

# Hospitalis

CLUB DES QUINZE-SANTÉ PARTAGER, PROPOSER, COOPÉRER

L'INVITÉ

Paul Blanc  
page 6

RENCONTRE

Les urgences privées  
page 8

PAROLES D'EXPERTS

Public/privé :  
regards croisés  
page 10



DOSSIER

## Sociologie de la santé

### L'exigence de responsabilité

Page 3

# « Les responsables de la santé doivent mettre en œuvre les moyens politiques, économiques et sociaux pour sauvegarder la Sécurité sociale. »

**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) ;
- Clinique de la Châtaigneraie (Clermont-Ferrand) ;
- 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) ;
- Polyclinique Saint-François – Saint-Antoine (Montluçon) ;
- Nouvelles cliniques nantaises (Nantes) ;
- Centre cardiologique du Nord (Paris) ;
- Polyclinique Chenieux (Limoges) ;
- Polyclinique du Parc (Cholet).

« **L**a Sécu, c'est bien. En abuser, ça craint. » Au début des années 1990, la Cnam nous interpellait courageusement sur la fragilité de l'Assurance maladie. Quinze ans plus tard, au moment où se prépare une déréglementation des médicaments succédant à de nombreux déremboursements, on mesure combien ce slogan est encore d'actualité.

Notre système de couverture maladie fait partie de notre « pacte social » : à la fois obligatoire et universel, il est autant le symbole que la manifestation de notre solidarité nationale. Personne ne souhaite le remettre en cause. Pourtant, des obligations d'ajustement des droits et des devoirs de chacun sont rendues nécessaires par les effets conjugués de l'allongement de la durée de la vie, du raccourcissement de la durée du travail et de l'enchérissement constant des soins.

Nous souhaitons que l'évolution de notre système soit considérée non comme une atteinte à un ensemble de droits intangibles mais plutôt comme une prise de conscience entre ce qui est envisageable et ce qui est souhaitable. Pour plus d'efficacité, il faudra davantage de saine concurrence et de souplesse. Comme il n'y avait qu'un pas du Capitole à la roche Tarpéienne, il n'y a pas loin entre un système, vertueux parce qu'il est l'expression d'une volonté réelle de solidarité, et un mécanisme incontrôlable qui ne serait plus considéré que comme générateur de droits individuels sans conscience de l'impact collectif des comportements personnels.

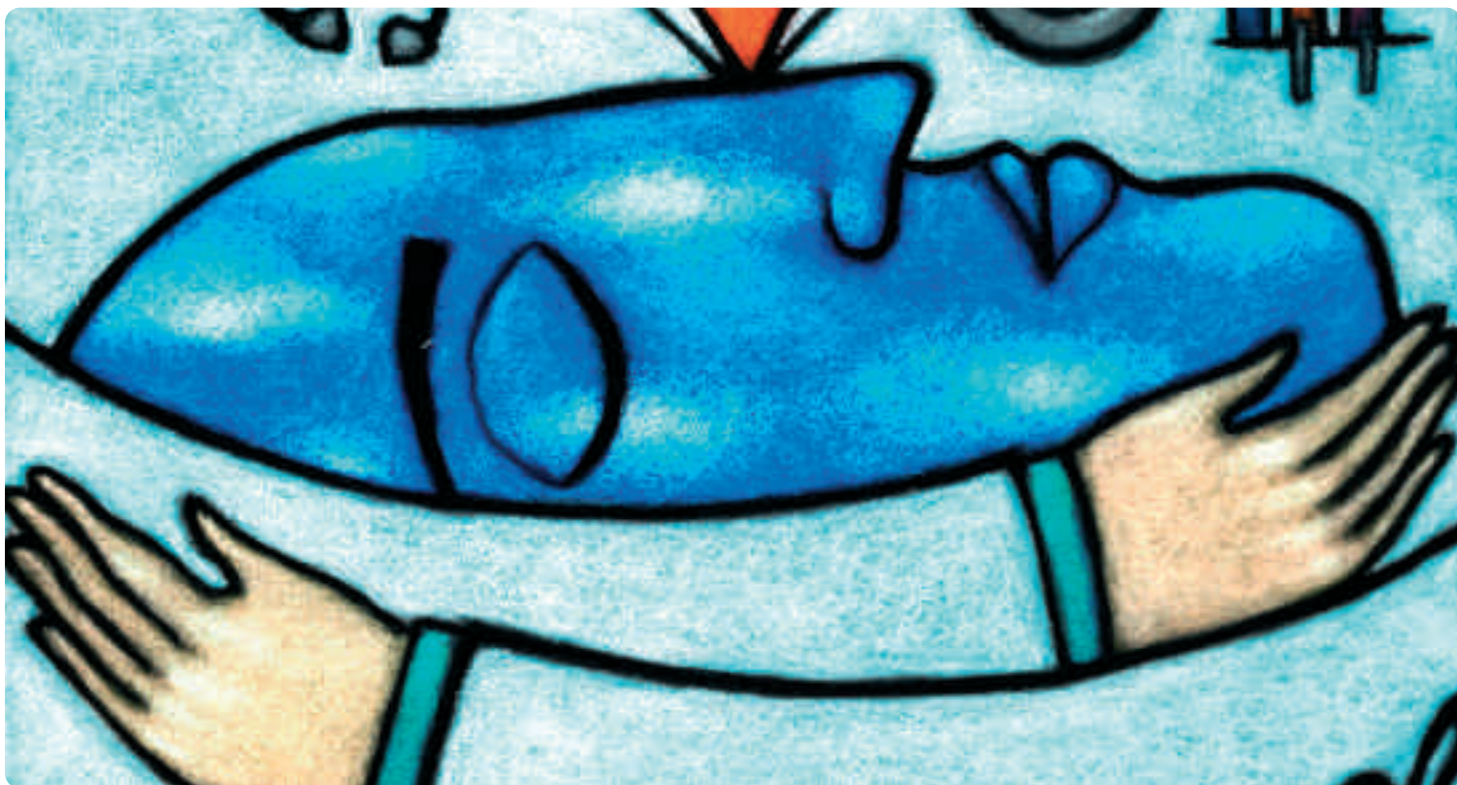
Pour ménager une fausse paix sociale, ne prenons-nous pas le risque de ne pas entreprendre les réformes structurelles et culturelles impliquant la responsabilisation de l'ensemble des acteurs ?

