

Une santé « pas si publique... » ou l'industrie du soin

Le secteur de la santé, un mastodonte de l'économie, avec plus de 300 GF pour l'hospitalisation publique, se fait pourtant bien petit (40 GF) lorsqu'on évoque le secteur privé. Avec 2 000 établissements, l'activité des cliniques privées, qui développent aujourd'hui de véritables stratégies industrielles, représente pourtant près de 60 % des entrées en chirurgie, 40 % en gynécologie et près de 20 % en médecine.

**par Philippe Leroy
et Jérôme Lionet**

Les hôpitaux privés à but lucratif d'aujourd'hui sont les héritiers des institutions d'assistance aux pauvres du XVIII^e siècle ! Cependant, leurs méthodes de gestion tiennent plus à celles de l'industrie que d'une activité philanthropique, et cela avec un outil de production original : le lit. Indiquons des maintenant qu'une clinique dispose d'un deuxième outil de production : le plateau technique qui regroupe les équipements lourds. Mais, si un chiffre suffisait à décrire une clinique, ce serait le nombre de lits.

Cependant, si vous vous promenez dans une clinique et comptez le nombre de lits, vous en trouverez bien plus que ce que vous annonce le directeur... Ce n'est pas que celui-ci ait des problèmes sérieux avec l'algèbre, mais un lit n'est pas pour lui une unité mobilière ; c'est une autorisation administrative d'accueillir un patient en hospitalisation par jour.

Le lit : une autorisation cessible à valeur marchande

Le lit est tout de même une capacité de production originale puisque le nombre en est limité administrativement. Les capacités actuellement installées étant excédentaires, toute nouvelle création est interdite. Seules sont permises les ventes entre établissements. Le lit est en effet une autorisation cessible qui a une valeur marchande. Fin des années 80, période d'intense spéculation, un lit pouvait valoir jusqu'à 600 KF ; aujourd'hui le prix varie entre 0 F et 200 KF.

Ce lit, moyen de production, est source de chiffre d'affaires et de bénéfices ; il est aussi source de charges fixes en raison de la surface induite - on l'évalue à 10 m² (chambre, couloir, circuits d'alimentation) - et du personnel qui lui est attaché. Ce lit doit être occupé pour être rentable. L'obsession du directeur de clinique est donc de remplir sa capacité hôtelière tous les jours à midi afin de maximiser le taux d'occupation. Ce taux d'occupation est, après le nombre de lits, le deuxième chiffre-clef d'une clinique. La charge de remplir les lits chaque

jour échoit à la surveillante générale qui établit chaque jour à 13h00 le programme prévisionnel de rentrées. Si le nombre disponible de lits libres apparaît supérieur au nombre de rentrants, il n'y a de problème qu'économique. Dans le cas contraire, il y a un problème réglementaire : il faut libérer des lits. La surveillante doit alors négocier des sorties avec les médecins.

Le remplissage des cliniques est, de plus, l'objet de variations cycliques : un creux en été et un pic après les vacances de Noël. Il arrive que, pendant ces pics, le taux d'occupation soit supérieur à 100 % ! A cela plusieurs explications. D'abord, il est évidemment difficile de prévoir le nombre de patients arrivant en urgence dans une journée et on peut donc être contraint, bien malgré soi, à accepter plus de patients qu'autorisés. Mais surtout, cela tient au système de comptage : le jour d'arrivée et le jour du départ du patient sont comptés comme des journées complètes. Une journée est ainsi payée deux fois si un patient vient en remplacer un autre dans le même lit. La clinique a tout intérêt à faire tourner rapidement ses patients : c'est le début de sa vocation industrielle.

Il est temps de rappeler que les cliniques privées

lucratives sont financées, en fonction de leur activité, sur la base de tarifs négociés avec l'administration (1), aux premiers rangs desquels :

- le forfait journalier de séjour ou prix de journée (PJ), qui couvre forfaitairement l'ensemble des frais de séjour, de soin et d'hébergement des patients ;

(1) Depuis les ordonnances du 24 avril 1996 avec les Agences régionales de l'hospitalisation.

- le forfait de salle d'opération (FSO), lié proportionnellement à la cotation en K (2) des actes réalisés.

Le prix de journée et le forfait de salle d'opération constituent la majeure partie des ressources financières d'une clinique et représentent respectivement 60 % et 30 % des financements publics d'une clinique chirurgicale. La fertilité de l'imagination de la tutelle a permis d'inventer une multitude de tarifs complémentaires : frais d'anesthésie-réanimation, forfait journalier pour les médicaments coûteux, frais de salle de travail, frais d'accouchement

gémellaire, frais de transport des produits sanguins, les suppléments alimentation parentérale, suppléments chambre particulière pour raison médicale, majorations de frais d'environnement pour la nuit, majorations de frais d'environnement pour le week-end, majorations de frais d'anesthésie pour la nuit, majorations de frais d'anesthésie pour le week-end...

