

MONTRÉAL, LE 16 OCTOBRE 2008

LA PLACE DU PRIVÉ DANS LE SYSTÈME HOSPITALIER FRANÇAIS

Conférence par Victor MENNESSIER

Le système français de santé est, depuis 1945, un système dit bismarckien, dans lequel le patient est libre du choix du praticien et de l'établissement hospitalier dans lequel il est soigné. Le patient bénéficie d'une prise en charge en espèces qui lui est versée par une caisse d'assurance maladie, directement au prestataire de soins le plus souvent.

Les soins hospitaliers sont exercés aussi bien par des établissements publics que par des établissements privés.

La grande majorité des établissements hospitaliers privés est constituée d'établissements commerciaux conventionnés, qui offrent à leurs patients des prestations d'hospitalisation prises en charge par l'assurance maladie, comme dans les hôpitaux publics. Les établissements non conventionnés ont complètement disparu, sauf en chirurgie esthétique.

Les établissements privés dits lucratifs représentent, avec 90 000 lits, un peu plus de 20 % des capacités nationales.

Ils détiennent des positions particulièrement importantes en chirurgie, avec plus de 60 % des interventions réalisées, et en obstétrique, avec 40 % du nombre d'accouchements. Ils sont de plus en plus présents dans le domaine des soins posthospitaliers (convalescence, réadaptation, gériatrie).

Leur développement, dans un pays traditionnellement attaché à l'hôpital public, s'est fait naturellement, sous la pression des besoins, dans l'immédiat après-guerre.

C'est le Général de Gaulle qui a créé en 1945 le système de l'Assurance maladie obligatoire. Le système de santé s'est alors structuré autour de ce que tout Français appelle la Sécu, pour Sécurité sociale.

Le nouveau système institue une couverture obligatoire du risque maladie au bénéfice des salariés, puis progressivement de la totalité de la population. Ce système est financé par des cotisations versées par les employeurs et les salariés.

Dès 1945, plus de 90 % de la population a accès à la quasi-gratuité des frais hospitaliers.

La Caisse de sécurité sociale la plus importante, qui représente à elle seule plus de 70 % des assurés sociaux, a un rôle moteur dans la gestion du système. Elle est cogérée par les institutions syndicales patronales et ouvrières, mais a toujours été effectivement dirigée par un syndicat ouvrier réformiste, en l'occurrence Force Ouvrière, puis la CFDT.

De 1945 à 1965, la demande de soins a connu une explosion sans précédent, surtout en matière hospitalière, sous l'effet conjugué :

- de la solvabilisation de la population par l'Assurance maladie
- du baby-boom
- de l'augmentation de la population liée à l'immigration
- du développement de nouvelles techniques chirurgicales et médicales.

À l'inverse, l'offre hospitalière s'est trouvée à la fois insuffisante et inadaptée, sous l'effet :

- de la vétusté du parc
- des destructions dues à la guerre
- des énormes déplacements de population liés à l'exode rural et au développement de l'urbanisation.

La toute jeune Sécu a du faire face, à sa création, à une situation de pénurie, dont elle n'a pu sortir qu'en mobilisant tous les acteurs disponibles, y compris les acteurs privés.

Dans tous les établissements, qu'ils soient de statut public ou privé, les services médicaux rendus au patient sont pris en charge de façon comparable, et quasi totale, sauf en ce qui concerne les dépassements d'honoraires des praticiens, plus fréquents dans le privé que dans le public.

L'utilisateur qui bénéficie du service médical de base ne paie rien; seules les prestations hôtelières considérées comme de luxe peuvent faire l'objet d'un complément de facturation.

Jusqu'en 2002, les Caisses d'Assurance maladie se sont comportées en pratique en autorité de tutelle des établissements privés, dans une relation satisfaisante pour les deux parties.

Les Caisses trouvaient dans les établissements privés des interlocuteurs très sensibles à leurs arguments financiers, alors qu'elles n'avaient en pratique aucune autorité sur les établissements publics, placés sous la tutelle directe de l'État.

