



HAL
open science

La santé marchande

Luc Heinrich, François Valérian

► **To cite this version:**

Luc Heinrich, François Valérian. La santé marchande. Sciences de l'Homme et Société. 1989. hal-01808211

HAL Id: hal-01808211

<https://minesparis-psl.hal.science/hal-01808211>

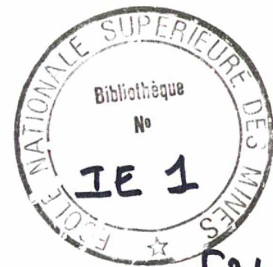
Submitted on 5 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE DES MINES DE PARIS

Juin 1989



[242]

LA SANTE MARCHANDE

CLINIQUES COMMERCIALES
ET COMMERCE DES CLINIQUES

BIBLIOTHEQUE
ENSMP

Consultation
sur place

Luc HEINRICH
Ingénieur des Télécommunications

François VALERIAN
Ingénieur des Mines

Nous remercions vivement François ENGEL, du Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines de Paris, qui tout au long de notre étude a bien voulu nous faire profiter de sa grande expérience en économie de la santé. Ses conseils et ses critiques nous ont été fort utiles.

TABLE DES MATIERES

p 1 INTRODUCTION

p 3 I) PRESENTATION GENERALE DES CLINIQUES COMMERCIALES
LEUR ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE

p 4 A) L'ORGANISATION D'UNE CLINIQUE

p 4 1) Forme juridique

p 4 2) Les contrats

p 5 3) Les recettes de la clinique

p 6 B) L'ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE

p 6 1) Les rapports avec la Sécurité Sociale

p 6 2) Les rapports avec l'Etat

p 8 II) LE DEFI DES TRANSMISSIONS PATRIMONIALES

p 10 A) LE DEVELOPPEMENT TRADITIONNEL DE LA
CLINIQUE COMMERCIALE: UN INSTRUMENT DE TRAVAIL

p 10 1) Le choix du privé

p 12 2) La courbe en "mammouth" et le développement
d'une clinique

p 16 3) La clientèle d'une clinique ou le jeu des réseaux

p 18 4) Le développement traditionnel d'une clinique:
quels handicaps?

p 20 B) L'ESSOR DE LA CLINIQUE EN TANT QU'ETABLISSEMENT

p 20 1) La bonne image

p 26 2) De la bonne image à la bonne rentabilité

p 33 C) LES NOUVEAUX BESOINS D'ARGENT

p 35 III) CLINIQUES ET ENTREPRENEURS

p 36 A) QUELS INVESTISSEMENTS ?

p 36 1) Les entrepreneurs industriels ou financiers

p 38 2) Les autres entrepreneurs

- p39 B) RENTABILITE DE L'INVESTISSEMENT
ET PARI DES INVESTISSEURS
- p39 1) La question de la rentabilité
- p41 2) Le pari des investisseurs

p45 IV) LA CLINIQUE DE L'AVENIR: MEDECIN O.S. OU MECENE
COMPLAISANT

- p46 A) DEUX LOGIQUES EN CONFLIT
- p46 1) L'agitation médiatique
- p49 2) Pourquoi les groupes ont-ils rencontré
de tels obstacles?
- p54 B) POUR APAISER LES CONFLITS
- p54 1) Des médecins qui aiment l'entreprise
- p56 2) Une entreprise qui aime les médecins

p60 V) AVENIR DE L'HOSPITALISATION ET POLITIQUE DE SANTE

- p62 A) LE PRIVE SE RAPPROCHE DU PUBLIC
- p62 1) Le partage traditionnel des rôles
- p62 2) La convergence privé-public
- p64 3) La course à la performance
- p66 B) POUR UNE MEILLEURE MAITRISE DU DEVELOPPEMENT
- p66 1) Pourquoi évaluer?
- p68 2) Comment évaluer?
- p69 3) Ne pas évaluer

p71 CONCLUSION

p73 ANNEXES

INTRODUCTION

Nous nous sommes intéressés d'octobre 88 à juin 89 aux cliniques privées. Tout d'abord, très rapidement, qu'est ce que cela signifie? Le secteur sanitaire en France est divisé en trois parties: Public, privé non lucratif, et privé lucratif. Public et privé non lucratif sont assez semblables, en témoigne le mécanisme de remboursement des soins par l'Assurance Maladie, la dotation globale* . Le privé lucratif est quant à lui remboursé selon un mécanisme beaucoup plus "marchand", que nous détaillerons plus loin, mais qui s'appuie essentiellement sur la nature et le volume des actes pratiqués.

Les cliniques privées a but lucratif ou cliniques commerciales sont donc un ensemble de PME, pour lesquelles les prix, même s'ils sont réglementés, n'en existent pas moins. Elles représentent 1500 établissements en France, dont les chiffres d'affaires sont dans une écrasante majorité inférieurs à 150 millions de Francs, et dont le poids financier pour le pays est de 25 Milliards de francs, correspondant aux remboursements de la Sécurité Sociale aux établissements. Ces PME ne sont pas comme les autres, car leur activité est strictement réglementée.

Quel est le problème? Ces cliniques, fondées dans les années cinquante ou soixante, sont actuellement confrontées à un problème aigu de transmission patrimoniale, qui, même s'il est commun à beaucoup d'autres PME, est rendu très critique en raison de la poussée de la logique d'entreprise, et de la population très particulière qui anime traditionnellement ces cliniques, à savoir les médecins.

Plus précisément, nous examinerons d'abord en quoi les besoins de financement croissants des cliniques se heurtent, au moment des transmissions patrimoniales, aux faiblesses structurelles de ces cliniques considérées traditionnellement comme un outil de travail par les praticiens responsables. Puis, nous parlerons de la façon dont des groupes industriels ou financiers répondent aux besoins des cliniques par des rachats, de leurs motivations, de leurs comportements. Peut-on dire que ces rachats accélèrent un phénomène majeur d'industrialisation du domaine de la Santé en France, qui aurait été initié par des médecins entrepreneurs, à la manière dont, à la fin du siècle dernier, la production de masse se substituait à l'artisanat? Jusqu'où cette tendance va-t-elle

* Le Public comprend 1080 établissements, et 420000 lits, le Privé non lucratif 850 établissements, et 75000 lits, le Privé lucratif 1500 établissements et 105000 lits, dont, pour le secteur de médecine, chirurgie et obstétrique 1000 établissements, et 75800 lits.

se développer? De quelle manière ces groupes gèrent-ils les cliniques, quelles sont les réactions des médecins, quelle est la rentabilité de l'opération? Comment la rentabilité du secteur va-t-elle être assurée, le sera-t-elle par l'Assurance Maladie, par des systèmes de protection privés? Quelles seront les conséquences de la poursuite de la rentabilité sur l'offre de soins, sur l'équilibre du système de Santé en France?

Nous nous sommes donc proposés cette année, de répondre à cette question, grâce à une soixantaine de rendez-vous pris avec des personnes très diverses, à la fois de syndicats, du ministère, de groupes industriels ou financiers, de cliniques. Nous avons limité notre étude aux cliniques privées de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), laissant de côté les cliniques de psychiatrie, repos, convalescence, et rééducation fonctionnelle, dont les problèmes sont spécifiques et ne nous ont pas semblé relever de notre problématique.

**I) PRESENTATION GENERALE DES CLINIQUES
COMMERCIALES LEUR ENVIRONNEMENT
REGLEMENTAIRE.**

A) L'ORGANISATION D'UNE CLINIQUE.

1) *Forme juridique.*

Plus de 50% des cliniques ont la forme juridique suivante: une société anonyme, dont les actionnaires sont généralement des médecins exerçant dans la clinique, exploite la clinique et perçoit les remboursements de la Sécurité Sociale (cf infra); une société civile immobilière possède les murs et perçoit un loyer de la société d'exploitation. Les autres formes classiques de sociétés sont les sociétés en nom propre, les sociétés en nom collectif ou les sociétés à responsabilité limitée.

2) *Les contrats.*

Sauf dans certains cas où une surveillance permanente des malades est nécessaire, les médecins dans les cliniques ne sont pas salariés: ce sont des travailleurs indépendants qui passent contrat avec la clinique pour y exercer leur art. Il existe deux grands types de contrat:

- Le contrat incessible, sans apport financier de la part du médecin, et qui généralement ne prévoit pour ce dernier que le droit d'exercer dans la clinique.

- Le contrat cessible, avec apport financier de la part du médecin (achat de parts, prêt à intérêt, caution), qui prévoit souvent un droit en lits avec ou sans clause de remplissage minimal, et qui peut être vendu par le médecin à son successeur. Si la clinique rompt un tel contrat, elle peut être amenée à verser au médecin l'équivalent de un à deux ans d'honoraires.

Tout contrat doit être approuvé par le Conseil de l'Ordre des Médecins

3) Les recettes de la clinique.

Presque toutes les cliniques choisissent d'être conventionnées, et donc de toucher les remboursements de la Caisse Régionale d'Assurance-Maladie. Ces remboursements sont de trois ordres:

- Un forfait journalier (de l'ordre de 440 F par jour).
- Un forfait de salle d'opération, couvrant les soins courants (médicaments coûteux ou prothèses sont remboursés en sus), et calculé selon une nomenclature qui évalue les actes en nombre de lettres-clés (ex: nombre de K pour la chirurgie; le K étant de 20 F environ pour la clinique, l'appendicectomie, cotée K50, sera remboursée 1000F).
- Un forfait pharmaceutique annuel, pour les médicaments courants.

Les deux principaux syndicats de propriétaires de cliniques privées, la Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation Privée (FIEHP), et l'Union Hospitalière Privée, UHP, négocient annuellement ces tarifs avec l'Etat et la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, les médecins perçoivent des honoraires de la Sécurité Sociale, calculés en fonction de leurs actes comme le forfait de salle d'opération mais avec des valeurs différentes de chaque lettre-clé, et ils reversent à la clinique une part de ces honoraires pour les prestations fournies par la clinique (aide opératoire ou salle de consultation). De tels reversements sont légalement obligatoires, mais varient beaucoup d'une clinique à l'autre et selon la spécialité: en radiologie, quand l'équipement appartient à la clinique, ils peuvent atteindre 80% des honoraires du radiologue.

B) L'ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE.

1) Les rapports avec la Sécurité Sociale.

Pour la détermination du prix de journée, chaque clinique est cotée par sa Caisse Régionale d'Assurance-Maladie sur une table en cinq points: équipement technique, installations hôtelières, fonctionnement médical, personnel, note de synthèse. La clinique est alors classée dans l'une des cinq catégories de cliniques: A, B, C, D, E. La plupart des cliniques sont classées en A, la première catégorie; cependant, selon les caisses régionales, le prix de journée peut ou non varier à l'intérieur d'une catégorie. Les régions où ce prix peut varier sont en voie d'unification des prix.

Deux types de contrôles sont mis en oeuvre par la Sécurité Sociale: des contrôles aléatoires de médecins-conseils, qui s'assurent du fonctionnement administratif et médical convenable de la clinique; au niveau des caisses primaires d'assurance-maladie, le contrôle de la facturation de la clinique.

2) Les rapports avec l'Etat.

a) La carte sanitaire.

Issue de la loi de 1970 (voir annexe 1), la carte sanitaire découpe la France en secteurs géographiques et, pour chaque secteur, fixe les besoins en lits et en équipements lourds (par région) selon les spécialités. Les autorisations de création ne doivent pas conduire à dépasser les besoins prévus par la carte sanitaire. Dans la pratique, plus aucun lit ne peut se créer en France; pour ce qui est des équipements lourds, les besoins prévus sont au contraire de plus en plus forts; pour la plupart, c'est le ministre de la santé qui les autorise, sur avis de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

La carte sanitaire exige un contrôle attentif, effectué par des médecins des DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales).

b) *Les nouvelles dispositions: fusions, conversions, et leurs limites.*

Les décrets d'application de la loi Barzach du 24 Juillet 1987 assouplissent le régime des fusions d'établissements privés et de conversions de services dans une autre spécialité.

Avant la publication de ces décrets, fusion et conversion relevaient strictement du cadre de la carte sanitaire: toutes deux auraient abouti à des augmentations de lits pour un établissement ou une spécialité, et donc étaient interdites.

Désormais, la fusion de plusieurs établissements est autorisée, avec un abattement obligatoire en lits qui ne doit pas excéder 20% du total des lits, non compris ceux du plus gros établissement (pour deux établissements, il s'agit donc de 20% du plus petit). Cette disposition, malgré les suppressions de lits qu'elle exige, contribue sans doute à freiner la diminution nationale du nombre de lits en sauvant de la faillite certaines cliniques. Cependant, une certaine ambiguïté subsiste sur le point de savoir si des services de spécialités différentes peuvent être fusionnés: il est arrivé que l'administration déclare irrecevables de tels regroupements.

Enfin, les modalités de conversion de lits d'une spécialité dans une autre ont été assouplies: on ne peut convertir que vers une spécialité déficitaire de la carte sanitaire, mais si l'administration ne s'est pas opposée à la demande au bout de six mois, cette demande est considérée comme accordée.

Pour les fusions comme pour les conversions, il semble donc que les pouvoirs publics aient voulu desserrer le carcan de la carte sanitaire sans trop assouplir formellement la loi. Un léger mieux-être peut en résulter pour les cliniques, et particulièrement celles qui supportent mal les évolutions que nous décrivons, mais il peut aussi en résulter une multiplication du contentieux administratif.

II) LE DEFI DES TRANSMISSIONS PATRIMONIALES.

Comme nous l'avons déjà souligné, les cliniques commerciales ne sont pas les seules petites entreprises à connaître actuellement des problèmes de transmissions patrimoniales, encore que beaucoup d'entre elles, fondées dans les années soixante, aient aujourd'hui un propriétaire proche de la retraite.

La gravité du problème de transmission patrimoniale dans les cliniques commerciales tient à deux facteurs essentiels: vecteur de stratégies médicales individuelles, la clinique traditionnellement trouve difficilement quelqu'un qui la développe en tant qu'établissement; or, la clinique en tant qu'établissement prend aujourd'hui de plus en plus d'importance. La rencontre de ces deux facteurs rend souvent difficile la transmission d'une clinique, et offre un grand nombre d'opportunités à ceux qui, étrangers au monde de la santé, souhaitent s'y introduire.

A) LE DEVELOPPEMENT TRADITIONNEL DE LA CLINIQUE COMMERCIALE: UN INSTRUMENT DE TRAVAIL

Par développement traditionnel d'une clinique, nous entendons le schéma de développement, toujours en vigueur aujourd'hui, de la quasi-totalité des cliniques commerciales de médecine, chirurgie et obstétrique. Nous appelons ce développement traditionnel car il nous semble devoir être remis en question par l'essor d'une logique d'établissement de soins que nous décrirons ensuite.

Qui dit clinique commerciale dit médecine de spécialité. Le développement d'établissements de soins privés est inséparable du choix personnel que font des spécialistes d'exercer leur art de manière libérale après avoir été formés par les centres hospitaliers publics. La clinique commerciale est à ce point le vecteur de trajectoires individuelles que de la simple étude de ces trajectoires on peut déduire un certain nombre de handicaps pour l'émergence d'une logique d'établissement.

1) *Le choix du privé.*

Le choix du privé résulterait d'abord, selon de nombreux praticiens libéraux interrogés, du blocage des carrières publiques. Déjà en 1958, l'imposition du plein temps hospitalier et l'obligation faite aux nouveaux chefs de clinique d'obtenir l'agrégation en dix ans (loi Debré) incitèrent de nombreux spécialistes à partir exercer dans le privé. Aujourd'hui, la présence à la tête des services du public d'agrégés relativement jeunes, massivement nommés dans les années 70, quand elle se conjugue à l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, donne à beaucoup d'internes l'impression de n'avoir pas d'avenir dans le public.

Cependant, le choix du privé n'est pas neutre. Après avoir évoqué les obstacles à une carrière hospitalière publique, les médecins libéraux que nous avons interrogés en viennent souvent à des explications plus personnelles de leur choix. Schématiquement, le choix du privé contre le public, pour un interne ou un chef de clinique, est un choix du gain financier important et de l'indépendance dans le travail, contre la discipline de travail dans une grande organisation et la recherche de la notoriété. Il faut cependant noter que cette notoriété, dans le public, n'est acquise qu'aux quelques grands professeurs qui auront réussi, d'abord à rester dans un centre hospitalier universitaire au lieu d'aller dans un centre hospitalier général sans recherche ni enseignement, ensuite à franchir un à un tous les échelons de la hiérarchie hospitalo-universitaire (internat,

clincat, agrégation), enfin à se faire connaître par leurs publications diverses.

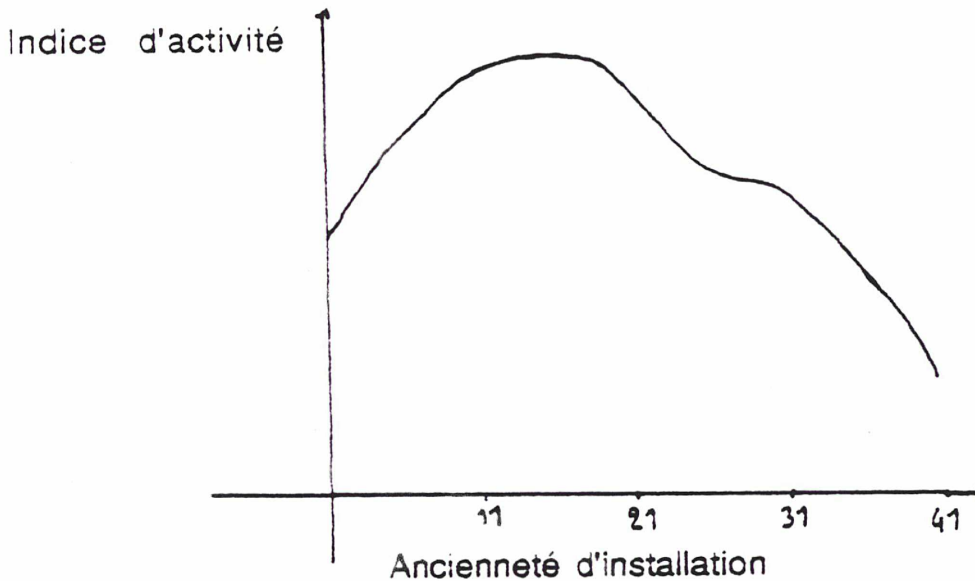
Ceux qui quittent le public sont donc ceux qui préfèrent poursuivre le confort matériel plutôt que la notoriété, mais aussi ceux, à en croire plusieurs praticiens libéraux, qui sont les plus individualistes et se plient le moins facilement aux exigences du travail en équipe. Le choix du privé se fait parfois très tôt, dès le choix d'une spécialité qui devra être la plus rémunératrice possible: autrefois c'était la chirurgie, aujourd'hui, par exemple, la radiologie interventionnelle. Il s'agit de choisir la spécialité qui correspond le mieux aux développements prévisibles de la pratique, et qui dans un système de remboursements à l'acte rapporte le plus.

Le développement-même des cliniques commerciales a été considérablement influencé par ces stratégies médicales, à commencer par les soins qu'on y dispense: essentiellement de la chirurgie, moyenne car elle ne doit pas être trop coûteuse tout en rapportant de l'argent, relativement peu de médecine, à l'exception de la cardiologie où se pratiquent beaucoup d'actes. Les malades que préfèrent traditionnellement les cliniques sont ceux que Hervé LAFARGE, chercheur en économie de la santé à l'université Dauphine, appelle les malades rentables: leur pathologie est connue, et le traitement de cette pathologie est bien remboursé. Le tableau joint en annexe 2 illustre bien ces différences entre spécialités, au regard de l'intérêt d'une pratique libérale. Au 1er Janvier 1986, 75% des chirurgiens sont libéraux, alors que seuls 62% des médecins spécialistes le sont, les cardiologues étant les plus nombreux parmi ces derniers.

La clinique est donc, avant tout, l'instrument de travail de ceux qui y exercent une médecine libérale. Cette caractéristique a une première conséquence dans de nombreuses cliniques: les individus fondateurs n'ont pas voulu, ou pas pu, s'y lancer dans des investissements lourds; désirant un temps de retour court pour leur mise de fonds, ils ont faiblement équipé leur clinique en matériel coûteux. Cependant, ce n'est pas seulement par quelque réticence initiale à investir que se manifeste dans une clinique l'influence d'une stratégie individuelle, voire individualiste. Il n'est que de suivre la courbe d'activité d'un spécialiste, de son entrée dans la clinique à son départ à la retraite, pour en déduire des obstacles à l'émergence d'une logique d'établissement dans la clinique.

2) La courbe en "mammouth" et le développement d'une clinique.

De manière générale, l'activité d'un médecin libéral, caractérisée par un indice qui dépend de la quantité de lettres- clés utilisées, prend la forme d'un dos de mammouth quand on la rapporte à l'ancienneté d'installation. Après l'installation dans le privé, l'activité augmente jusqu'à atteindre un sommet, puis décline jusqu'à un plateau où elle se stabilise, avant de baisser définitivement jusqu'à la retraite.



Cette courbe peut être tracée pour tous les libéraux, généralistes ou spécialistes. Comme le montre l'annexe 3, pour un spécialiste elle est décalée dans le temps par rapport à celle du généraliste: les études étant plus longues, la carrière libérale est plus courte. Par ailleurs, la courbe d'activité du chirurgien est plus proche d'une courbe en cloche que d'une courbe en mammouth: le plateau n'y existe pas, le déclin d'activité commence, dans ce métier éprouvant, après dix ans d'installation, et ne s'arrête pas jusqu'à la retraite. Or, nous avons vu que l'activité chirurgicale était particulièrement importante dans les cliniques commerciales.

Suivons maintenant notre spécialiste dans les différentes étapes de sa courbe d'activité.

a) *L'apport de fonds au départ.*

Traditionnellement, le spécialiste quittant l'hôpital public pour rejoindre une clinique privée se voit demander par ses futurs collègues une certaine somme d'argent qui représenterait, selon plusieurs de nos interlocuteurs médecins, une contribution au développement de l'établissement, mais qui est surtout un dédommagement pour le déficit d'activité que les autres spécialistes enregistreront à court terme, du fait de l'arrivée du nouveau. Dans une clinique spécialisée en chirurgie orthopédique, le chirurgien propriétaire nous a appris qu'il recrutait tous les deux ans un nouveau chirurgien: il estimait en effet que l'activité des autres chirurgiens mettait deux ans, après l'arrivée du nouveau, à retrouver le niveau initial, et l'apport du nouveau chirurgien était calculé pour compenser ces deux années de déficit d'activité.

L'apport de fonds initial, lié à la signature du contrat, est donc bien plus calculé comme dédommagement, ou achat de clientèle, que comme contribution à l'essor de l'établissement dans lequel pourtant le spécialiste sera amené à exercer parfois vingt ou trente ans. De plus, cet apport de fonds est aujourd'hui un investissement de plus en plus difficile à réaliser, au moins pour les jeunes chirurgiens. En effet, pour réaliser cet investissement, ou pour pouvoir emprunter auprès d'une banque, il faut pouvoir espérer des revenus futurs substantiels. Or, même si des maladies qui n'étaient pas opérables dans le passé le sont devenues, le champ de la chirurgie tend à se rétrécir, notamment dans le domaine digestif. L'essor de la radiologie interventionnelle, stimulé par le désir collectif pour une médecine de moins en moins traumatisante, pousse au remplacement des interventions chirurgicales par des thérapeutiques non invasives.

