

# La chirurgie générale et la chirurgie de spécialité en établissement privé « lucratif »

## General surgery and digestive surgery in French private hospitals

Ph Breil

*Service de chirurgie digestive, Clinique de Turin, Paris*

### Mots clés

- ◆ Hôpitaux publics
- ◆ Cliniques privées
- ◆ Chirurgie digestive
- ◆ Chirurgie générale

### Résumé

Les établissements privés ont, à ce jour, accédé aux exigences de notre spécialité ; ils assurent 58 % des séjours chirurgicaux et garantissent l'accès aux soins de tous. Notre spécialité est une des plus étendues et des plus exigeantes en termes de moyens collatéraux mais aussi techniques et humains au bloc opératoire ; elle comporte des urgences et des missions transversales incontournables. Chirurgiens et établissements sont quotidiennement confrontés au coût des techniques et aux insuffisances structurelles et tarifaires de la CCAM et de la T2A, tout spécialement en chirurgie digestive. La démographie chirurgicale déclinante et les difficultés financières de l'Assurance-maladie permettront-elles la pérennisation de cette spécialité en établissement privé si l'on n'en repense pas l'exercice et ses modes de financement au profit des patients et de tous les acteurs.

### Keywords

- ◆ Public hospitals
- ◆ Private hospitals
- ◆ General surgery
- ◆ Digestive surgery

### Abstract

Private hospitals are now providing efficient tools and modern methods to practice our speciality; they offer 58% of medical stays in Surgery and provide health care for all the population. Abdominal and General Surgery is one of the most demanding speciality, requiring techniques and well trained nurses in the surgery theater. This speciality treats emergencies as well as pathologies which needs transversal collaboration with others medical specialities. Surgeons and hospitals are daily exposed to economical and political pressure to respect and maintain fixed rates of the french Social Security, especially in Abdominal and Colorectal Surgery. The future access and surgical offer in private hospitals could be in danger, considering the very poor number of new surgeons trained in our speciality and the financial pressure from Social security, unless practice and economical considerations are improving for the need of patients and hospitals.

À la lumière d'une expérience de 30 ans d'activités libérales, les pistes pour assurer l'avenir de la chirurgie générale, viscérale et digestive seront exposées en deux chapitres :

- les structures, l'activité chirurgicale, et plus spécialement en chirurgie digestive ;
- les difficultés présentes et à venir pour les chirurgiens digestifs libéraux et les établissements.

cueil des internes. Il est d'usage de dire que les patients ne sont pas les mêmes dans le public que dans le privé, or 2 % des séjours privés correspondent à des activités dites « spécifiques CHU » contre 5 % en CHU et 1 % en hôpital général. La situation économique des établissements est préoccupante puisque, en deux ans, le nombre des établissements privés en déficit s'est accru de 10 % pour s'établir à 43 % en 2010.

## État des lieux de l'hospitalisation privée

La chirurgie privée en général est dispensée dans 570 établissements d'une taille moyenne de 120 lits assurant 52 % des capacités d'hospitalisation ; les établissements sont répartis dans toutes les zones du territoire. Ce secteur emploie 1 200 chirurgiens digestifs libéraux dont 700 sont en cours d'accréditation par la HAS ; son activité concerne 58 % de séjours chirurgicaux, 71 % de la chirurgie ambulatoire, 52 % de la chirurgie du cancer. Il participe aux missions de service public que sont les urgences, la chirurgie des patients bénéficiaires de la CMU pour 10 % des séjours CMU et, bientôt, l'ac-

## Chirurgie générale

La chirurgie générale il y a 30 ans était préférentiellement l'apanage des établissements privés, le chirurgien qualifié en chirurgie générale, dit « chirurgien mou », assurait la chirurgie digestive, la gynécologie, les thyroïdes, les varices, la pédiatrie chirurgicale et les urgences de toutes ces spécialités. L'évolution est à la disparition du chirurgien généraliste, mais il garde sa qualification de chirurgien généraliste car il assure les urgences. En effet, les spécialités qui ont acquis leur autonomie pour la chirurgie programmée n'assurent leurs

### Correspondance :

*Clinique de Turin, 5-11, rue de Turin, 75008 Paris  
ph.breil@gmail.com*

urgences que ponctuellement.

Pour l'avenir, il ne serait pas souhaitable que la chirurgie générale, actuellement supprimée en tant que spécialité, réapparaisse dans la pratique avec de nouveaux chirurgiens généralistes ne prenant en charge que la petite chirurgie viscérale, dite « chirurgie viscérale autre », et les urgences, le reste de la chirurgie digestive devenant alors une chirurgie dite spécialisée, apanage du CHU, voire de l'Institut hospitalo-universitaire.