Une clinique a donc d'autant plus intérêt à renouveler ses patients que ses bénéficiaires viennent non seulement de son activité hôtelière (PJ) mais surtout de sa pratique opératoire (FSO). Plus de patients, c'est plus d'opérations - un patient ne subit la plupart du temps qu'une opération par séjour - donc plus de rémunérations pour des actes opératoires. On touche définitivement là à la vocation industrielle de la clinique. Une clinique sur le déclin adoptera une stratégie hôtelière, elle cherchera à maximiser la durée de séjour de ses patients. Une clinique performante cherchera à diminuer la durée de séjour de ses patients. Ces tendances sont mesurées officiellement par le troisième chiffre-clé : la durée moyenne de séjour (DMS).

Un gestionnaire de clinique ne disposera pratiquement que de ces trois chiffres sur son tableau de bord : le nombre de lit, le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour. En effet, seules 10 % des cliniques disposent de comptabilité analytique : on ne sait pas encore combien a coûté tel patient, on sait cependant détecter un médecin qui utilise plus de compresses que ses

confrères. Cependant, si la gestion d'une clinique n'a pas réclamé un système comptable performant, c'est que le découpage juridique s'y est substitué.

Des virtuoses du bistouri juridique

L'interrogation « une clinique : une usine ou un hôtel ? » pourrait laisser place à « des usines ou des hôtels ? ». Lorsque vous séjournez dans une clinique, vous avez de bonnes chances de solliciter une foule d'entités juridiques bien distinctes. Une

clinique peut compter jusqu'à une quinzaine de sociétés différentes avec des actionnariats différents. Les investissements de radiologie (radiologie conventionnelle, imagerie, scintigraphie...) se retrouvent logés dans des SCP ou SCM propres détenues par des radiologues. Les bâtiments appartiennent à une ou des SCI, le laboratoire doit légalement faire jeu à part, le personnel administratif est employé par une SA en charge de l'exploitation, et une cascade de SA ou SARL peut être à la tête de celle-ci. Aussi nos médecins actionnaires sont-ils des virtuoses du

bistouri juridique. L'origine de ce découpage juridique repose sur des optimisations fiscales et, surtout, sur l'isolement des intérêts des différents médecins rivaux. Tout en permettant une claire séparation des intérêts, ces structures juridiques complexes rendent opaque la situation financière du secteur. Il est, en effet, difficile de discuter de la rentabilité d'une clinique, tant il est d'abord difficile de savoir de quoi on parle.

Nos cliniques modernes ont ainsi de véritables logiques de gestion : remplissage du type hôtelier, accélération du roulement de la clientèle, découpage juridique... Elles développent aussi de véritables stratégies.

Le premier capital d'une grande clinique (150 lits) c'est son image de

marque, notion qui recouvre à la fois des valeurs d'excellence médicale, de rigueur sanitaire et de qualité hôtelière. Certaines cliniques vont même jusqu'à embaucher un responsable de la communication, chose peu commune dans le monde industriel pour une entreprise de cette taille.

Le capital, c'est aussi, bien évidemment, le plateau technique qui rassemble l'ensemble des installations autour desquelles les médecins exercent leur art. Ces installations sont centrées autour du bloc opératoire, centre nerveux de la clinique. Il comporte des tables d'opération, du matériel de suivi des patients (instruments de mesure) et d'assistance. On peut rajouter à ce matériel l'ensemble des machines d'imagerie (RMN, scanner) et de radiographie (scintigraphie, radiologie conventionnelle), même si bien souvent celles-ci n'appartiennent pas stricto sensu à la clinique. L'acquisition et le renouvellement, aujourd'hui de plus en plus rapide, de ces matériels représentent de forts investissements pour les établissements. Rentabiliser devient de plus en plus difficile. La concurrence entre établissements est de plus en plus rude. Aussi chacun doit-il choisir au mieux les spécialités qu'il veut exercer. Comme toute entreprise, les cliniques doivent se positionner sur leur marché et sélectionner des segments de mar-

ché : leurs spécialités. L'un des premiers critères de choix d'une spécialité est sa rentabilité au regard de sa tarification. Il est toutefois simpliste et loin de tout expliquer. Les visites que nous avons effectuées nous ont permis de mettre en évidence les critères de choix des spécialités :

- la sinistralité, car le maintien de l'image de l'établissement pousse à écarter toute pathologie (ou praticien) qui serait potentiellement une cause de sinistre (d'autant plus que le risque pénal s'accroît) ;
- la cotation rentable, car il vaut mieux, évidemment, se placer sur les actes surcôtés ;

(2) Le K est l'unité d'œuvre de l'activité et de la rémunération du médecin, chaque acte chirurgical possède une K-cotation.

Un leader en retrait

L'aventure de la Compagnie Générale de Santé est exemplaire de l'histoire des investisseurs. Commencée en 1986 sous la présidence de Guy Dejouany, elle a pris fin en juillet 1997 par le retrait de la CGE au profit du fond britannique CIMVEN. La cession s'est effectuée pour un montant de 9 GF, avec un endettement de 5 GF pour un chiffre d'affaires de 4 GF et plus de 2500 lits en France.