Par ailleurs, non seulement notre chirurgien peut attendre des difficultés pour exercer son art aussi intensément qu'il le souhaiterait, mais encore la rémunération de cet art, - en l'occurrence le remboursement de la Sécurité Sociale, apparaît aujourd'hui comme insuffisante (voir annexe 4): en France, une appendicectomie (KC 50) vaut 650 F, en R.F.A. 1000 DM, soit 3600 F. La décision récente de distinguer, en termes de lettres-clés, le K chirurgical, réservé aux actes "saignants" et appelé KC, des autres K dont la valeur de remboursement était moins contestée, n'a malheureusement pas encore porté tous ses fruits. Voilà donc notre chirurgien du public, qui gagne 15000F par mois à 36 ans (âge moyen d'installation dans le privé selon la CNAM en 1987), et à qui l'on demande pour son installation dans une clinique commerciale un apport souvent de l'ordre du million de Francs pour une activité dont il ne sait pas vraiment si elle sera rémunératrice. On pourrait objecter que si la chirurgie est en crise, les médecins qui pourront réaliser un apport financier seront ceux

dont la discipline a le vent en poupe, -les radiologues, par exemple. Cependant, nombreuses sont les cliniques qui demandent à leurs radiologues d'investir financièrement dans leurs équipements, et l'apport à réaliser est donc nettement supérieur à celui des chirurgiens.

Admettons que le spécialiste (chirurgien ou non) soit parvenu à franchir le cap de l'apport financier et regardons-le maintenant au sommet de sa courbe d'activité.

b) Au sommet de la courbe.

Vers 40 ou 45 ans, le spécialiste atteint le sommet de sa courbe d'activité. Il a généralement achevé de rembourser les dettes liées à son installation, et songe essentiellement à profiter de ses revenus confortables. C'est à ce moment que bien souvent, aux dires de bien des médecins eux-mêmes, la logique personnelle du spécialiste entre en contradiction avec ce qui pourrait être une logique d'entreprise. En effet, la logique d'un développement sans à-coups de la clinique exigerait que le spécialiste s'entourât de jeunes confrères avant même d'avoir amorcé le déclin de son activité: il partagerait cette dernière à son sommet, et la clinique elle-même ne subirait pas le contrecoup de son déclin d'activité. Beaucoup de spécialistes cependant veulent profiter seuls du fruit de leurs efforts et attendent d'avoir quitté le sommet de la courbe pour songer à s'entourer (dans le cas de presque toutes les cliniques, ce sont les spécialistes déjà en place, propriétaires de la clinique, et non le directeur, qui prennent la décision d'un recrutement nouveau), ce qui fait que les nouveaux arrivants se partageront une clientèle non pas fidèle, mais en train de partir. Ce n'est pas trop grave en gynécologie ou en radiologie, où la courbe d'activité a un plateau très étendu; ça l'est plus en chirurgie, où le déclin est continu jusqu'à la retraite. Dans certaines cliniques, généralement celles possédées par un seul homme - celles où le pouvoir n'est pas partagé entre les principaux praticiens-, au-delà d'un certain nombre de K opératoires par an - par exemple, 70000 K- un chirurgien est obligé d'accepter l'association: cette méthode de développement harmonieux de l'établissement n'est malheureusement pas partout répandue.

Il ne faudrait pas déduire de ce qui précède que les cliniques françaises abritent seulement quelques vieux chirurgiens agrippés à un monopole sur une population de patients. La gestion du développement d'une clinique n'est pas à proprement parler malthusienne: elle relève d'un malthusianisme tempéré, lorsqu'arrive le déclin d'activité, par le désir de monnayer une clientèle réunie au fil des ans et qui commence à se réduire. La conséquence de ce double phénomène est que les cliniques commerciales françaises, sans avoir connu une croissance d'activité optimale, ont

cependant un actionnariat qui s'est nettement accru et morcelé depuis les années soixante, comme l'atteste l'augmentation de la proportion de sociétés anonymes au détriment des sociétés en nom personnel parmi les cliniques. Chaque nouveau spécialiste, en effet, acquiert le plus souvent des parts dans la clinique (en plus des droits en lits) en échange de son apport financier.

Cet actionnariat morcelé, formé de praticiens qui se disent eux-mêmes individualistes et dont le pouvoir d'achat est souvent menacé par l'évolution des techniques et l'insuffisance des remboursements, va se retrouver confronté au départ à la retraite des fondateurs, ceux généralement qui sont les plus gros actionnaires.

c) Le départ à la retraite.

Quand un artisan part à la retraite, il pense à réaliser ses actifs le mieux possible et à se ménager pour ses vieux jours une source de revenus durable. Le praticien dans une clinique, parvenu au terme de sa courbe d'activité, n'agit pas différemment.

Il va d'abord chercher à vendre ses parts dans la société d'exploitation de la clinique. L'actionnariat de la clinique étant très souvent morcelé, il aura quelques difficultés à revendre à un seul praticien; par ailleurs, nombre de nos interlocuteurs nous ont confié la difficulté qu'il y avait à coaliser tous les praticiens d'une clinique, individualistes et souvent divisés, pour le rachat des parts de celui qui s'en va. Or, ce dernier veut son argent: il vendra de toute façon, mais peut-être pas à ceux qui sont déjà en place, d'autant plus que, plusieurs chirurgiens vieux et jeunes nous l'ont confié, il n'est pas rare qu'existe un fossé de méfiance entre différentes générations dans la clinique. Comme on l'a vu, l'arrivée d'un nouveau praticien a signifié pour les autres une baisse d'activité - temporaire ou définitive-; par ailleurs, les vieux praticiens sont souvent aussi les fondateurs de la clinique, et ils estiment avoir développé avec le personnel -infirmières, secrétaires-, des relations que les plus jeunes seraient incapables de maintenir.

Non seulement donc la revente pose problème, mais ce qui pose aussi problème, c'est ce qui est à revendre, ou plus exactement ce qui ne l'est pas. Nous avons déjà évoqué la distinction entre société civile immobilière et société d'exploitation. Cette distinction est souvent introduite sur l'initiative du praticien qui part à la retraite lorsque il est propriétaire des murs de la clinique: voulant toucher des loyers de la clinique, il garde les murs et ne revend que ce qui est lié à sa pratique médicale. Le fait que l'immobilier continue d'appartenir à un médecin

retraité et qui ne songe qu'à percevoir ses loyers semble être dans beaucoup de cliniques un frein aux investissements.

Comme on vient de le constater, la simple étude de la courbe en mammoth permet déjà de déceler des problèmes graves en cas de transmission de parts. Cependant, c'est dans la vie quotidienne de la clinique, et dans le recrutement de sa clientèle, que se manifeste le plus la nature véritable de la clinique traditionnelle: sous un même toit, plusieurs petits commerces.

3) La clientèle d'une clinique ou le jeu des réseaux.

La notion de clientèle d'une clinique est ambiguë. Il est rare en effet que les patients s'adressent directement à une clinique quand ils souffrent de certains symptômes. Le plus souvent, ils s'adressent d'abord à leur médecin généraliste qui, s'il juge nécessaire une hospitalisation, enverra le patient soit vers l'hôpital public, soit vers la clinique privée. Encore faut-il nuancer ce dernier point: si l'envoi d'un patient vers l'hôpital public est bien un envoi vers un établissement et non vers tel ou tel médecin particulier (sauf dans le cas exceptionnel de cas particulièrement difficiles qu'on envoie vers un grand professeur du public), l'envoi vers une clinique privée de médecine, chirurgie, obstétrique est le plus souvent, et particulièrement en province, l'envoi vers un praticien particulier.

Dans l'activité d'une clinique commerciale, les généralistes sont donc clients des spécialistes bien plus que les patients ne sont clients de la clinique. Or, dans la chasse à la prescription du généraliste, le privé dispose d'un net avantage sur le public, qui fait d'ailleurs dire à certains médecins du public que les généralistes seraient "de connivence avec le privé": comme la rémunération des praticiens libéraux dépend de leur niveau d'activité, ils sont bien plus motivés que les médecins salariés du public pour nouer des liens, et les entretenir, avec les généralistes des environs. Les liens de sympathie sont en effet primordiaux pour obtenir la prescription d'un généraliste: si l'on excepte les chirurgiens de grand talent, il est difficile en effet de comparer objectivement entre elles les valeurs professionnelles respectives de deux chirurgiens. Entre deux chirurgiens perçus comme convenables, c'est le réseau de connaissances qui fait la différence.

Comment le réseau se forme-t-il? Tout d'abord, les praticiens libéraux (qu'ils soient généralistes ou spécialistes), manifestent une propension, attestée par plusieurs études, à s'installer à proximité de leur ancienne faculté de médecine. Très souvent, le spécialiste de la clinique et

le généraliste voisin se sont connus sur les mêmes bancs, ou dans les salles de garde de l'hôpital public. Ensuite, dans une même ville, les médecins importants sont souvent des notables qui se retrouvent dans les mêmes cercles: société de chasse, cercle de bridge, club de tennis...

Un tel réseau ne se forme pas uniquement par des contacts informels. Un rite le fonde: la tournée des généralistes, lors de l'installation d'un spécialiste dans la clinique. Dans les cliniques que nous avons visitées, on nous a souvent cité l'exemple de tel ou tel praticien qui passa un ou deux mois, juste après son installation, à rendre visite à tous les généralistes des environs: il en était resté d'excellentes relations, relations d'autant meilleures que le généraliste trouve en face de lui un spécialiste, qui a fait de plus longues études que lui, et qui se trouve en position de demandeur.

Les bonnes relations avec les médecins de l'extérieur ne sont pas seulement importantes vis-à-vis de la communauté des généralistes. Elles le sont aussi entre les spécialistes de la clinique et les spécialistes de l'hôpital public, qui ont souvent eu plus d'occasions que les généralistes de côtoyer leurs collègues des cliniques privées. Ces bonnes relations font que, par exemple, si le service de radiologie du public est surchargé, les patients seront réorientés vers telle clinique plutôt que telle autre.

Cependant, ce sont les généralistes qui forment la clientèle principale, à tel point que certaines cliniques réfléchissent aux moyens de les introduire plus activement dans le fonctionnement de l'établissement. Le généraliste se plaint souvent de ne pouvoir suivre ses patients admis dans l'hôpital public, et certaines cliniques privées, soucieuses de rassurer les généralistes, en recrutent un ou deux pour s'occuper de l'accueil des patients aux urgences.

Un seul point pourrait faire penser que les généralistes ne sont pas les clients des praticiens individuels, mais de l'établissement dans son ensemble qui élaborerait une stratégie à leur endroit: l'organisation au sein-même de l'établissement d'enseignements post-universitaires pour les généralistes du voisinage. Ces enseignements consistent généralement en des études de cas relativement brèves que font des spécialistes de la clinique devant un auditoire de généralistes. Cependant, nous n'avons pas le sentiment que l'enseignement clinique est l'objet principal de ces "E.P.U.". Comme nous l'ont fait remarquer plusieurs médecins de cliniques, il faudrait des séries (ensemble de cas relevant de la même pathologie) beaucoup plus longues, et comparables à celles du public, pour que les enseignements en question représentent un apport substantiel. Certaines cliniques y parviennent, mais dans la plupart les "E.P.U." ont la même fonction que la tournée des généralistes: permettre à

des spécialistes individuels d'entretenir des relations amicales avec les généralistes, autour d'un cocktail agréable, et montrer à ces généralistes qu'à la différence des médecins du public, supposés arrogants, eux acceptent de partager leur science avec les médecins généralistes.

Qu'elle soit formée des patients ou des généralistes, la clientèle dans la clinique traditionnelle appartient essentiellement aux différents praticiens. Autant dire qu'il n'y a pas une clientèle, mais plusieurs, chacune liée à un praticien, pas plus qu'il n'y a une clinique, mais au contraire plusieurs fonds de commerce qui ont recours au même personnel salarié et aux mêmes installations de travail: chaque praticien voit dans sa clientèle son patrimoine, et considère que la valeur de la clinique est la somme des valeurs de rapport (sur un an, par exemple) des différentes clientèles. Ce sont ces cliniques-là dont le tiers va se retrouver en cession ou succession.

4) Le développement traditionnel d'une clinique: quels handicaps?

Les fonds propres d'une clinique sont généralement morcelés entre plusieurs praticiens: soit il n'y a pas de propriétaire et la clinique survit grâce à une entente particulièrement bonne entre les médecins (fait plutôt rare, nous a-t-on dit), soit il y a un propriétaire mais en-dehors de lui le capital est morcelé.

Non seulement le capital est morcelé, mais les revenus le sont aussi, et dans le cas de la chirurgie sont plutôt menacés. Ensuite, la plupart des praticiens ne sont guère préparés au rachat d'une clinique: non seulement ils n'ont souvent pas la capacité financière suffisante, mais encore ils n'ont guère de notions de gestion. Enfin, un certain individualisme qui semble indissociable de la pratique libérale nuit considérablement à la constitution d'équipes de rachat cohérentes.

Comme on le voit, les handicaps des cliniques traditionnelles ne semblent devoir se manifester avec acuité qu'en période de transmissions patrimoniales fréquentes, c'est-à-dire la période que nous vivons. Les syndicats de cliniques privées, de même que ceux de médecins libéraux (Confédération des Syndicats Médicaux de France) nous ont affirmé souhaiter une transition douce, les jeunes praticiens s'associant pour succéder aux anciens. Ce souhait est hélas contredit par de multiples anecdotes qui nous ont été racontées: dans telle clinique, deux chirurgiens qui possédaient la majorité des parts ont vendu, et n'ont pu trouver acquéreur parmi les autres chirurgiens, trop divisés... dans telle autre, le corps médical s'est divisé en trois, les vieux qui voulaient vendre, ceux d'âge moyen qui ne voulaient pas racheter mais ne voulaient pas non plus que le contrôle de la clinique leur échappât, les plus jeunes enfin, dont l'activité était faible et qui étaient très favorables à de grands changements comme la vente de la clinique à un groupe industriel intéressé...

La transmission patrimoniale ne poserait pourtant pas de problème, même dans une clinique avec tous les handicaps que nous décrivons, si le patrimoine en question était faible. Or ce n'est pas le cas. Un mouvement est à l'oeuvre depuis une quinzaine d'années, qui a abouti à donner de plus en plus de valeur et d'importance à l'établissement en tant que tel. C'est ce mouvement que nous allons maintenant décrire.

B) L'ESSOR DE LA CLINIQUE EN TANT QU'ETABLISSEMENT

Comme il ressort des analyses précédentes, la logique d'établissement ne joue qu'un rôle mineur dans la plupart des cliniques. Une simple constatation l'atteste, s'il en était encore besoin: même si les exigences modernes de la gestion font que de moins en moins de médecins sont en même temps directeurs de leurs cliniques, dans la plupart des cliniques le directeur a surtout le rôle d'un chef comptable doublé d'un chef du personnel (il ya dix ans, beaucoup de directeurs étaient encore d'anciens militaires ou policiers); il laisse aux médecins l'entière responsabilité de la définition d'une stratégie médicale - choix des spécialités, recrutement de nouveaux praticiens.

Pour bien saisir l'importance que pourrait revêtir dans les cliniques l'émergence d'une logique d'établissement, il faut réfléchir encore aux mécanismes qui attirent les patients dans une clinique.

Contrairement à la plupart des entreprises, les cliniques ont des produits qu'il est impossible d'évaluer correctement: on n'évalue pas une amélioration dans un état de santé comme un tuyau de fonte. Le choix du patient est donc uniquement guidé par l'image de la clinique, qui permet de se faire une idée de la qualité des produits.

Nous avons vu plus haut que l'image de la clinique est traditionnellement façonnée par la bonne opinion qu'ont les généralistes au sujet des spécialistes qui travaillent dans la clinique. C'est ce mécanisme de formation qui est en train de se modifier actuellement. Comme il influe sur la rentabilité de la clinique, les cliniques commerciales sont toutes aiguillonnées par la nécessité d'adapter leur image à la nouvelle demande.

1) La bonne image.

a) *Que veulent les Français?*

En Octobre 1985, la revue "Hospitalisation privée" publia une enquête de l'IFRHOS (Institut Français de Réalisations Hospitalières) sur les raisons du choix d'un établissement hospitalier par les Français (voir annexe 5). Deux enseignements majeurs sont à tirer de cette étude. Tout d'abord, la réputation de l'établissement, la sécurité et la rapidité d'intervention sont des critères jugés très importants, à égalité avec la réputation du praticien. Ensuite, la dimension humaine et le confort de l'établissement sont des critères plus importants que le conseil du médecin traitant pour le choix d'un établissement hospitalier .

C'est donc la relation généraliste-spécialiste qui est de plus en plus concurrencée par une relation directe patient-établissement: non seulement le patient semble plus éclairé -dans bien des cas, il est prêt à se décider sans le conseil de son généraliste, mais encore il est de plus en plus soucieux d'une technique efficace et d'une hôtellerie agréable. L'enquête IFRHOS ne distingue pas entre Paris et la province, et la plupart de nos interlocuteurs nous ont dit que ce phénomène leur semblait beaucoup plus accusé dans la capitale. Au-delà de ces nuances, deux phénomènes sont à l'oeuvre, concourent tous deux à l'essor d'une logique d'établissement dans les cliniques et contribuent à modeler leur image: l'expansion de la technique et la modernisation de l'hôtellerie.

b) *L'expansion de la technique.*

Les années 70 et 80 ont été marquées par un certain nombre de percées technologiques dans le domaine médical: introduction du scanner et de la résonance magnétique nucléaire en imagerie, invention du lithotriteur qui permet de casser les calculs rénaux, essor de la radiologie interventionnelle qui permet de guérir sans chirurgie, progrès des méthodes d'anesthésie et de réanimation qui réduisent la longueur de séjour.

Ces percées technologiques se sont accompagnées d'une spécialisation accrue du corps médical. Les spécialités de pointe se sont multipliées, suscitant sans doute un besoin dans la population puisque, comme l'observe Béatrice Majnoni d'Intignano dans "Santé, mon cher souci" (éd. Lattès), l'augmentation du nombre de spécialistes s'accompagne d'une augmentation du nombre de leurs actes, alors que les actes réalisés par les généralistes stagnent malgré l'augmentation du nombre de généralistes.

Ce dernier point est d'importance. Il illustre le fait que l'expansion de la technique ne se réduit pas à une simple conséquence du progrès des connaissances. Cette expansion est considérablement favorisée par un consensus entre le corps médical, les pouvoirs publics et les patients.

Le corps médical est évidemment favorable à l'introduction de techniques nouvelles qui permettent de mieux soigner les patients. Cependant, une évolution spécifique pousse les médecins, et particulièrement les spécialistes, à valoriser la performance technique. Le poids des sciences et techniques dans les études médicales est de plus en plus fort, et plusieurs médecins hospitaliers nous ont appris que le prestige dans le milieu hospitalo-universitaire se gagnait de plus en plus à la performance technique. En schématisant à peine, la virtuosité du radiologue qui envoie une sonde dans un petit vaisseau est bien plus admirée et reconnue que le diagnostic global, même brillant, de l'interniste face à un

patient ne relevant pas de pathologies déjà décrites. Quand une découverte se fait en médecine, il est fréquent que de grands professeurs engagent tout leur poids pour la diffusion de cette découverte, le succès dans cette bataille rehaussant encore leur prestige.

Et si la bataille est perdue? C'est très rare. En effet, la transparence médiatique des innovations est telle que l'opinion -à la fois celle du corps médical et celle de la population- apprend très tôt l'existence de l'innovation, et cette découverte par l'opinion va à la rencontre d'un certain état des mentalités: le refus de plus en plus vif d'interventions chirurgicales mutilantes ou traumatisantes, le désir d'une médecine confortable et rapide, l'exigence d'un diagnostic précoce et complet aux premiers symptômes douloureux. Le développement de la radiologie interventionnelle, les progrès de l'anesthésie, l'introduction de nouvelles techniques d'imagerie répondent à ces attentes de la population, de même qu'y répondent, plus généralement, toutes les spécialités de pointe traitant mieux et plus vite que par le passé.

Il faut enfin noter que les pouvoirs publics ont vivement encouragé cet essor des techniques médicales. Si une clinique veut accéder à la catégorie A, ou y rester, elle doit posséder un équipement technique minimal. Ensuite, la tarification en vigueur prévoit un remboursement nettement plus favorable pour les actes techniques que pour les prestations intellectuelles, ce qui transforme certains équipements, de biologie ou de radiologie, en "machines à sous" (l'expression est de plusieurs chercheurs en économie de la santé, et ne signifie évidemment pas que ces équipements seraient utilisés abusivement, mais seulement que leur rémunération est très profitable). Enfin et surtout, alors que le prix de journée (de l'ordre de 440 F dans toutes les régions) ne permet guère de dégager un bénéfice, ce sont les actes qui créent la rentabilité de la clinique.

On assiste donc au développement dans les cliniques commerciales, à la fois d'un plateau technique important (matériel), et d'une technicité aiguë des praticiens. Même s'il existe des cliniques très spécialisées sans plateau technique important, le plateau technique appelle des spécialistes de talent, certains désireux de travailler avec du matériel moderne, d'autres n'ayant pas l'utilité de ce matériel mais souhaitant travailler là où travaillent déjà des confrères de valeur.

Tous nos entretiens le confirment: les cliniques, autrefois hôtels particuliers où l'on dispensait des soins, sont en train de devenir des plateaux techniques où l'on pratique des actes nécessitant éventuellement une hospitalisation.

Cette évolution transforme évidemment les stratégies médicales dans les cliniques: "Faire beaucoup d'actes importe plus qu'être plein", "au contraire de l'hôpital public, un malade qui se prolonge sans acte est une catastrophe", "de l'acte, de l'acte, de l'acte, et le plus technique possible", ces remarques entendues au fil de nos visites dans les cliniques montrent assez que ce qui compte, ce n'est plus de régner sur un territoire de lits.

Une étude récente de l'O.C.D.E. concluait que les excédents de capacité d'hospitalisation dans les pays développés étaient de 30% des lits. Moins que jamais les lits comptent dans la formation de la valeur d'une clinique moderne. De plus, en admettant que dans certaines régions des créations de lits nouveaux profiteraient aux cliniques, ces créations sont interdites par la carte sanitaire. La trilogie "prix de journée, équipement en lits, taux de remplissage" est peu à peu remplacée dans l'esprit des praticiens de cliniques par la trilogie " forfait de salle d'opération, plateau technique, nombre d'actes". Depuis une dizaine d'années, les investissements techniques se multiplient dans les cliniques, et particulièrement dans les cliniques les plus importantes: c'est à qui aura son scanner, son IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), son angiographie numérisée!

L'exemple de l'hôpital de jour illustre à la fois cette évolution, et la nécessité qui en découle d'avoir une stratégie d'établissement.

"Il fait augmenter le K moyen par jour", "il amène des K sans nécessiter des frais supplémentaires", "je fais construire 300 m² à côté de ma clinique; j'y ferai de l'hôpital de jour dès que j'aurai dépassé 100% de remplissage des lits"... Qu'est-ce donc que cet hôpital de jour dont rêvent tous nos interlocuteurs dans les cliniques?