Nos établissements hospitaliers privés ne fonctionnent bien que parce que nous sommes contraints à une rentabilité vertueuse. Dans ce cadre, les ressources de l'Assurance maladie sont la contrepartie d'une production effective et contrôlée de soins, en aucun cas des rentes de situation. Notre qualité d'acteurs « libéraux » nous oblige à être performants ou à disparaître. Chaque jour est un challenge. En vertu de quoi, nous demandons aux candidats à la gouvernance de notre pays de ne pas entretenir d'illusions trompeuses mais, au contraire, de faire de nous tous, patients et professionnels de santé, des citoyens responsables d'un bien commun.

Nous voulons que l'initiative privée dans le secteur hospitalier et l'exercice libéral de la médecine soient reconnus comme des modes de fonctionnement vertueux permettant une utilisation économe des ressources de l'Assurance maladie. Les responsables actuels de la santé, dont nous faisons partie, doivent courageusement inventer, expliquer et mettre en œuvre les moyens politiques, économiques et sociaux permettant la sauvegarde de la Sécurité sociale, qui garantit la bonne santé des assurés sociaux mais aussi la prospérité des professionnels de soins. Il faudra décider collectivement si l'on veut l'explosion ou la continuation, la réalité ou l'utopie, le maintien de statuts dépassés ou l'évolution cartésienne ; l'hésitation entre la réalité d'aujourd'hui et un passé utopique serait mortelle.

Il n'y aura pas de voie honteuse pour sauver collectivement un bien national dont nous approuvons les préceptes fondateurs. ■

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



## SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ

# L'EXIGENCE DE RESPONSABILITÉ

Que représente encore notre système d'assurance maladie pour les assurés sociaux et les professionnels de santé? Comment les patients perçoivent-ils l'accès aux soins? S'estiment-ils tous égaux devant leur droit à l'accès aux soins? Peut-on les associer aux futures réformes du système de santé? Autant de réflexions qu'*Hospitalis* a voulu partager avec les sociologues de la santé Michel Naiditch<sup>1</sup> et Pierre Aiach<sup>2</sup>.



1. **Michel Naiditch**, médecin, est chercheur à l'Idres (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé). Ses principaux domaines de recherche sont la performance hospitalière, l'information et la participation des usagers au fonctionnement du système de santé, l'évaluation des réseaux de soins.

2. **Pierre Aiach** est directeur de recherche honoraire à l'Inserm et vice-président du conseil scientifique du Collège français de médecine générale. Ses principaux thèmes de recherche sont les inégalités sociales de santé, les professions de santé, les différences entre femmes et hommes dans le domaine de la santé.



## L'accès aux soins : un droit acquis

En France, l'ensemble de la population est censé être en mesure d'accéder aux soins. C'est une chance et pourtant, nombreux sont nos concitoyens qui n'ont pas conscience du caractère fragile de ce système. Le sociologue Michel Naiditch souligne qu'il s'agirait pour eux « d'un "droit acquis", dont la remise en cause n'est pas envisageable, dans la mesure où il participe du consensus social global concernant les droits politiques du citoyen ». Ainsi, beaucoup entretiennent l'illusion d'une situation acquise ad vitam aeternam. Or, notre système de santé doit aujourd'hui relever des défis sans précédent. Par exemple, « le vieillissement démographique pose un problème en termes d'équilibre du financement du système », rappelle Michel Naiditch. Pour le club des Quinze, il importe d'informer franchement la population sur la situation de notre système de santé, ses défis et sur la nécessité d'accepter une part de responsabilité dans les attitudes personnel-

les pour préserver un bien collectif. Les politiques ont un rôle majeur à tenir. À côté des valeurs de solidarité et d'égalité, ils doivent faire entendre les principes de réalité et de vérité. Pour Michel Naiditch, la réforme de notre système de santé devrait d'ailleurs prendre la forme d'un « grand débat collectif sur les enjeux de santé, qui romprait avec la soi-disant idée de l'irresponsabilité des usagers du système ».

## La santé, un bien collectif consommé individuellement

Les notions d'égalité et d'équité sont au centre des réflexions sur l'usager et ses droits. Pour Michel Naiditch : « L'égalité d'accès aux soins doit demeurer un objectif fondamental, mais il faut rendre cette égalité effective. C'est le sens de ce qu'on nomme l'équité : faire plus pour ceux qui ont moins. Les solutions dépendront de la capacité des élites politiques à organiser un véritable débat collectif au sein de la société civile... et à faire des arbitrages prenant en compte ce qui aura été exprimé en termes de priorités et proposé en

termes de solutions ».

Pierre Aiach rappelle une situation qui prouve l'efficacité de notre système : « Le niveau de consommation médical dépend finalement assez peu du milieu social sauf pour ce qui est des soins de spécialistes et de la dentisterie (bien plus consultés par les catégories supérieures) ». Paradoxalement, pour ces deux chercheurs, l'usager n'est pas en cause dans la mise en danger ou la sauvegarde du système. Pour Pierre Aiach, « s'il ne s'agit pas d'obtenir plus de responsabilité au sens où il conviendrait d'être plus modéré dans son usage du système de santé (ce qui ne dépend pas le plus souvent des usagers mais plutôt des soignants), la politique en matière de santé doit passer avant tout par le souci d'améliorer ce qui ne va pas, comme par exemple l'état des hôpitaux (en particulier psychiatriques), la répartition inégale des personnels et institutions de santé sur le territoire, les inégalités sociales de santé particulièrement fortes en France, etc. ». Pour Michel Naiditch, « ce sont des phénomènes structurels comme la mauvaise organisation de notre système de soins qui sont d'abord



## Les Français et l'assurance maladie

### UN ATTACHEMENT CULTUREL PRESQUE... GÉNÉTIQUE !

Ancien directeur d'une clinique en France, Loïc Frétard est aujourd'hui directeur exécutif d'un hôpital privé au Vietnam ([www.fvhospital.com](http://www.fvhospital.com)). À 10 000 km de l'Hexagone, il mesure au quotidien les avantages de notre couverture sociale, mais aussi toutes les conséquences comportementales et financières d'un système devenu un droit acquis...