La CGS détient la place de numéro un dans le paysage de l'hospitalisation privée en Europe. Cependant, elle ne se limite pas seulement aux cliniques. Le groupe a développé une véritable stratégie de service. Issues à l'origine de l'externalisation des fonctions propres aux cliniques, les activités de service constituent maintenant un véritable groupe. La Générale de Santé Service réalise 1 GF de chiffre d'affaires dans :

- la gestion et la maintenance d'équipements biomédicaux ;
- le nettoyage et l'hygiène hospitaliers ;
- la gestion de l'audiovisuel, du téléphone et des boutiques ;
- l'informatique de santé ;
- la gestion des services aux laboratoires d'analyse biologique.

- la production possible en volume (c'est-à-dire standardiser les actes opératoires dans une logique de série et tendre les flux pour optimiser l'utilisation des capacités installées) ;

- la synergie de gamme (caractère attracteur d'une pathologie au profit de l'ensemble de la gamme).

Ces différents critères permettent aux cliniques les plus dynamiques d'avoir une action volontariste pour construire leur gamme de produits :

- le haut de gamme comprend les spécialités à forte rentabilité (une hémodialyse rapporte 25 % net sur chiffre d'affaires) et très forte image (prothèses orthopédiques) sur des marchés porteurs ;

- le cœur de gamme, où l'on recherche avant tout la standardisation du processus opératoire ; optimiser l'utilisation des capacités de production, tendre les flux, programmer sa production sont, en effet, des soucis légitimes pour tout industriel, et les cliniques n'y échappent pas ; ainsi, occuper au mieux le plateau technique, c'est favoriser les actes opératoires riches en K et qui demandent de faibles DMS (65 % des appendicectomies et 80 % des cataractes sont opérées dans le privé lucratif) ;

- les produits d'appel, qui sont bien souvent des spécialités produites à perte (ainsi, garder le service d'obstétrique relève de l'obligation commerciale vis-à-vis de la famille qui devient

dès lors cliente captive) ; il en est de même des urgences qui, bien que non cotées, sont de plus en plus présentes dans les structures privées (après un tri de gravité et de solvabilité, 10 % des patients admis aux urgences sont hospitalisés et, pour certaines cliniques, ces patients peuvent représenter jusqu'à 20 % des entrées en hospitalisation).

Le tout n'est pas d'avoir de bons produits encore faut-il fidéliser la clientèle (on peut parler d'une véritable organisation « *customer driven* »). Les cliniques ont, depuis leur création, développé de fortes stratégies d'accueil et de confort : faible

niveau des temps d'attente, services associés aux séjours. Ceci permet de fidéliser une clientèle très sensible au confort et de générer des revenus complémentaires (le supplément chambre individuelle compte pour 6,6 % de leurs revenus (3)). Ces stratégies d'accueil concernent patients et visiteurs. On connaît, bien entendu, la

vente de journaux à l'entrée des cliniques. Nous avons rencontré une clinique qui dégage un résultat supplémentaire de 1 % sur chiffre d'affaires grâce à l'exploitation du parking. Dans ces conditions, les plus dynamiques développent une véritable politique de communication qui concerne trois cibles :

- des patients à « *cocoonner* » ;
- une tutelle toujours menaçante ;
- des médecins correspondants (4) attracteurs.

Dans le premier cas, de la publicité est faite en ville ou dans la presse locale. Contrairement aux hôpitaux publics qui rassemblent en un même lieu jusqu'à 2 000 lits, les cliniques conservent une dimension humaine avec 80 lits en moyenne. Leur communication est axée sur la chaleur et le confort liés à cette taille.

Pour ce qui est de la tutelle, il est indispensable de montrer à l'administration que l'établissement est incontournable localement et que toute décision unilatérale serait dommageable pour la population (« chantage » à l'emploi ou à la qualité sanitaire).

Enfin, la troisième cible, que représentent les médecins correspondants, est la force de vente de l'établissement. Un patient décide en effet rarement de l'établissement où il sera hospitalisé, il suit toujours l'avis de son médecin (5) sauf rumeur négative.

Ces médecins sont invités pour toute inauguration de nouvelle installation et périodiquement staffés (6). De plus, le retour d'information sur le suivi du patient traduit ce lien par l'envoi systématique des diagnostics et du compte rendu de sortie.

De véritables managers

Mettre en œuvre l'ensemble de ces stratégies industrielles demande aux cliniques d'être dirigées par de véritables managers. C'est là un changement profond dans l'univers médical intervenu dans les années 80. Ces managers, souvent sans formation médicale, sont arrivés en même temps que les investisseurs institutionnels. Leur analyse stratégique reposait sur différents éléments :

- un marché en croissance en raison de l'augmentation de la demande sociale et le vieillissement de la population ;
- un secteur atomisé à restructurer ;
- un management par le corps médical des établissements peu efficaces ;

(3) Etude UHP-CTC 1996.

(4) On appelle médecin correspondant un praticien de ville qui adresse à la clinique des malades.

(5) Effet d'orientation de la clientèle par asymétrie d'information.

