

« La réforme hospitalière doit plus que jamais garantir la capacité des établissements à investir dans la technologie. »

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 Pasteur (Toulouse) ;
- Polyclinique Saint-Roch (Montpellier) ;
- Clinique Saint-Gatien (Tours) ;
- Hôpital Privé Nord Parisien (Paris) ;
- SA Cliniques privées associées (Rennes) ;
- Nouvelles cliniques nantaises (Nantes) ;
- Centre cardiologique du Nord (Paris) ;
- Polyclinique François Chénieux (Limoges) ;
- Polyclinique du Parc (Cholet) ;
- Groupe de la Mitterrie/Peuplier (Lille) ;
- Polyclinique du Parc Rambot (Aix-en-Provence).

Yvon Bertel-Venezia et Jérôme Corbiveau sont respectivement Président du GIE et Délégué général.

Pionniers de l'innovation, les établissements du club des Quinze font le pari que la haute technologie est le critère déterminant de la pérennité d'un établissement hospitalier. Soumis à l'obligation salutaire de la rentabilité économique, les investissements technologiques s'y réalisent grâce aux économies tirées de la bonne gestion et en pariant sur l'attractivité générée par la performance médicale. Les meilleurs établissements hospitaliers privés se sont développés autour d'une démarche constructive fondée sur le triptyque : qualité – notoriété – rentabilité. Quelques exemples illustrant cette démarche sont présentés dans ce numéro.

À l'heure où une réforme hospitalière se prépare sur les bases du rapport de la commission Larcher à laquelle un de nos membres a eu l'honneur de participer, il faut plus que jamais garantir la capacité des établissements à investir dans la technologie.

Cela sans oublier, cependant, que la santé est entrée dans une ère bénéfique de l'évaluation. Il est, en médecine comme dans d'autres domaines, des innovations qui apportent une réelle amélioration médico-économique et d'autres qui ne sont que des gadgets habilement marketés. Sachons, à l'aide d'une tarification incitative, faire le tri entre les unes et les autres.

L'innovation et la technologie doivent également être des critères permettant de faire cesser l'opposition instrumentalisée entre hospitalisation publique et privée. Il existe des établissements performants dans les deux secteurs. Il faut les mettre en valeur parce qu'ils stimulent l'ensemble du système. Il vaut mieux soutenir certains établissements, parce

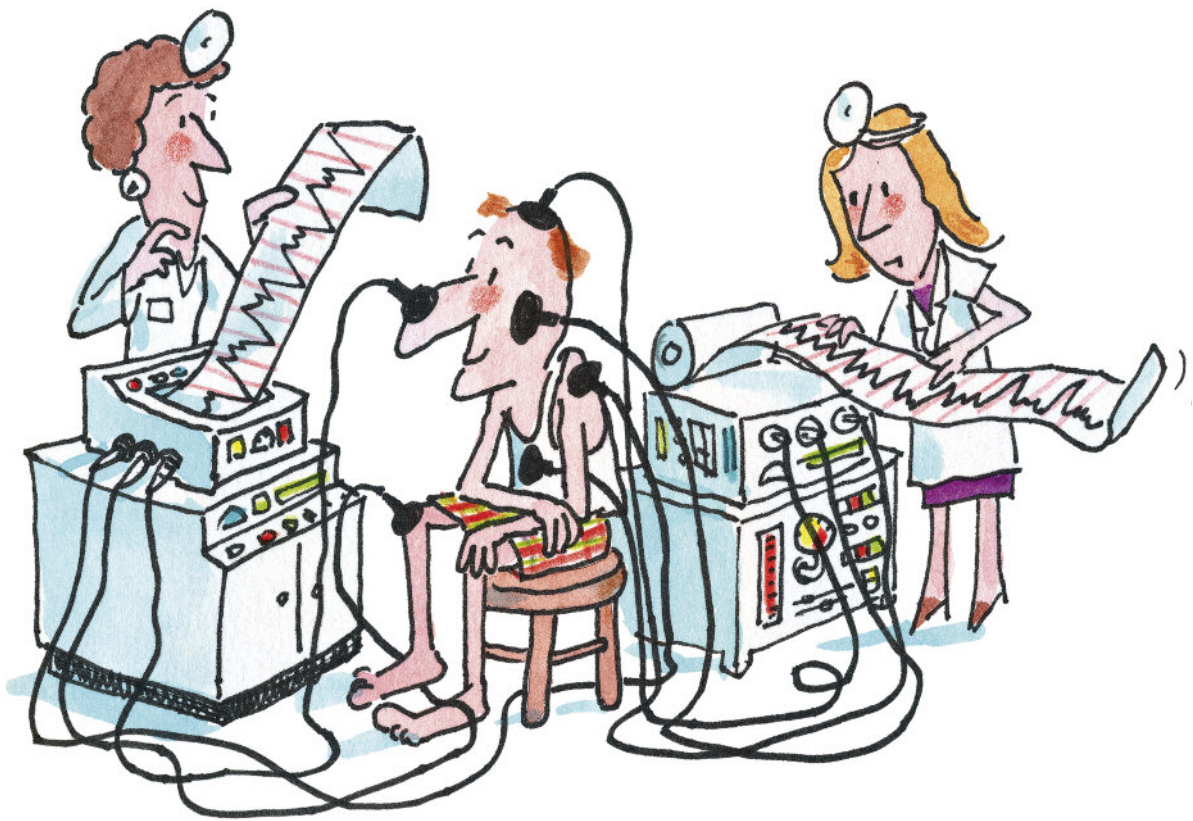
qu'ils sont innovants et performants, quel que soit leur statut juridique que de maintenir artificiellement en activité des structures médiocres pour des raisons politiques. Publiques ou privées, celles-ci devront être réformées ou transformées.

Les évolutions technologiques nous rappellent également que les professionnels de santé doivent répondre de manière toujours plus efficiente à la demande croissante de soins en trouvant le meilleur rapport entre le service médical rendu et le coût pour la collectivité. Chaque acteur doit en prendre conscience et y contribuer. Les établissements privés doivent comprendre qu'ils peuvent revendiquer une reconnaissance de leur mission de service public s'ils font le choix de développer une offre de soins complète, non sélective et permanente. Les tutelles doivent reconnaître cette démarche et, sur ces bases, attribuer les autorisations d'activité de manière cohérente et non partisane entre les secteurs public et privé.