« Au Vietnam, la gestion d'un hôpital privé ne diffère qu'en trois points d'un établissement français, explique Loïc Frétard : un système d'assurance santé embryonnaire et sous-financé, une participation financière des patients à leurs soins et une pratique médicale en conséquence. »

Plus qu'en France, les patients, qui paient 100 % des prestations reçues, se considèrent comme de véritables clients. Soit ils appartiennent aux classes sociales supérieures et réservent une part de leur budget aux soins, soit ils sont socialement moins aisés et l'épargne familiale tient alors lieu d'assurance

santé. Des comportements qui ne sont pas sans conséquence pour l'hôpital privé. « Les prestations de soins entrent dans le champ des biens de consommation. Du coup, les patients ont des exigences élevées : ils paient mais pour un niveau de qualité et pour un résultat. Quant aux professionnels médicaux et non médicaux, qui connaissent le prix des actes et des séjours, enchérit Loïc Frétard, ils s'impliquent dans l'information financière donnée au patient. L'hôpital dispose d'une équipe chargée du contrôle des prestations facturées au jour le jour et de la relation client. » Des

comportements qui contribuent à la performance du système puisque tous les acteurs s'impliquent dans l'optimisation de leur pratique pour éviter des surcoûts pour l'hôpital, donc une surfacturation au patient... Et le patient français, au Vietnam ? « Il est facile à reconnaître, raconte Loïc Frétard. C'est celui qui demande si nous acceptons la carte Vitale comme moyen de paiement, qui ne connaît pas le niveau de couverture sociale de son assurance privée, qui accepte avec difficulté de devoir payer ses frais de santé et qui découvre que les soins ont un coût. C'est là que je mesure la forte

imprégnation en chacun de nous de notre système social français, poursuit-il. J'ai été éduqué à une pratique de consommation de soins désresponsabilisante, me dédouanant d'une réflexion financière.

Je cherche actuellement un poste de direction en France dans lequel je conserverai à l'esprit cette expérience étrangère riche d'ouverture d'esprit et de prise de conscience de la nécessité de maîtriser notre système pour en éviter les dérives. » ♦

Pour tout renseignement complémentaire : [clretard@yahoo.fr](mailto:clretard@yahoo.fr)

à incriminer et l'incapacité de nos élites professionnelles et administratives à mettre en œuvre une véritable réforme du système de soins et de santé ». Il considère que c'est en effet « aux politiques de prendre leurs responsabilités en créant des conditions favorables à un développement durable de nos sociétés hyper modernes ».

On est tout de même en droit de s'interroger sérieusement sur cette vision : peut-on durablement faire vivre un système de santé dont les charges vont considérablement s'accroître et dont la ressource est nécessairement limitée ?

Pour le club des Quinze, chaque Français – patient, décideur politique ou soignant – doit s'inscrire dans une démarche de développement sanitaire durable. Les politiques doivent jouer un rôle dans la responsabilisation des citoyens et assumer enfin une *realpolitik* en matière de santé. À l'instar de la prise de conscience environnementale, il est indispensable de voir notre système sanitaire comme un ensemble fragile dont chacun doit être conscient des enjeux en agissant en consommateur éclairé. Les comportements individuels préventifs et responsables vont dans ce sens et doivent être associés à la maîtrise collective des dépenses.

### Les patients et l'institution médicale : confiance et reconnaissance

La meilleure information des Français sur les questions de santé (émissions de télévision et de radio, Internet, journaux spécialisés...) et certaines grandes affaires liées à la santé n'ont pas entraîné une défiance à l'égard de l'institution médicale. « *La confiance et même une reconnaissance envers le médecin traitant continuent à marquer les relations médecin-malade* », souligne Pierre Aïach. D'accord avec ce dernier, Michel Naiditch indique que « *bien qu'une certaine méfiance se manifeste vis-à-vis du fonctionnement du système de soins et des élites administratives et médicales, les scandales sanitaires n'ont que peu altéré la confiance en la biomédecine comme le révèle par exemple le Téléthon, qui montre que les espoirs placés dans les résultats de la recherche demeurent* ».

La vulgarisation du savoir médical « *peut amener (les patients) à consulter et à entretenir un rapport obsessionnel à la santé* », in-

## Une offre de soins attrayante

### QUAND LE PATIENT ANGLAIS DÉBARQUE EN FRANCE !

M<sup>me</sup> S. a fait spécialement le voyage d'Angleterre pour venir se faire soigner, en France, à la clinique Sainte-Isabelle. Son témoignage nous rappelle que le choix d'un système d'hospitalisation étatique exclusif peut induire un manque évident de productivité dans les hôpitaux.

L'établissement, situé à Abeville, dans la Somme, a développé une activité de chirurgie à destination des patients anglais en raison du nombre croissant de citoyens d'outre-Manche qui s'y expatrient le temps d'une opération chirurgicale.

M<sup>me</sup> S., une dame sympathique d'une cinquantaine d'années, est assise sur son lit, une jambe tendue. Son mari lit à ses côtés un guide touristique en anglais sur la baie de la Somme, la télévision allumée sur la BBC.

**Hospitalis : Pourquoi avez-vous fait le choix d'une hospitalisation en France ?**

M<sup>me</sup> S. – Lors de ma précédente opération de la hanche, les délais d'attente à l'hôpital, en Angleterre, étaient tels que j'ai préféré être opérée

dans le secteur privé. J'ai alors payé plus de 10 000 livres de ma poche, soit environ 15 000 euros. De plus, on m'a fait sortir trop vite après l'opération et cela a perturbé ma convalescence.

**Hospitalis : Comment avez-vous entendu parler de la clinique Sainte-Isabelle ?**

M<sup>me</sup> S. – Une de mes amies a été opérée dans cet établissement et en a été vraiment satisfaite, tant pour les soins que pour les tarifs, très inférieurs à ceux rencontrés en Angleterre.

**Hospitalis : Avez-vous une assurance privée qui prend en charge vos frais d'hospitalisation ?**

M<sup>me</sup> S. – Absolument pas, je paie l'intégralité des coûts.