(6) Le staff est une réunion du corps médical de l'établissement pendant laquelle un diagnostic délicat est fait en commun.

- la montée en puissance de la régulation qui devait favoriser des acteurs forts ;

- l'externalisation qui pouvait faire naître des groupes de service profitables.

Ces investisseurs pariaient donc sur un rétablissement des marges après restructuration industrielle et capitalistique. Cependant, force est de constater que cette déferlante n'a pas eu lieu. En effet, aujourd'hui, moins de 10 % des lits sont détenus par des groupes industriels. Toutefois, les cliniques n'en ont pas moins vu arriver à leur tête, qu'elles soient détenues par un groupe ou non, un gestionnaire plus qu'un praticien de l'art médical (voir l'encadré ci-avant sur l'aventure de la CGS).

Contrairement à l'activité de gestion des cliniques, le métier des services mobilise peu de fonds propre et génère une rentabilité de 20 % sur fonds propres sur un marché se développant grâce aux restructurations du service public.

La masse salariale représentant plus de la moitié des charges d'une clinique, l'une des premières préoccupations des managers, lors de la reprise en main d'une clinique ou de la gestion quotidienne, est la gestion des ressources humaines. Celle-ci concerne d'abord les médecins, mais aussi le personnel soignant.

Pour la composition du corps médical, la règle d'or est simple : il ne faut prendre aucun risque avec un mauvais médecin et les stars ne sont pas nécessaires. En effet, un mauvais praticien (forte sinistralité des actes) peut à lui tout seul tuer l'image d'une clinique et très rapidement compromettre sa viabilité. D'un autre côté, les stars, pas toujours nécessaires en dehors de certaines spécialités, sont très difficiles à manier, exigent de très gros investissements et payent peu de redevances. Elles étaient traditionnellement liées aux cliniques par un contrat exclusif qui assurait l'exercice exclusif de la

La masse salariale représente plus de la moitié des charges d'une clinique

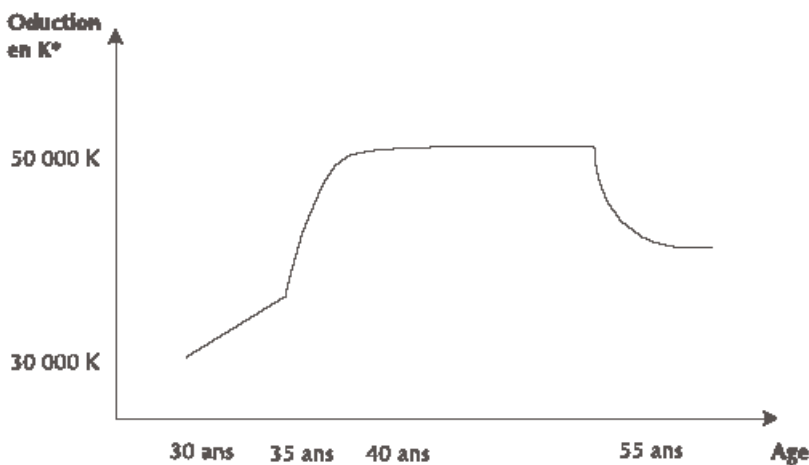
spécialité et le choix du remplaçant. Véritable passif caché pour les repreneurs, ces contrats sont aujourd'hui remplacés par des liens plus souples. Ces contrats étaient d'autant plus dangereux que l'activité K-opératoire du médecin varie fortement avec l'âge selon une courbe connue sous le nom de « courbe de mammoth » (voir la figure ci-après). Ainsi, au début de sa carrière, le praticien acquiert sa compétence dans le public, une compétence artisanale ; il n'a qu'une faible production (environ 30 000 K par an), il est encore en phase de formation académique.

Pour certains vient ensuite le choix d'exercer dans le secteur privé (rareté

Au nom de la sécurité, une clinique peut être fermée, pas au nom de l'orthodoxie financière

des postes de professorat, attractivité de rémunérations supérieures (7), souplesse de fonctionnement, autonomie d'entreprise). Le passage dans le privé se concrétise par une forte période d'investissement personnel et de constitution de clientèle. Les médecins exigent alors de forts investissements. Dès l'âge de 40/45 ans, le praticien s'est constitué une clientèle qu'il soigne tout en maintenant son niveau technique et de production annuelle d'environ 50 000 K. A l'âge de 55 ans, le spécialiste voit son besoin de notabilité augmenter. Il opte alors souvent pour le dépassement d'honoraires au détriment de l'activité de la clinique.