Dans ce sens, l'hospitalisation privée fait également le pari de l'innovation en créant la fondation de la Recherche-Innovation de l'hospitalisation privée, qui doit être soutenue par les établissements et les médecins, afin de mettre au service des patients le dynamisme de la médecine libérale.

La santé est condamnée à être de plus en plus technologique et à coûter toujours plus cher. On peut fantasmer le contraire ou s'aveugler volontairement, mais il vaudrait mieux relever le défi et affecter nos ressources à la meilleure productivité possible. ■

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



INNOVATION ET TECHNOLOGIE

UN LEVIER DE PERFORMANCE POUR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Les hôpitaux publics et privés disposent aujourd'hui de plateaux techniques dont le niveau contribue autant que l'art du médecin à l'acte de soin et dont la qualité permet le recrutement de patients et de praticiens. Comment les structures hospitalières accèdent-elles à l'innovation ? Comment la technologie impacte-t-elle la qualité des soins, l'accueil des patients, la gouvernance d'un établissement ? L'innovation rend-elle l'hôpital plus efficient ?

Une réflexion essentielle qu'*Hospitalis* a voulu partager avec Patryck Breitburd, ancien président du Snitem (Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales), et Claude Cochard, directeur des affaires commerciales de General Electric Healthcare pour la zone France – Belgique – Luxembourg.



En cinquante ans, les établissements hospitaliers qui étaient des structures d'hébergement sont devenus des entreprises de technologies médicales. En cinquante ans, les établissements hospitaliers qui étaient des structures d'hébergement sont devenus des entreprises de technologies médicales. Jean Rigondet, président-directeur général de la Polyclinique St-François-St-Antoine de Montluçon, raconte que son grand-père, fondateur en 1950 de la clinique, était à la fois chirurgien et éleveur de charolais ! « À l'époque,

se souvent-il, *les Scialytique du bloc opératoire étaient directement reliés à la batterie de son automobile et son chauffeur lui servait d'aide opératoire.* » À sa suite, son père et lui-même ont compris que leur développement dépendait des équipements de la clinique, les patients faisant confiance aux structures publiques ou privées qui leur permettent d'accéder aux techniques modernes de soins. » Dans le secteur hospitalier public, les CHU répondent de la même démarche de concentration de compétences et de technologies. Le financement de la technologie n'y était

d'ailleurs jamais remis en cause, au moins jusqu'à l'application de la tarification à l'activité. Du côté des cliniques, quand une avancée technologique promettait d'être médicalement intéressante, donc de devenir un atout pour l'entreprise, les dirigeants étaient capables de réagir très rapidement. Souvent financée par les ressources tirées de la bonne gestion des établissements, la technologie était rapidement appropriée par les équipes médicales, clairement identifiée par les médecins de ville et attractive pour les patients. La démarche s'inscrivait dans une spirale vertueuse fondée sur l'interaction de la qualité, de la notoriété et de la rentabilité.

De la performance technologique à l'efficience économique

La question fondamentale concerne en réalité le financement de l'innovation, qui n'est pas reconnu dans la tarification comme un levier d'amélioration des performances médico-économiques de notre système de santé. En effet, les mécanismes de tarification sont d'une pesanteur telle qu'une innovation, justifiée scientifiquement depuis longtemps, ne peut profiter aux patients par manque de tarification spécifique ou n'être accessible que dans certains hôpitaux, au mépris de l'égalité des citoyens devant l'accès aux soins. C'est ce qui se produit pour la robotisation de la chirurgie du cancer de la prostate (robot Da Vinci de la société Intuitive Surgical) dans laquelle l'utilisation de robot réduit considérablement le risque d'incontinence et de dysfonctionnements érectiles ou encore pour Harmonic (Ethicon Endo-Surgery, Johnson & Johnson), un bistouri à ultrasons utilisé dans diverses interventions chirurgicales, en particulier sous coelioscopie, qui a reçu des ASMR de niveaux II, III et IV en 2001. Ce dispositif est non remboursable, malgré le service médical dont il a fait la preuve, puisque considéré comme non implantable. Il ne peut en outre prétendre à être intégré dans les GHS, puisqu'il intervient dans plusieurs procédures. À l'inverse, le dispositif non implantable Thermachoice (Ethicon, Johnson & Johnson), salué par une ASR II en 2002, traitant efficacement, rapidement (8 min) et non invasivement



Trois questions à... **CLAUDE COCHARD**
 directeur des affaires commerciales de General Electric
 Healthcare pour la zone France – Belgique – Luxembourg

« LA TECHNOLOGIE SERA AU CŒUR
 DES ÉVOLUTIONS FUTURES. »

Selon vous, l'avenir de la santé sera-t-il technologique ?

La technologie sera au cœur des évolutions futures. Le développement du diagnostic précoce, du dépistage et de l'approche génétique de la maladie nécessiteront de nouveaux actes techniques, donc le renforcement de plateaux techniques. En parallèle, le volume d'informations demandé par les équipes médicales ne cesse de croître. Les systèmes d'information vont donc également se développer.

Quels sont les moyens du secteur privé pour soutenir son développement technologique ?

La différence entre public et privé, en termes de leadership technologique, se situe principalement dans la capacité des centres hospitaliers à développer des volets de recherche et d'innovation et à définir de nouvelles pratiques

médicales. Les restructurations de cliniques et la création d'établissements privés de référence sur le plan régional ou national, désormais spécialisés (cardiologie, gastro-entérologie, ostéo-articulaire...), ont permis la mise en place de plateaux techniques extrêmement performants (scanners, IRM, TEP...), qui assureront l'équilibre de l'offre de soins entre les deux secteurs. Les atouts du privé (réactivité et simplicité des processus de prise de décision) doivent lui permettre d'accélérer le renouvellement de ses équipements et de s'adapter aux cycles technologiques de plus en plus courts.

Comment envisagez-vous les établissements hospitaliers de demain ?

Le développement des thérapies ciblées et de la médecine personnalisée vont profondément changer la prise en charge des patients et la configuration des établissements

de soins (nouvelles procédures interventionnelles non invasives, imagerie diagnostique associée à l'acte interventionnel, télémédecine...). Les technologies vont se déplacer au chevet du patient, pour un diagnostic et un traitement « point of care ».