Mais cela vaut mieux que d'attendre plus d'un an pour être prise en charge à l'hôpital ou de payer une somme exorbitante dans une clinique privée anglaise. Lorsque je viens ici, même avec le prix du voyage, cela me revient moins cher, et pour un séjour d'hospitalisation plus long !

Alors que l'Angleterre a un niveau de vie similaire au nôtre, la situation que connaît le système de santé anglais peut nous étonner mais aussi nous alerter. Notre système de santé est-il à l'abri d'une telle situation d'engorgement de l'hôpital public et de rationnement des cliniques privées, obligeant les malades à choisir entre la patience et l'expatriation ? ♦

dique Pierre Aïach. Elle tend cependant de façon plus générale à influencer les relations que les patients entretiennent avec l'institution médicale. Comme le souligne Michel Naiditch, « *les malades deviennent en capacité de discuter avec leurs médecins des décisions les concernant et de peser sur les choix en fonction de leurs propres critères de qualité et de compétences, le choix entre public ou privé se fondant aussi pour certains sur des considérations "extra-médicales"* ». Par ailleurs, les patients n'exprimeraient pas d'a-priori sur un secteur ou un autre quant à la prise en charge médicale. « *Il y a très peu d'études valides qui aient démontré l'efficacité des palmarès à déterminer véritablement le choix d'un établissement ou d'un professionnel. Jusqu'à*

*preuve du contraire, ce sont encore les professionnels qui demeurent l'acteur principal de leurs choix* », poursuit Michel Naiditch. La médecine est une profession qui engage pleinement la responsabilité du praticien. « *C'est d'ailleurs sur cet engagement de responsabilité que repose la confiance du malade et aussi en partie la qualité du suivi* », enchérit Michel Naiditch. Pour le club des Quinze, les hôpitaux privés et les médecins libéraux sont les mieux placés pour s'adapter sans cesse à l'évolution des besoins. En offrant une plus grande personnalisation de la relation avec le médecin, la médecine libérale et l'hospitalisation privée détiennent les clés de la réussite pour l'avenir de notre système de santé... ■

## Santé

# LA SALUTAIRE CONVERGENCE DU PUBLIC ET DU PRIVÉ

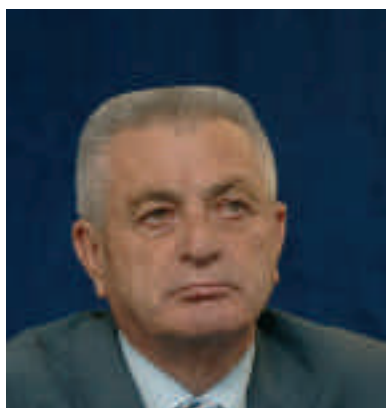
Si l'organisation de la santé a toujours été encadrée dans notre pays par l'État, la qualité et le devenir de notre système ne sauraient être assurés sans l'initiative individuelle et la liberté d'entreprendre, incarnée par le secteur privé. Entretien sur cette essentielle complémentarité avec *Paul Blanc*, sénateur des Pyrénées-Orientales...

**Paul Blanc est sénateur des Pyrénées-Orientales, secrétaire de la Commission des affaires sociales, membre de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, ainsi que de l'Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques.**

**Hospitalis – La santé est un bien public que l'État a en charge d'organiser. Faut-il pour autant que l'État soit le seul acteur via la gestion directe qu'il a des hôpitaux, instituant ainsi un environnement statutaire à l'action de soigner ?**

**Paul Blanc –** L'organisation de la santé par l'État a prouvé à la fois son bien-fondé et ses limites. Les Français y sont attachés et ils ont raison. Mais ils savent qu'à côté de l'hôpital public, les cliniques et leurs personnels dispensent des soins excellents. Ma certitude est que les Français ont leur propre grille d'analyse en matière de santé et qu'ils veulent continuer à choisir le meilleur du public et, à l'évidence, le meilleur du privé.

**Les mêmes soins coûtent moins cher quand ils sont reçus dans une clinique privée que lorsqu'ils sont dispensés à l'hôpital (rapport IGAS et Cour des comptes). Ne faut-il pas encourager les acteurs libéraux à produire plus de soins au lieu de s'arc-bouter sur la défense du statut de l'hôpital ?**



**P. B. –** Aujourd'hui, la coopération public-privé doit se renforcer. Et pour que cette réalité soit complète, il faut aller vers la convergence tarifaire. Coopération et complémentarité peuvent facilement être mises en œuvre. Par exemple, parce qu'ils sont plus souples dans leur gestion et leur fonctionnement, on peut envisager que les acteurs libéraux soient incités par l'État à réinvestir les zones, en particulier les zones rurales, que les petits hôpitaux publics sont contraints de délaisser. D'un autre côté, l'hôpital doit conserver un rôle dans les recherches de pointe. C'est la force de nos structures hospitalo-universitaires que nous envient beaucoup de pays.

**En santé, seuls les coûts et la qualité des soins devraient être pris en considération dans l'attribution des**

**autorisations d'activité. Or, ce n'est pas le cas. Ne défend-on pas là une culture du statut plutôt qu'une culture du travail ?**

**P. B. –** Ce n'est pas aussi simple que cela ! La culture du statut n'a jamais empêché la culture du travail. Mais l'impulsion n'a jamais été donnée, les vraies réformes ont toujours été repoussées par les gouvernements, de gauche et de droite, depuis vingt ans. Mais nous sommes au bord du précipice. Parmi les prochains grands dossiers de notre futur chef de l'État, cette réforme devra forcément être à l'ordre du jour.

**La notion de service public réserve aux seuls hôpitaux des pans entiers d'activité. En instituant des privilèges statutaires, ne prive-t-on pas les Français de l'énergie considérable des acteurs libéraux ?**

**P. B. –** Dans l'absolu, le fait que certaines missions aient été initialement réservées aux hôpitaux ne me choque pas. D'ailleurs, elles représentent des contraintes réelles. Pour autant, pourquoi empêcher les acteurs privés d'y prendre leur part, dès lors qu'ils en ont la volonté ? Je ne suis pas certain que les partenaires les plus difficiles à convaincre soient les syndicats ou les fonctionnaires du public, mais bien la tutelle ! ■

# « La recherche-innovation doit être beaucoup plus présente dans nos entreprises. »

Yvon Bertel-Venezia

Pour la deuxième année consécutive, le club des Quinze a organisé, avec le laboratoire Roche, les rencontres de la recherche et de l'innovation dans les cliniques privées. Cette nouvelle réunion d'échange et de réflexion a souligné à nouveau tout l'intérêt de promouvoir, pour le bénéfice de tous, la recherche et l'innovation dans le secteur hospitalier privé.