En ce qui concerne le personnel soignant, infirmières et aides soignantes, des normes administratives, datant de 1956 et toujours en vigueur, fixent les ratio d'encadrement des malades. Le respect de ces normes obligatoires conditionne le conventionnement des établissements et fait l'objet de contrôles de la part des médecins inspecteurs de la DRASS. Parmi l'ensemble du personnel soignant, une personne joue un rôle clé dans la bonne gestion de la clinique : la surveillante générale. Nous avons déjà mentionné son activisme pour augmenter le taux d'occupation. Pour faire face aux situations de surcharge ou de sous-effectif temporaire, les cliniques ne font que très rarement appel aux intérimaires. Par contre, il existe une souplesse généralisée dans le secteur : la vacataire. Les vacataires sont des infirmières qui ont déjà un CDI dans un autre établissement et qui font des journées supplémentaires dans une clinique avec un contrat verbal. Une grande clinique peut faire appel à une cinquantaine de vacataires dans un mois, chacun passant quelques jours dans l'établissement. Cette pratique est très appréciée par les gestionnaires pour sa souplesse, son coût et son efficacité (on gère un pool de vacataires fidèles à l'établissement) mais laisse planer quelques doutes quant à sa légalité.



Courbe du Mammoth
* Le K est l'unité de l'activité et de la rémunération du médecin, chaque acte chirurgical possède une K-cotation.

(7) Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants : SESI, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Etude du CERC, en 1991.

La gestion de l'Etat : une certaine schizophrénie

Les cliniques privées sont donc devenues de véritables entreprises à but lucratif, employant de véritables stratégies industrielles. Avec 2 000 établissements qui disposent du quart des lits en MCO (8), l'activité des cliniques privées représentent près de 60 % des entrées en chirurgie, 40 % en gynécologie et près de 20 % en médecine. Entreprises privées, fonds public, but lucratif, déontologie médicale (etc.) : les conflits d'intérêts ne peuvent pas manquer de sourdre. Comment l'Etat gère-t-il cette situation ?

Eh bien, par une certaine schizophrénie ! En effet, les exigences médicales ne sont pas réellement confrontées aux limites budgétaires. Il n'est pas débattu d'un compromis entre le coût des soins et leur qualité. Ainsi, jusqu'à fin 1997, la Direction des Hôpitaux avait la charge des normes sanitaires, la Direction de la Sécurité Sociale, celle du budget : le niveau de qualité doit être irréprochable d'une part, le budget du secteur public et du secteur privé est décrété d'autre part. Cette pratique sans compromis n'est pas forcément stérile, elle a débouché sur une méthode de gestion qui utilise le premier de ces deux piliers dogmatiques pour imposer le second : le secteur clinique est en état de suroffre, mais on ne peut politiquement se permettre de fermer un établissement hospitalier pour des raisons budgétaires. La qualité des soins sert donc de critère pour réduire l'offre de soin. Les maternités effectuant moins de 300 accouchements par an sont ainsi aujourd'hui déclarées dangereuses. Autre exemple, les cliniques

subissent de plus en plus de contrôles qui leur imposent des mises aux normes de plus en plus sévères, elles voient leur situation financière se

dégrader. Les moins dynamiques ou les plus petites font faillite, ce qui permet de résorber une partie de la suroffre. Au nom de la sécurité, une clinique peut

être fermée, pas au nom de l'orthodoxie financière. Détaillons plus avant les deux faces de cette schizophrénie.

Parlons tout d'abord de qualité des soins. L'environnement réglementaire des cliniques s'est profondément modifié depuis 1991. Un exemple l'illustrera. Le 20 octobre 1997 était signée une lettre circulaire (9) portant sur la stérilisation. Un groupe privé chiffrait les investissements induits à 2 MF par établissement la première année, puis 0,9 MF annuel. Le secteur privé criait à l'inconséquence des actes de l'administration. Celle-ci répliquait alors que cette circulaire n'était que le regroupement de normes déjà publiques et que l'impact budgétaire devrait être nul. Que traduit cet épisode ? Que la réglementation devra désormais être appliquée !

Jusqu'au milieu des années 90, le chef d'établissement était responsable de ce qui se passait à l'intérieur de celui-ci en se reposant sur la conscience des médecins. L'Etat n'intervenait que sur plainte ou pour des actes administratifs bien précis. Les seuls contrôles que subissait une clinique étaient ceux des CRAM : celles-ci avaient pour charge de contrôler les remboursements des actes médicaux et d'évaluer le respect des normes lors de la fixation des tarifs conventionnés. Dorénavant, l'application de ces textes sera strictement contrôlée. Les nouvelles Agences régionales d'hospitalisation ont reçu ce pouvoir avec les ordonnances sur la réforme hospitalière (10). Les DRASS ont instruction de concevoir des programmes de contrôle systématique. Le pouvoir est donné à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation sanitaire (ANAES) de visiter régulièrement les établissements pour les accréditer. A la

suite de chacune de ses visites, elle rendra un compte-rendu qui comportera le délai sous lequel elle visitera de nouveau l'établissement. Ce délai sera la seule indication globale qui témoignera du niveau de qualité des soins. La volonté des rédacteurs de la loi est d'éviter la constitution d'un Gault & Millaut des

établissements sanitaires et de contrer des articles polémiques comme ceux parus dans *Sciences & Avenir* (11).