## Répartition public/privée de la chirurgie digestive

Sur les statistiques 2010 du PMSI, le public représente 52 % de l'activité chirurgicale digestive. Notons que la filière digestive représente, en établissement privé, avec l'endoscopie, 27 % des séjours ; cette spécialité est incontournable mais nous verrons plus loin que sa valorisation étant insuffisante, elle se trouve *de facto* en danger.

Dans cette répartition public/privé, on constate que le privé fait 80 % de l'endoscopie et, malgré cela, il ne fait que 48 % des séjours chirurgicaux contre 52 % pour le public (qui ne réalise donc cette performance qu'avec 20 % de l'endoscopie) ; il est donc vraisemblable que le public fait travailler le privé mais également que le privé dirige une partie de la chirurgie vers le public.

Le secteur privé dispose donc d'une marge de manœuvre. Quelle est la répartition de la chirurgie digestive ? Elle est scindée en trois parties : la chirurgie majeure œsogastrique et colorectale, la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, la chirurgie dite « viscérale autre ». Ces trois parties sont également réparties dans les deux secteurs, dans les mêmes proportions. La répartition des pathologies est sans surprise :

- le privé réalise 57 % des hernies inguinales ;
- pour les colectomies droites (reflet de la cancérologie colique), le privé est en concurrence avec l'hôpital général plus qu'avec le CHU ;
- pour les colectomies gauches, où la pathologie est mixte, carcinologique et bénigne, le point essentiel est la prédominance de l'abord laparoscopique en privé par rapport aux autres structures publiques ;
- pour la cancérologie digestive en général, le public avec l'apport des centres anti-cancers assure 58 % de cette activité ; une intervention emblématique, la duodéno pancréatocœlectomie céphalique, est également répartie entre l'hôpital général et le privé, le CHU assurant la majorité de ces interventions avec le minimum de mortalité ;
- l'obésité est, pour l'instant, à l'avantage du privé avec 60 % de l'activité.

Il faut se garder d'être triomphant, car l'évolution de la chirurgie digestive - comme le souligne une récente étude de la DRESS - objective une perte des parts de marché en chirurgie digestive de la part du secteur privé : entre 2005 et 2009, la part des séjours valorisés a diminué de 3,1 % en chirurgie privée. À noter que l'appendicectomie était l'occasion d'une perte de 19 % des séjours en privé entre 2005 et 2009 « compensée » par une augmentation de 11 % du secteur public ; il faudra sans doute compléter cette étude pour vérifier la pertinence de ces appendicectomies, dont la France aurait le record des indications, mais il ne sera désormais plus possible d'incriminer le seul secteur privé.

## Chirurgien libéral

La différence fondamentale entre le public et le privé réside dans les différences de statut des chirurgiens.

Le chirurgien public exerce dans le cadre de la responsabilité administrative. À l'opposé, le chirurgien libéral est, civilement et pénalement, personnellement responsable. De plus,

n'étant pas salarié, c'est un chef d'entreprise rémunéré à l'acte. Ses points de faiblesse sont : son isolement et sa dépendance vis-à-vis de l'établissement et de ses correspondants dont dépend son recrutement.

Si l'on reprend ces cinq critères, le premier, la responsabilité personnelle, l'oblige à une organisation personnelle de la PDS et de la CS.

Ce chef d'entreprise, payé à l'acte, souffre des insuffisances de la T2A, car il n'est plus considéré à sa juste valeur dans les établissements où il exerce. Quant à la CCAM, elle est notoirement insuffisante en valorisation des actes en chirurgie digestive, ce qui a des conséquences sur la gestion de son entreprise. Les charges principales sont son assurance professionnelle, sa prévoyance personnelle (c'est un homme clé) et ses salariés (secrétariat, aide-opérateur) auxquels il faut ajouter la redevance à l'établissement. Ces charges justifient, en l'absence d'une CCAM valorisant les actes à leur juste valeur, l'existence de suppléments d'honoraires dont la facturation l'oppose à son établissement et aux autorités de tutelle qui considèrent que c'est un obstacle à l'accès aux soins.

Autre problème du chirurgien libéral, l'absence d'équipes vraies. Les équipes n'existent que pour partager les moyens ou permettre de constituer des statistiques, ce qui empêche les transferts de responsabilité et, sur le plan paramédical, ne permet pas d'ouvrir la porte aux délégations de tâche.

Enfin, un sujet fondamental, les autorisations que possèdent l'établissement impactent l'activité du chirurgien ; il en est de même des équipements dont dispose l'établissement et des obligations de gestion de la transversalité. Reste les relations publiques avec les correspondants.

