc Rambot, Aix-en-Provence | Détenue par cinq actionnaires dont quatre médecins et un expert-comptable, la Polyclinique du Parc Rambot est un établissement de 340 lits et places situé à Aix-en-Provence. Cette importante clinique est statutairement dirigée par un P-dg médecin en exercice qui consacre la moitié de son temps de travail à la gestion de l'établissement. « Nous sommes organisés pour que la réactivité la plus grande soit offerte aux demandes des médecins de la clinique. J'ai travaillé dans des établissements de groupes financiers dans lesquels le pouvoir économique se situait au siège, très loin

DES FONCTIONS TRANSVERSALES QUI MOBILISENT LE CORPS MÉDICAL

Autre facette de l'engagement des médecins dans la vie des établissements, de nombreuses fonctions transversales qui requièrent leur participation active. Citons, par exemple, les fonctions de vigilance (hémovigilance, biovigilance, réactovigilance, infectiovigilance...), qui impliquent la désignation de correspondants au sein de diverses cellules (comité de sécurité transfusionnelle et

d'hémovigilance, comité de lutte contre les infections nosocomiales, équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière...). Or, en raison de leur statut de praticiens libéraux, les médecins mobilisés ne sont pas rémunérés par l'Assurance maladie pour le temps consacré à ces missions. C'est pourquoi certains établissements ont mis en place des rémunérations spécifiques pour les indemniser.

du terrain, relate Claire Ravier, Directrice générale de la polyclinique et ancien cadre infirmier supérieur et directeur de soins dans des établissements hospitaliers publics et privés de grande taille. La moindre demande d'investissement devait être validée par les financiers du groupe. C'était extrêmement pénalisant pour la réactivité de l'établissement et cela influait négativement sur les relations entre médecins et direction. À la Polyclinique du Parc Rambot, tous les médecins savent que leurs demandes sont traitées par les vrais décideurs. Outre notre réunion hebdomadaire, je travaille en collaboration permanente avec le P-dg et l'expert comptable, poursuit-elle. Ensemble, nous pilotons l'établissement au plus près du terrain. »

La Polyclinique du Parc Rambot fait partie de ces établissements qui démontrent combien la gestion d'un établissement de santé, qu'il soit détenu ou non par des médecins, est un travail de proximité au service de la médecine plus qu'au service d'intérêts financiers de groupes internationaux.

Transparence et cohésion : la gestion participative

Clinique François Chénieux, Limoges | Établissement indépendant de 250 lits situé à Limoges, la clinique François Chénieux est détenue par les médecins qui y exercent. La société d'exploitation est organisée sous forme de directoire et conseil de surveillance, dans lequel chaque spécialité est représentée. « Nous avons organisé une gouvernance médicale autour de deux axes : la transparence et la cohésion, précise le Dr Franck Chassagnac, Directeur médical de l'établissement. La transparence s'illustre, par exemple, à travers le fait que le Président de la conférence médicale assiste aux réunions du directoire. Notre volonté de cohésion s'exprime, quant à elle, par le fait que tous les actionnaires sont invités à assister au conseil de surveillance. Nous voulons que tous les médecins puissent être au courant de l'ensemble des décisions prises par les dirigeants. »

Un établissement hospitalier privé de pointe peut être organisé par et pour des médecins libéraux qui participent à la gestion de leur structure. Cela à condition que les praticiens puissent détenir suffisamment de connaissances en gestion pour utiliser, en actionnaires éclairés, les informations données par les experts-comptables. « C'est pourquoi nous avons mis en place une solution innovante, poursuit le Dr Chassagnac. Les médecins membres du conseil de surveillance sont tous inscrits à une formation en gestion sur Internet, qu'ils suivent à leur rythme. Ils acquièrent des compétences permettant de comprendre les bilans, de suivre la politique financière ou encore de mesurer nos capacités d'évolution. » ■



PAR YVES NOËL, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPE PBNA (POLYCLINIQUE BORDEAUX-NORD AQUITAINE)

Lucratif, vous avez dit lucratif ?