Il provient, comme toutes les grandes modernisations techniques de l'hospitalisation, de la rencontre entre des découvertes scientifiques (entre autres, apparition de nouvelles drogues à "élimination rapide" permettant au malade de reprendre conscience très rapidement et de sortir de la clinique dans la journée) et une vive attente de la population pour des thérapeutiques évitant l'hospitalisation. Il s'agit d'opérer les patients dans la journée, sans qu'ils passent la nuit dans l'établissement hospitalier. C'est ce que les Américains appellent "one day surgery": ils pratiquent déjà environ 50% de l'ensemble des actes en "ambulatoire", le Royaume-Uni en est à 25%, la France en est juste à 1 à 2% des actes mais selon M. SONET, qui dirige l'Union Hospitalière Privée, d'ici à 10 ans 30 à 40% des actes se feront en jour. L'hospitalisation de jour est évidemment un moyen d'échapper à la contrainte de la carte sanitaire, et de compenser le surplus éventuel de patients en hébergement: des mauvaises langues

prétendent même que certaines cliniques proposent plus volontiers l'hôpital de jour pendant l'hiver, et l'hébergement pendant l'été, car tous les lits sont pleins pendant la saison froide alors qu'il faut les remplir quand les beaux jours reviennent. L'hospitalisation de jour est en train de devenir un élément important de la stratégie des cliniques, et l'enjeu de discussions vives entre les partisans d'hôpitaux de jour autonomes, sur le modèle des "ambulatory centers" américains, et les syndicats de l'hospitalisation privée qui font valoir que toute chirurgie exige des dispositifs de soins d'urgence proches et que donc toute hospitalisation de jour doit dépendre d'un établissement hospitalier existant.

L'essor de l'hôpital de jour, comme celui de toutes les stratégies thérapeutiques nouvelles, montre bien qu'une logique d'établissement tend à s'imposer de plus en plus, alors que les droits en lits des différents praticiens perdront de leur valeur s'ils ne sont pas exercés dans un établissement moderne et technique. Qu'il s'agisse de l'hôpital de jour, d'investissements en matériels lourds, de centres de diagnostic séparés de l'hébergement (autre innovation en chantier) ou de diversifications en rééducation ou en balnéothérapie, il faut à l'établissement une capacité financière importante, et une logique de gestion qui ne soit pas le simple agrégat de logiques individuelles.

Faut-il pour autant en conclure que seule la technique désormais a de l'importance, et que les cliniques logeront les malades où elles pourront? Absolument pas.

c) *La modernisation de l'hôtellerie.*

L'accueil et le confort ont toujours représenté des atouts considérables du secteur privé par rapport au secteur public. En 1977, une enquête réalisée sous la direction du Professeur LEVY, de l'université Paris IX Dauphine, confirmait que les patients préféraient nettement les cliniques privées aux hôpitaux publics. Cependant, si les cliniques des années 60 et 70 parvenaient à donner aux patients une image plus chaleureuse que celle du public, c'était essentiellement en raison de leur petite taille comparée à celle des grands établissements publics.

Aujourd'hui, alors qu'on pourrait croire que seule la technique a de l'importance, trois phénomènes se conjuguent pour contraindre les cliniques à un effort intense en matière d'hôtellerie.

Tout d'abord, les habitudes de vie se modifient. Les malades acceptent de moins en moins d'être placés en chambre commune; ils sont soucieux de disposer de chambres agréables où ils puissent accueillir leur famille. Ensuite, il existe des normes réglementaires draconiennes qui empêchent les cliniques d'installer n'importe où un équipement, ou un

malade. La violation de ces normes peut entraîner le déclassement ou la fermeture de l'établissement. On conçoit que dans une période d'investissements techniques massifs ces normes s'imposent cruellement à certaines cliniques, notamment celles qui disposent de peu d'espace en centre-ville. Si l'on ajoute à ces deux phénomènes la maturité de plus en plus grande des patients, que nous notions plus haut et qui accroît la compétition entre établissements en perturbant les relations généraliste-spécialiste, on comprend la nécessité dans laquelle nombre d'établissements se trouvent d'investir dans la modernisation hôtelière.

Certains investissements sont relativement légers, comme l'aménagement de chambres particulières très rentables grâce à la liberté du prix de la chambre particulière. D'autres sont beaucoup plus lourds, comme le déménagement de l'établissement entier pour satisfaire aux normes réglementaires, ou encore la construction d'hôtels périphériques, a priori non remboursés par la Sécurité Sociale mais non soumis à la carte sanitaire, et qui pourraient héberger des malades ne nécessitant pas une surveillance continue, ainsi que leurs proches: l'hôpital anti-cancéreux de Villejuif a fait construire un tel hôtel, et nous avons visité plusieurs cliniques, de toutes tailles (l'une a quarante lits), qui avaient déjà les plans d'un tel hôtel pour elles-mêmes.

Pour la modernisation de l'hôtellerie comme pour les investissements techniques, il ne s'agit plus de stratégies médicales individuelles, mais bien d'une stratégie d'établissement qui est à l'oeuvre. On pourrait cependant nous objecter que la recherche d'une certaine image n'est pas à ce point importante, et qu'une clinique peut être rentable sans chercher à se moderniser. Bien au contraire, la rentabilité d'une clinique est profondément liée à son image, et l'on peut dresser une typologie des cliniques commerciales selon leurs modes de rentabilité, -ou, ce qui revient au même, selon celles de leurs caractéristiques auxquelles leur environnement est le plus sensible.

2) De la bonne image à la bonne rentabilité.

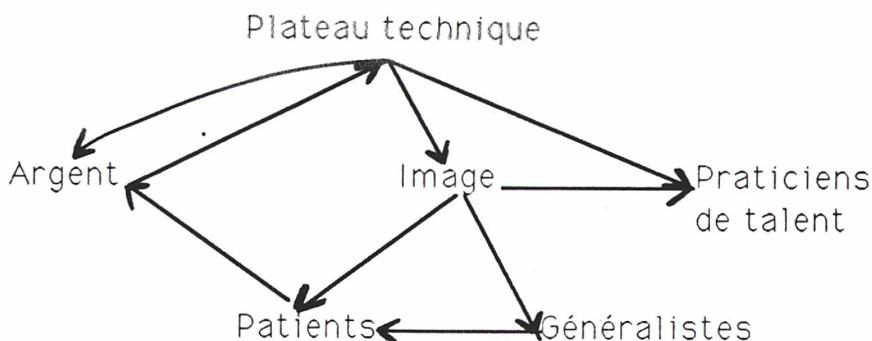
Dans toute cette partie, nous entendrons par rentabilité d'une clinique sa simple capacité à être économiquement viable sur le long terme, c'est-à-dire sa capacité à faire face à ses engagements sans réduire son activité; nous n'entendons pas par rentabilité d'une clinique sa capacité à rémunérer un capital qui s'y serait invest

La rentabilité d'une clinique, ne pouvant être liée à une évaluation problématique de ses produits, est liée à son image. Cependant, les mécanismes de cette rentabilité sont différents selon que cette image dépend d'abord du plateau technique, d'abord de spécialistes très pointus ou tout simplement d'une hôtellerie agréable.

Ces différents mécanismes de rentabilité peuvent s'observer dans les différentes cliniques commerciales, voire au sein d'une même clinique, et il existe entre eux une hiérarchie. Du fait de l'importance des remboursements d'actes, c'est le plateau technique qui était le plus recherché par tous nos interlocuteurs. Même sans plateau technique important, l'attrait pour la compétence technique fait que la présence de praticiens pointus attire encore une clientèle considérable. De nombreuses petites cliniques, qui n'ont pas les moyens d'acquérir un plateau technique important et qui ne parviennent pas à retenir les meilleurs praticiens, jouent néanmoins sur l'accueil du patient et le confort des installations. Certaines cliniques, enfin, n'appartiennent malheureusement à aucune de ces catégories.

Trois cercles vertueux synthétisent les mécanismes par lesquels l'investissement dans une certaine image peut être rentable. Pour chaque cercle, nous tenterons de décrire les cliniques qui sont les plus proches du type de rentabilité associé au cercle.

a) La rentabilité par le plateau technique.



Le plateau technique, plusieurs praticiens et propriétaires de cliniques nous l'ont confirmé, attire les praticiens de talent, à tel point que certains acceptent de renoncer à des contrats très favorables pour continuer à exercer dans une clinique très bien équipée. Le plateau technique et les chirurgiens de talent contribuent alors à la formation d'une bonne image de la clinique auprès des patients et des médecins. Cette bonne image attire à la clinique une clientèle importante, qui rapporte de l'argent, lequel argent permet d'entretenir et de renouveler le plateau technique.

La spécificité du plateau technique par rapport aux praticiens de talent ou à l'hôtellerie agréable, c'est que la présence d'un plateau technique, du fait de la rémunération confortable de beaucoup d'actes, contribue directement aux gains financiers de la clinique, en plus de sa contribution à la formation d'une image de la clinique.

Les cliniques à gros plateau technique (angiographie numérisée, scanner, parfois IRM, etc...) sont sans aucun doute, de l'avis de tous nos interlocuteurs, les plus rentables.

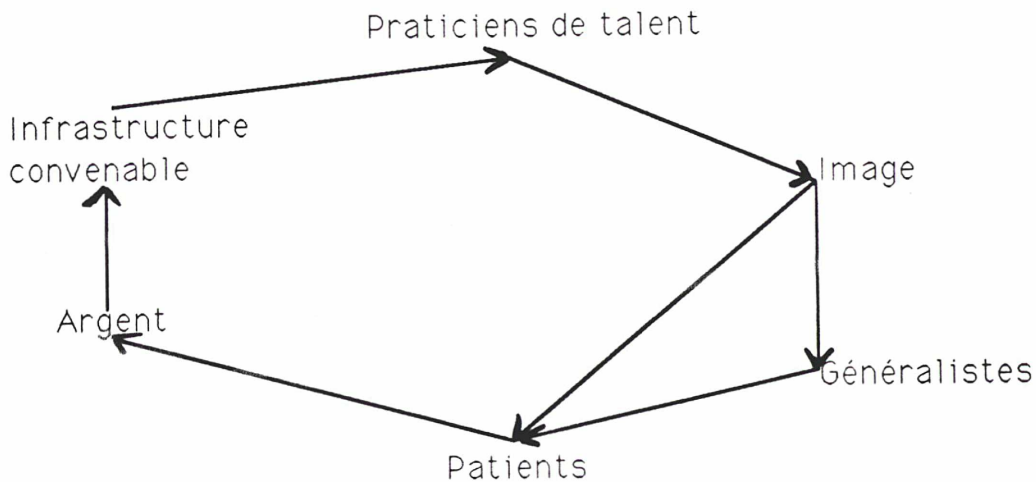
A la différence de ceux du public, les plateaux techniques du privé tournent souvent 24h sur 24, car le privé ne subit pas les contraintes réglementaires du public en matière sociale. C'est autour du plateau technique que se construit l'activité de la clinique, comme l'attestent les réflexions de propriétaires de cliniques au sujet de la notion de "taille critique". En effet, malgré le déclin d'importance des lits dans une clinique, la taille d'une clinique s'évalue toujours en lits. Cependant, quand on interroge un propriétaire de clinique sur le seuil de rentabilité de sa clinique, les réponses s'étagent de 80 lits à 230 lits. Pourquoi? Parce qu'aujourd'hui la question n'est plus de savoir si l'on doit embaucher une nouvelle infirmière avec le lit supplémentaire: le problème est d'avoir le nombre de lits qui rentabilise un plateau technique. Ainsi, la taille critique dépend étroitement du type d'activité de la clinique. Nous pouvons toutefois conclure de nos entretiens qu'elle serait plus importante dans une grande ville que dans une petite ville (au-dessous de 120 lits dans une grande ville et de 80 lits dans une petite ville, beaucoup de cliniques semblent connaître des difficultés). Pour ce qui est des très grosses cliniques, selon le Dr POL, Président de la clinique du Parc à Marseille et Président du syndicat des cliniques de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, un plateau technique important peut supporter une montée en puissance de 120 à 200 ou 220 lits; entre 230 et 350 lits, la clinique connaît une mauvaise passe, car les investissements nécessaires pour tourner à pleine capacité sont difficiles à rentabiliser; au-delà de 350 lits, la clinique retrouverait une rentabilité optimale.

Les développements précédents montrent toutefois que la question de la taille critique en lits n'est sans doute plus aussi pertinente qu'elle pouvait l'être quand l'activité des cliniques était essentiellement une activité d'hôtels sanitaires. Le choix d'une stratégie médicale est autrement plus important, et pour les grosses cliniques il débute généralement par une alternative: être polyvalente, et concurrencer ainsi le C.H.U. sur toutes ses activités (c'est le cas de la Clinique du Parc à Marseille), ou se spécialiser et former avec les autres cliniques privées de la ville une sorte de cartel régional; par exemple, sur les quatre grosses cliniques de Toulouse, l'une est plutôt spécialisée en neurologie, une autre en cardiologie, une autre en oncologie, et la dernière en urologie. La spécialisation permet de réaliser des économies d'échelle, et évite les concurrences inutiles avec les autres cliniques pour l'obtention de certains équipements rationnés par la carte sanitaire: on nous a cité le cas de deux grosses cliniques voisines demandant chacune deux équipements lourds (de résonance magnétique et de médecine nucléaire): le ministre ne voulant pas accorder tous ces équipements, les cliniques se sont entendues pour que chacune se désistât de l'équipement qui correspondait le moins à sa spécialité.

Qu'elles soient polyvalentes ou spécialisées, ces cliniques à gros plateau technique sont pour certaines d'entre elles des pôles régionaux d'hospitalisation, drainant la clientèle non seulement des généralistes, mais aussi des polycliniques de villes moyennes qui effectuent un premier tri parmi les patients: la clinique du Tonkin à Lyon, la clinique du Parc ou la clinique Clairval à Marseille, la clinique des Cèdres à Toulouse ont une clientèle au moins régionale et, même si elles appartiennent toujours aux médecins, n'ont plus grand chose à voir avec l'hôtel particulier du chirurgien d'antan...

Au total, on peut estimer à 100 ou 150 les cliniques commerciales de soins aigus qui relèvent de cette catégorie.

b) La rentabilité par les praticiens de talent.



Même sans plateau technique important, des praticiens de talent peuvent être attirés vers une clinique par une infrastructure convenable (personnel qualifié, conditions matérielles réunies pour l'exercice d'une spécialité de pointe). Eux-mêmes donnent alors de la clinique une bonne image, qui attire les patients, les paiements des soins permettant ensuite de financer l'infrastructure.

Des petites cliniques spécialisées dans une discipline, généralement chirurgicale, peuvent donc aussi être rentables, en jouant sur leur image de technicité même en l'absence de plateau technique très lourd. Pour ces cliniques-là, cliniques de la main, cliniques de la surdité, cliniques orthopédiques, etc..., le nombre de lits est encore moins significatif que pour les cliniques à gros plateau technique: la clinique Saint-François à Nantes, que nous avons visitée, est une clinique de 40 lits assez spécialisée en urologie, et qui est très performante. Comme pour les grosses cliniques, nous avons constaté la formation plus ou moins spontanée de cartels de petites cliniques (notamment dans les villes de l'Ouest à forte tradition congréganiste et où beaucoup de cliniques sont de petite taille): chaque clinique est spécialisée dans un domaine, et attire les praticiens spécialistes du domaine.

Même si des petites cliniques très spécialisées peuvent réussir dans une ville moyenne (c'est le cas de la clinique de la surdité à Béziers), il semble que Paris soit la ville où elles aient le plus de chance de réussite, car la rencontre entre une médecine de pointe et des patients souvent très bien informés stimule l'activité de telles cliniques. La clinique des Maussins, spécialisé en chirurgie orthopédique, est située à Paris dans le XIXe, et son recrutement est national: elle entretient

d'excellents rapports avec les fédérations de sport, ce qui contribue à entretenir sa réputation justifiée de clinique des fractures sportives.

Les petites cliniques spécialisées sont cependant exposées à un certain nombre de dangers. Tout d'abord, elles dépendent beaucoup de quelques chirurgiens, et selon un propriétaire de plusieurs cliniques "à partir du moment où quelqu'un représente plus de 30% de l'activité d'un établissement, cet établissement est en danger de mort". Tous nos interlocuteurs dans des petites cliniques spécialisées ont souligné que le départ d'un chirurgien important peut déstabiliser l'établissement.

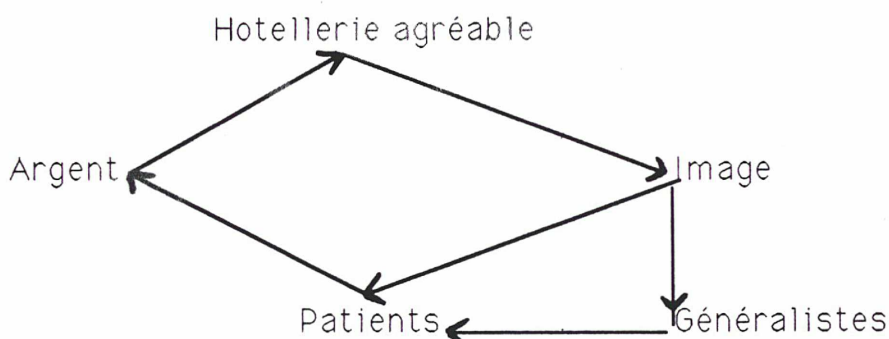
Ensuite, de telles cliniques sont toujours à la merci d'un renversement de nomenclature. La cotation des actes peut être modifiée, et donc, se concentrer sur un petit nombre d'actes, c'est être fragile. Par exemple, la chirurgie de la hanche est généralement considérée comme sous-cotée aujourd'hui: si une clinique avait décidé de s'y spécialiser il y a dix ans, elle aurait sans doute périclité depuis.

Enfin, -et particulièrement dans une période d'essor des stratégies non invasives-, de nouvelles percées thérapeutiques risquent de mettre à mal des petites cliniques spécialisées dans un certain type de chirurgie. Plusieurs propriétaires de cliniques nous ont confié que pour s'orienter dans tel secteur plutôt que dans tel autre, il leur fallait deux à trois ans d'études et deux à trois ans de mise en pratique: dans tout ce temps, si la clinique dépend entièrement du nouveau secteur à expérimenter, elle risque fort de devoir fermer.

Un directeur de petite clinique spécialisée nous a dit: "Il faut être spécialisé, mais pas trop". Cette opinion résume bien le dilemme devant lequel se trouve une telle clinique.

On peut encore estimer à 150 le nombre de ces cliniques.

c) La rentabilité par l'hôtellerie agréable



Une hôtellerie agréable contribue aussi à la formation d'une bonne image de la clinique, même si elle y contribue moins fortement que le plateau technique ou les praticiens de talent. L'argent produit permet d'entretenir et de moderniser l'hôtellerie.

Les polycliniques peu techniques, mais qui jouent sur l'accueil et le confort, correspondent certainement moins à l'expansion technique que celles décrites plus haut, mais peuvent néanmoins trouver une rentabilité dans des villes moyennes, où de toute façon elles sont absolument nécessaires. Plusieurs propriétaires de ces cliniques nous ont dit rechercher plus le chirurgien aimable et commerçant que la vedette hospitalo-universitaire. Ils jouent sur le fait que le bon accueil est perçu plus aisément que la haute technicité par le patient ou même son généraliste. Cependant, ils courent le risque d'être dépassés par l'évolution technique, sans avoir les moyens financiers de rattraper leur retard, et de plus, n'étant pas spécialisés, ils ne réalisent que peu d'économies d'échelle.

Il s'agit là du gros des cliniques commerciales de soins aigus: 400 à 500 cliniques.

Il est important de noter que les cercles vertueux peuvent aussi s'inverser, se transformant alors en cercles vicieux: un handicap en termes d'image se répercutera sur le nombre de patients, donc sur les gains de la clinique, et le manque à gagner empêchera alors de combler le handicap, qu'il s'agisse d'acquérir un bon plateau technique, de recruter des infirmières performantes ou de moderniser l'hôtellerie.

Ce sont les mécanismes qu'on peut observer dans toutes les autres cliniques, peu techniques, peu spécialisées, et souvent vétustes: elles sont apparemment condamnées à périr si elles ne fusionnent pas. On considère généralement (des enquêtes du CERC réalisées au début des années 80 le prévoyaient déjà) que dans cette catégorie il faut compter le tiers des quelque mille cliniques commerciales de soins aigus.

Si le souci de rentabilité semble être un élément décisif du choix d'une stratégie médicale -choix, par exemple, de certains investissements ou de spécialités rémunératrices, il ne faudrait pas en déduire qu'une fois la stratégie adoptée c'est en vertu de critères de rentabilité qu'on pratique telle intervention plutôt que telle autre: une fois face au malade dans la spécialité qu'il a choisie, le praticien se doit de soigner dans le seul intérêt du malade. Une controverse récente sur l'abus qu'on ferait des césariennes dans certaines cliniques commerciales illustre bien la complexité des problèmes en jeu. Certes, un accouchement avec césarienne rapporte plus qu'un accouchement sans césarienne. Cependant,

lorsqu'on observe la question plus finement, on observe (selon plusieurs de nos interlocuteurs dans les cliniques) que les gynécologues jeunes ont plus tendance à pratiquer la césarienne que les gynécologues âgés: ils ont sans doute moins d'expérience, et donc plus peur d'un accouchement difficile par voie basse, qui peut affecter définitivement les capacités intellectuelles du nouveau-né. Ils sont aussi plus influencés par le modèle américain du recours fréquent à la césarienne, et ils sont plus sensibles à l'évolution des mentalités: la plupart des couples modernes préfèrent n'avoir qu'un enfant (risque du recours à la césarienne) plutôt que beaucoup avec des risques d'arriération mentale. Une anecdote qui nous a été rapportée par un dirigeant de caisse d'assurance-maladie nous permettra de conclure sur cette question des césariennes: la caisse, inquiète de ce qu'une clinique pratiquait proportionnellement bien plus de césariennes que la moyenne des autres cliniques, y envoya des médecins- conseils pour constater l'abus de soins. Leur seule constatation fut que dans le voisinage de la clinique vivait une importante population d'origine étrangère, avec beaucoup de jeunes femmes, et que ces jeunes femmes avaient un bassin plus étroit que la plupart des femmes d'origine française: ainsi s'expliquait le recours plus fréquent à la césarienne.

Avoir des activités médicales rentables ne signifie donc pas qu'on se livre à ces activités dans le seul but d'en dégager une rentabilité. Il arrive aussi que des activités non rentables (par exemple, selon tous nos interlocuteurs, avoir une maternité), ou neutres financièrement pour la clinique (partage d'un lithotriteur avec le public, les remboursements n'étant pas faits à la clinique mais aux médecins) contribuent indirectement à la rentabilité en jouant sur la bonne image de la clinique ou en lui amenant d'autres activités (dans le cas de la maternité, les amygdales et appendicites futures). L'extrême complexité de la question de la rentabilité des cliniques provient de ce qu'un métier d'artisan, pensé par ceux qui le pratiquent et ceux qui en bénéficient en des termes philosophiques, scientifiques, mais non financiers, a aujourd'hui de plus en plus besoin d'argent du fait des évolutions que nous venons de décrire. C'est ce besoin d'argent sur lequel nous allons maintenant réfléchir.