Ce phénomène devrait entraîner une décentralisation des plateaux d'imagerie et une augmentation des capacités à effectuer des gestes interventionnels. Par ailleurs, les missions de service public, comme le dépistage du cancer du sein ou du colon ou de certaines maladies coronariennes, pourront s'effectuer, soit en clinique, soit en médecine de ville, soit à l'hôpital, donc constituer de nouveaux enjeux. Ces paramètres devront être pris en compte dans l'aménagement des nouveaux établissements hospitaliers pour anticiper ou accompagner les transformations des pratiques médicales qui s'annoncent. ♦

les hémorragies fonctionnelles, a enfin été intégré aux GHS en mars 2008. Ce financement intervient après dix ans de commercialisation en France. Il permettra à tous les établissements, donc aux patients, d'avoir accès à cette innovation thérapeutique. Ce cas positif ne peut cependant pas cacher les difficultés de la prise en compte de l'innovation ou de ses délais.

En outre, est-il acceptable que l'Assurance maladie continue de payer au même tarif des interventions à « ciel ouvert » et des interventions technologiquement innovantes quand celles-ci diminuent les traumatismes post-opératoires, réduisent les durées de séjour, donc le risque d'infection nosocomiale, et permettent de réduire la dépense d'indemnités journalières ?

La technologie comme vecteur d'émulation entre le public et le privé

Nous devons mettre en place les mécanismes d'un financement fondé sur la qualité des soins, le volume d'activité dans la spécialité et la responsabilisation médico-économique des équipes. Plusieurs critères doivent structurer cette réflexion. D'une part, l'accès à l'innovation doit dépasser le clivage entre public et privé. La concurrence doit être mise au service du patient : il faut valoriser les établissements publics ou privés qui font la démarche de l'innovation. Ce sont ces structures qui améliorent la qualité de notre secteur de santé. D'autre part, la tarification doit inciter l'utilisation de technologies innovantes. À coût constant, ne pouvons-nous pas créer, pour chaque acte de soin permettant de traiter la même pathologie, un coefficient médico-économique de technologie dont la moyenne serait 1 et qui inciterait à la mise en œuvre de l'innovation ? Pourquoi ne pas intégrer dans la rémunération médicale une part fondée sur l'utilisation d'innovations technologiques de qualité démontrée ? Ce serait rétribuer les médecins pour l'effort de formation à l'amélioration des pratiques. Et cela permettrait de contribuer aux investissements financés par les médecins eux-mêmes. Enfin, avant d'être financée, l'innovation doit être évaluée sur le plan médico-économique. Industriels, établissements et médecins



Trois questions à... **PATRYCK BREITBURD** ancien président du Snitem (Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales)

« LES TECHNOLOGIES VONT RATIONALISER LES SOINS ET STANDARDISER LES PROTOCOLES. »

Quels seront les bénéfices des futurs apports technologiques ?

Les technologies vont rationaliser les soins et standardiser les protocoles. La possibilité de diagnostiquer plus sûrement permettra d'orienter le patient vers le chemin clinique répondant le mieux à l'application thérapeutique requise. L'autre progrès concerne le dossier personnel informatisé du patient, dans lequel les enregistrements permettront d'affiner le diagnostic et de mieux cibler le traitement requis. Les applications médicales des technologies d'innovation, à l'exemple des ultrasons et du laser, conduiront à l'apport de nouveaux outils pour réduire le temps de traitement et de réhabilitation. Les applications informatiques faciliteront la mise en œuvre généralisée des chemins cliniques qui répondent à la recherche de l'efficacité du traitement et à l'optimisation

des coûts mesurés et groupés sur le compte informatisé du patient.

La technologie va-t-elle influencer sur la gouvernance hospitalière ?

Les technologies, impliquant des investissements et une spécialisation des personnels, influenceront fortement sur les structures hospitalières spécialisées en chemins cliniques et technologies associées. L'avenir de l'hospitalisation est technologique pour le traitement des grandes pathologies (cancérologie, urologie, cardiologie, orthopédie, ophtalmologie, neurologie...). Le secteur des soins de suite fera aussi appel à des technologies lourdes, ne pouvant être dispensées à domicile. Ces structures d'hospitalisation de proximité sont encore à créer avec une gouvernance, une organisation, des compétences, une architecture et une logistique différentes des centres existants.

Comment la technologie peut-elle se développer au sein du secteur privé ?

C'est une question de moyens. Pour cela, la T2A a l'avantage d'apporter la transparence sur les perspectives de financement. Mais la tarification ne pourra pas inclure tous les investissements nécessaires à l'innovation. Il faudra des moyens complémentaires apportés par les assurances, sans exclure la Sécurité sociale, avec des formes de contrats sur des projets de développement. Il faudra aussi examiner les freins qui sont imposés par la volonté d'éviter une médecine à deux vitesses, dont les conséquences, dans certaines de ses applications, sont à l'opposé du but recherché ! Un financement par les patients qui le peuvent, et qui le veulent, pourrait apporter, dans des conditions bien délimitées, de nouvelles technologies à l'ensemble des patients, plus rapidement, et à moindre coût. ♦

doivent comprendre les conséquences économiques des choix thérapeutiques. La tarification doit être un outil pour rechercher le bon compromis entre thérapeutique et réalité économique.

L médecine est condamnée à être toujours plus technologique. Nous devons faire de cette donnée de base un outil de dynamisation des acteurs et de lisibilité pour l'utilisateur. ■

Jérôme Corbineau, délégué général du GIE club des Quinze

La Recherche-Innovation : la place de l'hospitalisation privée



De nombreux établissements hospitaliers privés et médecins libéraux participent à des travaux de Recherche-Innovation en santé. Ils le font par goût et par nécessité, mais sans cohésion nationale pour en mesurer l'impact. La fondation Recherche-Innovation de l'hospitalisation privée devrait désormais rendre les travaux plus exploitables et créer des vocations. Explications avec Jean Vernoux, directeur de la Clinique de l'Orangerie à Strasbourg et président de la Fondation.