Toute l'histoire des cliniques françaises s'est écrite dans ce contexte de dialogue avec la Sécu.

Il faut, à ce stade de l'exposé, vider un litige sémantique.

Pour un Français, une clinique est une polyclinique, avec un y, du grec poly, voulant dire plusieurs. Pour un Canadien, une clinique est une policlinique, avec un i, du grec polis, voulant dire ville.

Pour le premier, une clinique est un établissement hospitalier exerçant plusieurs activités d'hébergement. Pour le second, une clinique est un lieu d'exercice de la médecine de ville. Quand j'utiliserai le mot clinique, cela signifiera un petit hôpital privé.

Dans le dialogue avec la Sécu, les établissements privés ont apporté :

- la capacité à faire face à un besoin massif de santé publique
- la capacité de financement
- l'efficacité technique
- l'efficacité économique
- l'adaptabilité
- la sécurité
- une nouvelle approche de la prise en charge du patient
- la coopération public-privé.

La capacité à faire face à un besoin massif de santé publique

Dans une période de pénurie générale d'après-guerre, des entrepreneurs privés, généralement médecins, ont réussi à créer plus de 1000 établissements qui ont permis de faire face aux besoins, essentiellement en chirurgie et en obstétrique.

Dans certaines villes de la banlieue parisienne, comme Argenteuil par exemple, sept établissements d'hospitalisation privés se sont ouverts, en face d'un hôpital public dépassé par les besoins.

Il s'agit généralement, alors, de petits établissements, de 30 à 60 lits, installés dans des bâtiments existants, souvent de confort et d'équipement limités, mais mis en place en un temps record.

Seule une petite armée d'entrepreneurs, connaissant bien le terrain, pouvait sentir le besoin, rassembler les moyens matériels et humains nécessaires.

La capacité de financement

Le grand avantage du secteur privé est qu'il assume seul le financement des investissements nécessaires à la création d'établissements.

De 1950 à 1960, il a été ouvert près de 75 000 lits d'hospitalisation privés, soit l'équivalent de 150 hôpitaux.

Un tel effort représenterait, en valeur actuelle, un minimum de 40 milliards d'euros, ou 60 milliards de dollars.

Il faut certes relativiser les comparaisons. Les cliniques privées construites dans les années 1950 et 1960 n'avaient rien à voir techniquement avec les hôpitaux modernes, mais la comparaison reste pertinente, quand on prend en considération le niveau de vie de la France à l'époque.

L'efficacité technique

La motivation de la plupart des médecins promoteurs du secteur lucratif était d'abord de disposer d'un outil de travail leur permettant d'exercer leur profession de chirurgien, de gynécologue ou d'interniste dans les meilleures conditions possible. Les cliniques n'étaient que le prolongement de leur cabinet.

Les cliniques étaient conçues pour que les praticiens aient le plus d'activités possible, dans le temps de travail le plus court.

Elles ont imposé l'hospitalisation ambulatoire, qui a été une véritable révolution dans le monde hospitalier. Les cliniques privées ont littéralement occupé ce terrain, jusqu'à détenir plus de 80 % de l'activité globale.

Cette efficacité permettait aux praticiens d'avoir une activité considérable, sans aucun rapport avec un exercice hospitalier traditionnel.

Cette efficacité technique reste une des caractéristiques du secteur.

Une enquête effectuée en 2000 par l'Agence régionale d'Île-de-France a montré des écarts énormes dans l'optimisation des blocs opératoires. Elle a mis en évidence le fait qu'un bloc opératoire privé produisait 2,5 fois plus qu'un bloc opératoire public.

Si la France n'a pas connu, depuis les années 1950, un rationnement de l'offre de soins, ou des délais d'attente importants, c'est à l'hospitalisation privée qu'elle le doit.

L'efficacité économique

De 1945 à 1973, la France a connu une période de prospérité et de développement sans précédent dans son histoire : les Trente Glorieuses.

Cette prospérité a permis d'absorber sans trop de difficultés la progression des dépenses de santé, qui a toujours été largement supérieure à celle du PIB.

Les établissements privés étaient rémunérés sur la base d'un prix de journée et d'un forfait d'acte.