C) LES NOUVEAUX BESOINS D'ARGENT

Nous venons de voir que pour préserver une certaine rentabilité, les cliniques devaient bien plus que par le passé consentir des investissements. Ces investissements sont souvent importants: une angiographie numérisée coûte 1,5 millions de Francs, un scanner 8 à 9 millions de Francs, une IRM 10 à 15 millions de Francs, un lithotriteur 15 à 20 millions de Francs. On estime qu'il faut 400 000 Francs par lit pour transférer une clinique d'un endroit à un autre d'une même ville. Ces chiffres sont à comparer au chiffre d'affaires d'une clinique: une clinique de cent lits dépasse rarement 40 millions de chiffres d'affaires, la clinique du Parc à Toulouse (480 lits, la plus grosse de France en nombre de lits) a réalisé en 1988 un chiffre d'affaires de 121 millions de Francs.

Il existe certainement des cliniques à qui ces investissements seraient très utiles et qui ont quelques difficultés à les faire; nous n'en avons cependant pas rencontré, et tous nos interlocuteurs nous ont assuré que les cliniques pouvaient financer assez facilement leurs investissements. Des sociétés comme UFB-Locabail, filiale de la compagnie bancaire, pratiquent beaucoup le crédit à l'achat d'équipement, et le crédit-bail de plus en plus: ces sociétés ne semblent pas réticentes au prêt à des cliniques ou des groupes de médecins.

Si les investissements en équipements nouveaux sont aisément financés, où est donc le problème pour les cliniques? Le problème est que, comme nous l'avons déjà remarqué, ventes et successions s'enchaînent à un rythme de plus en plus important. Ce qui doit être financé dans ces reprises de cliniques, ce n'est pas un investissement mais plusieurs strates d'investissements successifs. Le propriétaire d'une importante clinique de province nous confiait qu'en 1966 il avait dû dépenser 380000 F pour l'équipement complet de son bloc opératoire, en 1978 huit millions pour la réfection des neuf salles de ce bloc, et en 1985 neuf millions pour les deux dernières salles de chirurgie cardiaque. En 1966 il fallait dépenser 180000 F pour une salle de radio conventionnelle, et en 1989 entre 2,4 et 3 millions: quant à toute l'imagerie de cette clinique importante, elle vaut aujourd'hui soixante millions de Francs. Un respirateur artificiel valait 8000 F en 1966; il en vaut 2,5 millions aujourd'hui, dans son modèle moderne.

On pourrait croire que l'offre abondante de cliniques serait de nature à faire baisser les prix des cliniques. Cependant, il serait totalement faux d'imaginer qu'il existe un marché des cliniques, avec un système cohérent de prix: c'est désormais aussi faux que de prétendre qu'une offre abondante de PME en ferait baisser le prix uniformément.

Jusque dans les années 70, il existait un prix du lit de clinique, à peu près le même pour toutes les cliniques. Aujourd'hui, si nous rassemblons toutes les évaluations que nous avons recueillies, le prix d'un lit, entre deux cliniques différentes, peut varier de 200000 F à 600000 F: autant dire que le lit n'est plus du tout un bon indicateur de valeur, ce qui n'est pas pour nous surprendre après les développements de la partie précédente. Si l'on interroge des acheteurs de cliniques sur leurs offres de prix, ils ne parlent plus lits mais plateau technique, hospitalisation de jour, potentiel de développement, voire positionnement par rapport à des offres concurrentes.

L'effet d'offre abondante, en effet, n'est pas seulement dilué par l'extrême diversité des cliniques. Il est aussi contrebalancé par l'arrivée d'investisseurs dont nous allons parler plus bas, et qui ont fait nettement monter les prix (ces prix ont d'ailleurs aujourd'hui tendance à baisser car les achats se tassent).

Quoi qu'il en soit, un gros apport de fonds, pouvant être de l'ordre de plusieurs dizaines de millions de Francs, est à réaliser par qui veut reprendre une clinique aujourd'hui. Or, jusqu'au début des années 80, presque toutes les cliniques se vendaient de médecin à médecin. Malgré de récentes dispositions fiscales qui prévoient que les intérêts d'un emprunt pour racheter une clinique seront déductibles du revenu, la conjonction des deux phénomènes que nous avons décrits dans cette partie rend particulièrement problématique la transmission patrimoniale: les praticiens dans une clinique sont souvent assez nombreux, moins riches que par le passé et parfois très divisés; un rachat de clinique, ou les droits d'héritage de cette clinique, exigent un investissement rendu très important par la montée en puissance des dépenses liées à l'établissement. On conçoit que des banques hésitent plus à prêter à dix chirurgiens pour un rachat de cliniques qu'à un radiologue pour un appareil d'imagerie.

Le propriétaire de grosse clinique dont nous évoquons plus haut la progression d'investissements depuis les années soixante nous disait: "Dans cinq ans, ma clinique telle qu'elle est n'existera plus." Il faisait allusion au fait qu'aucun médecin ne pourrait racheter sa clinique. Toutes ces cliniques difficiles à vendre à des médecins restent-elles pour autant sans acquéreur? Pas du tout. Un créneau s'est dégagé, dans lequel différents investisseurs tentent depuis quelques années de s'installer.

III) CLINIQUES ET ENTREPRENEURS

A) QUELS INVESTISSEMENTS?

1) Les entrepreneurs industriels ou financiers

Plusieurs investisseurs privés ont déjà participé à des reprises de cliniques. On peut citer, entre autres, la Compagnie générale des Eaux, Paribas, Suez, le groupe allemand Paracelsus. C'est ce dernier, qui, historiquement, est intervenu le premier, en rachetant des cliniques dès 1985. Ce groupe contrôle déjà 6000 lits en RFA et en Californie. Ces différents groupes peuvent intervenir directement, prendre une participation majoritaire ou minoritaire dans des cliniques, ou se contenter d'être les partenaires d'un homme d'affaires. On peut distinguer plusieurs types d'approches pour ces entrepreneurs non médecins.

a) *L'approche douce*

Dans ce cas, l'investisseur est un partenaire financier. Qu'il soit majoritaire ou minoritaire, il se contente d'apporter des fonds, du conseil en gestion, en financements, ou des services de facturation et de comptabilité. Il n'intervient pas alors dans la définition de la stratégie médicale, c'est-à-dire la constitution des équipes, le recrutement des chirurgiens, le positionnement thérapeutique. Ce fut le cas de P. Lepeltier, président de Cliniques de France, avant et peu de temps après son rachat par la CGE, qui avait constitué une société holding, accueillant des partenaires possédant des cliniques, pour constituer une structure permettant d'avoir une démarche de "pénétration structurante" du secteur. Au départ, il s'agissait d'une simple association destinée à revaloriser l'image de l'hospitalisation privée, en donnant un logo à des établissements qui s'engageaient à respecter un certain cahier des charges. Cette association a ensuite disparu, et Cliniques de France s'est présentée comme un ensemble de deux sociétés, l'une comprenant les participations dans les cliniques, l'autre de service. Le fonds commun de placement à risque de Suez, Clininvest, se donne des objectifs analogues. Il s'agit, selon A. Seugé, directeur adjoint de Suez chargé du dossier, de souscrire à des augmentations de capital, ou de racheter des parts à l'occasion du départ de médecins-propriétaires, mais pas de construire d'empire individuel. En effet, ce partenariat doit prendre trois formes: "un apport de fonds propres importants, une ingénierie financière adaptée au monde de la santé, et un souci de qualité de la gestion".

Ce type d'intervention présente l'avantage de ne pas effrayer les médecins, mais par contre l'investisseur a souvent dépensé beaucoup d'argent pour une société dont il n'a pas le contrôle effectif. De plus la rentabilité d'opérations de facturation, ou de gestion des achats, n'est pas en rapport avec l'investissement réalisé. Il y a eu une brève éclaircie, au moment du changement récent de la réglementation de la TVA touchant les cliniques: celles-ci ne sont en effet plus assujetties à cette taxe, ce qui leur a donné un ballon d'oxygène en terme de marge. Malheureusement, selon elles, l'insuffisante revalorisation de la tarification leur aurait réduit de beaucoup cette manne, rendant ainsi de moins en moins intéressantes les opérations ci-dessus évoquées, et pousse donc ces investisseurs à prendre une participation qui soit majoritaire ou totale.

b) *L'approche dure*

Elle se manifeste d'abord par une offre d'achat de parts de la clinique, faite par la chaîne aux médecins: il s'agit en général pour commencer de contrôler un bloc d'actions minoritaire(environ 30%), pour que les médecins viennent ensuite spontanément vendre les parts qui leur restent. Une fois que le capital est verrouillé, la chaîne intervient en tant qu'opérateur, en s'impliquant directement dans la gestion des cliniques, dans la stratégie médicale. Ce fut donc le cas de la CGE via la Générale de Santé, dirigée par D.Caille, pour Cliniques de France, puis pour Médifutur, vendu par son PDG P.Austruy, qui est resté aux commandes de son groupe, et maintenant pour Journal SA, racheté à Y. Journal, qui est, lui aussi, resté en place. Il y a même l'approche "super-dure", pratiquée par un groupe étranger, où les contrats d'exclusivité des médecins sont systématiquement dénoncés, à grand frais, le groupe leur versant au moins un an d'honoraires. Ce qui permet d'introduire dans la clinique des médecins et des contrats qui seront plus souples... Cette politique est cependant désastreuse pour l'image de marque de la chaîne. Nous examinerons en détail dans la partie "médecins O.S .ou mécènes complaisants" les conflits entre ces médecins et les gestionnaires, et quelques idées pour résoudre les difficultés.

2) Les autres entrepreneurs

Cependant, ceux qui comptent le plus dans l'hospitalisation privée ne sont pas toujours ceux qu'on croit. Des entrepreneurs dynamiques, qu'ils soient eux-mêmes médecins, ou proches de ceux-ci, ont depuis longtemps constitué des groupes importants de cliniques. C'est le cas du Dr Attia, par exemple, PDG du groupe nouvellement baptisé Alphamed, qui a commencé son parcours il y a 17 ans, qui représente plus de 50% de la chirurgie cardiaque privée en Ile de France, qui se développe en Espagne, et qui a refusé la grosse somme d'argent que lui proposait un groupe important pour le rachat de 25% de ses parts. C'est aussi le cas de G.Hourtoule, PDG du Groupe FIM, 700 MF de chiffre d'affaires, parti de l'activité de construction des établissements: il a construit près de 10% des capacités hospitalières privées en France(8500 lits sur les 100000 lits au total). Il gère maintenant une dizaine de cliniques, sans compter les hôtels(50 fimotel fin 87), les maisons de retraite médicalisées, et les projets de développement dans l'immobilier. Et il ne faut pas oublier ces nombreux entrepreneurs individuels, moins importants peut-être, mais qui ont déjà des petits groupes de cliniques.

On peut cependant remarquer que le rythme des acquisitions s'est considérablement ralenti aujourd'hui, ce qui amène à s'interroger sur la rentabilité de ces investissements.

B) RENTABILITE DE L'INVESTISSEMENT ET PARI DES INVESTISSEURS.

1) La question de la rentabilité.

Il n'y a jamais eu d'étude véritable sur la rentabilité des cliniques commerciales en France, pour la raison simple qu'il est difficile d'apprécier cette rentabilité. Les sociétés civiles immobilières, qui possèdent les murs de la clinique, sont peu connues et pourtant comptent beaucoup dans la rentabilité de la clinique: la société d'exploitation considérée isolément peut n'être pas rentable en raison des loyers qu'elle paie à la société immobilière, alors que l'ensemble est rentable. Or, même si les loyers versés sont souvent au-dessous des loyers courants de l'immobilier (surtout à Paris), ils n'en sont pas moins un élément important de certaines stratégies médicales. Nous avons déjà vu qu'ils pouvaient servir de pension à un praticien retiré de son activité mais conservant les murs de sa clinique. Cependant, ils servent aussi très souvent de rémunération complémentaire aux médecins en exercice et copropriétaires de la clinique: dans plusieurs cliniques que nous avons visitées, aucun dividende n'était versé sur le résultat de la société d'exploitation, mais par contre les praticiens se partageaient le loyer des murs.

Nous touchons là au fond du problème de la rentabilité d'une clinique. Cette notion de rentabilité varie en effet du tout au tout selon qu'on considère la rentabilité pour les praticiens ou la rentabilité pour un investisseur. Le praticien qui perçoit des honoraires grâce à son instrument de travail, qui perçoit aussi, souvent, une part de loyer ou un salaire important en raison d'une fonction administrative plus ou moins effectivement exercée dans la clinique, ce praticien peut se satisfaire de travailler dans un établissement à bénéfice réduit, ou dont tout le bénéfice est réinvesti.

Il faut en effet réinvestir constamment pour éviter l'obsolescence de ces équipements techniques plus ou moins lourds dont nous avons vu toute l'importance pour le succès d'une clinique moderne. Dans plusieurs cliniques à fort plateau technique -de celles qui intéressent les investisseurs-, nous avons demandé quel pouvait être le bénéfice distribuable à des actionnaires. Dans ces cliniques performantes, la marge brute d'autofinancement représente souvent 10 à 15% du chiffre d'affaires; sur ces 10 à 15%, il faut compter 7 à 8% pour l'entretien et le simple renouvellement du plateau technique, 2 à 3% pour la variation du besoin en fonds de roulement, et ce qui reste apparaît insuffisant pour rémunérer des investisseurs qui nous ont dit rechercher les cliniques dont le résultat

serait 10% du chiffre d'affaires. Une étude du CERC, publiée au début des années 80, montrait d'ailleurs qu'à peine plus de la moitié des cliniques privées avaient un résultat bénéficiaire.

Du reste, nous avons rencontré plusieurs hommes d'affaires, banquiers, assureurs, qui nous ont confié avoir renoncé à l'achat de cliniques car ils n'en voyaient pas la rentabilité. Ceux qui ont acheté de nombreuses cliniques ne tiennent évidemment pas le même discours, mais selon les autres investisseurs plus prudents ils auraient acheté leurs cliniques beaucoup trop cher. Si la rentabilité "médicale", rentabilité comme instrument de travail, de nombreuses cliniques ne fait pas de doute, leur capacité à rémunérer un capital est douteuse: les cercles vertueux de la rentabilité se bouclent trop bien, il n'en sort pas assez d'argent pour nos investisseurs.

Non seulement la rentabilité des cliniques pour un investisseur semble médiocre, mais de plus le risque d'investissement est important. Certes, le "risque client" est nul car le payeur, essentiellement la Sécurité Sociale, est certain. Cependant, ce qui fait la fragilité d'une clinique, c'est que ses recettes peuvent beaucoup varier alors que les dépenses sont fixes et ne sont guère liées aux recettes.

Les cliniques en effet peuvent être décrites comme des sociétés de services, à très forte valeur ajoutée: les frais de personnel représentent le plus souvent 60 à 65% des charges, les achats directement liés à l'activité (médicaments, consommables, nourriture) n'excèdent pas 20% des charges, ce qui faisait dire à plusieurs de nos interlocuteurs qu'un lit vide coûtait 80% d'un lit plein. Un signe de cette séparation entre les recettes et les dépenses est l'absence totale de comptabilité analytique dans toutes les cliniques visitées: des comptes d'exploitation mensuels y sont étudiés soigneusement, mais on agit séparément sur les charges et sur les produits.

Or, les produits de la clinique, nous l'avons vu, peuvent beaucoup varier: percée thérapeutique, départ d'un chirurgien, retournement de nomenclature, peuvent affecter brutalement et durablement une clinique qui jusqu'alors prospérait. Comme les charges sont largement fixes, la clinique est donc extrêmement sensible aux variations erratiques d'activité.

Voilà donc l'explication du tassement des investissements que nous constatons aujourd'hui. Cependant, si les investissements se sont tassés, les investisseurs ne se sont pas retirés: un chirurgien président d'une très grosse clinique de province nous a montré récemment une proposition d'achat d'un groupe étranger qu'on disait pourtant en pleine déconfiture dans les cliniques françaises. Les investisseurs s'obstinent donc, et de toute façon il semble étonnant que des sociétés très sérieuses aient investi leur argent dans un secteur dont la rentabilité n'était pas moins douteuse il y a quatre ans qu'aujourd'hui.

2) Le pari des investisseurs.

Dire que les dépenses de santé vont augmenter considérablement dans les années à venir est une banalité: selon plusieurs prévisions, elles seront en l'an 2000 le premier poste de consommation des Français, avec 20% du budget des ménages. Par ailleurs, l'Etat et les partenaires sociaux sont de plus en plus soucieux de limiter les dépenses de la Sécurité Sociale: cet organisme tend à rembourser de moins en moins certaines prestations, tout en restant largement dominant.

Or, dans d'autres pays où les dépenses de santé connaissent la même croissance, des formules privées d'assurance-maladie sont particulièrement développées. C'est le cas des Etats-Unis, où l'Etat fédéral et les états fédérés ne contribuent que pour 40% à la facture nationale de santé; c'est le cas aussi, plus près de nous, de la RFA, où les patients sont partagés en trois classes selon leur revenu: certains ont toutes leurs dépenses couvertes par la Sécurité Sociale allemande, d'autres seulement en partie, d'autres enfin pas du tout: les assurances-maladie privées sont donc beaucoup plus développées en RFA qu'en France.

Aux Etats-Unis, le développement des assurances privées de soins permet aux "producteurs de soins" ("health care providers") de se lancer dans deux types de formules: les Health Maintenance Organizations (HMOs), réseaux de soins qui proposent à une population d'abonnés des prestations gratuites ou à prix réduit, moyennant paiement d'une cotisation annuelle; les Preferred Provider Organizations (PPOs) qui passent contrat avec un assureur pour traiter à prix réduit les clients de l'assureur, à charge pour ce dernier de rembourser mieux les assurés qui seront allés dans la PPO que les autres assurés. Dans les deux cas, le producteur de soins bénéficie d'une clientèle relativement captive, et si cette clientèle est en moyenne relativement saine (les traitements lourds sont difficiles à financer par ces systèmes) la rentabilité peut être très forte.

En 1985-1986, la France a connu une forte vague libérale. Il n'était question que du "Trop d'Etat", on parlait de tout privatiser, des prisons aux hôpitaux en passant évidemment par la Sécurité Sociale. S'agissant de cette dernière, les Plans Séguin amorçèrent ce qui pouvait apparaître comme un retrait au profit d'autres modes de paiement.

Notre conviction est que, si les investisseurs se sont intéressés aux cliniques, s'ils persistent encore aujourd'hui dans leurs choix malgré une rentabilité médiocre, c'est en raison d'un pari qu'ils ont fait sur un retrait de la Sécurité Sociale et la possibilité de revendre à une assurance qui organiserait une HMO, de passer contrat avec une assurance pour se constituer en PPO, ou encore de se constituer eux-mêmes en HMOs. Plusieurs investisseurs nous ont confié qu'ils s'attendaient à un recul de plus en plus marqué de la Sécurité Sociale, et que dans cette perspective ils prenaient des contacts avec des assureurs privés. Les assureurs eux-mêmes, lors de l'entrée en vigueur du premier plan Séguin qui augmentait l'importance des remboursements complémentaires, ont failli perdre en un trimestre les gains d'une année, mais ils ont augmenté leurs primes. On aurait pu croire que, ne voulant pas renouveler l'expérience de ce retrait brutal, ils auraient tout fait ensuite pour empêcher un nouveau retrait. Cependant, ils sont à ce point persuadés du caractère inéluctable du retrait de la Sécurité Sociale qu'ils s'y préparent en expérimentant différentes formules de prévention médicale (en entreprises, auprès de personnes âgées,...) : ces formules, si elles rencontrent du succès, leur permettront d'accroître leurs marges dans un contexte d'augmentation générale du risque couvert par le privé, et donc dans un contexte d'augmentation des primes... Un dernier signe corrobore cette thèse du pari: la multiplication des projets d'hôtels satellites que nous évoquions plus haut ne peut guère se concevoir que dans une perspective de retrait de la Sécurité Sociale: on imagine mal actuellement que de nombreux patients préfèrent payer 400 F par nuit dans un hôtel plutôt que de se faire héberger en clinique aux frais de la Sécurité Sociale.

Cependant, en attendant le jour où la Sécurité Sociale laissera la place à des assureurs privés, les investisseurs dans la santé aimeraient bien que la Sécurité Sociale se comportât comme les pouvoirs publics américains, payant un forfait aux HMOs pour une certaine population de patients potentiels, ou acceptant de contracter avec des PPOs. Le groupe de cliniques Alphamed est sous contrat avec les assureurs américains Blue Cross et Blue Shield pour des patients américains. Des embryons de HMOs se montent (par exemple sous l'initiative d'Axa ou d'IBC-Santé), mais ils sont plutôt organisés à titre démonstratif, pour convaincre la Sécurité Sociale

de l'efficacité d'une coordination entre différents médecins, infirmières, cliniques, pour le traitement d'une certaine population.

L'essentiel de la bataille est en effet médiatique. On a trouvé une traduction pour le mot de HMO: Réseau de Soins Coordonnés (RSC). Plusieurs économistes de la santé réclament l'organisation à grande échelle de tels réseaux, qui permettraient d'économiser de l'argent car, ne disposant que d'un forfait, ils mettraient l'accent sur les soins préventifs et le forfait pourrait être inférieur à ce que coûterait la même population en-dehors du RSC. Il s'agirait en quelque sorte de mutuelles possédant leurs cliniques, mais qui toucheraient de la Sécurité Sociale des paiements forfaitaires.

Les mêmes idées ont été avancées aux Etats-Unis, où les contraintes financières exercées par l'Etat fédéral favorisent le développement des HMOs. Cependant, plusieurs études publiées dans ce pays font état de "sélection biaisée" à l'entrée dans la HMO. Une HMO n'a pas le droit de refuser un patient; cependant, si elle est installée dans une banlieue de la classe moyenne, où la population n'est pas trop âgée, à l'écart de grandes voies de communication, elle peut économiser beaucoup sur les versements forfaitaires qui lui sont faits et ne contribuer en rien au ralentissement des dépenses collectives de santé. Par ailleurs, la rupture des liens traditionnels entre le patient et son médecin inquiète les grands malades ou les personnes âgées, qui répugnent donc à entrer dans la HMO. Cette "fonctionnarisation" de la médecine est d'ailleurs l'une des raisons de l'hostilité du Conseil de l'Ordre à l'implantation en France d'une telle formule.

Pour ce qui est des PPOs, il faut bien voir que la formule existe déjà en France depuis longtemps. Pour ne citer qu'un exemple, l'Aérospatiale près de Toulouse se constitue en mutuelle pour ses employés en passant contrat avec la clinique des Cèdres. Ce qui est dangereux, c'est l'extension de cette formule à grande échelle pour en arriver à ce qu'on observe en Californie: l'Etat de Californie met périodiquement aux enchères ses ressortissants qui relèvent de programme d'assistance sociale, et concède donc leurs soins au mieux-disant financier, dont il est difficile de savoir si c'est aussi le mieux-disant médical...

L'échec relatif du modèle ultra-libéral américain n'empêche pas les investisseurs de continuer à prendre position sur des formes alternatives de soins qui rencontrent un franc succès outre-Atlantique comme, par exemple, l'hospitalisation à domicile (prise de participation de groupes français dans Life Time, société américaine d'hospitalisation à domicile). L'impression qui domine aujourd'hui, c'est que les investisseurs, s'ils ont parié il y a quelques années, en achetant des cliniques, sur une

américanisation rapide de la santé française, essaient aujourd'hui toutes les idées qui leur permettront de sortir des cliniques où le modèle américain n'a manifestement pas le vent en poupe.