Hospitalis : *Comment l'hospitalisation envisage-t-elle la recherche-innovation ?*

Jean Vernoux : L'hospitalisation privée doit démontrer sans cesse ses performances. Cela a permis son essor et garantit son avenir. Participer à la recherche et à l'innovation est un moyen intelligent et intelligible d'y contribuer. Intelligent parce c'est un thème fédérateur et motivant; intelligible parce qu'il s'agit d'un domaine où les cliniques interviennent sans coordination et qu'il est objectivement quantifiable par les essais réalisés et les innovations expérimentées.

Hospitalis : *Quelles sont les raisons qui ont conduit à la création de la Fondation Recherche-Innovation ?*

J. V. : Des études conduites par le Leem ainsi que plusieurs rapports (Marmot et Masson, 2004) ont permis d'évaluer la place de la France dans la recherche clinique. Sur les patients recrutés en Europe, seuls 15 % le sont en France (contre 25 % pour l'Europe de l'Est). L'Hexagone est à la traîne pour la vitesse de recrutement et la qualité des cahiers d'observation: sur une échelle de 0 à 5, la France n'obtient que 2,8 contre 4,1 pour l'Europe de l'Est; plus de 20 % des dossiers d'enregistrement des essais cliniques ne contiennent pas une seule donnée française! Face à ce constat, les établissements hospitaliers privés ont décidé de créer cette fondation. Une initiative confortée par des laboratoires et des industriels de santé qui cherchent à augmenter les essais effectués dans le secteur hospitalier privé et qui souhaitent un cadre permettant la relation avec les dirigeants d'établissement. De plus, c'est une décision en phase avec une demande de nombreux établissements et praticiens.

Quel rôle la Fondation va-t-elle jouer auprès des établissements ?

J. V. : Les travaux préparatoires à la création de cette fondation ont permis de recenser les établissements impliqués de manière structurée dans la recherche et de constater aussi que très souvent, les essais réalisés par des praticiens le sont sans réelle coordination avec l'établissement d'accueil. Par ailleurs, une analyse des volumes d'activités de l'hospitalisation privée dans des domaines sensibles pour la recherche (cancérologie, maladies auto-immunes...) a montré que les malades traités dans le secteur hospitalier privé pourraient très utilement grossir les rangs des patients bénéficiant de campagnes d'essais cliniques. La Fondation souhaite donc être un catalyseur dans le domaine des essais cliniques. Elle aura aussi pour rôle de valoriser toute innovation conduite par les établissements en termes de management.

Quels seront les axes de travail de la Fondation ?

J. V. : Nous devons travailler dans plusieurs directions: aider les établissements à faire fonctionner des centres d'essais en santé (création, référencement, fonctionnement...) et permettre aux laboratoires d'identifier les établissements qui traitent en grand volume certaines pathologies. La Fondation devra favoriser les expérimentations en termes de gestion, de management, ou d'accueil, sans compter qu'il lui faudra chercher les financements nécessaires pour ses missions. Enfin, et c'est très important, elle devra réaliser la synthèse annuelle de la contribution de l'hospitalisation privée à la recherche en publiant les résultats des essais. ■

La foi du charbonnier

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

Si on en croit les sondages¹, les Français aiment leur hôpital ; 78 % sont satisfaits de leur dernier séjour à l'hôpital public, même si 59 % trouvent que la situation s'y dégrade. Il faudrait questionner les Français sur ce qu'ils pensent des déficits abyssaux des hôpitaux (800 millions d'euros en 2007 dont 300 pour les seuls CHU). Il y a fort à parier que ces chiffres n'ont aucun écho pratique chez nos concitoyens.

Quand nous expliquons aux patients que notre secteur est contraint d'être économe de ses moyens et économiquement équilibré alors que le secteur public fait deux fois moins d'actes avec les mêmes ressources, la réponse est souvent : « *ce n'est pas pareil, c'est l'hôpital* ». Tout en s'offusquant de la création des franchises de soins même plafonnées, nos concitoyens ne font pas aisément le lien entre ce qui est mal dépensé ici et ce qui est réclamé par ailleurs. La rationalité économique s'arrête aux portes de la fonction publique hospitalière.

Cette schizophrénie sanitaire se manifeste au sens propre lorsque des populations entières descendent dans les rues pour manifester leur opposition à la fermeture d'une maternité publique dans laquelle presque plus aucune parturiente locale ne se rend. Ou encore quand, pour ne pas subir les délais exaspérants induits par la faible productivité de l'hôpital, la même population vient sans difficulté dans la clinique voisine pour bénéficier rapidement d'un examen ou d'une consultation.

On ne peut pas trouver les raisons objectives de ce grand écart intellectuel dans des analyses rationnelles parce que la motivation est essentiellement idéologique. Aussi, je tente une autre lecture, iconoclaste certes, mais intellectuellement intéressante : la santé publique est une croyance, l'hôpital constitue son église, le CHU sa cathédrale

et les fonctionnaires hospitaliers en sont les serviteurs du culte.

Comment ferons-nous donc, pauvres pêcheurs privés, pour expliquer aux adeptes du culte que la santé n'est pas une mission régaliennne de l'État, que ce montage est une construction de l'immédiate après-guerre (1945-1946) et correspond à une vision archaïque de l'offre de soins, caritative et collectivisée. En un mot, dépassée.



La santé n'est pas une mission régaliennne de l'État.

Pourtant, la chimère est visible. Les comptes de l'Assurance maladie sont publics². Les tarifs publics et privés pour chaque catégorie de prise en charge (GHS)³ sont disponibles.

Contraints par des gouvernants courageux ou simplement réalistes, les évêques de l'hospitalisation publique ont accepté la tarification à l'activité (T2A) parce qu'acculés à la vérité des chiffres, ils n'ont pu s'opposer à introduire une part de rationnel dans leur logique mais ils s'arc-boutent désormais pour conserver leur part d'irrationnel en monopolisant les Migac, véritable et nouveau denier du culte.

La faiblesse du débat politique public sur les comptes de l'Assurance maladie ne doit pas masquer le choix stratégique que notre

société doit faire. S'offrir le luxe d'un mythe et dépenser sans compter dans son entretien ou faire le choix d'exiger une responsabilisation économique des acteurs. Avons-nous les moyens de détourner l'Assurance maladie de son but ? Si l'hôpital n'était pas le premier employeur des communes, si les déficits étaient financés par l'impôt local, les maires se battraient-ils pour conserver la présidence de son conseil d'administration ? Aujourd'hui, cette présidence sans responsabilité effective en retour est un blocage majeur aux réformes structurelles.