**Hospitalis – Pourquoi les laboratoires et les établissements privés font-ils le pari de l'innovation ?**

**Yvon Bertel Venezia, Président du GIE club des Quinze-santé** – Les établissements hospitaliers privés de la catégorie de ceux du club des Quinze sont par nature destinés à participer à l'organisation des soins dans leur région. Ils accueillent un nombre de patients souvent supérieur à celui des établissements publics. Ces patients doivent pouvoir y bénéficier de l'innovation médicale qui nécessite de tout mettre en œuvre pour suivre et anticiper les évolutions des technologies médicales. La recherche-innovation doit être beaucoup plus présente dans nos entreprises en partenariat avec les industriels de santé.

**Marc Coquand, Directeur commercial des Laboratoires Roche**

– L'innovation ne se décrète pas. Elle consiste à placer ses collaborateurs dans des conditions susceptibles de favoriser son émergence. Un groupe comme Roche souhaite réunir les conditions permettant de faire éclore l'innovation dans l'ensemble des établissements de santé. Développer la recherche clinique suppose de persuader les praticiens de son intérêt en termes de service médical rendu aux patients.

**Hospitalis – Selon vous, quel est l'intérêt de la recherche-innovation pour un établissement hospitalier privé ?**

**Dr Philippe Solal-Céligny, oncohématologue à la clinique Victor Hugo, cofondateur et gérant d'une société privée d'essais cliniques, la SARL Sorecoh**

– La recherche clinique constitue une exigence en cancérologie. Le monopole dans ce domaine ne peut pas être laissé au secteur hospitalier

public. La recherche clinique constitue une école de rigueur et renforce l'attractivité de l'établissement pour de jeunes médecins familiarisés à la recherche clinique en CHU. Si le secteur privé peut s'appuyer sur plusieurs atouts (une organisation structurée, la fidélité du personnel médical, des plateaux techniques de pointe...), il doit aussi composer avec un certain nombre de handicaps comme le manque de temps, les coûts non compensés et une charge administrative en croissance exponentielle. D'où la nécessité de travailler avec les industriels pour donner in fine plus de chances au patient.

**Dr Ken Danis, Président de la Fédération de l'hospitalisation privée**

– Les cliniques ont en commun avec l'industrie du médicament un langage et un mode de pensée au service des patients, avec un impératif de rentabilité. La démarche actuelle de création d'une fondation de la recherche-innovation de l'hospitalisation privée consiste à faire de cette dernière, en partenariat avec les laboratoires, un acteur majeur de l'innovation et de la recherche. Nous permettrons ainsi aux industriels de disposer d'un panorama complet des capacités de l'hospitalisation privée. La fondation assistera les établissements souhaitant développer des activités de recherche et validera leur démarche. En aval, elle apportera une aide à la diffusion des résultats et des publications, y compris au moyen d'un Prix de la recherche et de l'innovation. ■

De nombreux établissements privés ont choisi, malgré les contraintes administratives, réglementaires et financières, de mettre une partie de leurs moyens, techniques et surtout humains, au service des patients nécessitant un accueil d'urgence. Petit tour de France des structures mises en place...



## URGENCES

# La gestion privée d'une mission de service public

### 36 ans de bons et loyaux services!

**Polyclinique de Courlancy, Reims<sup>1</sup>** | « Nous avons fait le choix d'ouvrir un service d'urgences dès la création de la polyclinique de Courlancy en 1971 », explique André Deslypper, directeur de cet établissement rémois qui vient d'obtenir la première place dans le classement des établissements hospitaliers privés établi annuellement par le magazine *Le Point*.

Au total, le service de médecine d'urgences de Courlancy (ex-Upatou - voir encadré) peut s'appuyer sur plus de 140 praticiens représentant toutes les spécialités, et sur une technologie de pointe (scanner, IRM, angiographie numérisée, scintigraphie...). Chaque année, le service accueille plus de 14 000 patients, dont 12 % seront hospitalisés au sein de l'établissement.

« Nous sommes très attachés à cette mission au service du public, précise André Deslypper. Nous accueillons, 24 heures sur 24, 365 jours par an, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique. » L'établissement traite dans ses différents services les patients qui le nécessitent ou les oriente vers d'autres plateaux spécialisés.

« Je suis extrêmement favorable au rôle primordial de la mise en place des réseaux d'urgences, prévue par les décrets de mai 2006 qui nous pousse à organiser et à mutualiser les moyens pour favoriser le meilleur emploi des ressources humaines et matérielles, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins », ajoute André Deslypper.

### Praticiens et urgentistes : une collaboration de tous les instants

**Polyclinique de Francheville, Périgueux<sup>1</sup>** | C'est en juillet 2003 que le service d'urgences (Upatou) de la polyclinique de Francheville a ouvert ses portes aux premiers patients. Afin de préparer au mieux cette ouverture, le médecin responsable du service avait auparavant travaillé à la mise en place de procédures de prise en charge entre les urgentistes et chaque spécialité présente au sein de l'établissement. Il avait en outre participé avec la direction à la signature du contrat-relais avec le centre hospitalier de la ville, ainsi que des conventions avec tous les autres établissements de soins du département.