En effet, ce n'est pas seulement la rentabilité de l'investissement qui pose problème à l'investisseur dans les cliniques; c'est aussi, comme nous allons le constater, la confrontation avec le corps médical.

**IV) LA CLINIQUE DE L'AVENIR: MEDECIN O.S. OU
MECENE COMPLAISANT**

A) DEUX LOGIQUES EN CONFLIT

1. L'agitation médiatique

a) *Les manœuvres des investisseurs.*

La presse se fait de plus en plus largement l'écho des manœuvres des investisseurs pour l'achat de cliniques. Le vocabulaire utilisé évoque un siège des médecins dans les cliniques par leurs agresseurs financiers ou industriels. Le "raid sur la Santé" est général, le mouvement grossit depuis 1985, l'année des premières acquisitions de la chaîne allemande Paracelsus en France, bientôt suivie de la CGE, Suez, Paribas et d'autres. L'hostilité réciproque investisseurs-médecins grandit dans les médias, pour atteindre un paroxysme fin 1988, date de l'affaire de la clinique du Tonkin à Lyon. Charles Mérieux, actionnaire minoritaire (10%), et actionnaire dans de nombreuses autres cliniques lyonnaises, veut céder ses parts, du fait d'un besoin urgent de liquidités pour d'autres acquisitions. Les médecins de la clinique ne se précipitent pas pour lui proposer un rachat de ses parts. Il s'adresse alors à Cliniques de France, contrôlée par la CGE en début d'année 1989. L'OPA est lancée peu après, selon le modèle habituel: obtenir 20 à 30% du capital dans un premier temps, afin que les médecins viennent ensuite spontanément lui vendre leurs parts. Cliniques de France offre 1200 F pour les parts à 500 F des médecins les plus proches de l'âge de la retraite, 700 F pour les tranches d'âge moyennes, et 500 F aux plus jeunes. Pendant plusieurs semaines les médecins se divisent. Les plus anciens, fidèles à 30 années d'exercice libéral hésitent. Les 30-40 ans, qui viennent juste de rembourser leurs dettes, et pensaient enfin rentabiliser une situation confortable, refusent catégoriquement. Les plus jeunes enfin, soutiennent Cliniques de France. Il s'agit en effet pour eux d'une occasion inespérée. Dégoûtés de l'hôpital public, de ses carrières bloquées, de ses salaires très médiocres, ils ont le plus grand mal à s'insérer dans une clinique privée, où la concurrence est vive, et leurs aînés peu enclins à s'associer. C'est in extremis que le conseil d'administration trouve le moyen de contrer l'OPA. Les parts sont donc vendues à des laboratoires d'analyses lyonnais, en échange de l'exclusivité de celles-ci. Cette affaire déclenche dans le monde médical une tempête de protestations contre les groupes.

b) *Les réactions des médecins.*

Malgrès l'hostilité aux groupes d'une grande partie du monde médical, certains médecins ne se font pas cependant pas prier pour contacter ces groupes et parler affaires. Il y a en effet un décalage certain entre l'hostilité affichée vis à vis des groupes et la tentation de l'offre faite par ceux-ci d'une plus value substantielle sur la valeur de leur établissement: le marché est favorable, la carte sanitaire empêche la création ex nihilo de nouvelles capacités de lits, et de plus en plus de gens veulent acheter des cliniques. Bref, se souvient un directeur de clinique, "ce fut un véritable choc. Dans les congrès de l'hospitalisation privée, les leaders les plus virulents proclamaient à la tribune que la médecine libérale était mise en péril, puis ils dévalaient l'escalier pour s'enquérir de l'adresse des chevaliers teutoniques". Il s'agit d'une véritable guerre civile, de comportements de trahison par rapport à l'esprit de la médecine libérale.

D'autres au contraire profitent de l'agitation pour proposer une structure d'accueil pour des cliniques, comprenant des médecins et des directeurs de cliniques uniquement, avec une triple mission: le conseil en gestion, la formation, et les transmissions patrimoniales. Kangourou, la "chaîne anti-chaîne" était née, Kangourou contre les loups garous. Et les médecins aiment cela.

c) *L'attitude des syndicats.*

Les syndicats de l'hospitalisation privée, quant à eux, adoptent une attitude plus nuancée. D. Caille, directeur général de la Générale de Santé, interrogé par le Quotidien du médecin du 1.2.1988, explique qu'il y a chez eux à la fois une attente et une crainte, mais que les choses évoluent : "J'en rencontre qui me disent: vous allez nous donner les moyens de travailler. Cela dit, la révolution que cela implique ne sera sans doute pas réalisée avant dix ans". Cependant, la FIEHP crée une banque, la BPL-Banque pour les Professions Libérales-, avec pour partenaire très important la Banque Populaire, qui met son réseau d'agences à disposition. La BPL accorde des prêts à des médecins exerçant en clinique, sans pour autant, question de jeunesse peut-être, intervenir sur des montages financiers (structure de holding, portage d'établissements)...L'esprit libéral, qui place le médecin au centre de la dynamique de la clinique, est ici favorisé.

d) *La clinique outil de travail ou entreprise?*

Le discours des groupes explique en partie les tensions parfois très fortes entre investisseurs et médecins. Le conflit des deux logiques peut se résumer de la façon suivante: une clinique est-elle un outil de travail, comme elle a toujours été considérée historiquement, ou une entreprise que l'on gère comme une autre? Les groupes espèrent en effet qu'une gestion rationnelle des cliniques permettra de dégager des gains de productivité réels. Leur compétence économique, industrielle ou financière, devrait leur permettre de les repérer rapidement, et de les exploiter.

Le discours de la rationalisation est d'ailleurs général, que ce soit pour le privé ou le public. Selon JC Stephan, directeur du Centre National d'Équipement Hospitalier, on peut économiser "30% des coûts de fonctionnement d'un hôpital grâce à la bureautique, 25% en gérant mieux les achats de nourriture, 40% en réduisant le personnel de cuisine, 10% en utilisant du linge jetable"... En effet, dans les coûts d'un hôpital, 60% proviendraient des soins proprement dits et 40% de l'hôtellerie. Jean de Kervasdoué, ex-directeur des hôpitaux au ministère de la Santé, et aujourd'hui PDG d'une nouvelle société de conseil, la Sanesco, estime que 60% des dépenses hospitalières sont des dépenses de traitement de l'information, si l'on comptabilise le temps passé par le personnel.

Les cliniques outil-de-travail sont cependant parfois gérées comme des entreprises par ceux-là mêmes qui en ont fait un vecteur de trajectoire médicale individuelle. C'est le cas de la clinique du Parc à Marseille, que nous avons visitée, dirigée par le Dr Vincent Pol, véritable entreprise par la taille, la complexité des problèmes de gestion, de financement, et de relations avec l'extérieur. Alors, où est le problème? Il faut, pour en saisir la réalité, se référer à ce que nous avons déjà évoqué à propos de la rentabilité: un groupe recherche non seulement une rentabilité "médicale", mais également une rémunération des capitaux investis. Il s'agit bien là d'un appel supplémentaire à la rentabilité, qui provoque les tensions dont nous parlons. Nous allons maintenant plus précisément examiner les manifestations, en pratique, de l'opposition de ces deux logiques.

2. Pourquoi les groupes ont-ils rencontré de tels obstacles?

Les points d'achoppement sont au nombre de trois; la clientèle, la gestion, les contrats.

a) *A qui appartient la clientèle?*

-Aux médecins ?

Comme nous l'avons déjà vu, la conception libérale de la clinique outil de travail implique que c'est le praticien qui apporte la clientèle dans la clinique par l'intermédiaire de son réseau de correspondants ou même directement par son aura auprès des patients de sa région d'exercice. Les cliniques dynamiques organisent souvent des EPU - Enseignements Post Universitaires-, qui permettent à celle ci, mais aussi et surtout aux praticiens spécialistes, de se faire connaître, puisque la publicité est interdite. La compétence de l'animateur, et ses facultés de communication, sont complétées, pour le bien de tous, par un bon repas, avec une spécialité culinaire de la clinique: telle est la formule du succès des EPU selon un orthopédiste connu, exerçant dans la sud de Paris. Quoi qu'il en soit de cette définition complexe de la clientèle, l'école libérale considère que les patients constituent le patrimoine du praticien, et valorise donc ce patrimoine comme tel. Dans cette logique de la clinique comme coquille vide, le Dr Aignant de la Confédération des Syndicats Médicaux de France, estime que la valeur d'une clinique est la somme des honoraires perçus, et qu'un médecin ne peut avoir dans le capital de la clinique, qu'une part proportionnelle à son activité.

-Ou à la clinique ?

Pour les groupes, au contraire, ce qui est important, c'est de remplir la coquille qu'ils ont achetée, de promouvoir l'Etablissement clinique, comme nous l'avons déjà noté. Un des piliers de la notion de groupe est ainsi la politique de communication interne et externe, qui vise dans tous les cas à donner une substance à l'entreprise clinique. L'effort se porte sur l'hôtellerie, la restauration, l'accueil, l'hygiène, pour définir des normes de qualité qui seront uniformément appliquées dans toute la chaîne, et connues du public. Les spécialités médicales exercées peuvent, elles, ne pas être homogènes d'un établissement à l'autre, comme le démontre Médifutur, qui joue sur la complémentarité de ses établissements en région Parisienne. En poussant la logique plus loin, la logistique est présentée comme un critère de choix de la part des patients, qui aspireraient à plus de confort. Un deuxième pilier de la politique des groupes est la promotion des

plateaux techniques lourds, soit d'imagerie -scanner, IRM-, soit de soins - lithotriteur, médecine nucléaire-. Cette présence d'équipements est, pour la clinique, nous l'avons vu, une source de notoriété importante, qui contribue encore à promouvoir l'établissement en tant que tel. Il semble d'après les groupes que, en région parisienne du moins, plus des deux tiers des patients seraient attirés par cette image de technicité. Le phénomène serait beaucoup moins accentué en province, où l'attachement au chirurgien serait encore le critère déterminant de choix.

-Et pour les Français?

Nous avons évoqué plus haut le sondage réalisé par l'IFRHOS, réalisé sur un échantillon représentatif de la population française, qui soulignait l'essor de la logique propre de la clinique, et de la relation directe patient-établissement. Il n'en reste pas moins que, parmi les principaux critères de choix présentés, la réputation du praticien et celle de la clinique sont à égalité. Il semble donc que tout le monde ne soit pas d'accord sur ce qui constitue le moteur d'une clinique, quoi que l'image de l'établissement prenne de l'importance aux yeux du public, dans sa dimension de technicité, et de sécurité. Il est par ailleurs intéressant de noter que la dimension humaine et le confort de l'établissement sont des facteurs de choix plus importants que le conseil du médecin traitant sur tel ou tel établissement. Cependant, la clinique intégrée à une chaîne, parce qu'elle présente une image homogène, ne bénéficie pas d'un plus. Il y a d'ailleurs un danger à mettre en avant celle-ci: un accident de réanimation, par exemple, survenu dans l'un quelconque des centres, et c'est l'ensemble de la chaîne X qui se trouve éclaboussée.

b) Comment gérer?

Historiquement, le bénéfice dégagé par la société d'exploitation clinique était nul, ou à peu près, ce qui permettait de ne guère payer d'impôts. La faiblesse des reversements des praticiens à la clinique, qui constituent une contrepartie aux services rendus par celle-ci (secrétariat par exemple), ou aux locaux mis à disposition, étaient en particulier le moyen de cet ajustement. L'identité de personne entre le PDG et le médecin dominant permettait facilement, à n'en pas douter, de résoudre les conflits.

Les gestionnaires des chaînes l'affirment: La gestion, c'est leur métier. L'un d'entre eux nous a même dit: "je gère, ils soignent". Tout est passé au crible: les achats, les consommations de médicaments, l'organisation du bloc opératoire. Il paraissait en effet y avoir beaucoup de travail à faire. Un gestionnaire nous confiait: "le directeur allait faire ses

courses le matin". Il semble quand même que les économies dégagées sur ces créneaux ne soient pas suffisantes, même si elles sont réelles. Mais toucher aux consommations médicales et au bloc, c'est attaquer de front le corps médical. Certains semblent adopter une attitude assez violente: des audits d'organisation sont faits pour rationaliser les blocs, par une infirmière spécialisée, membre de l'équipe de direction, l'objectif étant de développer dans ces blocs le poids de la structure d'assistance médicale et logistique, constituée d'infirmières, coiffées par une responsable de bloc, pour que tous les moyens soient mis en temps à disposition des chirurgiens pour les opérations. Ce qui signifie que ceux ci sont invités à se plier au planning, ce qui n'est pas toujours évident de la part de personnes très individualistes, et peu habitués à se plier à des contraintes extérieures. Un gestionnaire de clinique appartenant à un groupe nous confiait d'ailleurs que les chirurgiens de la clinique, en Février, ne se pressaient pas pour répondre à ses demandes répétées pour connaître leurs souhaits de vacances d'été: 2 chirurgiens en effet seulement sur 17 avaient répondu. Le suivi des consommations de médicaments coûteux, comme les antibiotiques ou les anti-coagulants, pose le même genre de problèmes. De plus, les groupes paraissent assez exigeants en terme de feuilles de résultats, comptes d'exploitation ou bilans, souvent mensuels. Les dirigeants des cliniques sont alors très sollicités pour cette information détaillée, ce qui les occupe beaucoup, et les empêche souvent de prendre tout le temps qu'ils souhaiteraient avec le personnel, médical ou non médical. Les problèmes de celui-ci sont du même coup moins bien traités, provoquant ainsi des tensions dans l'établissement. Cependant, des structures de concertation ont été mises en place par les groupes, pour intégrer le corps médical à la réflexion sur les problèmes rencontrés, sur la stratégie de l'établissement, sur le recrutement de nouveaux chirurgiens... Ces Comités Médicaux Consultatifs, comme leur nom l'indique, ne sont pas des centres de décision. Ils sont condamnés par des médecins et gestionnaires "indépendants" comme un travers de l'hôpital public. Ils sont en tout cas sûrement d'autant moins impliqués dans la vie des établissements que la fréquence de réunion est, pour un groupe au moins, d'une séance tous les trois mois. Ils apparaissent donc comme une tentative de résorber des conflits, en permettant aux médecins de s'exprimer dans un cadre institutionnel. Ces comités seraient cependant inutiles dans des cliniques qui marchent bien, comme nous le confiait le PDG d'une grosse clinique de province, et seraient donc le signe de l'existence de tensions entre les médecins et la direction des établissements concernés.

c) *Les contrats en cause.*

La règle dans les cliniques était en effet, comme nous l'avons vu, le contrat d'exercice privilégié, avec droit en lits, qui fixait le nombre de lits disponibles par chirurgiens d'une même spécialité. Dans des petites cliniques, où n'exerçait souvent qu'un seul médecin, cela correspondait à une main-mise de celui-ci sur la spécialité dominante de l'établissement. Il n'est donc pas possible, sauf à redéfinir le contrat, d'introduire d'autres chirurgiens dans cette spécialité, pour développer l'activité, ou marginaliser le premier. Le nombre de lits de la clinique n'étant d'ailleurs pas extensible, puisque figé par la carte sanitaire, il n'est pas possible de passer un contrat avec un chirurgien exerçant dans n'importe quelle spécialité, pour un problème de place. Ces contrats d'exercice privilégié étaient assortis d'une contrepartie financière, le praticien devant apporter une mise de fonds au départ, en dépôt sur un compte courant, ou en achat d'actions...

Pour les groupes, il s'agit de redéfinir progressivement ces contrats, afin d'assouplir la gestion du corps médical dans les cliniques, et de pouvoir juger les médecins sur des critères de rentabilité: densité en K, c'est à dire nombre et importance des interventions, taux d'occupation des lits, par exemple. Il s'agit de passer du contrat précédent au contrat d'exercice privilégié, avec clause de remplissage minimum, ou à un contrat d'exercice simple. Pour le premier, si, en moyenne, des lits sont innocupés, la direction a alors le droit de recruter un autre praticien pour combler les vides. Pour le second, il n'y a aucune obligation de la clinique. La redéfinition de ces contrats ne se fait pas sans mal. Des directeurs de cliniques contrôlées par des groupes nous ont affirmé que la clause la plus importante à leurs yeux était la clause résolutoire, qui gère les conflits entre l'établissement et le praticien. Un tel jugement constitue un bon indice des tensions dans ces cliniques. Cette redéfinition juridique du lien clinique-praticien s'accompagne d'un retrait de la présence financière des médecins, puisque la politique actuelle des chaînes est d'être actionnaire unique, et de ne pas demander d'apport aux médecins, sous quelque forme que ce soit.

d) *Bonheur et gestion*

En résumé, il y a bien là affrontement entre deux logiques: Les chaînes veulent contraindre les médecins à produire des actes, et les médecins veulent profiter, quant à eux, de l'argent des groupes mais sans vouloir de contraintes. Ils voudraient souvent en bénéficier, comme une solution à une transmission patrimoniale, ou comme un apport d'argent frais pour développer l'établissement, alors que les groupes voudraient

gérer les cliniques comme une entreprise normale, sans prendre en compte la mentalité et la spécificité du corps médical.

La bonne gestion d'une clinique, selon un médecin entrepreneur, dont le groupe comprend plusieurs cliniques, aurait cependant une définition simple: "bien gérer, c'est rendre heureux les médecins", ou, "quand les médecins sont malheureux, la clinique périclité". Les aspects psychologiques sont en effet importants: ils interviennent même dans la valorisation de l'établissement. Le PER d'une clinique intègre non seulement les résultats comptables, mais aussi des éléments comme le "qu'en dit-on?". Tel PDG d'un groupe de cliniques affirmait que, avant de racheter une clinique, il allait rendre visite à la boulangère du quartier pour voir ce que les gens en disaient, ou rencontrait une infirmière de l'établissement en racontant que son fils allait être opéré par le docteur X, et qu'on lui avait dit qu'il n'était pas très bon... Tel autre, à l'hôtel, le soir, toujours dans le quartier de la clinique à racheter, parlait longuement avec le veilleur de nuit...

Comme les investissements français, les HMO américaines, symboles de libéralisme pour la Santé, connaissent également des déboires. Un article récent "the failed health care revolution", publié dans Fortune, indiquait que la logique managériale agressive des hopitaux américains et les sommes très importantes investies pour le marketing ne suffisaient pas à cacher le désordre qui régnait dans ces établissements. La révolution libérale bute, elle aussi, sur le "day to day management", bref sur l'art et la manière de prendre les médecins. Les chaînes paraissent aussi comprendre cette dimension psychologique, puisque l'on note dans la presse spécialisée et les discours, que le terme de "chaîne", symbole d'esclavage médical disparaît, au profit de celui de "groupe", qui rend mieux compte de la diversité des établissements, ou des identités.

Les conflits existent bien dans les cliniques gérées par les chaînes-groupes, mais il faudra bien que les médecins et les entrepreneurs apprennent à travailler ensemble, et trouvent des formes de coopération adaptées.

B) POUR APAISER LES CONFLITS

1) Des Médecins qui aiment l'entreprise

a) *L'implication financière*

L'implication financière des médecins est un enjeu réel. Une des caractéristiques des groupes est de les priver d'une quelconque représentativité au niveau du conseil d'administration, les reléguant dans un rôle d'O.S. de luxe. Or, à écouter un chirurgien propriétaire connu, quand les médecins ne sont pas associés, ils ne s'intéressent plus à l'affaire.

Associer les médecins, peut-être, mais il faut tout de même veiller à ce qu'il y ait un actionnaire de référence dans la clinique, pour éviter le morcellement du capital. Le cas de cette clinique de province qui a évité le rachat par un groupe est révélateur: l'actionnariat de la clinique est très morcelé, créant une situation de conflit permanent. Le directeur nous confiait que les médecins s'engageaient sur un projet en conseil d'administration, après de longues discussions, et le lendemain avaient changé d'avis ou d'alliances. Situation difficilement gérable, qui, de l'avis même de médecins, montre que l'intervention des groupes est parfois souhaitable, pour constituer un actionnaire non fluctuant.

Le corps médical redoute aussi la pente vers le salariat, qui ne garantirait plus l'indépendance médicale, qui permettrait aux groupes de réaliser une plus-value sur le dos des médecins, en touchant la rémunération de l'acte, et en reversant une contrepartie forfaitaire aux praticiens. Ce risque est présenté comme réel par les syndicats de médecins, qui dénoncent "l'arrière pensée de salarier les médecins, et de les faire travailler comme des tâcherons". Le risque existe aussi dans le cas du rachat d'une clinique par un laboratoire, qui s'en servirait pour démontrer, par des essais cliniques surveillés, la vertu thérapeutique de ses molécules.

b) *Deux exemples d'association financière*

Les deux exemples qui suivent montrent clairement que la participation peut être bien accueillie par le pouvoir médical. Un entrepreneur médecin semble l'avoir bien compris, depuis les nombreuses années qu'il achète des cliniques, pour constituer aujourd'hui un ensemble qui représente plus de 50% de la chirurgie cardiovasculaire privée en Ile de France. La holding prend en effet une participation en général minoritaire (35%) dans les établissements rachetés, mais de blocage, et fait donc participer au conseil d'administration central un représentant des médecins

par clinique importante. Il y a donc là un consensus qui peut se dégager, au même titre qu'une réelle implication des médecins dans sa mise en œuvre. Le PDG, voulant bien faire sentir cet état d'esprit, et cet état de fait, particuliers, nous désignant le fauteuil du président du conseil d'administration, nous confiait que celui ci était toujours resté vide depuis la création de la société. Cette structure n'est d'ailleurs pas révolutionnaire dans le monde des PME, auquel les cliniques se targuent d'appartenir. Une holding de PME comme Dynaction par exemple, donne 25% des actions d'une société à son manager, ouvre une partie au second marché, tout en contrôlant majoritairement l'affaire. Cette formule a l'avantage d'intéresser financièrement les dirigeants à la marche de l'entreprise, de les impliquer dans sa direction. Il est clair qu'une formule de ce type, à court terme, représente une baisse de revenu pour les groupes, puisqu'ils percevront une portion moindre du dividende, mais qu'en est-il à moyen terme? Souvenons-nous de l'idée évoquée plus haut par un entrepreneur médecin: "Quand les médecins sont malheureux, la cliniqueériclrite".

c) L'éveil à la gestion

Il subsiste un problème, qui est l'éveil de la profession médicale à la gestion, dans le sens le plus large du terme. De l'avis des syndicats de propriétaires de cliniques, il y a là un manque certain à combler, qui, de surcroît, freine les reprises de cliniques par des médecins. Il n'y a pas de formation de gestion intégrée au cycle normal d'étude. Seule la formation médicale continue assure actuellement ce rôle. L'AP de Paris, pour le public donc uniquement, organise des séminaires depuis 1980, modifiés très récemment, de trois jours à Deauville, intenses à en juger par les horaires: 8h-23h. Ces séminaires sont destinés aux internes, 70 internes sur 500 y assistent par an. Cette formation économique aiderait, d'après les responsables, à améliorer les relations au sein des établissements hospitaliers, entre les jeunes médecins(30 à 40 ans) et la direction. Un problème de reconnaissance se pose tout de même pour ce genre de formation, dans un environnement où la science "clinique" est écrasante, où l'étude des "cas" est essentielle. C'est en effet la connaissance rigoureuse d'un grand nombre de cas qui constitue le moteur du succès dans le public, comme d'ailleurs dans le privé, pour ceux qui y partiront. Cette formation à base de "cas" suscite l'idée que chaque personne est unique, ce qui s'oppose assez clairement à l'idée développée par une formation de gestion, où il s'agit plus d'attribuer et de répartir une enveloppe globale sur une population donnée, c'est à dire de soigner en fonction des moyens dont on dispose. Une idée serait peut-être de décerner un diplôme à l'issu de cette formation, qui serait inscrit sur le fascicule

"Titres et travaux scientifiques", qui permet aux internes de montrer ce qu'ils ont fait, et de passer des concours. Or, comme tout le personnel médical du secteur privé provient du public, un éveil économique très en amont, au moment du clinicat, paraît judicieux. D'autres idées sont aussi avancées, comme par exemple de renforcer les équivalences entre filières médicales et filières grandes écoles, pour permettre à des internes d'intégrer la deuxième année d'écoles de commerce, ou encore d'inclure des certificats à option dans le cursus des études de médecine. Un éveil des médecins à la gestion rejoindrait d'ailleurs les tentatives de départementalisation qui ont eu lieu dans l'hôpital public: entre des spécialistes de plus en plus spécialisés, le seul langage commun sera bientôt un simple langage d'allocation des ressources, c'est-à-dire un langage gestionnaire.

d) *Des contrats adaptés*

La révision des contrats, et leur évolution vers des contrats à exercice privilégié, avec clause de remplissage, paraît être une contrepartie logique des rapports clinique-praticiens qui pourraient se développer, et qui ont été évoqués ci dessus. Les plus accrochés aux contrats d'exercice privilégiés avec droit en lits sont en fait: les plus jeunes, qui sont inquiets du développement de la démographie médicale, de l'érosion de la lettre clé, c'est-à-dire de leur rémunération, qui recherchent donc une sécurité, et les moins brillants, qui sont soucieux de leur avenir. L'assouplissement des contrats peut en fait être une source de dynamisme pour la clinique: on nous a cité le cas d'une maternité, où le taux d'occupation est passé de 50 à 90%, à partir du moment où les deux praticiens qui se partageaient les droits à l'accouchement, ont accepté d'ouvrir leurs contrats.