Les réformes en cours depuis 1996, jusqu'aux prochaines à paraître, tentent d'appliquer un raisonnement économique à ce qui n'est qu'une PRESTATION DE SERVICES, même d'un type particulier car touchant à la vie.

En tant qu'acteurs libéraux responsables, notre croyance se place dans les vertus d'un système humaniste, équitable, solidaire et dans les valeurs de l'esprit d'entreprise. Nous défendons cela tous les jours en étant rationnels et économes, et nous voulons le transmettre aux générations futures.

Et que vive l'hôpital rationnel de demain, concurrent redoutable en devenir. ■

(1) source IFOP janvier 2008 (<http://www.mon-sondage.com/Sondage/50/59-des-francais-pensent-que-la-situation-de-l-hopital-public-se-degrade.html>)

(2) (http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/assurance_maladie.asp).

(3) (www.ameli.fr).

Les établissements du club des Quinze ont fait de l'innovation technologique leur stratégie d'entreprise. Ils ont investi dans des équipements de pointe, souvent avec succès, parfois à leurs dépens, mais toujours avec audace pour offrir aux patients et aux médecins les meilleures conditions de soins. Petit tour d'horizon des projets technologiques mis en place. Autant d'exemples qui devraient inciter l'Assurance maladie à soutenir l'innovation...



INNOVATION

Au nom de l'intérêt général

L'innovation : le sens de l'entreprise

Clinique de Courlancy, Reims | En 2007, la clinique de Courlancy était la deuxième clinique de France à s'être dotée du robot chirurgical multidisciplinaire Da Vinci S. Une révolution à la fois pour les chirurgiens, les gestes d'intervention étant plus précis, et pour les patients, les conséquences post-opératoires étant diminuées. « Un équipement de pointe, qui représente un gros investissement financier pour l'établissement, rappelle Jean-Louis Desphieux, président-directeur général de la clinique. Da Vinci pèse à lui seul près de 2 millions d'euros ! Pour la maintenance, il faut compter 120 000 euros annuels et le coût des consommables est de plus de 1 000 euros par intervention ». Un surcoût... non pris en charge par la Sécurité sociale ! « Malgré cela, nous

avons pris toutes nos dispositions, précise André Deslypper, directeur de l'établissement, pour que tous puissent bénéficier de cette technologie sans supplément d'honoraires. Nous avons réalisé une centaine de procédures en urologie l'an dernier et nous en prévoyons 150 sur 2008. Mais nous sommes limités en activité du fait même qu'une partie importante du coût reste à notre charge. » Avec cet équipement, la clinique réalise un lourd investissement au profit de la collectivité, comme le souligne Jean-Marie Thomas, président de l'Urcam Champagne-Ardenne. « Ce robot représente une belle opportunité pour la région d'attirer des médecins, notamment des jeunes. » Un point de vue largement partagé lors de l'inauguration du robot par Jean-Louis Schmitter, alors maire de Reims, début 2007 : « Si nous, élus, nous

tentons de faire le maximum pour attirer les entreprises, il faut que celles-ci aient la capacité d'attirer les professionnels. » Une innovation qui s'inscrit pleinement dans le modèle de gouvernance de la clinique « Nos prédécesseurs ont eu le premier scanner en 1979 et le premier bébé éprouvette en 1985, s'enthousiasme André Deslypper. Notre politique est de rester à la pointe de la technologie. » Une démarche qui place aujourd'hui Reims au rang des plus grands pôles sanitaires du Grand Est...

Clinique cède robot

Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine, polyclinique Bordeaux Rive Droite | « Au début de l'année 2000, une société dont nous taïrons volontairement le nom propose à nos chirurgiens > / ...

➤ orthopédistes et à la clinique une assistance robotisée, destinée à améliorer les interventions sur la hanche et sur le genou », raconte Yves Noël, directeur général du Groupe PBNA. Le gain espéré était une plus grande durée de vie de l'intervention réalisée. Or, l'arrivée de ce robot n'était pas sans soulever plusieurs questions, comme le rappelle Yves Noël. « Comment, en effet, répercuter le coût de ce système, sachant que le prix de revient de la location annuelle du robot était de l'ordre de 150 000 €, pour une à deux interventions par semaine, soit environ 1 500 à 2 000 euros par acte? Sans compter qu'à ce prix s'ajoutaient la présence d'un technicien pour assurer le réglage de la machine, l'acte d'imagerie, la mobilisation du bloc opératoire (le double du temps ordinaire) et des personnels médicaux et soignants. Le surcoût global pouvait donc être de l'ordre de 3 000 euros par intervention. » Par ailleurs, qui devait supporter le surcoût, l'Assurance maladie ayant clairement indiqué au fournisseur que les avantages pour le patient n'étaient pas probants? Les mutuelles ayant emboîté le pas du régime général, la clinique n'avait aucune raison de travailler à perte en supportant le surcoût. Quant au chirurgien, perdant déjà du temps, il devait assumer de fait une réduction de son activité... L'expérience dura deux ans. « Bien que les résultats aient été satisfaisants, il n'y avait pas un rapport coût/efficacité favorable à la technique. Le bilan pour nous n'est tout de même pas négatif, précise Yves Noël, n'ayant pas pris de risque économique dans l'affaire. Depuis 2003, le robot dort sous un drap. J'envisage de passer une annonce "cède robot, peu servi, faire offre". »

Technologies de pointe en zone défavorisée

L'Hôpital Privé Nord Parisien de Sarcelles | « L'innovation est une dynamique historique de notre établissement, déclare Ségolène Benhamou-Miara, président-directeur général de l'Hôpital Privé Nord Parisien de Sarcelles. Notre établissement a été l'un des premiers dans le secteur privé à pouvoir disposer sur son site d'un scanner, puis d'un IRM et, depuis 2002, d'un Petscan. Les fondateurs de notre établissement ont eu l'intuition de l'importance de la technologie en termes d'attractivité des praticiens

et des patients. Ils ont pris des risques financiers importants mais le résultat est incontestable. » Cet établissement situé dans une banlieue défavorisée de la région parisienne a gagné le pari d'offrir aux populations démunies des plateaux techniques et des technologies de pointe. Les praticiens exerçant dans l'établissement acceptent de prendre des risques financiers pour proposer aux patients les examens médicaux les plus pointus. C'est le cas notamment de l'équipe de radiologues et de radiothérapeutes qui exerce en secteur 1 et ne demande aucun dépassement d'honoraires, mais s'engage même parfois davantage. Par exemple, quand l'autorisation de Petscan a été obtenue en 2002, l'Assurance maladie ne remboursait pas encore ce type d'examen. Les médecins ont alors fait le choix de lancer l'activité, sans pour autant demander de financement aux patients. Cette communauté de pensée entre l'établissement et ses médecins démontre que la technologie médicale, l'innovation ou la qualité du plateau technique sont autant de sujets qui unissent gestionnaires et professionnels de santé au service du patient hospitalisé.