Les systèmes de contrôle se renforcent donc. Ce mouvement s'accompagne aussi d'un durcissement des normes : le volume réglementaire est en forte augmentation. De nouvelles normes portent sur la sécurité incendie, matériovigilance, hémovigilance, stérilisation, lutte contre les maladies nosocomiales. L'inflation de textes réglementaires est notamment suscitée par deux sources. Les nouvelles normes permettent aux centres hospitaliers publics d'inscrire dans le marbre républicain des minima en termes de personnel et d'équipements. Les responsables de ces centres peuvent ensuite se retourner vers les payeurs, les CRAM, pour leur demander des moyens supplémentaires, afin de respecter la réglementation. Par exemple, depuis 1991, un bloc de chirurgie cardiaque doit comporter une gamma caméra (outil dont tout le monde s'accorde à reconnaître aujourd'hui le caractère superflu) et un bloc chirurgical de plus de 45m². Ces normes sanitaires qui concernent aussi bien le public que le privé reflètent les souhaits des praticiens hospitaliers et sont fortement inflationnistes. Cette tendance est connue sous le nom de « lettre au Père Noël ».

Deuxième effet, « l'affaire du sang contaminé » qui a inauguré la responsabilité pénale des autorités politiques et administratives. D'autres affaires comme celles de Furiani ou Barbotan ont accentué le traumatisme des autorités administratives qui multiplient les textes au risque qu'ils soient inapplicables. Le principe de précaution prévaut désormais, l'objectif est de transférer aussi rapidement que possible toute responsabilité sanitaire éventuelle aux établissements. Toute alerte est prise au sérieux et donne lieu à la rédaction rapide de textes : la circulaire Kreutzfeld-Jacob (12) fut ainsi rédigée en moins de deux mois (et se

(8) Médecine, chirurgie, obstétrique.

(9) DGS/VS2-DH/EEM1/EO1/97672.

(10) Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996;

(11) Le mensuel *Science & Avenir* publie annuellement depuis 1997 un palmarès des établissements hospitaliers.

(12) DGS/DH n° 236 du 2 avril 1996.

révèle d'ailleurs inapplicable pour des raisons techniques, les problèmes de stérilisation n'étant pas résolus). Les DRASS sont surprises de recevoir des circulaires à diffuser immédiatement à tous les établissements hospitaliers le vendredi soir après 21h. Or cette inflation de textes réglementaires et le contrôle de leur stricte application ne connaît aucune compensation budgétaire. La rédaction d'une norme, même si elle se traduit par des travaux identifiables ou l'acquisition de nouveaux moyens, n'est pas suivie par une évaluation du coût. L'impact économique de ces normes réglementaires n'est jamais chiffré.

Un outil de régulation : l'objectif quantifié national (OQN)

Indépendamment du contenu, le budget du secteur hospitalier est fixé chaque année pour l'année suivante par le Parlement. L'idée s'est progressivement imposée de réunir toutes les dépenses d'un même secteur sous une enveloppe commune. Elle fut mise en pratique d'abord pour les hôpitaux publics au début des années 70, puis pour le privé en 1991. Cependant, dans le secteur privé, cette méthode ne peut passer par un encadrement de chaque établissement comme pour le public, pas plus que par un quota d'actes. Chaque clinique est laissée libre du nombre d'actes médicaux qu'elle accomplit. Cette volonté, a priori contradictoire - limiter les dépenses sans limiter le nombre d'actes - est réalisée par un mécanisme de régulation prix-volume, appelé « objectif quantifié national » (OQN).

L'Etat fixe annuellement une augmentation des volumes d'actes et des tarifs rémunérant les actes médicaux et les prestations hôtelières. On en déduit une dépense globale : *dépense globale objectif = prix * quantité objectif*. Si la quantité en fin d'année des actes est supérieure à celle qui était fixée initialement, un remboursement collectif de la différence est exigé.

Ce système a été institué en 1991 et la courbe de dépenses de santé s'est infléchie à cette époque. Toutefois, ce

mécanisme n'est pas responsable de cette maîtrise relative des dépenses de santé. En effet, il n'a pas eu jusqu'ici à fonctionner ! De 1992 à 1997, le volume objectif n'a été dépassé qu'en 1992 et 1997. Le mécanisme a donc plutôt servi à garantir une rémunération minimale du secteur. Les défenseurs de l'OQN évoquent, eux, un effet induit, une sorte d'autodiscipline solidaire du secteur. C'est oublier que cet outil est macro-économique et que chaque agent ne représentant qu'un deux millièmes du budget, a toujours intérêt à augmenter le nombre d'actes qu'il effectue. On imagine mal les gestionnaires de clinique décrits plus haut limitant leur chiffre d'affaires volontairement. De surcroît, les acteurs de terrain que nous avons rencontrés n'avaient aucune idée de ce

que pouvait être ce mécanisme. L'OQN n'a donc pas fait ses preuves. Nombreux sont ceux qui doutent qu'il puisse les faire ; des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé affirment même que tous les outils de régulation ont montré leurs limites. Le manque de lisibilité de ce mécanisme découle aussi du fait qu'on ne demande pas réellement aux cliniques de rembourser un trop perçu après coup. Le remboursement passe par une diminution des taux d'augmentation de l'année suivante qui se noie dans la variation des prix. Le mécanisme de régulation prix-volume tend donc à se réduire simplement à une régulation par les prix. Or, la tarification actuelle ne donne pas satisfaction. Quelle que soit la difficulté de l'acte, un type d'acte est payé de la même manière. Un nouveau système comptable qui porte le médical dans ses gènes est en gestation : le PMSI, programme médicalisé des systèmes d'information.