2. Une entreprise qui aime les médecins

a) *Qui est le directeur?*

Le directeur de clinique est le maillon entre le pouvoir financier qui s'exerce dans l'entreprise d'une part, et les médecins d'autre part, qui règle des conflits et des arbitrages quotidiens. Historiquement, cette fonction était très liée au chirurgien dominant dans la clinique, en la personne de la femme du chirurgien, ou, plus récemment, de militaires reconvertis. La fonction consistait essentiellement en la gestion du personnel, et l'économat. Les relations avec le corps médical étaient assurées par le médecin propriétaire, qui était intégré à l'équipe médicale.

La fonction a quelque peu évolué récemment, en raison de deux facteurs: le développement de l'établissement clinique en tant que tel, comme nous l'avons vu précédemment, qui engendre des besoins de compétence élargie, dans les domaines de la gestion de projet, du financement, et du contrôle de gestion en particulier; l'intervention des groupes, en deuxième lieu, qui place dans les cliniques un responsable du groupe face aux médecins, et qui doit donc intégrer, en plus des points précédemment évoqués, des relations souvent conflictuelles avec les médecins. Les conflits se révèlent en effet à l'occasion de l'organisation du planning, du jugement de l'activité des médecins, et des choix d'investissement, pour lesquels un directeur a du mal à justifier son refus, s'il n'est pas médecin lui-même, ou s'il n'a pas une très bonne connaissance du domaine visé. L'aspect relationnel est fondamental, de l'avis de tous. Un jeune directeur d'une clinique contrôlée par un groupe, médecin qui a passé un MBA, nous confiait qu'il ne faut pas essayer d'unifier les cultures dans l'entreprise clinique, mais qu'il devait à tout moment assurer le lien entre les trois parties: le groupe, les médecins, le personnel. De cela dépend le succès de la clinique. Un autre nous disait encore qu'il faut qu'un directeur fasse prendre conscience aux médecins qu'une clinique n'est pas une collection d'individus isolés, ce qu'auraient tendance à considérer les chirurgiens, très individualistes. Il semble donc qu'il y ait un réel besoin de management pour les cliniques.

b) *L'enjeu de la gestion*

Pourtant, ce besoin semble tout de même satisfait en partie: de plus en plus de médecins suivent des cursus type management, les directeurs "classiques" évoluent eux aussi, et les médecins entrepreneurs, même s'ils sont peu nombreux, démontrent qu'on peut concilier l'état de médecin et d'homme d'affaires. La gestion, le management des cliniques est cependant l'objet d'un enjeu, entre les différents acteurs de l'hospitalisation privée, syndicats de propriétaires, ou groupes. Ainsi, plusieurs groupes ou syndicats envisagent de créer une école de directeurs de cliniques, pour former l'homme orchestre aux compétences larges nécessaire au pilotage de celles ci. Cette formation serait un peu destinée à acquérir les connaissances nécessaires, mais aussi à se parer d'une meilleure légitimité auprès du corps médical. Le Dr Pol, PDG de la clinique du Parc à Marseille, et Président du syndicat MCO, la branche principale de la FIEHP, envisage d'intégrer à l'école de formation continue de ce syndicat, l'EPAP, une école spécifique pour les directeurs de cliniques. M. Sonet, Président de l'UHP, a également des projets dans ce sens. Les diverses propositions diffèrent grandement sur le contenu des programmes et l'importance des promotions annuelles, ce qui montre que l'essentiel, pour

un syndicat ou pour un groupe, est avant tout de s'emparer de l'image la plus "gestionnaire" possible, par le biais de la création d'une école. Cependant, si une telle école est fondée par un syndicat de propriétaires de cliniques -en majorité des médecins-, le label décerné par cette école aiderait certainement les directeurs à se voir reconnaître une certaine légitimité, et donc œuvrerait au rapprochement nécessaire entre médecins et gestionnaires.

c) La dimension humaine

Le seul profil gestionnaire ne suffit pas à la définition du directeur de clinique. En effet, comme le fait remarquer le président du groupe FIM, qui gère une dizaine de cliniques depuis de nombreuses années, la fonction de directeur est limitée intellectuellement, et financièrement, les cliniques ne pouvant pas s'offrir des salaires trop importants. Ce qui signifie que les établissements auront du mal à fidéliser les directeurs, d'autant plus qu'ils auront un potentiel plus important. En d'autres termes, le jeune directeur HEC de passage pour deux ans ne constitue pas une solution. Une idée pour résoudre ce problème serait que la fonction constitue pour ce directeur une promotion sociale, qui réalise ainsi une attache supplémentaire. En deuxième lieu, le directeur devra intégrer la spécificité de ces PME très particulières. La dimension humaine de la fonction est essentielle. Le directeur est ainsi vu par un médecin entrepreneur comme un "paterfamilias par rapport à des chirurgiens qui se comportent en enfants gâtés". La proximité par rapport aux médecins, la bonne connaissance du milieu sont des facteurs clé de réussite, de légitimité, car, "les problèmes des médecins se règlent par des gens proches des médecins".

d) La gestion éclairée

De ce point de vue, le financement et le management de l'activité médicale s'apparente de beaucoup à ceux de toute activité artistique ou intellectuelle: Bouygues achetant TF1 avec l'argent du bâtiment et soudain confronté aux exigences des divas, banquiers finançant des films de cinéma, désireux de retrouver leur mise, mais devant parler à des metteurs en scène le langage de l'art, industriels opposant à leurs chercheurs théoriciens la nécessité d'aboutir à un résultat rentable. Gérer une organisation n'est pas synonyme de gérer des talents. Jusqu'à très récemment, les cliniques ont été menées par ceux-là mêmes qui y avaient investi leur talent, qu'ils soient propriétaires d'un ou plusieurs établissements, qu'ils soient chirurgiens de cliniques "familiales", ou déjà entrepreneurs individuels. Cependant, parmi ces responsables de groupes de

cliniques, tous ne sont pas médecins, mais en tout cas, tous ceux qui réussissent pratiquent une forme de gestion "éclairée", intégrant les diverses dimensions ci-dessus évoquées.

C'est le cas de ce PDG d'un groupe important, comportant une dizaine de cliniques, gérées de façon "artisanale", au dire même de celui-ci. Son contact avec les médecins a pu se polir et s'affiner au cours de son passage au poste de conseiller technique de l'internat de Paris, ce qui lui a par la même occasion donné l'opportunité de rencontrer de nombreux chirurgiens, et de développer des relations amicales avec ceux-ci, tout en étant tout à fait au courant de leurs problèmes. Le monde étant tout petit, de nombreux médecins parmi ceux-ci se retrouvent dans ses cliniques... L'organisation de contrôle du groupe consiste en des directeurs-contrôleurs de gestion au niveau local, qui ont été acceptés par les médecins, et qui sont coiffés par un médecin ayant une formation complémentaire de commerce.

La boucle semble bouclée, mais c'est sans compter avec l'individualisme et l'arrogance dont certains médecins sont parfois capables. Pour un médecin, "un directeur est par définition illégitime", rappelait un médecin économiste lui-même. Les tensions sont parfois vives dans les cliniques, entre ces deux mondes, et, lorsqu'ils dépassent un certain niveau, ces conflits sont alors pris en charge par le patron, qui ramène le calme. C'est la gestion artisanale, fondée sur un tissu de relations, sur une grande proximité entre le pouvoir financier, et les médecins. Passer de l'artisan à l'industriel, tel est l'ampleur du défi que les chaînes-groupes auront à relever, en inventant de nouvelles relations humaines dans les cliniques, car, comme nous l'avons dit, "lorsque les chirurgiens sont malheureux, la clinique périclité".

**V) AVENIR DE L'HOSPITALISATION ET
POLITIQUE DE SANTE**

Nous avons décrit, dans les parties précédentes, une course à la modernisation dans les cliniques commerciales. Nous avons montré que la conséquence de cette course à la modernisation pouvait être l'évolution vers une médecine "à l'américaine", seule permettant une rémunération convenable des capitaux qui financent cette course.

Nous voudrions maintenant montrer que l'évolution en cours dans le privé tend à rapprocher ce secteur du secteur public. Ensuite, nous nous interrogerons sur les moyens de mieux maîtriser cette course à la modernisation, et sur les obstacles à leur mise en oeuvre.

A) LE PRIVE SE RAPPROCHE DU PUBLIC.

Les lecteurs désireux d'approfondir la question du positionnement respectif des deux secteurs de l'hospitalisation française pourront se reporter à l'annexe 6, où figure un texte largement inspiré par les analyses que Hervé LAFARGE, chercheur à l'université Dauphine, a bien voulu nous présenter.

1) Le partage traditionnel des rôles

Jusqu'au milieu des années 70, le partage des rôles entre les cliniques commerciales et les hôpitaux publics était relativement clair. Nous avons déjà observé que les cliniques, du fait de l'importance du remboursement à l'acte, attiraient plutôt des chirurgiens, et se plaçaient sur des interventions de K moyen (de 50 à 100), pas trop coûteuses mais bien remboursées. Une étude dirigée par le Professeur LEVY, de l'université Dauphine, notait en 1977 que le public était bien complémentaire du privé en ce qui concernait les actes: beaucoup de chirurgie lourde associée à des cas souvent difficiles, de la chirurgie légère souvent pratiquée en urgence, des examens nombreux (beaucoup plus de B dans le public que dans le privé) et de la médecine alors qu'il y en a très peu dans le privé.

Nous n'avons pas observé dans les cliniques commerciales de tendance à développer des spécialités de médecine, en-dehors de la cardiologie où beaucoup d'actes se pratiquent: dans les cliniques commerciales, pour des raisons de tarification, il n'y a toujours que très peu de pneumologie, de dermatologie ou de médecine interne. Cependant, sur les trois autres points de différenciation relevés par l'étude du Professeur LEVY, nous avons observé des tendances fortes de rapprochement.

2) La convergence Privé-Public

Examens nombreux sur des cas difficiles, chirurgie légère pour le tout venant, chirurgie lourde et difficile, ce triptyque exprime bien les trois caractères des centres hospitalo-universitaires que n'avaient pas, il y a dix ans, les cliniques commerciales: importance de la recherche, contrainte de service public pour l'accueil des urgences, recherche de la performance technique. Or, le souci déjà décrit d'améliorer l'image de l'établissement vis-à-vis d'une population de patients (et de généralistes)

de plus en plus exigeante, conduit certaines cliniques commerciales, parmi les plus en pointe, à se rapprocher du public sur ces trois points.

Nous avons visité plusieurs cliniques, soit très importantes, soit appartenant à des groupes importants, et où des médecins faisaient de la recherche: ils n'avaient pas encore publié, mais la recherche était un élément important de la stratégie de l'établissement: une clinique qui publie pourra plus aisément prendre des patients à l'hôpital public.

Il semble que l'accueil des urgences soit aussi un point sensible de la stratégie des cliniques: comme nous l'avons déjà noté, le généraliste perd souvent le contact avec son patient après une admission en urgence de ce dernier dans l'hôpital public; certaines cliniques que nous avons visitées essaient au contraire d'associer des généralistes à l'accueil des urgences pour rassurer leurs confrères. Cependant, c'est dans la définition-même des urgences que plusieurs cliniques essaient de se rapprocher de l'hôpital public. Plusieurs médecins du public nous ont dit: "Les gens du privé choisissent leurs urgences; nous les subissons". Certes, les cliniques commerciales ne sont pas assujetties à des contraintes de service public, et ne sont donc tenues d'opérer que dans le champ de leurs spécialités. Cependant, même si la plupart des cliniques commerciales ne peuvent maintenir sur le pied de guerre une équipe médicale pluridisciplinaire pour l'accueil des urgences, elles sentent sur elles la pression de l'opinion publique. Un article récent du *Quotidien du Médecin* (03. 05. 89) rapportait des déclarations de notables de l'hospitalisation privée, qui, loin de contester que les cliniques aient à prendre en charge des urgences, demandaient seulement qu'elles leur soient mieux payées. Certaines cliniques en effet ont choisi de traiter les urgences à perte. La clinique La Roseraie, à Aubervilliers, a une petite unité d'urgence avec, présents chaque nuit, un médecin de garde, une infirmière, deux réanimateurs, un anesthésiste et un pharmacien biologiste. 40% des dossiers ne sont jamais remboursés (patients insolubles), mais La Roseraie fait partie des onze cliniques françaises qui ont obtenu de l'administration une concession de service public: "C'est une sorte de label", disait la directrice à la journaliste du *Quotidien du Médecin*. Nous retrouvons bien là cette importance de l'image d'établissement, qui justifie manifestement l'installation à perte de tout un service d'urgences.

Enfin, nous avons vu que la recherche de la performance technique, autrefois apanage du public, se diffusait dans les cliniques commerciales. Le groupe de cliniques Alphamed, qui fait 50% de la chirurgie cardiaque privée d'Ile-de-France, exige de ses différentes cliniques, dans un contrat d'objectif, que la chirurgie lourde représente 20% de l'activité de l'établissement. L'Assistance Publique de Marseille est

contrainte de moderniser ses services pour tenir le choc de la concurrence avec la clinique du Parc et la clinique Clairval, véritables C.H.U. privés.

Même si le mouvement qu'on observe est surtout un mouvement du privé pour se rapprocher du public, il serait faux de penser que l'évolution inverse n'existe pas. Les hôpitaux publics étant sous dotation globale (ils ne sont pas remboursés à l'acte, mais reçoivent chaque année un forfait correspondant à leurs dépenses prévisibles), ils seront sans doute de plus en plus amenés, dans l'avenir, à se consacrer à des malades nombreux et faciles à traiter pour justifier leurs prévisions de dépenses. Une mise en place du Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information, comptabilité analytique sur des pathologies connues qui pourrait servir de base à des discussions budgétaires, ne peut qu'encourager cette évolution.

De plus en plus, ce n'est pas le statut de l'établissement - public ou privé- qui est discriminant, c'est sa performance en termes à la fois techniques et économiques. Nous avons vu que le niveau de cette performance permettait de classer les cliniques commerciales en différentes catégories, et que celles qui n'investissaient pas dans une modernisation de l'établissement étaient condamnées à plus ou moins long terme. De même, la presse se fait largement l'écho des difficultés que connaissent certains hôpitaux locaux, sans doute créés en trop grand nombre dans les années soixante et soixante-dix et qui aujourd'hui se font prendre leurs patients à la fois par les CHU et par les cliniques performantes.

3) La course à la performance.

Le privé autrefois avait un discours -celui de la convivialité-, et le public en avait un, -celui du service public. De part et d'autre, nous n'avons entendu qu'un double discours: celui de la performance technique et de la performance économique.

Un chirurgien de la banlieue parisienne, propriétaire d'une clinique orthopédique de taille moyenne, mais prospère et moderne, interrogé sur ses rapports avec les hôpitaux publics, nous disait qu'il fallait avant tout distinguer entre deux types d'hôpitaux: les hôpitaux plus petits que sa clinique, et les hôpitaux plus gros que sa clinique. Les chirurgiens des hôpitaux locaux, au voisinage de sa clinique, avaient vis-à-vis de lui des complexes d'infériorité: ils avaient été ses élèves, mais n'étaient pas assez brillants pour entrer dans sa clinique ou entreprendre une carrière hospitalo-universitaire. Quant aux chirurgiens hospitalo-universitaires, ils ne recevaient que des patients de la clinique avec des

complications importantes, donc difficiles à soigner, ce qui leur faisait dire parfois à ces patients que les traitements de la clinique étaient inopérants. Un patient finit même par tenter un procès à la clinique, qui le gagna... Dans ces conflits, il n'est jamais question du service public ou du sourire de la réceptionniste, c'est à qui sera le meilleur dans les soins dispensés.

C'est à qui, aussi, sera le meilleur dans le domaine de la rentabilité. Les cliniques commerciales, s'appuyant sur le fait que le total de leurs remboursements serait très faible par rapport à leur activité réelle, accusent les hôpitaux publics de gaspiller l'argent de la Sécurité Sociale. Les hôpitaux publics répondent qu'ils ont à leur charge, non seulement les soins comme les cliniques, mais aussi toutes les urgences, l'enseignement et la recherche: ce à quoi notre chirurgien rétorque que les hôpitaux locaux ne font ni recherche ni enseignement (ce qui est le plus souvent vrai) et que donc leur dotation globale est surévaluée.

On le constate d'après les développements précédents: les secteurs privé et public pourront de moins en moins prétendre à une originalité l'un par rapport à l'autre. Dans les deux secteurs s'observe, pour les meilleurs établissements, une course à la performance technique et à la performance économique, et pour les autres, un lent mais sans doute inexorable déclin. Or, il subsiste néanmoins une différence cruciale entre les deux secteurs: alors que le public a ses paiements limités par la dotation globale, le système de rémunération du privé est inflationniste, et pousse à une croissance mal contrôlée par les pouvoirs publics.

Nous avons vu que cette croissance appelle de l'argent qui ne pourrait trouver sa rémunération convenable que dans une libéralisation accentuée de l'offre de soins, avec retrait de la Sécurité Sociale et donc sans doute encore moins de contrôle de la puissance publique. Certes, avec un système d'assurances privées pour les cliniques, les cotisants à la Sécurité Sociale ne dépenseraient plus leur argent que pour les hôpitaux publics; mais il y a fort à parier qu'ils le dépenseraient alors pour une médecine au rabais, contingentée par la dotation globale, laissant à ceux qui auraient les moyens d'en bénéficier une médecine puissamment financée, hautement technique et attirant de ce fait les meilleurs praticiens.

Est-ce cela que nous voulons? La réflexion a déjà largement commencé sur les moyens de freiner la course aux armements, et d'empêcher que certains établissements, dans un avenir qui n'est peut-être pas si lointain, ne pratiquent systématiquement la médecine la plus intensive pour s'assurer la rentabilité la plus haute.

B) POUR UNE MEILLEURE MAITRISE DU DEVELOPPEMENT

Nous venons de voir que les cliniques commerciales participent à la vague de technicité et de recherche de rentabilité qui rapproche les deux secteurs, privé et public. Elles sont donc pleinement concernées par les mesures de régulation que le gouvernement serait amené à prendre, qui seraient destinées à répondre, comme le soulignait le ministre de la Santé C.Evin, dans ses grandes orientations de la politique de Santé pour les années 1989-1992, à "l'entrée progressive du secteur de la Santé dans la logique de la société de consommation, où les "producteurs" n'ont plus seulement pour objectif de répondre aux besoins les plus immédiats mais aussi de révéler, voire de susciter, d'autres demandes au fur et à mesure qu'un progrès technique très rapide ouvre la voie à des produits nouveaux". Sans compter que "la coexistence d'un mode de financement régulé d'une part, et d'un système de tarification inflationniste d'autre part, accroît les différences et les écarts entre les deux secteurs, interdit toute comparaison objective entre leurs prestations et empêche une réelle complémentarité".

Le contrôle dont il s'agit comprend deux aspects différents: d'abord des mesures en aval, relatives à la réglementation d'activités nouvelles comme l'hôpital de jour par exemple, à la tarification, à la planification des capacités hospitalières et techniques. Des mesures de ce type ont déjà été annoncées par le ministre. Ensuite des mesures en amont, relatives à l'évaluation essentiellement, pour lesquelles C.Evin a récemment demandé un rapport au docteur Armogathe, président de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale continue (UNAFORMEC). Ce rapport lui a été remis et a été publié fin mai, mais ne paraît pas être très audacieux dans ces recommandations, privilégiant les structures existantes.

1) Pourquoi évaluer?

L'évaluation d'une technique ou d'une stratégie médicale vise à déterminer son efficacité, sa sécurité, ses indications, son aspect économique, ses complications psychologiques et sociales, et ses conséquences en terme d'organisation. Elle permet ainsi d'éclairer les choix, dans une situation donnée, entre les techniques et procédures ayant les mêmes objets, et d'identifier celles, à efficacité identique, de moindre coût. Les quelques exemples suivants sont révélateurs sur l'enjeu de l'évaluation.

a) *Le coût de l'innovation technique.*

L'innovation technique est coûteuse, et pas toujours substitutive. C'est le cas par exemple du scanner et de l'IRM: quand le scannographe X est arrivé, on a commencé à le réserver à la tête, puis on l'a utilisé comme appareil de dernier recours. Ce scanner aurait pu être substitutif si l'on avait supprimé certaines formes de radiologies. Il aurait alors été utilisé en premier. Quant à l'IRM, elle est moins dangereuse que les radiations ionisantes du scanner, elle apporte plus dans le domaine de l'imagerie neurologique, peut-être dans le domaine de l'imagerie articulaire, mais pour le reste, personne n'en sait rien. Résultat, dans l'état actuel, on utilise tout: radiologie traditionnelle, scanner, IRM.

Autre exemple, l'angiographie numérisée, qui est la radiographie des vaisseaux avec images numériques. Elle a été introduite il y a 8 ans. Avant, la radiographie des vaisseaux était difficile et dangereuse (injection d'un produit dans les artères, nécessité d'un dispositif d'urgence). Quand les appareils arrivent sur le marché, ils sont libres, alors que les scanners sont rationnés (protection de la CGR). Les radiologues privés achètent alors des appareils d'angiographie numérisée, et ils obtiennent la cotation très favorable prévue pour l'angiographie précédente. Il s'agissait là d'une véritable rente technologique. Cette situation a été modifiée par une révision de la tarification, après évaluation du CNEH, qui montrait qu'au delà d'un seuil, dépassé en pratique, le coût de la nouvelle technique était bien inférieur à l'ancien.