Da Vinci : le robot chirurgical star est né

Clinique des Alpes – Clinique Belledonne | Conceptualisé par l'US Army et commercialisé par la société Intuitive Surgical, Da Vinci est un robot opératoire. Utilisé à la clinique Belledonne depuis le 30 janvier 2007 en chirurgie urologique, digestive et gynécologique, ce système permet aux chirurgiens d'opérer à travers une console qui intègre la vision 3D et des instruments encore plus articulés que leurs propres mains. Est-ce un plus pour le patient opéré? « Oui! s'enthousiasme le Dr Pierre Monod, chirurgien urologue. La machine neutralise les tremblements de la main et démultiplie les mouvements, ce qui permet de réaliser de gestes très précis dans un espace très restreint. » Après plus d'un an à la clinique, c'est la disponibilité du robot qui devient le principal problème. « La machine est de plus en plus courtisée par les chirurgiens : on apprécie de plus en plus de passer une demi-journée à le regarder les yeux dans les yeux! », commente le Dr Philippe Granger, chirurgien digestif. Da Vinci a su rassembler toute l'énergie des médecins et

du personnel de la clinique, même si au départ ce projet ambitieux n'allait pas de soi. « C'est une grosse responsabilité de porter un tel projet en ayant la connaissance très précise du coût de son fonctionnement et en sachant qu'aucun tarif particulier ne viendra rémunérer cette nouvelle technique chirurgicale, explique Gérard Baron, directeur de l'établissement. Il faut être convaincu de l'intérêt pour le malade d'être opéré par ce moyen. C'est ce qui à mon sens fait la différence entre un simple gadget chirurgical et une évolution importante du niveau de la chirurgie mise en œuvre à la clinique Belledonne. »

La création du plus grand centre de radiothérapie

La Clinique Pasteur, Toulouse | La Clinique Pasteur a décidé d'accentuer sa politique et ses investissements dans la lutte contre le cancer. Un centre de radiothérapie avec six bunkers regroupant l'ensemble de la radiothérapie libérale toulousaine verra le jour au début du deuxième semestre 2008. « Il deviendra ainsi le plus grand centre privé de radiothérapie de France », se félicite Jean-Pierre Deymier, directeur de l'établissement. Un centre qui favorise qualité et efficacité, et qui comprend une équipe médicale composée de huit radiothérapeutes ainsi qu'une équipe technique constituée de cinq physiciens, trois dosimétristes et vingt et un manipulateurs. « Les accélérateurs les plus modernes seront mis en place, assurant des traitements de qualité optimale avec des systèmes sophistiqués de repositionnement du patient, explique Jean-Pierre Deymier. La recherche clinique sera également très présente, en lien avec le canceropôle toulousain. » Un hôpital de jour situé au-dessus du service de radiothérapie regroupera notamment les activités de chimiothérapie, d'endoscopie digestive et bronchique. ■

JÉRÔME SICOT

« L'encadrement réglementaire à tous niveaux est déroutant dans une économie moderne »

Au contraire du secteur public, l'hospitalisation privée assume les risques financiers de la recherche et du développement. Alors que la rentabilité d'une clinique ne permet plus de financer le coût de reconstruction, quelles sont aujourd'hui les capacités des médecins libéraux à investir dans leur outil de travail et à bénéficier de prêts pour financer l'innovation ?

Entretien avec Jérôme Sicot, président du directoire d'Interfimo, financier des professions libérales.

Hospitalis : Quels sont les atouts et les faiblesses du secteur hospitalier privé au regard des critères retenus par les banques en termes de financement ?

Jérôme Sicot – L'atout principal reste évidemment les perspectives du secteur, fondées sur le vieillissement de la population et l'aspiration croissante de nos sociétés au bien-être et à la santé. S'y ajoutent un glissement, qui paraît inéluctable, des prérogatives du public vers le privé et la solvabilité des clients : la Sécurité sociale, les mutuelles ou les compagnies d'assurances. Et enfin, des valeurs particulièrement développées dans le corps sanitaire et auxquelles nous sommes sensibles chez Interfimo : le sens des responsabilités, la quête permanente de la qualité... A contrario, l'absence de liberté des entreprises pour fixer leurs tarifs et l'encadrement réglementaire à tous niveaux sont plutôt déroutants dans une économie moderne : il faut vraiment une solide connaissance du secteur pour être capable de juger un business plan de clinique ou d'EHPAD. Dans un tout autre registre, les questions de management y sont souvent exacerbées : les relations entre les gestionnaires et les médecins restent d'autant plus difficiles que ces derniers, lorsqu'ils sont actionnaires, ont des réticences à déléguer et à se soumettre au contrôle de gestion.

Les médecins ont-ils encore aujourd'hui en France la capacité d'investir dans leur outil de travail ?

J. S. – Les médecins devraient être plus que jamais incités à investir dans leur

outil de travail : les économies d'impôt sur le revenu et d'ISF pour souscription au capital des PME sont faites pour eux ; les taux de crédit à long terme sont à des niveaux encourageants ; les revenus de ceux qui exercent des spécialités techniques connaissent une progression raisonnable. Mais le fait est que l'on ressent un certain manque d'enthousiasme chez les nouvelles générations. L'esprit d'entreprise s'érode, sans doute découragé par les interventions très médiatisées de groupes financiers qui investissent le secteur de l'hospitalisation privée.

Comment faciliter aujourd'hui l'émergence et le développement de PME innovantes dans le secteur de la santé qui représenteront le tissu économique de demain ?