Ces prix étaient calculés par l'Assurance maladie sur la base de budgets-types, en fonction du niveau d'équipement de l'établissement.

Des tarifs relativement modestes, permettant de couvrir les frais de fonctionnement et de renouveler l'outil technique, paraissaient suffisants. La vraie crainte des gestionnaires était que la Sécu diminue les budgets s'ils faisaient trop de bénéficiaires.

Jusqu'aux années 1980, moins d'un établissement privé sur dix distribuait des dividendes.

Les coûts des cliniques privées ont toujours été très raisonnables, en raison du modèle économique retenu :

- petites unités spécialisées
- équipement juste nécessaire
- taux d'occupation élevé
- le médecin fondateur remplissait la plupart des tâches d'administration et de gestion, avec souvent une aide familiale.

À partir de 1973, l'économie française a connu un ralentissement très marqué, à la suite du premier choc pétrolier, et la progression des dépenses de santé est devenue difficilement supportable.

L'État est progressivement intervenu de plus en plus vigoureusement pour encadrer l'évolution de ces dépenses. À partir de 1981, il a institué une régulation des dépenses de santé reposant sur deux régimes bien distincts, un public, un privé.

Le budget de l'Assurance maladie est divisé en deux enveloppes, dont le montant global est défini chaque année par le gouvernement.

La régulation du secteur public est faite par l'attribution à chaque établissement d'un budget annuel impératif et exhaustif, dit budget global..

La régulation du secteur privé est par contre une régulation à l'échelle nationale par une méthode tarifaire. Toute variation de cette enveloppe par rapport à l'objectif est transférée aux établissements par un ajustement des tarifs de l'année suivante.

En 1985, les établissements privés détenus par des structures sans but lucratif, ont dû opter soit pour le régime des établissements privés, avec une rémunération à l'activité, soit pour le régime des établissements publics, avec un budget global. Plus de 95 % d'entre eux ont opté pour le statut public, qui garantissait le niveau de revenus.

Les conséquences de cette réforme ont été majeures sur l'évolution du système de santé.

La croissance générale du budget hospitalier est restée significativement supérieure à celle du PIB, mais la croissance de l'enveloppe budgétaire des établissements publics a toujours été supérieure à celle de l'enveloppe du privé.

Les établissements publics ont reçu régulièrement des budgets largement supérieurs à l'augmentation des prix des biens et services sans avoir besoin de développer leur activité, qui, de ce fait, est restée stable.

À l'inverse, les établissements privés ont connu une forte progression de leur activité, qui a entraîné des dépassements de l'enveloppe budgétaire nationale privée. Ils ont en conséquence subi des pénalisations tarifaires. Leurs augmentations de tarifs ont de ce fait régulièrement été inférieures à l'augmentation des prix des biens et des services.

Pour survivre, les cliniques ont dû à la fois gagner de nouvelles parts de marché et améliorer leurs marges en contractant leurs prix de revient.

Pour gagner de nouvelles parts de marché, les cliniques privées ont développé de nouvelles activités, telles que les soins posthospitaliers. Elles ont de ce fait conquis de nouveaux marchés, au détriment d'un service public où l'immobilisme était la valeur de référence.

En fait, la Sécu a financé la prise en charge de nouvelles pathologies par le secteur privé, en prélevant sur les marges des établissements privés.

La recherche de l'efficacité et de la rentabilité est, de fait, apparue progressivement dans les cliniques dans les années 1980, et surtout 1990, pour compenser la baisse continue et régulière des marges.

En moins de vingt ans, les cliniques privées sont devenues des entreprises de grande efficacité, dans la plupart des domaines de leur activité.

Parallèlement, les établissements les plus dynamiques ont su se regrouper, pour constituer des établissements de taille importante (de 150 à 250 lits) permettant de véritables économies d'échelle.

Paradoxalement, alors que les marges se rétrécissaient en permanence, les établissements privés sont devenus des établissements rentables, avec des rentabilités certes modestes (rentabilité brute de l'ordre de 10 % du chiffre d'affaires et du niveau des investissements), mais une bonne visibilité à moyen et long terme.