LUCRATIF, -IVE : adj. XIII^e siècle. Emprunté du latin *lucrativus*, de même sens. ♦ Qui procure un gain. Un commerce, un métier, un emploi lucratif. Une charge, une entreprise lucrative. **DROIT.** Association à but non lucratif, qui n'a pas pour objet de faire des profits. ♦ Qui procure un profit important, de gros bénéfices. Une opération boursière lucrative. Un trafic lucratif. ♦ Lucre : n. m. XV^e siècle. Emprunté au latin *lucrum*, « gain, profit ». Péj. Profit recherché avec cupidité. Avoir le goût du lucre. Travailler sans esprit de lucre.

Le Code de la santé traite dans sa sixième partie, livre premier, des « établissements de santé ». Ceux-ci peuvent être publics ou privés comme indiqué dans le chapitre premier. Viennent ensuite les dispositions relatives aux « établissements publics de santé » L. 6141-1 et plus tard L. 6161-1 les « établissements de santé privés ». Dans ces dispositions, sont traités le cas des établissements à but non lucratif L. 6161-4, les CLCC (centres de lutte contre le cancer) et, par défaut, les autres établissements privés, autrement dit, les cliniques. On ne peut pas dire que nous occupions la meilleure place dans le rôle si ce n'est dans l'esprit du législateur...

Ce qui paraît plus difficile à admettre, c'est cette classification non officielle qui sépare les établissements publics et privés « à but non lucratif » d'une part, des autres, c'est-à-dire ceux dont le but est le lucre ! Celui qui est vertueux et celui qui ne l'est pas... Comment cette dénomination a-t-elle pu nous échoir ? Comment avons-nous pu

accepter de voir naître ce terme et pourquoi l'avons-nous conservé ? Le départ de la réflexion est sûrement à chercher dans la relation difficile entre argent et santé. Se soigner coûte cher, très cher parfois, mais dire que l'argent donne accès aux soins n'est pas politiquement correct.

Que l'on puisse gagner sa vie en soignant ses concitoyens, c'est admis. Ce qui l'est moins, c'est que l'on puisse dégager un bénéfice en fin d'année. Cet argent-là, c'est lui, le lucre, l'argent maudit !

“

Les plus économes sont qualifiés de cupides par les plus dépensiers !

Tous les professionnels avertis et de bonne foi savent que les établissements privés produisent des prestations de services à des coûts, pour leur très grande majorité, très compétitifs. Plusieurs rapports officiels l'ont attesté l'an dernier (MECSS, IGAS) en nous attribuant les « tarifs les plus performants »⁽¹⁾ Nous ne gaspillons donc pas les fonds de l'Assurance maladie, mais comme tout établissement bien géré, public ou privé, la fin de l'exercice doit présenter un bénéfice/excédent garantissant la pérennité de la structure.

Personne ne dit « boulanger, voyageur, maçon, industriel à but lucratif », et pour-

tant, par nature, ils nous sont juridiquement égaux. C'est bien lorsqu'on se rapproche de la santé (et non de l'argent) que l'on passe du côté du lucre. Et que dire de la clinique qui termine l'année en perte ? Qu'elle est passée du côté des non lucratifs ? Cette situation est donc paradoxale : les plus économes sont qualifiés de cupides par les plus dépensiers !

La tarification à l'activité a porté avec elle de nombreuses réformes structurelles, mais celle qui apparaît la plus intéressante dans le sujet qui nous concerne, c'est la capacité de comparaison entre les prix de revient. Ayant travaillé en établissements privés et publics, je sais, comme tous ceux qui sont des observateurs de bonne foi, où sont les économies que pourrait réaliser un hôpital pour atteindre la performance d'une clinique⁽²⁾. Et pour me poser clairement à contre-courant, je pense que c'est la gestion privée contrôlée par les services de l'État qui montre ici sa pleine efficacité économique.