« Contrairement à d'autres structures privées

qui ont choisi le mode d'exercice libéral pour les médecins urgentistes, nous avons opté pour le salariat, précise Pierre Malterre, directeur de l'établissement. Nos urgentistes assurent une présence 24 heures sur 24 avec repos compensateur en conformité avec la législation. »

Depuis son ouverture, le volume de passages au sein du service (6 000 passages la première année) n'a cessé d'augmenter, pour atteindre 9 170 en 2006. « La réussite d'un service d'urgences dépend de l'implication des différents spécialistes d'astreinte, explique le responsable du service. Les nôtres s'impliquent parfaitement dans cette activité et répondent aux sollicitations des urgentistes sans retard. »

### Urgences cardiaques : un établissement de référence

**Clinique Pasteur, Toulouse<sup>1</sup>** | Au moment de la parution des textes réglementant les urgences, la clinique Pasteur de Toulouse, établissement nationalement reconnu en cardiologie, avait obtenu de la part de l'Agence régionale d'hospitalisation la possibilité de mettre en place un Posu (voir encadré). « Mais après avoir étudié l'intérêt médical que

cela présenterait pour le patient, nous nous sommes rapidement aperçu, après concertation avec l'équipe soignante, que le Posu allait en fait constituer un frein à la prise en charge des patients », explique M. Deymier, directeur de l'établissement.

En raison de sa spécialisation cardiologique, la clinique était en effet déjà organisée pour l'accueil des urgences. « De surcroît, la mise en place du Posu aurait ajouté des charges inutiles de fonctionnement, sans recettes compensatrices. Des sommes que nous préférons investir au service du patient », ajoute M. Deymier. En accord avec la tutelle, l'idée du Posu a donc été abandonnée. Aujourd'hui, les 2000 urgences cardiologiques sont toujours prises en charge 24 heures sur 24 et 365 jours par an par l'un des 18 cardiologues du site. « Une organisation qui nous permet, ajoute M. Deymier, d'assurer très naturellement et très professionnellement notre mission de service public, pour le bien-être de tous! »

## Une activité complémentaire bénéfique

Polyclinique Bordeaux Nord-Aquitaine  
Polyclinique Bordeaux Rive Droite<sup>1</sup> « Nous avons choisi d'ouvrir un service d'urgences en 2000 et, aujourd'hui, avec le recul, je peux vous assurer que c'était la bonne décision », affirme Yves Noël, directeur général du groupe

PBNA, qui regroupe plusieurs cliniques de l'agglomération bordelaise.

Un choix qui, pourtant, à l'époque, n'allait pas de soi: la majorité des médecins, échaudés par leurs stages d'étudiants aux urgences hospitalières, redoutaient l'arrivée massive de patients potentiellement difficiles à gérer, sans couverture sociale, relevant de la médecine gériatrique, voire de la psychiatrie.

Le démarrage des deux services, implantés en zone de forte densité de population, a été fulgurant, pour atteindre dès la première année le niveau cible de 1500 passages par mois. Aujourd'hui, les deux structures enregistrent pas moins de 32 000 passages annuels. Une activité complémentaire qui s'est accompagnée de recrutements pour les services d'hospitalisation



## Urgences : l'évolution de la réglementation

Entre 1997 et mai 2006, la prise en charge des urgences était assurée par :

- les **SAU** (services d'accueil des urgences) : niveau le plus élevé de prise en charge, dans des établissements disposant notamment d'un service de réanimation et d'un SMUR ;
- les **Upatou** (unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences) : niveau intermédiaire de prise en charge ;
- les **Posu** (pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences) : ils ne traitent qu'un seul type d'urgences (ex. : urgences cardiologiques).

Depuis mai 2006, un nouveau régime a créé une seule activité de soins de médecine d'urgences, déclinée en :

- **structures des urgences** (anciennement SAU et Upatou) ;
- **accès directs à un plateau spécialisé** (anciennement Posu).

La coordination de ces deux structures est assurée par un réseau de prise en charge des urgences auquel tous les établissements concernés doivent obligatoirement adhérer. Objectif : simplifier le système et lutter contre l'engorgement des services d'urgences.

Pour en savoir plus :

[www.fhp.fr](http://www.fhp.fr) (onglet : juridique – rubrique : urgences – document : synthèse de la FHP)  
[www.urgencesprivees.fr](http://www.urgencesprivees.fr)

(6 % des patients sont hospitalisés) et qui a trouvé un équilibre économique depuis la mise en place de la tarification à l'activité (2005).

« Notre service d'urgences, précise Yves Noël, est très apprécié de la population. Il participe à notre conception du "service au public" favorable à l'ensemble de l'activité. Enfin, il nous a permis de renforcer nos liens avec les autres établissements publics et privés de l'agglomération. »

## Efficiency et souplesse au service des patients

**Clinique La Casamance, Aubagne<sup>1</sup>** « Pour un établissement privé comme le nôtre (et contrairement au secteur public pour lequel il s'agit d'une obligation), l'accueil des urgences correspond au choix d'accomplir un devoir, explique Jean-Paul Gautier, président de la clinique La Casamance. Celui de réaliser une mission de service public dans le cadre d'une gestion privée, libérale et productive. »

Lors de la création du service, la clinique s'est organisée pour disposer de locaux et de personnels spécifiques, et pour permettre l'hospitalisation des patients nécessitant des soins hospitaliers (entre 10 et 20 % des urgences). Le réseau informatique de l'établissement permet d'avoir une connaissance des disponibilités en lits. Cette information, accessible depuis le service d'urgences, permet 4 à 8 hospitalisations non programmées par jour.

« Notre expérience nous a montré que la réussite d'un tel service, précise Jean-Paul Gautier, repose avant tout sur la confiance réciproque des urgentistes et des praticiens. Les urgentistes "prescripteurs" savent qu'ils peuvent compter sur la disponibilité des praticiens des différentes spécialités. »

Côté sécurité, une règle simple s'impose : chaque patient se présentant aux urgences doit être vu par un « senior », dont la responsabilité directe est engagée.