Cette période a été une intense période de concentration du secteur avec l'apparition d'opérateurs de niveau national (Société Générale de Santé, CLININVEST, MEDIDEP, CLINEA), possédant de 20 à 150 établissements.

À l'inverse, les cliniques qui n'ont pas su évoluer ont pratiquement toutes disparu.

Alors que les établissements privés à but lucratif étaient condamnés à une évolution permanente, les établissements privés à but non lucratif à budget global, ont connu une stagnation à peu près complète. Ils ne se sont pas développés, et n'ont pas modifié leurs méthodes de gestion.

Lorsque le ministère de la Santé, en 2000, a obligé tous les établissements hospitaliers publics et privés à déclarer et à valoriser leur activité, il est apparu des disparités énormes

entre les différentes catégories d'établissements. L'unité de mesure de production utilisée (le point ISA) coûtait en moyenne :

- 11 francs, tous frais compris, dans les établissements privés lucratifs
- 15 francs dans les hôpitaux publics
- 18 francs dans les établissements privés non lucratifs (avec un maximum de 23 francs en chirurgie et obstétrique)

En quinze ans, l'écart d'efficacité entre les établissements privés à budget global et ceux payés à l'acte atteignait 60 %. Ceci permet vraiment de mesurer le chemin parcouru par le privé conventionné à but lucratif.

L'adaptabilité

Les priorités de santé publique ont constamment évolué au cours des 50 dernières années.

L'adaptation aux nouvelles situations s'est faite avec difficulté à la fois dans le public et dans le privé.

Les établissements du secteur public, protégés par leur budget global, se sont adaptés très lentement, sous la contrainte des tutelles.

Les établissements privés se sont adaptés aux besoins, ou ils ont disparu, et ce, très rapidement.

Plus de 60 % des cliniques privées intervenant dans le secteur de la chirurgie et de l'obstétrique ont disparu depuis 1990.

Les sept cliniques d'Argenteuil ont toutes disparu, faute d'avoir su se reconverter ou se regrouper à temps.

À l'inverse, par exemple les trois cliniques de Saint-Denis ont su s'adapter en profondeur, et devenir pour deux d'entre elles des établissements de référence.

La plus ancienne, la clinique de l'Estrée, a su se délocaliser dans la commune voisine de STAINS, dépourvue d'hôpital public, et devenir progressivement un hôpital privé de 300 lits et places assurant toutes les fonctions d'un hôpital, y compris les urgences et la réanimation.

La seconde, le Centre Cardiologique du Nord, est devenue l'établissement hospitalier régional de référence en cardiologie, avec plus de 200 lits.

La troisième, rachetée par la précédente, est devenue un centre de rééducation cardiologique prospère.

Le secteur privé s'est développé là où l'hôpital public n'a pas su faire face aux besoins de la population.

Le secteur privé est, par exemple en région parisienne, très implanté dans les zones pauvres, et relativement faible dans les zones riches.

Les raisons de ce paradoxe sont simples.

Les hôpitaux publics devaient, jusqu'en 2008, ne recruter que des médecins ayant un statut de fonctionnaires, libres d'accepter ou de refuser leur nomination dans un hôpital quelconque.

La plupart des praticiens refusaient rigoureusement la nomination dans un hôpital des banlieues défavorisées ou trop éloignées de Paris, qui ne leur garantissait ni la qualité de vie, ni les perspectives d'une évolution de carrière universitaire.

Les meilleurs obtenaient sans difficulté leur nomination dans l'un des CHU prestigieux de Paris ou des banlieues prospères sud et ouest.

Dans ces zones irriguées par des CHU parfaitement pourvus en moyens techniques et humains, le secteur privé est toujours resté faible.

Il y a une seule clinique de plus de 200 lits à Paris, et aucune dans le département voisin des Hauts de Seine, le plus riche de France.

Certains établissements privés installés dans ces zones ont cherché à se différencier en offrant des prestations luxueuses, et en ayant recours à des praticiens de renom. Un seul établissement a réussi à assurer sa pérennité dans ce créneau : l'Hôpital américain de Neuilly.