J. S. – Ces PME sont en train d'éclore sous nos yeux. Le mouvement de restructuration de l'exercice libéral, grâce aux sociétés d'exercice libéral (SEL), est largement entamé en biologie et en radiologie. Il n'y a aucune raison qu'il ne se propage pas aux autres spécialités qui exercent dans le cadre de l'hospitalisation privée. Ces SEL de spécialistes, qui comptent d'ordinaire dix ou vingt associés, vont constituer le chaînon manquant entre les praticiens et leurs cliniques. La force de frappe financière d'une SEL de dix radiologues est bien supérieure à celle des dix mêmes praticiens isolés : la fiscalité propice au financement du développement, la possibilité de constituer des réserves, l'autonomie contractuelle des SEL, en font des actionnaires d'avenir pour



l'hospitalisation privée, en substitution des médecins eux-mêmes.

Pour les générations précédentes de médecins, le diplôme de médecine permettait d'accéder facilement à du crédit pour investir dans l'outil de travail. Les nouvelles générations disent ne plus pouvoir accéder au crédit en raison de la baisse relative de leurs revenus. Quel est votre sentiment sur ce sujet?

J. S. – Nous ne partageons pas du tout ce point de vue. Il n'est pas plus difficile pour les médecins d'accéder aujourd'hui au crédit. Bien au contraire. Songez qu'Interfimo a été créé parce que le système bancaire ne savait pas comment financer les besoins en investissements incorporels des professions libérales dans les années 1970; nous n'en sommes plus là:

les banques se disputent la clientèle des médecins. Nous travaillons couramment avec la direction du marché des entreprises de LCL, pour mettre à la disposition de nos clients des solutions « corporate », des couvertures de taux d'intérêt ou autres techniques financières auxquelles les cliniques ou les EHPAD n'auraient pas eu accès il y a quelques années. Le financement de l'innovation est assuré par les actionnaires des établissements.

Quels sont les critères retenus (ratio d'endettement compris) pour qu'un établissement de crédit finance un équipement innovant?

J. S. – Il est plus facile d'obtenir le financement d'équipements innovants en médecine que dans d'autres secteurs d'activité. Les banquiers sont rassurés par les monopoles et les autorisations administratives. Pour l'anecdote, il nous est même arrivé de financer des équipements d'imagerie si innovants que nos clients ne savaient pas encore ce que serait le tarif de remboursement des actes par la Sécurité sociale.

Quelles sont les contraintes objectives qui ne permettent pas toujours à un établissement de crédit de suivre l'investissement entrepreneurial individuel?

J. S. – Il y a une frontière qui n'est pas toujours facile à tracer, entre l'entrepreneur individuel et l'entreprise libérale. En pratique, ce clivage est important au regard des usages bancaires. On demandera à un entrepreneur individuel de garantir ses emprunts sur son patrimoine, d'assurer les remboursements contre son décès ou son incapacité de travail. À partir d'une certaine taille, que nous situons, en règle générale, au-delà des

quatre associés chez Interfimo, les règles du jeu changent: les garanties personnelles sont allégées, mais c'est l'entreprise elle-même, par ses fonds propres, sa capacité d'autofinancement et l'objet du financement, qui doit répondre du projet.

Dans Le Quotidien du médecin du 24 janvier dernier, Jean-Loup Dourousset, président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, mentionnait que « créer un hôpital de 300 lits coûte 70 millions d'euros. L'exploiter coûte 7 millions d'euros par an : cela reste à la portée des médecins. La dissociation entre l'immobilier et l'exploitation est peut-être la voie de l'avenir. » Qu'en pensez-vous?

J. S. – Nous sommes bien d'accord. On a longtemps vécu une fausse dissociation: les mêmes personnes physiques possédaient l'immobilier et la société d'exploitation. Leur objectif consistait alors à se bâtir un patrimoine par le truchement de la clinique. À terme, les résultats étaient souvent désastreux: loyers disproportionnés, travaux lourds à la charge du locataire... puis des relations conflictuelles entre d'anciens associés à la retraite qui étaient restés propriétaires de l'immobilier et leurs successeurs au sein de la clinique. L'arrivée d'investisseurs immobiliers institutionnels peut être une meilleure solution. Mais il est aussi permis d'être un peu imaginatif. De nombreuses techniques permettent des dissociations temporaires: le crédit-bail immobilier, le bail à construction, la cession d'usufruit temporaire. D'autres, telles que le lease-back, permettent des refinancements et sorties d'actifs. On est loin d'avoir épuisé tous les charmes de l'ingénierie financière et fiscale! ■

Visitez le site <http://www.interfimo.fr/>

« Il est plus facile d'obtenir le financement d'équipements innovants en médecine que dans d'autres secteurs. »

question au gouvernement



Autorisations d'activité Si l'État décidait enfin d'agir au nom de l'intérêt général...

L'hospitalisation privée a montré sa capacité d'adaptation aux progrès technologiques et aux besoins de prise en charge globale des patients. Un dynamisme qui va de pair avec une prise de risque économique réalisée au profit de la collectivité. Pourtant, ces mêmes acteurs, privés des autorisations nécessaires, ne sont pas habilités à couvrir la totalité de l'offre de soins. Explications...

Certains établissements hospitaliers privés ont développé une offre de soins globale, non sélective, permanente et de haute qualité. Ces structures ont pris le risque de s'engager dans une démarche non sélective d'activité de niches pour apporter une réponse adaptée aux besoins de la population.

Effizienz économique, qualité des soins

Un choix stratégique non évident en termes de rationalité économique : prendre en charge la totalité des activités de soins impose de pouvoir supporter des activités déficitaires grâce aux excédents de celles moins coûteuses. Pour une société de droit privé dont les éventuelles pertes d'exploitation ne seront jamais comblées par la tutelle, c'est un risque dont l'enjeu peut mener jusqu'à la liquidation de l'entreprise. Certains dirigeants s'y sont engagés, parce qu'ils avaient une certaine vision de notre profession et

voulaient mettre leurs capacités de gestionnaires au service de la population. Leurs résultats donnent incontestablement satisfaction en termes de santé publique. La collectivité est largement rémunérée grâce à la prise de risque de ces acteurs libéraux.