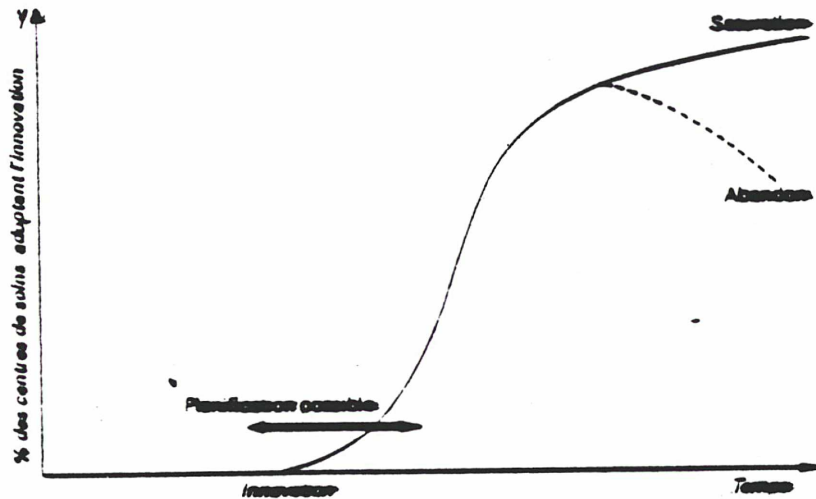
b) *L'utilité de la prescription médicale.*

De larges débats naissent sur les prescriptions médicales, en terme de médicaments ou d'analyses. M Derlin, président de la CNAM, lançait, à cet égard, un pavé dans la mare très récemment: 80% des analyses biologiques sont inutiles. Béatrice Majnoni d'Intignano révélait aussi que 20 à 40 % des appendicectomies seraient superflues. Et on pourrait multiplier ces exemples à loisir, comme d'ailleurs la CNAM l'a fait, en avril, en publiant 154 enquêtes de médecins conseils, comme elle le fait régulièrement chaque année.

Il est donc aisé de comprendre que l'évaluation constitue un vaste programme, dont les implications sont profondes dans le monde médical certes, mais aussi industriel, voire politique. Mais...

2) Comment évaluer?

La diffusion d'une innovation suit un comportement régi par la courbe en "S".



En effet, tout au début, l'innovation est peu connue, et se diffuse lentement. C'est à ce moment là que l'étude d'évaluation est la plus efficace, prenant le phénomène très en amont. Pour cela, il est nécessaire de disposer d'une fonction de veille, afin de repérer les innovations susceptibles de se développer. L'innovation se diffuse ensuite très rapidement, aidée par la pression conjointe des médias, des professionnels, du public. Le contrôle de l'innovation est là beaucoup plus difficile. Il peut même se manifester le phénomène de "combinaison gagnante", décrite par Diane Poulin, dans une thèse réalisée au Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique (CGR), à propos du lithotriteur. Cet appareil a introduit une révolution médicale dans le traitement des calculs rénaux, grâce au remplacement de la chirurgie par les ultras-sons, a bénéficié des appuis des médecins prescripteurs, pour qui la maîtrise de la technologie représentait un gain de prestige, des industriels allemands, relayés par ces médecins auprès des autorités françaises, et de la pression du public. Les pouvoirs publics n'ont plus eu qu'à s'incliner, conduisant à un suréquipement manifeste.

En admettant même qu'une étude d'évaluation sérieuse puisse voir le jour, elle serait inévitablement confrontée à un problème très réel de diffusion, puisque ses recommandations ne peuvent être qu'indicatives. On constate effectivement ce phénomène. Cependant, les forces médicales, industrielles, et politiques que nous avons mentionnées ci-dessus ne favorisent pas toujours leur réalisation.

3) Ne pas évaluer

Comme nous l'avons déjà évoqué, tout pousse les différents acteurs hospitaliers, que ce soit le public ou le privé, à demander ou vouloir toujours plus, c'est à dire plus d'équipements, plus de spécialités de pointe, bref, plus de technicité. C'est la course à la notoriété dans le public, la recherche effrénée de la considération scientifique par les publications. C'est la recherche de la rentabilité et du profit dans le privé, poussée par la logique inflationniste du système, alliée parfois, aux dires d'un entrepreneur individuel, du désir de montrer à l'hôpital public dont on a été exclu dans sa jeunesse, que le privé peut faire aussi bien, si ce n'est mieux.

Le lobby médecin est également assez puissant. Il est constitué de personnalités éminentes de la médecine, de grands patrons hospitaliers, qui bénéficient d'une écoute attentive auprès du personnel politique. Il est vrai que celui ci ou ses proches se font aussi soigner. Le résultat est assez édifiant: 15000 demandes d'interventions officielles par an auprès du ministère. Ce lobby médical sert de relais aux industriels désireux de vendre des matériels, et qui ont réussi auparavant à convaincre un petit groupe de médecins. Les décideurs et acheteurs publics sont alors débordés.

Les laboratoires ne sont pas innocents non plus. Les bonnes pratiques médicales sont largement diffusées par des journaux spécialisés, ou des congrès, mais qui sont les uns et les autres financés essentiellement par les laboratoires. Les essais cliniques de phase IV pour les médicaments, dont l'utilité est reconnue par la communauté, sont organisés par ces mêmes laboratoires. Demander à un médecin de tester pendant plusieurs mois un produit, c'est aussi une façon de le fidéliser. Sans compter les incitations diverses dont les médecins sont l'objet: récemment, le ministre M. Evin rappelait à l'ordre le laboratoire Merck, qui, pour promouvoir un de ses produits, a invité en Chine à peu près tous les spécialistes cardiaques en France: résultat, les ventes ont été multipliées par 4.

Les syndicats ensuite, représentant les salariés au conseil d'administration de la CNAM: FO contrôle la situation, en dépit de la tutelle de l'administration. La réaction de ces syndicats par rapport à la nécessité de l'évaluation peut se résumer de la manière suivante: "La Santé, c'est bien, pourquoi des études", ou bien encore, plus polémique, "vous n'allez pas utiliser l'argent des travailleurs pour rationner les travailleurs en radios". Sans parler du danger, en cas de rapport pertinent, du "pourquoi ne vous en servez vous pas?". Résultat: aucune des études demandées, qui sont hautement confidentielles, n'intègre de composante économique, de comparaison coût-efficacité.

Le pouvoir politique, enfin, c'est-à-dire plus précisément les maires, contribue à freiner le contrôle des dépenses. Le maire est en effet Président du conseil d'administration de l'hôpital, qui est souvent le premier employeur public de la ville. Il s'agit donc là d'une matière sensible..

Les difficultés de l'évaluation sont bien exprimées par son histoire brève et mouvementée ces dernières années. Le 18 Décembre 1985, M. E.Hervé crée la Fondation pour l'évaluation des pratiques et techniques médicales, un projet ambitieux établi par le professeur Papiernick. Le 3 Juin 1987, Mme M.Barzach décide, après avoir mis un terme au projet du professeur Papiernick, de créer le Comité National pour l'évaluation médicale. Présidé par le docteur L.René, le président du Conseil de l'ordre des médecins, cet organisme, au sein duquel sont représentés la plupart des syndicats et institutions de la profession médicale, n'a de fait jamais fonctionné. Et maintenant, que va-t-il en être de la troisième et peut-être dernière chance pour l'évaluation que constitue le rapport Armogathe?

CONCLUSION

Au cours de notre étude, nous avons rencontré des personnes très diverses, tant par le caractère que par l'organisme d'appartenance: chirurgiens nous recevant entre deux opérations à coeur ouvert, banquiers dans le confort d'un siège social parisien, jeunes directeurs de cliniques fraîchement nommés par un groupe, femmes de médecins qui dirigent depuis vingt ans le personnel de l'établissement, fonctionnaires paisibles dans les labyrinthes des caisses d'assurance-maladie, présidents de chaînes de cliniques toujours entre deux coups de téléphone et nous annonçant pour demain la révolution dans la santé...

S'il ne fallait retenir de nos neuf mois d'étude que deux images, elles seraient les suivantes: un vieux chirurgien de province nous recevant dans son château sur un grand parc en vis-à-vis de sa clinique, très hostile aux investisseurs mais reconnaissant que si après son départ les autres chirurgiens se déchirent il vaudra mieux pour la clinique d'être rachetée par un groupe; un président de chaîne de cliniques nous disant des médecins tout le mal possible pendant une heure, pour finalement reconnaître qu'il cherchait le plus de contacts possibles avec les médecins hospitalo-universitaires, seuls à même de donner à sa chaîne une ouverture sur les derniers développements de la recherche clinique.

De manière générale, les discours que nous tenaient nos interlocuteurs étaient en apparence très tranchés, mais convergeaient tous vers la nécessité d'une coopération entre médecins et investisseurs dans les cliniques commerciales françaises.

Notre sentiment au terme de cette étude est que cette nécessité peut se révéler dangereuse,- que sa logique mène droit, pour de simples raisons de rémunération du capital investi, à un libéralisme américain dont les excès sont aujourd'hui dénoncés, y compris et surtout outre-Atlantique.

Des mesures politiques s'imposent donc: elles sont en train d'être prises, nous les avons évoquées mais nous en avons aussi montré quelques limites. Si l'image de technicité médicale s'est imposée avec autant de force au public français, c'est qu'il s'est trouvé un corps médical pour faire des découvertes, mais aussi pour les propager et donner à la médecine des couleurs hautement techniciennes.

Plusieurs médecins que nous avons rencontrés se plaignent de cette importance de la technique dans les études et la pratique médicales, importance acquise au détriment de l'humanisme du passé. Faisant allusion aux soins très lourds souvent dispensés aux malades en phase terminale, un chirurgien nous disait: "maîtriser les coûts, c'est d'abord réfléchir sur l'inutile." Vouloir réintroduire une grande part d'humanisme dans les études médicales n'est sans doute qu'un voeu pieux. La difficulté de réintroduire cet humanisme, due au poids des connaissances scientifiques à acquérir, est au moins un indice de ce que les résistances les plus fortes à une maîtrise de la croissance des cliniques commerciales se trouveront bien en-deçà de ces cliniques: dans la formation, dès les années d'étude, de la mentalité médicale.

ANNEXES

ANNEXE 1

3 avril 1988

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

4197

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI

Décret n° 86-314 du 28 mars 1988 modifiant le décret n° 84-247 du 5 avril 1984 fixant la liste des équipements matériels lourds prévue par l'article 46 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière

NOR: ASEH8800203D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière, notamment son article 46 ;

Vu le décret n° 84-247 du 5 avril 1984 fixant la liste des équipements matériels lourds prévue par l'article 46 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. - L'article 1^{er} du décret du 5 avril 1984 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 1^{er}. - Sont inscrits sur la liste prévue à l'article 46 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée les équipements matériels lourds suivants :

- « 1° Appareil de circulation sanguine extra-corporelle ;
- « 2° Caisson hyperbare ;
- « 3° Appareil d'hémodialyse ;
- « 4° Appareil destiné à la séparation *in vivo* des éléments figurés du sang ;
- « 5° Appareil accélérateur de particules et appareil contenant des sources scellées de radioéléments d'activité minimale supérieure à 500 curies et émettant un rayonnement d'énergie supérieur à 500 keV ;
- « 6° Cyclotron à utilisation médicale ;

- « 7° Appareils de diagnostic suivants, utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons ;
- « 8° Scanographe à utilisation médicale ;
- « 9° Appareil de senographie à cadence rapide et appareil d'angiographie numérisée ;
- « 10° Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- « 11° Compteur de la radioactivité totale du corps humain ;
- « 12° Appareil de destruction transpericrâniale des calculs ;
- « 13° Réseau informatisé de transmission et d'archivage de l'imagerie médicale. »

Art. 2. - Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, le ministre des affaires sociales et de l'emploi, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, chargé du budget, et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 28 mars 1988.

JACQUES CHIRAC

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,
PHILIPPE SÉGUIN

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et de la privatisation,
EDOUARD BALLADUR

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la privatisation,
chargé du budget,
ALAIN JUPPE

Le ministre délégué auprès du ministre
des affaires sociales et de l'emploi,
chargé de la santé et de la famille,
MICHELE BARZACH

ANNEXE 2

Figure 2. — EFFECTIFS DES MÉDECINS SELON LE STATUT ET LA SPÉCIALITÉ DÉTAILLÉE

au 1^{er} janvier 1988

Ensemble	% libéraux	% hospitaliers	Moins de 25 ans	60 ans et plus	60+/-151 em %	MÉDECINE GÉNÉRALE		Spécialités médicales :		Spécialités chirurgicales :		BIOLOGIE MÉDICALE		Psychiatrie :		ENSEMBLE DES SPÉCIALITÉS	
						71	13	22,259	6,068	27	2,186	1,977	2,736	1,132	4,972	1,739	1,498
21	37	61	1,058	216	21	2,736	449	449	124	216	21	2,736	449	449	124	216	21
72	55	24	449	124	72	1,977	331	331	132	449	72	1,977	331	331	132	449	72
44	77	22	531	132	44	1,977	289	289	111	531	44	1,977	289	289	111	531	44
46	76	14	102	140	46	1,595	289	289	111	1,400	46	1,595	289	289	111	1,400	46
48	74	22	289	102	48	1,448	289	289	111	1,448	48	1,448	289	289	111	1,448	48
144	72	56	120	173	144	1,424	159	159	61	1,424	144	1,424	159	159	61	1,424	144
24	90	7	159	37	24	1,424	159	159	61	1,424	24	1,424	159	159	61	1,424	24
108	50	42	117	349	108	944	204	204	81	944	108	944	204	204	81	944	108
25	47	36	204	52	25	742	178	178	71	742	25	742	178	178	71	742	25
32	41	48	178	57	32	416	123	123	49	416	32	416	123	123	49	416	32
7	45	53	123	9	7	316	63	63	23	316	7	316	63	63	23	316	7
14	25	69	63	7	14	229	53	53	19	229	14	229	53	53	19	229	14
11	25	69	53	7	11	177	40	40	14	177	11	177	40	40	14	177	11
18	26	59	61	11	18	133	40	40	14	133	18	133	40	40	14	133	18
20	36	59	61	8	20	129	40	40	14	129	20	129	40	40	14	129	20
133	39	11	40	3	133	123	40	40	14	123	133	123	40	40	14	123	133
183	56	27	34	14	183	183	34	34	14	183	183	183	34	34	14	183	183
57	57	28	192	48	57	570	192	192	74	570	57	570	192	192	74	570	57
62	62	33	5,466	2,553	47	29,877	2,553	2,553	974	29,877	62	29,877	2,553	2,553	974	29,877	62
55	55	44	167	579	158	4,138	167	167	63	4,138	55	4,138	167	167	63	4,138	55
90	90	9	787	409	51	2,736	787	787	29	2,736	90	2,736	787	787	29	2,736	90
87	87	12	129	168	112	2,219	129	129	48	2,219	87	2,219	129	129	48	2,219	87
73	73	26	229	289	122	2,027	229	229	83	2,027	73	2,027	229	229	83	2,027	73
90	90	7	265	270	83	1,447	265	265	99	1,447	90	1,447	265	265	99	1,447	90
78	78	22	207	36	17	717	207	207	100	717	78	717	207	207	100	717	78
67	67	13	107	18	100	184	107	107	100	184	67	184	107	107	100	184	67
87	87	13	12	12	100	222	12	12	100	222	87	222	12	12	100	222	87
72	72	29	14	36	257	177	14	14	257	177	72	177	14	14	257	177	72
14	14	84	7	19	274	152	7	19	274	152	14	152	7	19	274	152	14
75	75	24	2,223	1,973	89	15,215	2,223	2,223	1,973	15,215	75	15,215	2,223	2,223	1,973	15,215	75
49	49	40	79	208	263	1,132	79	208	263	1,132	49	1,132	79	208	263	1,132	49
53	53	38	916	144	15	4,972	916	144	15	4,972	53	4,972	916	144	15	4,972	53
63	63	31	2	388	19,408	1,739	2	388	19,408	1,739	63	1,739	2	388	19,408	1,739	63
46	46	45	102	0	0	383	102	0	0	383	46	383	102	0	0	383	46
57	57	36	1,028	529	52	7,810	1,028	529	52	7,810	57	7,810	1,028	529	52	7,810	57
3	3	7	432	133	31	1,498	432	133	31	1,498	3	1,498	432	133	31	1,498	3
62	62	29	9,228	5,286	59	54,738	9,228	5,286	59	54,738	62	54,738	9,228	5,286	59	54,738	62

ANNEXE 3

LES SPÉCIALISTES

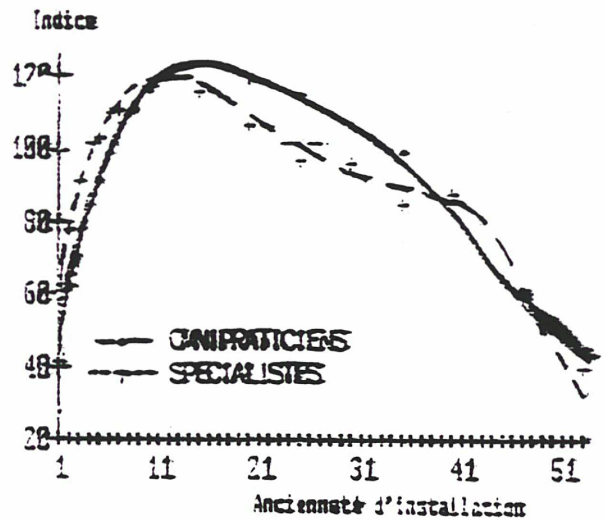
L'activité comme les honoraires diffèrent profondément d'une spécialité à l'autre : le radiologue cote en Z et perçoit 1,8 million de F d'honoraires, le pédiatre cote en C.S. et V.S. et perçoit 0,38 million de F.

Pour rendre comparables les spécialités entre elles, l'activité est calculée par référence à la valeur moyenne de la spécialité notée 100.

Toutes spécialités confondues, la forme en « mammouth » se retrouve mais décalée dans le temps (graphique 3). La pente de début est plus rapide, le niveau 100 est atteint la quatrième année (omnipraticien : 7^e année). Le maximum est atteint la dixième année (omnipraticien : 15^e année); il se maintient 15 ans environ.

Les spécialistes ont une carrière plus courte que les omnipraticiens. Du fait de la durée de leurs études, ils ne s'installent en libéral qu'après 30 ans, parfois même 35 ans. La courbe d'activité baisse plus rapidement, le niveau 100 est de nouveau atteint après 25 ans d'activité (omnipraticien : 35 ans).

Graphique 3.



ANNEXE 3 SUITE

Graphique 4

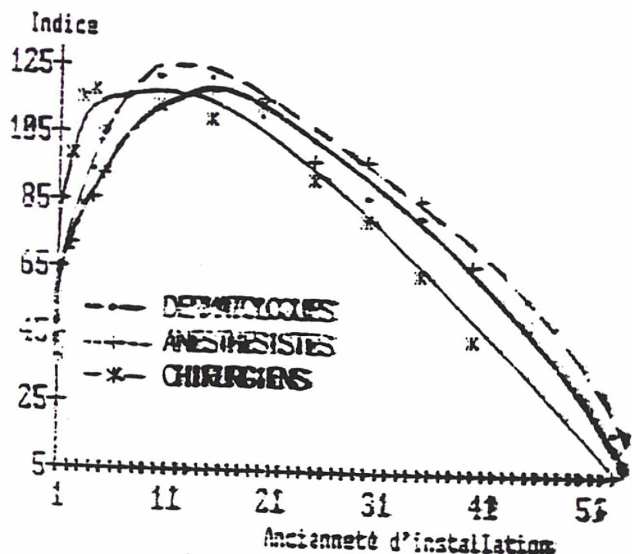
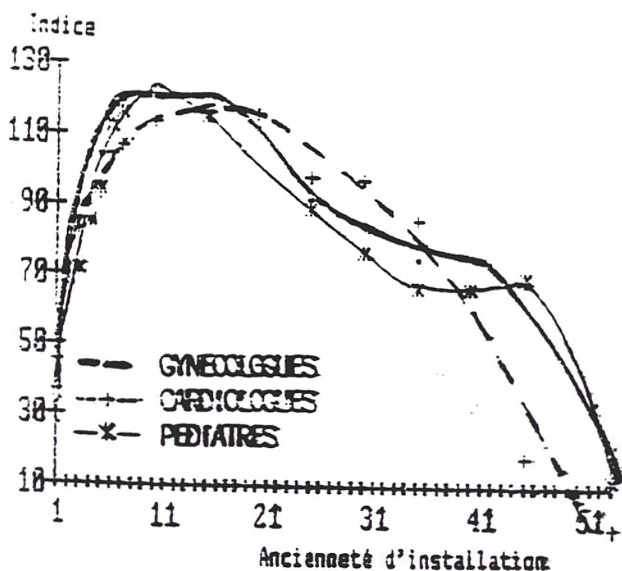
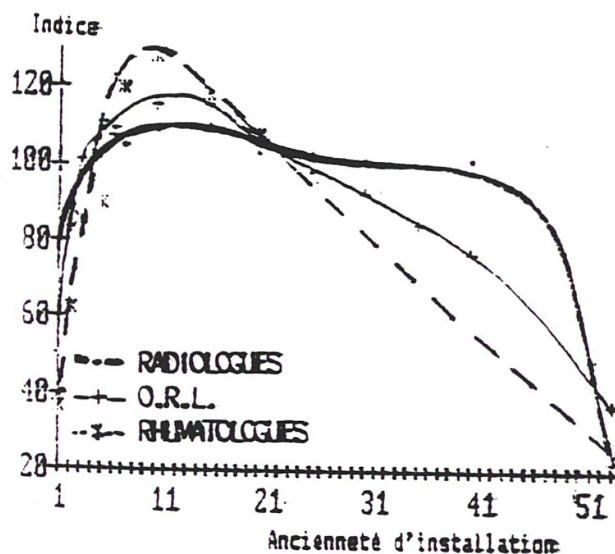
Le graphique 4 présente les profils de carrière des spécialités les plus importantes :

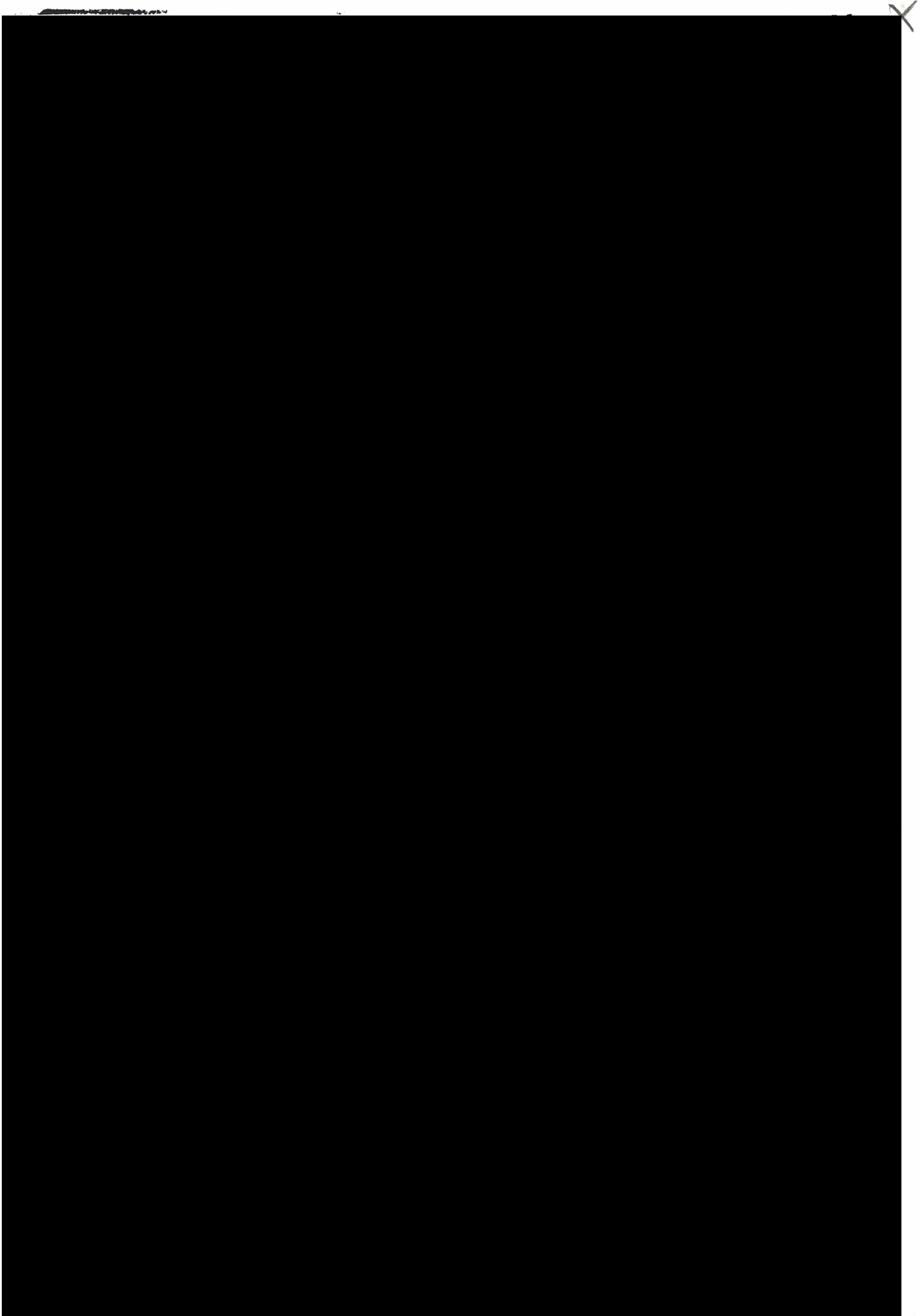
- Certaines spécialités (anesthésistes, cardiologues, dermatologues) ont des courbes d'activité moyenne assez proches de celle de l'omnipraticien, « le faite » de l'activité étant souvent plus accentuée chez ces spécialistes et la montée en charge plus rapide;

- Les gynécologues et les pédiatres ont des profils d'activité qui remontent en fin de carrière;

- Le radiologue, enfin, a un profil de carrière très particulier : il atteint son niveau de croisière au bout de dix ans (entre 8.000 et 3.500 actes par an), et s'y maintient pratiquement jusqu'à la fin de sa carrière.