À l'inverse, dans les zones pauvres, l'offre publique a très souvent été de mauvaise qualité, à tous les niveaux : médical, hôtelier, accueil, etc.

Les cliniques privées ont mis en place une offre de qualité. La faiblesse des recettes accessoires d'hébergement a obligé les établissements à se regrouper en cliniques de grande taille. On compte sept établissements de 200 lits et plus en Seine Saint-Denis, le département le plus pauvre de la région.

Ceci explique que 50 % des patients bénéficiant de la sécurité sociale au titre de la CMU (couverture maladie universelle), offerte aux personnes sans ressources, soient pris en charge dans les établissements privés.

La sécurité des patients

Les cliniques, structures de droit privé, sont poursuivies en justice, dès qu'elles manquent à la sécurité des patients, de quelque façon que ce soit. Ces poursuites judiciaires entraînent généralement l'intérêt des médias, et une contre-publicité catastrophique

À Paris, la clinique du Sport, établissement de référence en orthopédie, a perdu définitivement sa réputation après avoir contaminé des patients, par une faute de stérilisation.

La clinique d'Essey les Nancy, établissement de pointe en cardiologie interventionnelle, a été accusée à tort de réutiliser des sondes à usage unique, et ses dirigeants inculpés. Personne n'a été condamné, mais la clinique a été mise en faillite, faute d'activité.

Les hebdomadaires nationaux publient des enquêtes sur la qualité des établissements de soins. Ces enquêtes sont fortement orientées sur la sécurité des patients : niveau d'activité garantissant une bonne pratique, lutte contre les infections nosocomiales, taux de mortalité, etc. Un bon ou un mauvais classement ont une influence importante sur le développement des établissements.

Les médecins sont parfaitement conscients du risque juridique et médiatique qu'ils encourent, et la plupart préfèrent limiter leur activité en clinique privée plutôt que de courir un risque pour leur carrière.

Les médecins prescripteurs sont également extrêmement vigilants lorsqu'ils conseillent un établissement ou un praticien pour une intervention d'un certain niveau.

En deux mots, le succès d'un établissement privé dépend d'abord de sa réputation.

Lorsque nous avons repris la clinique Vauban, en 2003, la réputation en matière de chirurgie était mauvaise, du fait notamment de la vétusté des blocs opératoires, de la stérilisation et de l'absence de service de réanimation postchirurgicale.

La seule méthode pour développer l'activité chirurgicale a consisté à investir massivement dans la sécurisation des installations.

Nous avons construit un bâtiment neuf de très haut niveau, regroupant toutes les installations techniques assurant la sécurité des patients :

- blocs opératoires, endoscopiques et obstétricaux
- unité de traitement de l'air
- service de réveil
- service de réanimation postchirurgicale
- service d'accueil ambulatoire
- service de stérilisation.

L'investissement global représente 10 millions d'euros, pour une augmentation de capacité d'hospitalisation très limitée

Mais l'ouverture des nouvelles installations s'est traduite par une augmentation de l'activité chirurgicale de près de 30 %, et surtout par un développement de la chirurgie la plus lourde et la plus rémunératrice : neurochirurgie, chirurgie artérielle, chirurgie thoracique.

L'investissement dans la sécurité est véritablement devenu un investissement stratégique à long terme pour les établissements de santé privés.

Une approche nouvelle de la prise en charge du patient

Se développer dans le privé est vital, mais difficile, car le budget de l'assurance santé n'est pas indéfiniment extensible.

Un projet présenté par une clinique doit obligatoirement :

- correspondre à une priorité de santé publique reconnue
- apporter une amélioration dans la prise en charge médicale
- générer des économies pour l'Assurance maladie.

Seules les équipes capables de concevoir des établissements ou des services innovants peuvent actuellement prétendre à un développement.

Notre équipe a une solide expérience dans ce domaine.

Au cours des quatre dernières années, nous avons mené trois projets innovants dans des domaines différents :

- la rééducation des accidents vasculaires cérébraux
- la prise en charge des insuffisants rénaux âgés
- la prise en charge des hyperobèses et des diabétiques.