La chirurgie digestive est vaste ? Nous exerçons une spécialité qui est, certes, une des plus passionnantes mais aussi une des plus exigeantes ; elle est à forte pénibilité : urgences, interventions longues, suites opératoires émaillées d'incidents ou de complications graves, parfois létales.

Son exercice implique l'existence d'une équipe disposant de compétences poussées en imagerie, anesthésie réanimation, endoscopie interventionnelle ainsi que dans la gestion des soins infirmiers 24 h/24.

L'équipement du plateau technique est fondamental pour faire une chirurgie digestive de qualité : tomodensitométrie, IRM, spécialités médicales, interventionnelles et oncologie.

La structure de la spécialité génère des conflits administratifs en raison de la durée des interventions et de la durée moyenne de séjour. Il faut également évoquer la non prise en charge des dispositifs médicaux innovants (DMI), l'intégration dans les GHS des DMI pour une spécialité qui en est grande consommatrice, en particulier, en chirurgie de l'obésité. Je ne ferais qu'évoquer la nécessité d'une USC, l'impossibilité de rétribuer un médecin de garde à l'heure de la restructuration de la Permanence des soins en Établissements de Santé (PDSSES) sans revenir sur les suppléments d'honoraires en raison d'une CCAM inadaptée dans sa structure comme dans sa valorisation.

Enfin, on ne peut pas ne pas évoquer les problèmes avec les anesthésistes dont la démographie est chancelante et qui tentent de plus en plus d'éviter de s'impliquer dans les suites opératoires.

En raison du combat permanent que doit mener le chirurgien digestif pour travailler, il n'est pas étonnant de constater une désaffection des jeunes chirurgiens pour notre spécialité.

## Perspectives

Quelles sont les tendances lourdes de l'avenir ? Il faudra pérenniser l'existence des établissements (faute de quoi, il n'y aura plus de chirurgie privée) par une mutation organisationnelle, du financement et de la tarification. Il faudra résoudre le problème démographique et de la féminisation, intégrer l'hyperspécialisation et, surtout, l'adéquation des compéten-

ces avec les autorisations de plateau technique.

Il existe des pistes pour financer la qualité, stimuler et financer la pertinence, les actes : c'est l'invention d'une rémunération cumulant paiement à l'acte et à la performance.

La recherche d'un modèle de convergence tarifaire permettra de trouver des moyens financiers.

L'ensemble de la problématique, public/privé, reste polémique puisque récemment deux acteurs importants de tendance politique totalement différente se sont opposés par ces deux phrases que je livre à votre sagacité :

« *Le Public et le Privé ne remplissent pas les mêmes missions... seuls les Etablissements Publics sont légitimes pour garantir la pérennité des missions de Service Public* ». (F. Valletaux, Président de la FHF)

« *La Place du Privé est incontournable dans nos territoires notamment en chirurgie...*

*L'hospitalocentrisme est un réflexe de l'ancien temps* » (Cl. Evin, Président de l'ARS Île-de-France)

## Questions

### Question d'I Gandjbakhch

Etant donné que nous avons le même payeur, ne faut-il pas penser à nationaliser les structures et à privatiser le fonctionnement ?

#### Réponse

L'acquisition des structures par la puissance publique est peu réaliste dans l'ambiance actuelle de crise économique. Elle pourrait néanmoins être étudiée car c'est, peut-être, une réponse pour obtenir une répartition homogène des établissements sur le territoire, limitant les zones dites de « désert médical ». En revanche, le mode de gestion de ces foncières hospitalières devrait être différent du mode de gestion actuel du parc hospitalier public. De nombreux établissements privés ont déjà vendu leur immobilier à des organismes privés de gestion, dans le but de se refinancer à court terme ; mais qu'en sera-t-il à long terme avec la charge supplémentaire du loyer des locaux ? Quant à la privatisation généralisée du fonctionnement, c'est-à-dire des soins, de l'enseignement, de la recherche et des missions de service public, je crains qu'elle ne soit, avec tout le respect que vous m'inspirez monsieur, pour ainsi dire, iconoclaste dans notre pays. Mais elle existe cependant partiellement, il est vrai, dans quelques établissements regroupant hôpital général et clinique privée ; mais l'on n'y fait que juxtaposer deux acteurs qui continuent à fonctionner sur leur mode propre et ne partagent et ne mutualisent que des fonctions logistiques. Il n'existe, à ma connaissance, que deux hôpitaux publics gérés par le privé : l'un en Italie (Omegna), l'autre en Angleterre (Hintchinbrook) ; il ne serait sans doute pas inutile d'évaluer ces expérimentations. Pour conclure, le payeur étant, comme vous l'avez souligné, le même, je pense qu'il faudra dans l'avenir esquisser une logique de paiement global « au parcours de soins » plutôt que d'opposer les deux systèmes, public et privé.