Alors, allons-nous accepter encore longtemps de nous laisser désigner comme des établissements à « but lucratif » ? Il nous est loisible de nous nommer, déjà entre nous, « cliniques libérales ». Nous éviterons de tomber dans le piège tendu par certains de nos collègues publics qui nous qualifient de « commerciaux ». Ce n'est pas faux, mais semble utilisé à une fin manifestement dévalorisante. Et puis ainsi, nous pourrions désigner plus facilement nos collègues travaillant en « établissements non libéraux ». ■

(1) Rapport d'information sur la T2A à l'Assemblée Nationale du 12/07/2006, p. 38.

(2) Cette remarque est générale car certains services publics ont fait la preuve de leur performance.

question au gouvernement



Quels mécanismes réglementaires pour maîtriser l'intervention massive des groupes financiers dans le secteur hospitalier privé ?

Beaucoup de cliniques indépendantes et performantes sont désormais la cible de groupes contrôlés par des fonds d'investissement. Une résistance s'organise autour de médecins ou d'entrepreneurs individuels. Ces initiatives doivent être soutenues pour que l'hospitalisation privée reste détenue par ceux qui œuvrent concrètement au service de la santé et non par des investisseurs spéculant sur la revente à court terme de leurs acquisitions.

Les établissements hospitaliers privés sont des entreprises indépendantes soumises aux obligations économiques de toute société de droit privé. Leur rentabilité est une vertu quand, fruit d'une bonne gestion, elle permet d'améliorer l'outil de travail afin d'optimiser le service médical rendu aux patients.

En revanche, si cette rentabilité n'a pour but que de servir des dividendes à des spéculateurs financiers, elle devient critiquable car les recettes sont issues de « l'argent public dédié à la solidarité nationale ».

Un enjeu de santé publique

De nombreuses cliniques indépendantes offrent d'excellentes prestations de santé.

Bien gérées, elles sont économiquement saines et investissent la quasi-totalité des marges pour développer leur réponse aux besoins régionaux de santé.

Ces entreprises sont désormais la cible privilégiée de groupes contrôlés par des fonds d'investissement internationaux qui utilisent des mécanismes de défiscalisation pour acheter les établissements puis les céder en cinq ans avec une plus-value spéculative.

Il y a là un grand danger de course vers une rentabilité spéculative qui privera les établissements de capacités financières pour développer leurs plateaux techniques et posera à terme un véritable problème de santé publique.

Une résistance salubre mais difficile

Une résistance est en train de s'organiser dans quelques régions, autour de médecins ou d'entrepreneurs individuels; ils prennent le risque de s'endetter à titre personnel pour constituer des regroupements régionaux capables de résister aux fonds internationaux.

Ces initiatives doivent être soutenues pour que l'hospitalisation privée reste détenue par ceux qui, médecins ou gestionnaires, travaillent concrètement dans les établissements au service de la santé.

Il appartient à l'État de prendre conscience de cette situation et d'accompagner les alternatives proposées par les établissements et professionnels indépendants. ■

Le saviez-vous ?

L'hospitalisation privée, c'est ...

> Plus de **40 000** médecins (libéraux ou salariés, biologistes et pharmaciens) qui emploient eux-mêmes 40 000 salariés.

> **1 250** établissements dont 25 % détenus par des groupes opérateurs nationaux et 75 % indépendants ou regroupés en entités régionales.

> **4,7 milliards d'euros** annuels de salaires (incluant les salaires de sous-traitance) dont 2,4 milliards d'euros de charges sociales.

> **140 millions d'euros** annuels d'impôt sur les sociétés.

Source : Fédération de l'hospitalisation privée.

Hospitalis

CLUB DES QUINZE-SANTÉ PARTAGER, PROPOSER, COOPÉRER

L'INVITÉ

Yves Bur
page 6

RENCONTRE

La gouvernance médicale
à l'épreuve des faits
page 9

LIBRE PAROLE

Lucratif,
vous avez dit lucratif ?
page 11



DOSSIER

Médecine libérale et hospitalisation privée
Le modèle de la gouvernance
hospitalière en question...

Page 3