Le service de réadaptation neurologique a ouvert début 2007. C'est d'ores et déjà un succès sur le plan médical et une opération rentable.

Il n'y a pas d'innovation sur le plan strictement médical. Les techniques utilisées sont connues. L'innovation réside dans l'organisation.

Celle-ci permet de réaliser, à coût très modéré :

- la précocité de la prise en charge, en sortie directe de réanimation
- la continuité et l'intensité de la rééducation
- le suivi posthospitalier.

La précocité de la prise en charge nécessitait une présence médicale et infirmière forte et permanente.

L'intensité de la rééducation nécessitait un personnel paramédical important (physiothérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, orthophonistes, assistantes sociales) une alimentation optimisée, et une surveillance médicale et paramédicale renforcée.

La continuité de la prise en charge impliquait que les patients soient en activité au minimum sept à huit heures par jour

Nous avons adopté une organisation du travail originale, qui repose sur quelques principes :

- les patients ne restent dans leur chambre que pour dormir, quel que soit leur état physique
- dans la journée, la surveillance et les soins infirmiers sont réalisés sur le plateau technique et au restaurant par un personnel qui suit les patients
- les locaux sont conçus de manière à ce que tous les patients soient ensemble, dans les mêmes espaces, à chaque moment de la journée
- la responsabilité administrative du service appartient à un médecin de l'équipe
- chaque médecin du service est obligatoirement appelé à connaître personnellement chaque patient
- un médecin rééducateur est présent en permanence sur le plateau technique. Il assure à la fois la supervision des thérapeutes et des soignants, et l'examen quotidien des patients en situation d'activité.

Une aide soignante va, au cours de la même journée de douze heures (treize heures de présence) :

- lever le patient, et faire sa toilette
- lui donner son petit déjeuner
- l'accompagner sur le plateau technique, y compris dans la piscine
- l'accompagner au restaurant, le servir et le faire manger, au déjeuner et au dîner
- lui servir une collation dans l'après-midi
- le coucher.

Une infirmière va pouvoir, au cours de la même journée :

- donner les soins du matin, et les médicaments, dans la chambre
- surveiller un groupe de patients au gymnase, le matin, et assister le médecin dans sa visite
- accompagner les patients au restaurant, aux deux repas, pour assurer la surveillance médicale, la surveillance de la prise de nourriture et l'administration des médicaments
- assurer les soins à l'infirmerie du plateau technique durant l'après-midi
- donner les soins du soir, en chambre
- assurer la transmission avec l'équipe de nuit.

Cette organisation nous permet de traiter en moyenne 70 patients par jour, dont 50 hospitalisés, avec une équipe médicale et paramédicale de 59 personnes.

Par comparaison, les établissements concurrents utilisent, pour un même nombre de patients, avec une prise en charge moins intense, environ 80 salariés ETP.

La prise en charge à domicile est particulièrement large, puisqu'elle couvre :

- un accueil hospitalier ambulatoire pour la rééducation et les soins lourds
- la fourniture de prestation ménagère à domicile
- la fourniture de repas diététiques à domicile
- des prestations de transport par véhicule adapté.

Cette prise en charge à domicile nous permet de fidéliser notre clientèle, et d'assurer le plein emploi des installations, dans une activité où le seuil de rentabilité n'est atteint qu'avec un taux d'occupation supérieur à 90 %.

Notre approche intéresse l'Assurance maladie, puisque nous avons atteint les objectifs fixés :

- les durées de séjour sont inférieures à celles de nos concurrents
- le taux de retour à domicile est exceptionnel
- le taux de satisfaction des patients est particulièrement élevé
- le tarif journalier est inférieur de 30 % à celui des établissements publics pratiquant les mêmes activités.

Nous ouvrons en 2008, en région parisienne, un établissement prenant en charge de grands exclus : les personnes à la fois insuffisantes rénales, âgées, et en précarité sociale. L'établissement que nous créons doit à la fois les dépister, les soigner et les loger.