Un nouveau système comptable : le PMSI

Les principes du PMSI (programme médicalisé des systèmes d'information) sont nés aux Etats-Unis à la demande de l'Etat du Connecticut en 1978. L'Etat fédéral s'est vite emparé du program-

me. La rapidité de sa mise en œuvre aux Etats-Unis fut surprenante : le PMSI était opérationnel dans toute l'Union pour les hôpitaux financés par « Medicare » en 1983. La décision de sa mise en œuvre fut prise en France en 1982, les autorités françaises voulant reprendre l'expérience américaine à leur compte.

Dans ce nouveau système, l'unité d'œuvre est le malade : on paie pour le traitement d'une maladie, non plus pour un acte. On s'abstrait du nombre d'actes et d'exams pour rémunérer le traitement d'une maladie. Au cœur du système se trouve une nomenclature des types de malades, appelés « groupes homogènes de malades »

Dans le nouveau système du PMSI, l'unité d'œuvre est le malade : on paie pour le traitement d'une maladie, non plus pour un acte

(GHM), inspirés du *Diagnosis Related Group* américain. Les malades ratta-

chés à un même GHM relèvent de traitements dont la disparité des coûts doit être aussi faible que possible. Cela permet pour chaque GHM de calculer un nombre de points ISA (indicateur synthétique d'activité), qui représente le coût de traitement associé. Le nombre de points ISA est en fait le coût moyen divisé par la valeur en francs ou en euros du point ISA. L'admission d'un patient d'un certain GHM permettra à l'établissement hospitalier de revendiquer le nombre de points ISA correspondants. La somme de ces points constitue une évaluation de l'activité d'un établissement hospitalier.

Ce nouveau système n'est pas sans laisser se poser des questions. Il fournit un dispositif redoutable pour évaluer le budget consacré au cancer, au SIDA, aux enfants prématurés ou à toute autre maladie identifiée par un GHM ! Les dépenses par maladie sont donc fléchées à la base, ce qui permet de connaître l'effort financier de la nation pour telle catégorie de malades. Question morale, question juridique aussi !

Il existe deux manières d'utiliser le PMSI : on peut fixer les points ISA selon une logique de prix ou selon une logique de coût. Dans la première, on tente d'ajuster l'offre en jouant sur des prix uniformes (les points ISA) pour l'ensemble des cliniques, c'est un

mécanisme de marche. Cette méthode permet d'ignorer les coûts dans chaque établissement. Dans la deuxième méthode, on calcule le coût moyen dans chaque clinique, auquel une marge uniforme est rajoutée. Une connaissance détaillée comptable est alors nécessaire. Or, on s'oriente vers une solution qui privilégie la logique de coût, mais tout de même avec des coûts fixes plus ou moins uniformes sur tout le territoire français. Pour construire l'échelle des points ISA des GHM, il faut alors connaître le coût complet de chaque traitement et évaluer la rentabilité des cliniques. Et cela n'est pas chose facile. Pour les cliniques concernées, il est en effet nécessaire d'avoir tous les comptes, d'être en mesure de les redresser pour prendre en compte les externalisations, crédits-bails et versements à des sociétés satellites (souvenons-nous de la grande multiplicité des entités juridiques...). Autant de sociétés, autant de bilans, le chaînage des sociétés entre elles s'impose... Or l'administration est très loin d'avoir accès aux données comptables nécessaires. La liberté d'entreprendre et de s'organiser, le secret des comptes du secteur privé s'y opposent. Les tentatives semblent vouées à l'échec si elles reposent sur l'exhaustivité. Les expériences lancées actuellement reposent, donc, non sur l'ensemble des cliniques, mais sur un échantillon de cliniques volontaires pour ouvrir leurs comptes à l'administration. Echantillon de cliniques volontaires, donc échantillon biaisé ! De plus, l'échantillon est versatile. La connaissance comptable actuelle des établissements hospitaliers ne permet donc pas de garantir l'efficacité de ce nouveau système de régulation. Le PMSI n'est pas seulement un outil destiné à permettre une régulation plus efficace avec une plus juste rémunération. Cet outil apporte surtout une connaissance approfondie de l'activité hospitalière. Aussi surprenant que cela paraisse, on ne connaît pas aujourd'hui le nombre d'appendicectomies dans le privé, une des plus courantes opérations pratiquées par an. On pourrait pourtant s'attendre à ce qu'un secteur qui représente plus de 300 GF dans les comptes de la nation soit l'objet de nombreuses études détaillées. Pourtant