Pour une émulation équitable public/privé

Dès lors, pourquoi mettre cela en péril en privant ces structures des autorisations leur permettant d'assurer la totalité de l'offre de soins ? Interdire aux hôpitaux privés les autorisations de réanimation est doublement dangereux. D'une part, cela leur interdit la réalisation de certaines activités ou l'accueil de certains patients, d'autre part, cela met arbitrairement à la charge de l'hospitalisation publique les cas les plus lourds, donc les plus onéreux, et ralentit le retour des hôpitaux à un équilibre financier souhaitable pour l'ensemble du sec-

teur. Ce qui est vrai pour la réanimation l'est aussi pour les urgences ou la neurochirurgie.

À ce petit jeu, on construira une séparation entre des structures privées, contraintes de se limiter à des activités simples, et des hôpitaux, condamnés aux activités lourdes. Ce n'est satisfaisant que pour ceux qui, faisant abstraction de la réalité, pensent que les raisons des faiblesses de l'hôpital sont liées à la concurrence des cliniques et non à son propre déficit d'organisation. Il vaudrait mieux appliquer les recommandations de la commission Larcher et doter les hôpitaux d'outils modernes de gestion plutôt que d'organiser un monopole de fait.

Il appartient à l'État de mettre un terme à cette opposition instrumentalisée et de créer une émulation équitable entre les établissements performants des deux secteurs. Dans ce but, l'attribution cohérente des autorisations est une opportunité à saisir. ■

Le saviez-vous ?

L'hospitalisation privée, c'est ...

> 8 à 10 %

du chiffre d'affaires
médical consacré
au loyer d'une clinique.

> 2 000 € HT/m²

de SHON nécessaires pour réaliser
un établissement neuf (construction,
honoraires, taxes et équipements
compris).

> 200 000 €

pour réaliser une salle
d'opération avec un
équipement de base.

> Le modèle économique de rentabilité
des cliniques ne permet pas la
construction d'un établissement neuf
sans l'apport des subventions des plans
hôpital 2007 ou 2012.

Source : Fédération de l'Hospitalisation Privée.

Hospitalis

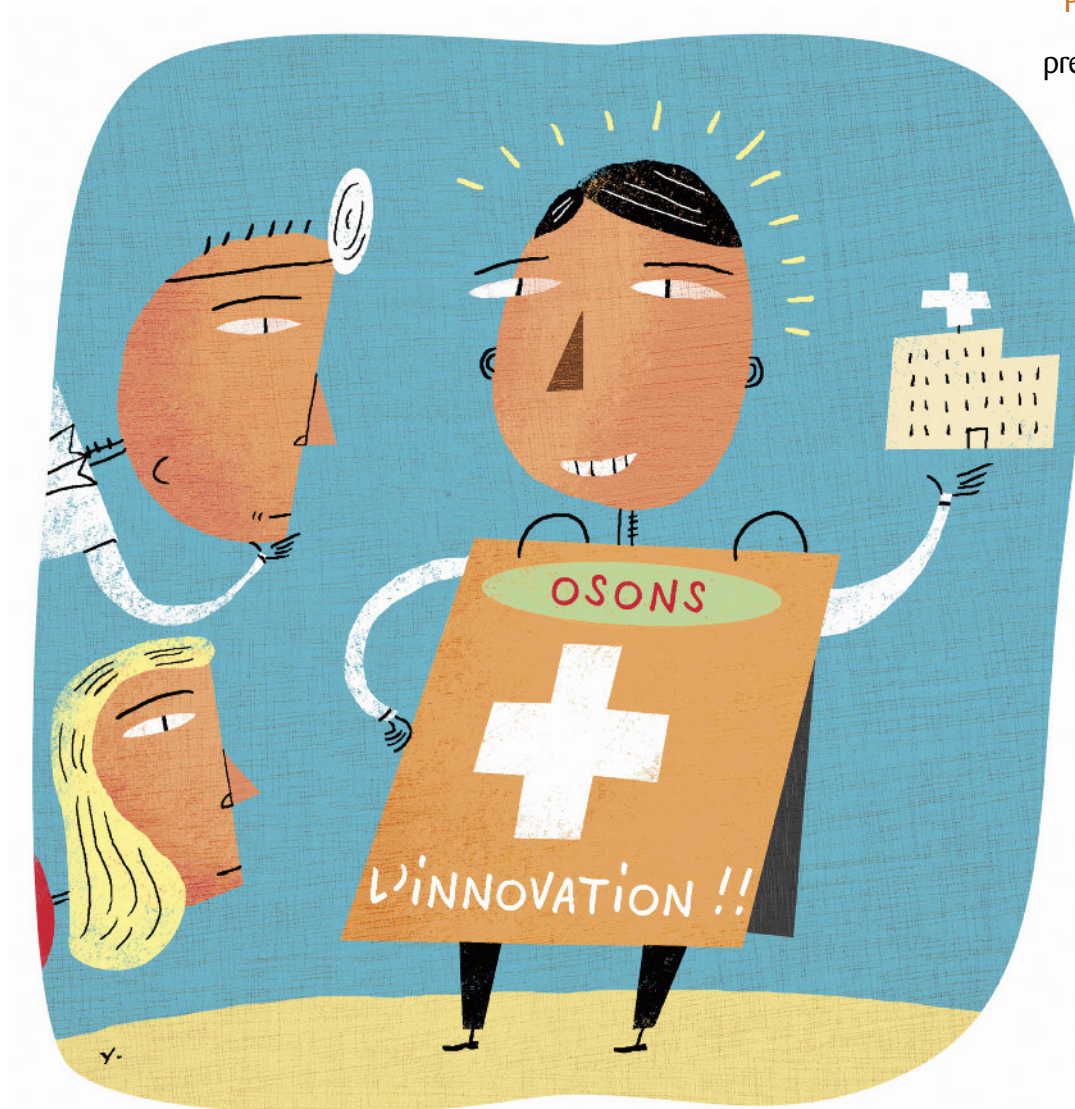
CLUB DES QUINZE-SANTÉ

PARTAGER, PROPOSER, COOPÉRER

INITIATIVE
La fondation
Recherche-Innovation
page 6

RENCONTRE
Innovation : au nom
de l'intérêt général
page 8

PAROLE D'EXPERT
Jérôme Sicot,
président du directoire
d'Interfimo
page 10



DOSSIER

Innovation et technologie

Un levier de performance pour
les établissements hospitaliers

Page 3