Il améliore fondamentalement la vie des patients tout en faisant économiser 40 000 euros par an et par patient à l'assurance maladie.

Toute la difficulté vient de ce que les financements dépendent de quatre administrations et de cinq budgets différents, et que chaque administration protège jalousement ses ressources. Il a fallu un arrêté ministériel pour que nous puissions créer notre établissement.

L'apport de notre équipe est plus situé dans l'ingénierie juridique et financière que dans l'aspect médical. Pour obtenir l'ensemble des financements, nous avons dû créer trois corporations et passer des accords avec des groupes pharmaceutiques pour obtenir des subventions et des conditions d'achat préférentielles. Au total, cinq à six ans de travail.

Notre intérêt dans cette opération est que nous avons pu obtenir une autorisation très rare d'exploitation d'un centre de dialyse, de manière exceptionnelle, hors plan régional.

En nous adjoignant une maison de retraite et un centre de dépistage et de prévention, activités sans recherche de profit, nous nous assurons une clientèle régulière et la clientèle future.

Nous avons à Lyon un projet de prise en charge d'autres exclus : les obèses diabétiques.

Nous avons retenu l'intérêt de l'agence régionale de l'hospitalisation en proposant une méthode de prise en charge innovante, très proche de celle que nous utilisons pour les accidents vasculaires cérébraux.

Elle repose sur :

- une période d'hospitalisation courte, intense, mais plus orientée sur l'acquisition de nouvelles règles de vie, de préférence présentées de façon agréable, que sur la perte de poids immédiate

- une période de suivi en hospitalisation ambulatoire de 3 à 6 mois permettant de stabiliser les acquis de l'hospitalisation
- une période de suivi à domicile de 6 mois par une psychologue et une diététicienne.

Ces trois exemples ne sont qu'une faible partie de l'apport du privé à l'amélioration de la prise en charge des patients.

La coopération public-privé

Depuis quelques années, l'État a entrepris une grande réforme du secteur public en s'inspirant du fonctionnement du secteur privé.

Depuis cette année, tous les hôpitaux, publics ou privés, sont soumis à la Tarification à l'activité (TAA), c'est-à-dire payés exclusivement en fonction des soins livrés aux patients.

Les autres maîtres mots de cette réforme sont :

- affirmation du pouvoir de gestion du directeur
- libéralisation du statut des médecins hospitaliers
- regroupements interhospitaliers
- coopération public-privé.

Les exemples de collaboration public-privé se multiplient depuis quelques années.

La clinique Vauban s'est ainsi engagée dans une série de coopérations très étendues avec l'hôpital de Montfermeil, situé à cinq kilomètres de Livry Gargan, et à quinze de Paris.

Les deux établissements ont fait le choix d'une coopération public-privé, au lieu d'une collaboration entre établissements de même statut, pour des raisons d'opportunité :

- présenter une offre de soins cohérente sur un secteur de 300 000 habitants
- réduire les fuites de patients vers Paris, en organisant la complémentarité entre les établissements
- éviter un mariage forcé avec d'autres établissements à visée hégémonique.

La coopération porte notamment sur quatre axes :

- la cancérologie
- la neurologie
- le traitement de l'insuffisance rénale
- l'engagement de praticiens communs.

En cancérologie, nous avons créé un vrai réseau, avec Comité de Coordination commun, réunions médicales pluridisciplinaires communes, et organisation du parcours de soins des patients concertée.

Chaque établissement en tire des avantages substantiels.

La clinique, qui n'intervient qu'en matière de chirurgie, peut faire bénéficier ses patients du plateau technique lourd de l'hôpital, et développer son activité chirurgicale.

L'hôpital bénéficie de l'apport de clientèle du réseau privé des médecins de la clinique. Cet apport représente plus du tiers de l'activité de ses services de cancérologie.

Le réseau a un niveau d'activité suffisant pour prétendre, sur le plan réglementaire, à la prise en charge de tous les types de cancers, chose à laquelle chaque établissement ne pourrait prétendre individuellement.