les études précises et les outils de suivi sont rares et ce sont souvent les mêmes données qui sont brassées. Le département statistique du ministère en charge de la santé publie notamment une étude, les statistiques annuelles des établissements de santé. Mais cette étude n'est publiée, au plus tôt, que 2 ans après l'année considérée, d'où la surprise récente de Martine Aubry en constatant l'impossibilité d'obtenir un état des lieux actualisé. De plus, la variation des champs statistiques concernant une activité, les variations de périmètre des entités juridiques et l'hétérogénéité des pratiques sur le territoire entament fortement le crédit de cette seule source d'information supposée exhaustive. Ce manque de connaissance du secteur découle en partie de la difficulté d'échanges d'information entre les trois acteurs que sont l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le secteur hospitalier privé. Même l'Etat peine à obtenir des informations de la CNAMTS. Cet organisme semble paralysé par son extrême prudence à manier des informations qu'il juge confidentielles dans un secteur à fort risque social et politique.

A activité égale, le public rémunéré 50 % plus cher que le privé

Le nouvel outil PMSI a d'abord été testé avec des cliniques volontaires avant d'être maintenant étendu à tous les établissements hospitaliers pour permettre de comparer les établissements publics aux établissements privés. Les premiers résultats obtenus ont montré des disparités considérables entre leur niveau de rémunération par point ISA. Ces disparités existent d'abord géographiquement. Pourtant, contrairement à un discours répandu, l'hôpital public utilise ses équipements lourds de façon similaire au privé. En effet, il apparaît qu'en dehors de l'angiographie numérique, les taux d'utilisation entre public et privé ne diffèrent en général que de 10 %. Bien que l'écart de productivité reste limité, il est

pourtant indéniable que les actes des hôpitaux publics coûtent plus chers - le public serait rémunéré 50 % plus cher que le privé à activité égale (13). Plusieurs éléments expliquent la cherté de l'hôpital public : les infirmières, dont la masse salariale représente plus de 70 % des charges totales, sont plus payées dans le public (20 % en moyen-

Les infirmières, dont la masse salariale représente plus de 70 % des charges totales, sont plus payées dans le public (20 % en moyenne)

ne) ; le personnel est plus étoffé dans le public ; la gestion est certainement plus efficace dans le

privé qui adopte pour son fonctionnement de véritables logiques industrielles ; enfin, l'hôpital supporte des coûts liés à son obligation de service public, notamment ses activités d'urgence, d'enseignement (activités mal prises en compte par le PMSI), et sa fonction sociale (prise en charge des indigents). Les différentes enquêtes SAE montrent que le secteur public est dominant dans les urgences, les soins de long séjour et la psychiatrie. De plus, la médecine hospitalo-universitaire, avec un fort contenu en recherche et enseignement et le traitement des pathologies très lourdes où le risque vital est élevé, apparaissent comme représentatif des CHU (14). Par contre, le secteur privé, lui, se spécialise sur des actes où il peut diminuer ses coûts par une standardisation des processus et une recherche de volume (15). Il en vient donc à traiter des patients dont le risque vital est plus faible. Une étude (16) montre que, dans les CHU, le temps moyen d'anesthésie est de 80 minutes, contre 40 dans les cliniques privées, ce qui dénote une moindre gravité des pathologies traitées. Ainsi, pour une population donnée, la ligne de partage se trouve autour du risque vital et de la standardisation du processus de traitement de la pathologie. Prenons l'exemple de la population des personnes âgées. L'hôpital public prend en charge les moyens et longs séjours ainsi que les

(13) *Les Echos*, 9 décembre 1998 : « le point ISA coûte 7,82 dans le privé et 12,14 dans le public ».

(14) Les logiques du partage des soins hospitaliers entre le service public et le privé lucratif : O. Choquet, Commission du SESI du 22 avril 1991.

(15) Evolution du partage de clientèle entre hôpital et clinique : Christine Guyomar, *Solidarité et santé, Etudes statistiques*, n° 2, 1993.

(16) *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol.16 n° 6-1997.

maladies graves qui demandent des plateaux techniques très performants. Par contre, les cliniques occupent une place dominante dans la cataracte et les fractures du col du fémur, opérations chirurgicales très fréquentes. On s'émoustille donc dans les couloirs des hôpitaux publics en annonçant qu'une étude PMSI révèle qu'une centaine de GHM suffit pour représenter 80 % de l'activité d'une clinique privée alors qu'il en faut plus de 400 pour les hôpitaux publics.

Public, privé : deux secteurs complémentaires

Mais c'est sans doute là que réside l'intérêt de la coexistence de ces deux secteurs dont les complémentarités doivent être soulignées. Il existe aussi un lien filial pour beaucoup de cliniques qui sont nées avec le départ d'un médecin qui est allé s'installer à proximité de son ancien établissement.

Aujourd'hui, en région parisienne, la position géographique privé / public est frappante, les cliniques sont systématiquement installées à proximité d'un hôpital public. Bien sûr, tous les établissements sont situés dans des aires où la demande est suffisante, ce phénomène peut donc s'expliquer aussi rationnellement qu'historiquement. Il n'en demeure pas moins que cette constatation nous pousse à sortir de la vision simpliste dichotomique d'une concurrence sauvage. ●