« Le choix d'une implication de tous les acteurs, la responsabilité directe de ces derniers, la recherche d'efficacité et la souplesse de notre organisation, voilà en quoi nous nous différencions d'un service d'urgences public », conclut Jean-Paul Gautier. ■

1. Cliniques du club des Quinze-santé : voir la liste complète sur [www.club15-sante.fr](http://www.club15-sante.fr).

PUBLIC/PRIVÉ

# Vers l'entente cordiale ?

**Deux directeurs d'établissement, l'un du secteur public, l'autre du privé, se sont prêtés au jeu de l'interview croisée pour nous livrer leur point de vue sur leur profession et nous exposer la manière dont chaque secteur perçoit l'autre. Une méconnaissance mutuelle, un ensemble d'a-priori, mais néanmoins une volonté d'instaurer le dialogue, dans le respect des différences...**

**Hospitalis – Comment votre profession perçoit-elle « l'autre » secteur ?**

**D. H.<sup>(1)</sup>** – Pour les directeurs d'hôpitaux, les cliniques existent peu ou pas. Au mieux, elles sont un mal nécessaire. De façon générale, elles sont définies comme des petites structures commerciales qui, paraît-il, sont en sous-effectif et moins bien équipées. Elles n'acceptent pas les patients trop âgés, trop malades, au traitement coûteux, et sont plus attirées par les bénéfiques que par la santé publique. Elles n'assurent ni la continuité des soins, ni la prise en charge des urgences. Elles s'adaptent plus rapidement que nous à la réglementation. Tout cela est assez caricatural mais assez représentatif de l'image que nous en avons.

**D. C.<sup>(2)</sup>** – Certains directeurs de clinique pensent que les hôpitaux sont des administrations au train de vie « pharaonique » et à l'activité faiblement productive : les chirurgiens opèrent peu, les anesthésistes endorment rarement ; les fonctionnaires sont plus nombreux pour effectuer la même charge de travail, les procédures sont lourdes et le poids administratif coûteux. Lorsque les cliniques adressent leurs patients aux services hospitaliers publics, la règle est qu'il n'y a jamais de retour. Certains établissements publics semblent cependant plus ouverts que d'autres.

**La règle de la convergence tarifaire vous satisfait-elle ?**

**D. H.** – Comment peut-on penser que le travail d'un hôpital soit comparable à celui

d'une clinique ? C'est incongru ! Je ne sais vraiment pas comment ils s'organisent, mais si cela coûte moins cher en clinique, c'est qu'ils ne font pas la même chose. Assurer une présence en zone rurale à faible densité revient plus cher que d'opérer de la cataracte en ville, du lundi au vendredi ! Cette convergence est donc un non-sens destiné à transférer des moyens du public vers le privé. Il faut faire respecter notre différence. Et puis n'oublions pas qu'une part de nos charges obligatoires n'est pas liée aux soins mais à l'aménagement du territoire.

“  
Si l'assurance  
maladie n'avait  
plus les cliniques,  
le déficit  
exploserait !” D. C.

**D. C.** – « À travail égal, salaire égal », dit la Cour de cassation. Ce principe doit s'appliquer à la santé. Comment expliquer que pour un même patient, un acte médical, identifié par la CCAM et classé en GHM,

soit facturé à deux niveaux différents selon qu'il est pris en charge en clinique ou à l'hôpital ? Même en incluant les honoraires des praticiens libéraux en sus des GHS privés : la différence est de 30 à 80 % ! Si l'Assurance maladie n'avait plus les cliniques, le déficit exploserait ! Cette convergence est une question d'équité. Soulignons que ce système est très répandu en Europe, par exemple en Italie et en Allemagne, où les tarifs public-privé sont identiques.

**Participez-vous à la permanence des soins ?**

**D. H.** – C'est notre vocation première, inscrite dans nos principes fondamentaux ! Des moyens importants sont déployés pour assurer une continuité de qualité, dans tous les établissements, pour tous les patients, et pour toutes les disciplines. Nous sommes nombreux à penser que c'est grâce à cette « couverture » que les cliniques peuvent assurer leur propre sécurité.

**D. C.** – La permanence des soins est une nécessité pour nos patients : une astreinte est organisée dans toutes les cliniques chirurgicales. Pour les plus importantes d'entre elles, une garde d'anesthésiste, d'urgentiste, de réanimateur, d'obstétricien, de cardiologue est assurée 24 heures sur 24. Si nous n'assurons pas de missions de service public, c'est surtout parce que nous n'y sommes pas autorisés !

**Que recouvrent pour vous les mots « profit » et « excédent », « perte » et « déficit » ?**

**D. H.** – Profit est un terme qui nous est

tout à fait étranger. C'est le profit qui est la cause de dysfonctionnements majeurs en cliniques. Sa recherche ne peut servir l'intérêt du patient. Par contre, il est indispensable de dégager un excédent, même faible, signe d'une saine gestion et gage d'avenir. De la même façon, si la perte n'a pas de sens pour nous, le déficit en a un, signe de déséquilibre qu'il faudra compenser en réduisant les charges ou en augmentant les recettes.

**D. C.** – Excédent et déficit relèvent de la logique de type associatif. La clinique, portée par une société, est tenue de dégager un bénéfice en fin d'exercice. Après le paiement de l'impôt sur les sociétés et celui de la participation due aux salariés, il servira à rémunérer le capital pour partie et à financer des investissements. Bien sûr, aucune perte ne peut durer sans mettre en péril l'entreprise.

établissements actifs, encore faut-il que le niveau du tarif soit réaliste. Mais la T2A, c'est aussi la mort programmée des services peu actifs dans des villes de moindre importance. C'est un pas de plus vers la désertification. Les crédits des Migac compensent partiellement cette situation, mais cela reste insuffisant dans de nombreux hôpitaux. N'oubliez pas que nous sommes, de façon générale, le premier employeur de la ville.

**D. C.** – La dynamique propre à nos cliniques explique en grande partie le « bonus » de la T2A. En forfaitant le tarif du séjour, les pouvoirs publics nous ont indirectement incités à raccourcir les séjours et grâce à la place libérée, de nouveaux patients ont été admis. Cet effet jouera aussi à terme dans les hôpitaux. On a souvent passé sous silence le « rafraîchissement » tarifaire de la T2A: de nouveaux

nombreux même s'il existe des situations très contrastées selon les villes et les régions. Mais force est de constater que la concurrence est beaucoup plus forte pour les cliniques entre elles qu'avec les hôpitaux.