En neurologie, l'accord est plus informel. Il porte sur les accidents vasculaires cérébraux. La clinique dispose d'un service de réadaptation neurologique de haut niveau, apte à prendre les patients en charge en sortie de réanimation, à faire tous les bilans fonctionnels et à accompagner les patients dans leur retour à domicile, mais n'a pas de services de médecine aiguë.

L'hôpital dispose d'un service de réanimation et d'un service cardiologique de très bon niveau, mais n'a pas de service de neurologie.

Il est censé, dans le cadre de l'organisation du réseau de neurologie, adresser ses patients, pour suivi neurologique, à un hôpital doté d'une unité spécialisée, dite unité neurovasculaire qui, bien entendu assure le suivi ultérieur de ces patients, alors que 90 % des complications postaccidentelles sont d'origine vasculaire.

En transférant les patients, directement après réanimation, à la clinique, l'hôpital s'assure de garder le contrôle du trajet ultérieur du malade en cardio-vasculaire.

La clinique s'assure, quant à elle, d'une couverture cardio-vasculaire de ses activités par l'hôpital.

En matière d'insuffisance rénale, l'hôpital de Montfermeil n'a pas été retenu par le schéma régional comme site de médecine néphrologique, alors qu'il était pratiquement chef de file départemental en matière de prise en charge de l'insuffisance rénale en urgence et en réanimation. L'hôpital a enregistré de ce fait une baisse de son activité de réanimation et en médecine.

En permettant à la clinique d'implanter sur son terrain une unité de dialyse, une unité d'hébergement des personnes âgées dédiée et un centre de prévention de l'insuffisance rénale, il a de fortes chances de retrouver son activité antérieure.

En s'installant sur un site présentant toutes les garanties sur le plan médical, la clinique est assurée de développer ses activités d'hémodialyse.

Quant au recrutement des médecins, nous pratiquons déjà avec l'hôpital de Montfermeil des recrutements communs, permettant d'assurer à ceux-ci un double statut et des rémunérations complémentaires. Ceci a permis à l'hôpital de Montfermeil et à la clinique Vauban de recruter quatre chirurgiens de haut niveau issus des meilleurs CHU parisiens, qui n'auraient jamais accepté de s'exiler dans le département défavorisé de Seine Saint-Denis sans cette garantie.

Les perspectives

Le secteur privé a encore un rôle important à jouer en France, mais les années qui viennent vont être difficiles pour lui.

Le changement des modes de gestion des hôpitaux va libérer des énergies actuellement complètement bridées, et il est prévisible que le secteur purement public regagne dans les prochaines années des parts de marché significatives.

Les établissements privés lucratifs les moins dynamiques risquent de faire les frais de ce réveil du géant endormi. Il est vraisemblable que de 15 à 20 % des cliniques privées devront encore disparaître.

Conclusion

Le système français de santé est sans aucun doute perfectible, mais il obtient des résultats supérieurs à ceux de la plupart des pays développés, pour un coût tout à fait comparable, en se fondant sur quelques principes :

- ***l'universalité et la gratuité de l'accès aux soins***
- ***le libre choix du dispensateur de soins, qu'il soit public ou privé***
- ***le pragmatisme dans la gestion du système.***

Le système est ouvert, et permet d'introduire l'émulation et la concurrence entre les divers acteurs de santé, tout en maintenant un secteur public puissant.

La présence d'un secteur privé conventionné, dynamique et bien contrôlé, a permis de maintenir une offre de soins abondante, peu onéreuse et de qualité.

Le secteur privé a apporté une solution de substitution là où les hôpitaux publics n'ont pu remplir leur rôle avec efficacité. Il l'a renforcé dans tous les autres cas, en l'obligeant à s'adapter et à se réformer, sur six points principaux que je rappelle :

- la capacité de financement
- l'efficacité économique
- l'efficacité technique
- l'adaptabilité
- une nouvelle approche de la prise en charge du patient
- la coopération public-privé.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez prendre contact avec :

Katherine Vanda
Coordonnatrice du développement
Institut économique de Montréal
Téléphone : 514 273-0969 (p. 2232)
kvanda@iedm.org