Certaines spécialités atteignent, au maximum de leur activité, un niveau très élevé : 128 pour le rhumatologue après 10 ans d'exercice, 123 pour le pédiatre et le dermatologue après 15 ans. Certains enfin gardent un niveau supérieur à 100 pendant 25 à 30 ans : les cardiologues et surtout les radiologues dont l'activité après 30 et 35 ans d'exercice est encore importante.







ANNEXE 6

PRIVE-PUBLIC, OU L'EVOLUTION D'UN PARTAGE DES

ROLES.

Ce texte a pour objet de décrire brièvement l'évolution du partage des rôles entre les différents acteurs de l'hospitalisation française depuis le début des années 60. Dans les progrès des techniques médicales, dans l'expansion de la population et dans la croissance de l'économie marchande, des tendances lourdes qui culminaient en 1960 se sont modifiées, voire inversées, dans le courant des années 70. Cette crise dans l'environnement de la médecine hospitalière ne s'est pas directement répercutée sur les hôpitaux et cliniques: le monde de l'hospitalisation (publique ou privée) n'est pas un marché, il est protégé par une réglementation dont le principe est d'amortir les effets sur la santé publique des secousses du monde extérieur. C'est donc à travers des contraintes réglementaires nouvelles que l'hospitalisation française commence à ressentir la modification de son environnement: organisée dans sa forme actuelle pendant les années 60, elle doit s'adapter.

Les trois acteurs principaux de la scène hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier Général et clinique privée, seront d'abord décrits dans leur partage implicite des rôles sur fond des tendances lourdes des années 60 et du début des années 70; la modification de ces tendances, traduite dans le champ réglementaire, perturbe le partage et suscite des tensions: une deuxième partie en rendra compte.

ANNEXE 6 SUITE

I) L'HOPITAL A TOUT PRIX: L'EXPANSION DES ANNEES 60.

A) Les tendances lourdes.

L'essor des techniques médicales fait passer un certain nombre de pathologies de la phase des traitements lourds et coûteux à la phase du vaccin et des traitements médicamenteux: par exemple, l'invention du BCG fait disparaître l'internement en sanatorium et les interventions chirurgicales qui mutilaient les tuberculeux. L'époque se caractérise par des rendements thérapeutiques croissants: les progrès en termes de vies humaines sauvées sont de moins en moins coûteux.

La population connaît un essor démographique important, qui favorise notamment l'essor des maternités, tandis qu'à l'autre extrémité de la vie les personnes âgées quittent l'hôpital et retournent à leur domicile: les problèmes médicaux des troisième et quatrième âges sont pris en charge par la société.

La croissance économique, enfin, finance l'essor de la médecine la plus coûteuse soit-elle.

B) La régulation.

Le Ministère de la Santé, autorité de tutelle des hôpitaux publics, ne leur impose pas de contraintes financières. La loi Debré (1958) instaure l'organisation en services et le plein temps hospitalier: bien que n'étant pas officiellement salariés, les médecins touchent un traitement de l'hôpital mais les chefs de service ont les pleins pouvoirs sur leur service quant à la définition des besoins. Pour ce qui est des cliniques, elles sont remboursées, comme les hôpitaux, à la journée, et touchent une fraction des remboursements d'actes de leurs médecins et chirurgiens.

Les caisses d'assurance-maladie forment l'interface financière entre la croissance de l'économie et le paiement des soins

ANNEXE 6 SUITE

hospitaliers: leur rôle est passif, ne s'accompagnant d'aucun contrôle sur la nature des prestations hospitalières.

C) L'alimentation du système hospitalier (vo schéma en fin de texte).

Il existe une demande primaire de soins provenant du patient. Lorsque le patient doit être hospitalisé, cette demande est convertie en demande secondaire par le système médical qui le plus souvent décide du lieu d'hospitalisation.

Dans le cas d'une urgence, cette demande est canalisée par le SAMU soit vers un hôpital public (CHU ou CHG), soit vers une clinique privée: le débouché le plus fréquent est public, car l'urgence est une contrainte de service public et oblige les hôpitaux à avoir un plateau technique étendu, alors que les cliniques, de plateau technique plus restreint, peuvent plus aisément choisir les urgences qui leur seront envoyées.

S'il n'y a pas urgence, le patient peut se rendre à la consultation externe d'un hôpital public: au cas où l'hospitalisation est nécessaire, il sera naturellement aiguillé vers le service approprié de l'hôpital. Si le patient est assez informé pour deviner la nature de son mal, il peut aussi aller consulter un spécialiste de ville, qui, s'il exerce aussi dans une clinique (ce qui est fréquent), l'orientera probablement vers cet établissement où il pourra continuer à voir son patient.

Le cas le plus fréquent reste la visite chez le généraliste. Ce dernier a la possibilité d'envoyer son patient chez un spécialiste, qui lui renverra ensuite le patient avec ses observations. Dans l'hypothèse où le généraliste juge l'hospitalisation nécessaire, il a a priori le choix entre CHU, CHG et clinique. Indépendamment de considérations de proximité géographique, dans les années 60 seuls le CHU et la clinique peuvent jouir auprès des généralistes d'une image réellement positive: le CHU, c'est la

ANNEXE 6 SUITE

recherche médicale de pointe, mais la clinique, c'est le suivi du médecin traitant et le bon accueil du malade.

Cette brève présentation pourrait donner l'illusion qu'un choix existe entre CHU, CHG et clinique. Dans les années 60 et 70, le partage des rôles est tel qu'en fait ces différents types d'établissements sont plus complémentaires que concurrents.

D) Les acteurs.

1) Le CHU.

Le développement de la science médicale favorise l'essor très rapide de la médecine hospitalo-universitaire. Cette médecine se construit autour de deux concepts parfaitement complémentaires, l'un scientifique, l'autre administratif: la spécialité et le service. Le service est le lieu où se développe, sous l'autorité de l'agrégé chef de service ("grand professeur", "mandarin"), une spécialité médicale donnée. Ce sont les chefs de service qui détiennent le pouvoir dans l'hôpital: le directeur, à cette époque, n'a pratiquement pas de moyens de contrôle sur eux. Les étudiants viennent s'y former par le biais des stages d'externat ou d'internat. Ceux d'entre eux qui se spécialisent peuvent devenir chefs de clinique, agrégés, voire un jour chefs de services, et tout au long de leur carrière hospitalo-universitaire contribuent au développement des connaissances.

Le mot d'ordre des médecins hospitalo-universitaires, du moins à cette époque, aurait pu être: connaître et se faire connaître. L'important est moins le patient que le cas, le "beau cas", celui qui permettra de publier et de progresser dans la hiérarchie hospitalière. Les médecins ne s'intéressent donc ni au tout venant des malades, déjà codifié par la science médicale, ni aux malades difficiles à soigner mais sur lesquels il est difficile de rien publier (cas de migraine, de colopathies fonctionnelles, personnes âgées présentant de nombreux symptômes de

ANNEXE 6 SUITE

dysfonctionnements).

Un chef de service puissant est le chef d'un service qui dispose d'importants moyens de recherche: il veut des lits en nombre suffisant, des équipements de pointe, des étudiants nombreux dont beaucoup soient spécialisés, et du personnel soignant. S'agissant des étudiants en médecine, l'augmentation de leur nombre sur la période est supérieure à l'augmentation moyenne des étudiants, et l'augmentation en surnombre semble avoir été absorbée par les pratiques hospitalières.

Une étude réalisée au milieu des années 70, quand les pratiques hospitalo-universitaires étaient encore très stables, montre une prépondérance des pathologies à forte densité de lettre-clé B dans le public par rapport au privé. Le B est l'indice de la biologie, donc des examens réalisés sur les malades, et donc dans une certaine mesure l'indice d'une activité de recherche. Quant au K, indice de la chirurgie, il montre une plus grande fréquence, dans le public, de la chirurgie très légère due à la contrainte d'urgence et de la chirurgie très lourde de certains "beaux cas".

2) La clinique.

Si le mot d'ordre des CHU était "connaître et se faire connaître", celui des cliniques serait plutôt "opérer et prospérer". Les médecins formés à l'école des pratiques hospitalo-universitaires passent dans le privé pour gagner de l'argent, et considèrent la clinique comme un outil de travail qui doit être rentable. Les investissements sont lourds, il faut les financer et les rentabiliser. La plupart des cliniques se spécialisent donc dans les pathologies connues (ce qui les distingue des CHU) et à forte densité d'actes bien rémunérés. La chirurgie et la gynéco-obstétrique se développent jusqu'à représenter les deux-tiers des lits privés. La clinique se taille une part prépondérante dans le "K moyen" (35 à 100), bien remboursé sans être trop coûteux ou risqué.

ANNEXE 6 SUITE

3) Le CHG.

Le CHG apparaît comme le parent pauvre de la médecine hospitalière. Dans les années 60, les médecins y travaillent à temps partiel, ce qui explique peut-être la passivité de l'institution.

La médecine interne y est prépondérante: la plupart des patients nécessitent de la surveillance, mais peu d'actes, et n'intéressent donc pas les cliniques. Par contre, certains patients de médecine interne constituent des cas intéressants pour les hospitalo-universitaires.

En plus de la médecine interne, il existe des services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie, qui pourraient attirer la clientèle des cliniques.

Théoriquement, deux concurrences sont possibles: avec le CHU sur les cas intéressants, avec la clinique sur les patients de traitement connu et rentable. Dans la pratique, l'image positive dont jouissent, pour des raisons différentes, CHU et clinique, ne laisse au CHG que les malades peu rentables, et ceux difficiles à soigner mais sur lesquels il est difficile de publier.

Au début des années 70, les acteurs hospitaliers se partagent donc sans concurrence véritable les patients français, ce partage étant facilité par les tendances lourdes que nous avons décrites.

II) L'HOPITAL HORS DE PRIX: LA CRISE DES ANNEES 70 ET 80

A) Les tendances lourdes.

Les années soixante n'ont pas connu de percée thérapeutique majeure, mais ont vu par contre le développement d'instruments de soins lourds: les pratiques médicales entrent dans un

ANNEXE 6 SUITE

domaine de rendements décroissants, où de plus en plus d'investissement technique est nécessaire pour assurer la progression des connaissances et des soins.

Le ralentissement de l'expansion démographique de la population, doublé de son vieillissement, déplace la demande de soins. Les personnes du troisième ou quatrième âge refluent vers l'hôpital.

La crise économique entraîne un infléchissement de la croissance. Les prélèvements obligatoires sont de plus en plus lourds. La rigueur qui en résulte contraint le financement du système de santé.

B) La régulation

Toute une série de mesures sont instaurées par le ministère pour tenter d'une part de maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières, d'autre part d'exercer un contrôle sur l'activité médicale.

Un taux directeur est appliqué sur la croissance des budgets hospitaliers(78). La dotation globale fixe l'enveloppe des budgets annuels par hôpital en 1984 (les cliniques quant à elles sont toujours remboursées à la journée et à l'acte). Le projet hospitalier de dotation globale est discuté avec la caisse régionale d'assurance maladie, avant d'être soumis à l'approbation de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. La croissance des effectifs des hôpitaux est soumise à autorisation, et bloquée pour ce qui concerne le personnel médical. Un numerus clausus est institué, d'abord sur les étudiants de première année, puis sur ceux des spécialités médicales. La carte sanitaire vise à planifier les équipements techniques, que ce soit pour les hôpitaux ou les cliniques. La départementalisation cherche à établir un niveau hiérarchique gestionnaire et participatif, pour optimiser l'utilisation des équipements.

ANNEXE 6 SUITE

C) Les acteurs

1) Le CHU.

La régulation interpelle de plein fouet le modèle de développement né dans les années 60, fondé sur l'essor des spécialités médicales, sous l'autorité des chefs de service.

En effet, la poursuite de la connaissance médicale demande des investissements très lourds, qui sont menacés par des contraintes financières, ou des contraintes liées à la planification des équipements (carte sanitaire). Le personnel médical est lui aussi rationné, ainsi que les internes de spécialités. Une menace pèse sur les attributs de pouvoir des médecins, donc sur leur propre autorité.

La logique gestionnaire monte en puissance: La négociation annuelle des budgets par centres de responsabilité, si elle était mise en oeuvre, obligerait les chefs de service à rendre compte comptablement de leur activité. La départementalisation instaure ou tend à placer un échelon gestionnaire au dessus du chef de service, au nom de la rationalité économique d'utilisation des équipements. Enfin, le PMSI, Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information, aurait pour conséquence, en particulier, de créer un langage commun de dialogue, ou d'arbitrage, entre administrateurs et médecins.

Quelles seront les stratégies d'adaptation à cette situation nouvelle? La nécessité pour les chefs de services de justifier leurs dépenses peut-elle les conduire à traiter des malades en plus grand nombre, mais dont le diagnostic et la thérapeutique seraient plus simples -les "beaux cas" ne sont pas si courants ou sont trop consommateurs de temps-, donc à banaliser leurs interventions, au péril même de leur activité de recherche? La concurrence public-privé risque alors de s'exacerber sur ces malades. Cependant, le CHU est toujours prisonnier de sa contrainte de service public, qui l'oblige à maintenir un spectre médical d'activités suffisamment large pour englober toutes les urgences. Par

ANNEXE 6 SUITE

ailleurs, il souffre souvent d'une mauvaise image auprès des médecins de ville: lourdeur administrative, mauvais suivi du médecin traitant, accueil médiocre du patient.

2) Les cliniques

La carte sanitaire, en fixant le nombre de lits, et en limitant les investissements techniques, restreint fortement les possibilités de croissance des cliniques. Or les rendements thérapeutiques décroissants obligent à des investissements de plus en plus lourds. Les cliniques vont d'autre part se trouver confrontées à un problème de transmission patrimoniale: De nombreux chirurgiens fondateurs atteignent en effet l'âge de la retraite.

Les possibilités offertes, non exclusives, sont de plusieurs sortes: Achat et vente de cliniques, impliquant des sociétés bancaires ou industrielles, au regard de l'importance des sommes en jeu. Concurrence avec les hôpitaux publics, par des interventions plus lourdes, et/ou des investissements de recherche. Les chefs de service hospitalo-universitaires seront alors de plus en plus tentés de travailler dans le secteur privé, déplaçant avec eux des pans entiers d'une clientèle traditionnelle des hôpitaux publics. La prise en charge par des structures privées de la demande d'hébergement médicalisé des personnes du troisième et quatrième âge, peut aussi menacer l'activité correspondante des hôpitaux.

3) Les CHG

Les contraintes réglementaires s'exercent de la même façon pour les CHG que pour les CHU.

Par ailleurs, sous la poussée de la démographie médicale, les chefs de clinique ou agrégés non chefs de service se trouvent placés devant une l'alternative suivante: soit rester au CHU, au risque de voir

ANNEXE 6 SUITE

leurs possibilités d'avancement fortement réduites, soit aller dans un CHG, et s'exposer à occuper un poste dans un milieu jugé non motivant. La conséquence en est que certains postes dans les CHG ne sont pas pourvus.

Pour ceux qui décident de franchir le pas, la valorisation de leur situation peut les conduire à un choix entre deux évolutions. Le plus fréquemment, le CHG tend à devenir une petite clinique, en recevant des malades dont le diagnostic et le traitement seront simples et rentables, en développant un service à la clientèle, en se faisant connaître des généralistes qui aiguillent la filière de soins. Le chef de clinique peut aussi être tenté de reconstituer une équipe hospitalo-universitaire, incluant des équipements, des étudiants, des "beaux cas". Dans un cas comme dans l'autre, le CHG sort de son orbite habituelle, ou telle qu'elle résulte du partage historique des malades entre les trois acteurs du paysage de santé, pour interférer avec un des deux autres.

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement les personnes suivantes pour l'amabilité de leur accueil et la richesse des entretiens que nous avons eus avec elles au cours de notre étude.

M. le Docteur AIGNAN, de la Confédération des Syndicats Médicaux de France.

M. le Docteur Henri ANDUZE, chirurgien, Président de la clinique des Cèdres, à Corne-Barrieu (Haute-Garonne).

M. le Docteur ATTIA, Président du groupe ALPHAMED.

M. Philippe AUSTRUY, Président du groupe MEDIFUTUR.

M. BENITTO, Directeur Général adjoint de la Caisse Régionale d'Assurance-Maladie d'Ile-de-France.

M. Dominique BERGIN, Président de KANGOUROU S.A.

M. Michel BERRY, directeur du Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique.

M. le Docteur BERTRAND, Directeur du service de formation permanente à l'Assistance Publique de Paris.

Mme le Professeur BLUM, Directrice du Centre d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques à l'Assistance Publique de Paris.

M. de BODEMAN, directeur à la Direction des Hôpitaux du Ministère de la Santé.

Mme BOUTEILLER, responsable des audits de blocs opératoires chez Cliniques de France.

M. Daniel CAILLE, Président de la Générale de Santé.

M. Henri CANLER, Président de CANLER-CONSEIL.

M. CASSANET, de la Banque des Praticiens Libéraux.

M. Hervé COUFFIN, Directeur des Affaires Industrielles à la Banque Paribas.

M. Edouard COUTY, conseiller technique au cabinet du Ministre de la Santé, Directeur du Centre Hospitalier Général de Châlons-sur-Marne.

M. le Docteur DEGROVE, radiologue, Président de la Clinique du Parc à Toulouse.

M. Bruno DEVAUX, interne en anesthésie-réanimation aux hôpitaux de Rouen.

M. François ENGEL, responsable des relations publiques à la Fédération Intersyndicale des Etablissements de l'Hospitalisation Privée.

M. le Docteur Jérôme EUVRARD, chirurgien, propriétaire de la Clinique de l'Essonne à Ris-Orangis.

Mme EUVRARD, directrice de la Clinique de l'Essonne.

M. Bernard GAISSET, Directeur des Exploitations de Cliniques de France.

M. GALAGAIN, Directeur de la Clinique des ULYS (groupe Cliniques de France).

M. HIRT, Directeur de la Clinique des Maussins à Paris (groupe Médifutur).

M. Georges HOURTOULE, Président du groupe FIM.

M. Yves JOURNEL, Président de JOURNEL S.A.

M. JOUSSEAUME, Directeur de la Clinique Saint-François à Nantes.

M. Jean-Claude JUHAN, Directeur des Affaires Economiques à l'Assistance Publique de Paris.

M. Jean de KERVASDOUE, Président de SANESCO.

M. Hervé LAFARGE, chercheur en économie de la santé à l'Université Dauphine.

M. Olivier LEJEUNE, contrôleur financier de Cliniques de France.

M. Pierre LEPELTIER, PDG-adjoint de Cliniques de France.

M. le Docteur LIEGEOIS, propriétaire de cliniques.

Mme Béatrice MAJNONI d'INTIGNANO, économiste de la santé.

M. MEILLIER, du syndicats Médecine, Chirurgien, Obstétrique (affilié à la FIEHP).

M. le Docteur N'DIAYE, Directeur de la Clinique de Massy (groupe JOURNEL S.A.).

M. de NONEVILLE, responsable du secteur santé chez UFB-Locabail.

M. le Docteur NOTTON, radiologue, Directeur de la stratégie chez ALPHAMED.

M. le Docteur Vincent POL, Président de la Clinique du Parc à Marseille, Président du Syndicat MCO.

M. Gérard de POUVOURVILLE, chercheur en économie de la santé au Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique.

Mme Nadine RAFFY, du CREDES.

M. Alain SEUGE, de la Compagnie Financière de Suez.

M. SONET, Président de l'Union Hospitalière Privée.

M. le Docteur Jean-Claude STEPHAN, chirurgien, Président du Centre National de l'Équipement Hospitalier.

M. RILLEUX, de l'Union Hospitalière Privée.

M. le Professeur Claude RIVELINE, de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris.

M. Michel SIMON, Directeur de la Clinique du Parc à Toulouse.

M. le Docteur Simon THABAUT, Président de la Lyonnaise de Santé.

Mme THIERRY, de la D.R.A.S.S. d'Ile-de-France.

M. Laurent VOIGNAC, Ingénieur des Mines, service des biens de consommation à la Direction Générale de l'Industrie.

M. Michel WAGNER, cellule de recherche et développement au groupe AXA.