#### Et pour conclure d'une seule voix?

**D. H. C.** – Si les différences peuvent se résumer à quelques items (médecine salariée-libérale, missions de service public-missions au service du public, établissement public-entreprise, bien public-propriété privée), la règle est la même pour tous: assurer les meilleurs soins, au plus grand nombre de patients possible. Les SROS de dernière génération nous conduisent à décroquer nos habitudes et à découvrir « l'autre camp ». Il est certain qu'il n'y aura pas de la place pour tout le monde. Aussi, nous devons prendre en compte et nous approprier de nouvelles

“ N'oublions pas qu'une part de nos charges obligatoires n'est pas liée aux soins mais à l'aménagement du territoire.” D. H.

#### Selon vous, le corps médical de vos établissements est-il le plus performant?

**D. H.** – C'est nous qui formons tous les médecins! L'enseignement et la recherche font partie de nos missions. Cette mise à jour permanente et obligatoire des connaissances, cette émulation interne, cette forte concentration de compétences nous donnent indéniablement un avantage qualitatif.

**D. C.** – Nos spécialistes ont été très bien formés à la faculté et à l'hôpital. Ils ont ensuite, grâce à leur activité privée intensive, développé un savoir-faire reconnu. C'est ce savoir-faire que recherchent les patients et qui fait travailler les cliniques. Ce sont exclusivement des seniors qui prennent directement en charge nos patients, gage de qualité.

#### Quel est l'impact de la T2A dans votre établissement?

**D. H.** – Il y a du bon et du moins bon. Être payé à l'acte est une bonne chose pour les

actes, souvent ambulatoires, sont aujourd'hui facturés; des tarifs anciens, inadaptés aux techniques modernes, ont été augmentés. La T2A permet aussi de nous comparer sur la base des DRG. Cette approche est peu contestable.

#### Quelle est l'évolution actuelle de vos secteurs respectifs?

**D. H.** – Nous sommes conduits à avoir des contacts avec les cliniques pour élaborer des projets communs, principalement dans le cadre des GCS et des réseaux. On assiste à une concentration des établissements privés qui atteignent la taille de certains hôpitaux. Il me semble logique de défendre nos positions de la meilleure façon qui soit: en répondant aux besoins de santé de la population. Pour être franc, les enjeux actuels portent davantage sur nos problèmes de gouvernance et d'organisation interne que sur les cliniques.

**D. C.** – Les contacts sont de plus en plus

règles: exigences de qualité, de compétence, de responsabilité, organisations plus performantes, évaluation omniprésente, travail en réseau, répartitions territoriales, seuils d'activité, contrats... Nous ne pourrions pas nous soustraire à cette tendance lourde qui transforme rapidement le paysage hospitalier pour le rendre plus pertinent, avec une cohabitation indispensable et souhaitée par nos patients. ■

---

*Par respect du devoir de réserve qui s'impose aux fonctionnaires, le directeur d'hôpital est nommé D. H. Réciproquement, les interventions du directeur de clinique sont désignées par D. C.*

- 1. D. H. est directeur d'hôpital en Aquitaine. Après une dizaine d'années en CHU, il dirige un important établissement de la région.*
- 2. D. C. est directeur d'établissement de santé depuis vingt ans, il assure actuellement la direction générale d'un groupe de cliniques à Bordeaux.*



## Réanimation : un nouveau label, un manque de moyens

Les décrets du 5 avril 2002 ont modifié le fonctionnement des services de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue. Les montants des suppléments journaliers affectés à ces activités sont notoirement insuffisants. De plus, il manque dans le nouveau dispositif un niveau de prise en charge correspondant à des soins intensifs polyvalents. Explication de textes...

Pour prendre en charge un niveau toujours croissant de pathologies, les établissements hospitaliers ont besoin de services permettant de traiter les patients médicaux et chirurgicaux dont le pronostic vital est en jeu. Au fil du temps, des services de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue avaient été reconnus et bénéficiaient de tarifications géographiquement hétéroclites et insuffisantes au regard des moyens déployés. Les décrets dits « réanimation » du 5 avril 2002 ont modifié le système en fixant les normes de fonctionnement (locaux, personnels, matériels...), en créant l'obligation d'une autorisation spécifique et en liant la poursuite des activités de neurochirurgie et de chirurgie cardiaque à la présence d'une réanimation sur site. Le supplément journalier

réanimation dit « Réa » sera facturé si le patient traité présente un IGS<sup>1</sup> supérieur à 15 et des actes marqueurs de réanimation (liste limitative).

### Réévaluer l'ensemble des suppléments de réanimation

Les suppléments de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue prévus par le nouveau dispositif sont insuffisants. Les études de coûts réalisées par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et le Bureau de l'Assurance Qualité et de l'Information Médico-Économique de l'Hospitalisation Privée (BAQIMEHP) démontrent en effet une nette insuffisance de ces suppléments par rapport aux charges normatives imposées, tant en réanimation que pour les soins intensifs en cardiologie.

### Vers des soins intensifs polyvalents

Quid par ailleurs des établissements qui disposaient hier d'une reconnaissance et d'une organisation de type Réa, et qui ne seront pas reconnus dans les annexes réanimation des SROS<sup>2</sup>? Notre profession milite pour une interprétation du décret réanimation qui amène à « rehausser » le niveau des unités de surveillance continue en créant un nouveau niveau de prise en charge correspondant à des soins « intensifs polyvalents ». Nous demandons l'établissement d'un cahier des charges national et la mise en place d'un tarif adapté et, enfin, un temps de transition d'un modèle à l'autre. 2007 doit être une année de travail et de simulation. ■

1. IGS : Indice de gravité simplifié. Cet outil permet d'évaluer à l'aide de dix-sept variables la sévérité de l'état du patient. [www.club15-sante.fr/](http://www.club15-sante.fr/) > rubrique hospitalis/ hospitalis2.

2. SROS : schémas régionaux d'organisation sanitaire.

## Le saviez-vous ?

## L'hospitalisation privée, c'est ...

> **72 %** de la chirurgie ambulatoire (actes chirurgicaux effectués dans la journée, le patient ne dormant pas à la clinique).

> **60 %** des interventions chirurgicales.

> **40 %** des traitements anticancéreux.

> **33 %** des accouchements assurés par les 200 cliniques du secteur.

> **70 %** des soins de suite (soins de convalescence ou de réadaptation fonctionnelle nécessaires après une hospitalisation de chirurgie).

Source : Fédération de l'hospitalisation privée.