



HAL
open science

Financement et innovation, le point de vue de l'établissement de soins privé

Stephan de Butler d'Ormond

► **To cite this version:**

Stephan de Butler d'Ormond. Financement et innovation, le point de vue de l'établissement de soins privé. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2023, 38. hal-04694660

HAL Id: hal-04694660

<https://hal.science/hal-04694660v1>

Submitted on 11 Sep 2024

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.

Financement et innovation, le point de vue de l'établissement de soins privé

Stephan de Butler d'Ormond

Président de SantéCité

Je suis président de l'établissement Pauchet Santé, un groupe indépendant de santé regroupant 8 établissements, implantés à Amiens mais aussi dans le Pas-de-Calais et à Paris, au sein desquels se pose régulièrement la question de l'innovation. Par ailleurs, je préside une coopérative française – SantéCité –, une société qui rassemble 20 % des cliniques françaises et qui fait à peu près 2,5 milliards d'euros de budget consolidé quand on additionne les chiffres d'affaires de tous nos établissements, mais qui sont indépendants, juridiquement, malgré tout. Là aussi, la question de l'innovation se pose. Ce sujet est ancré depuis des années dans l'histoire de la Clinique et ce, tout particulièrement en 2009 avec l'acquisition du robot Da Vinci. Nous étions alors la première structure de Picardie à disposer de cet équipement d'innovation. Naturellement, la question s'est posée de savoir comment le financer.

Ce que l'on constate en France est la nécessité de faire de la recherche pour permettre aux patients d'accéder à l'innovation courante car le financement de l'innovation n'est pas intégré au système de santé, que ce soit l'innovation des matériels médicaux, dont la robotique fait partie, ou l'innovation des traitements tels que les tests génétiques. Nous étions par exemple parmi les premiers établissements à mettre en place, dans les Hauts-de-France, les tests génétiques pour le diagnostic des cancers du sein en complément du travail d'anatomopathologie classique. Le bénéfice du point de vue du diagnostic et du pronostic est évident mais la sécurité sociale n'a pas modifié ses tarifications en conséquence. Elle continue à rembourser le même montant alors qu'il y a un surcoût lié au test, à la charge de la clinique. Et elle interdit à la clinique de facturer un complément au patient pour absorber ce surcoût. *In fine*, cela oblige les établissements à mettre en place des dispositifs non viables pour eux sur le plan économique et ce, alors même qu'un retour en arrière (absence de tests) est inenvisageable.

Concrètement, on accepte de rembourser un tarif correspondant à une prise en charge non innovante et on interdit de facturer le complément de l'innovation au patient. *In fine*, cela signifie par exemple que dans le domaine de la robotique, plus on innove, plus les coûts additionnels s'additionnent ; le remboursement par la sécurité sociale étant identique, la clinique recevra moins d'argent. Prenons l'exemple des prostatectomies. Une prostatectomie tout compris, honoraires et frais de l'hôpital, rapporte 6 200 €, remboursés par la sécurité sociale à la clinique, qu'elle soit robotique ou non robotique. Une prostatectomie sans robot coûte à la clinique 6 000 euros. Avec un robot, elle coûte 7 500 euros en raison du surcoût d'exploitation du robot et de l'utilisation du consommable spécifique. Avec le système actuel de remboursement, sans robot, la clinique est bénéficiaire de 200 euros, avec robot elle est déficitaire de 1300 euros. On pourrait multiplier les exemples, notamment à l'image de la première mondiale réalisée à la clinique qui est la prise en charge d'une tumeur du poumon en ambulatoire (segmentectomie du poumon). En hospitalisation complète classique, sans robot, elle permet à la clinique de percevoir 10 000 € de la sécurité sociale. Quand elle est faite avec robot, en ambulatoire, elle est remboursée 7000 euros. Le remboursement est moindre car l'acte est fait en ambulatoire ; le délai d'hospitalisation est donc moins long et la sécurité sociale rembourse donc moins en raison du temps réduit d'hospitalisation. Pourtant le montant global de l'acte avec robot, en ambulatoire, a coûté plus cher pour la clinique. Par conséquent, la clinique ne peut pas faire bénéficier à d'autres patients une prise en charge en ambulatoire sous robot.

Il est important de comprendre qu'en France, lorsque l'on réalise du soin, un tarif est publié au journal officiel avec interdiction de facturer des suppléments. Seuls les médecins peuvent facturer du secteur 2, mais les établissements de santé ne peuvent pas prendre cette initiative. Même si le patient désirait bénéficier de soins spécifiques, notamment une prise en charge avec assistance robotisée, le surcoût qui serait facturé à titre de supplément, même au prix réel, c'est-à-dire sans marge par la clinique, est impossible car cela entraînerait un déconventionnement global de la clinique vis-à-vis de la sécurité sociale.

Comment faire lorsque, selon l'État, le fait d'opérer une prostate avec un robot n'apporte pas une amélioration de la prise en charge dans la mesure où l'on peut retirer la tumeur avec une opération sans robot, mais que les

patients désirent se faire opérer sous robot non pas tant pour le gain sur le cancer mais parce que les effets indésirables de la chirurgie (notamment l'incontinence et les conséquences sur la sexualité) seront moindres ? Dans ce cas de figure, la sécurité sociale, l'État, ne reconnaît pas la valeur ajoutée apportée par le soin robotisé et n'accepte pas un supplément de remboursement. En cas de non-reconnaissance de la valeur ajoutée du soin par la sécurité sociale, on est en droit de s'interroger, s'agit-il d'un supplément de « confort » ? Mais pourquoi refuser que la clinique facture un supplément « confort » aux patients qui le désireraient ? Il me semble que l'acte robotisé est reconnu pour sa valeur additionnelle et que cette dernière doit être intégrée dans le tarif de remboursement de la sécurité sociale (un acte avec robot devrait être mieux remboursé qu'un acte sans robot). Si cette valeur ajoutée n'est pas reconnue, les cliniques devraient être en droit de facturer « un supplément de confort » aux patients. Actuellement ni l'un ni l'autre n'est possible en France, ce qui pénalise totalement le développement des actes robotisés et plus largement des innovations au sein des structures de soins.

C'est l'une des raisons pour lesquelles on observe que moins de 20 % des prises en charge françaises sont réalisées sous robot, alors que cela fait plus de 10 ans, voire 15 ans, que les protocoles se développent et démontrent leur pertinence. La France, antérieurement leader dans les équipements médicaux et leader en termes de compétences et offres de soins, prend du retard dans la prise en charge des patients, en particulier pour les actes invasifs. Elle perd progressivement son leadership en matière de matériel en dépit de professeurs et médecins bien formés, qui exercent bien leur art. Néanmoins, ils apprennent dans des environnements techniques qui commencent à être dépassés. S'ils apprennent dans un hôpital qui n'a pas de robot, ils n'auront pas la technique robotique. On perd aussi progressivement notre avantage en termes de compétence, parce qu'il faut donner à nos médecins les moyens de se former sur les technologies plus modernes.

Ce n'est pourtant pas faute d'alerter les pouvoirs publics sur tous ces sujets. Notre modèle français, qui devrait être un modèle d'excellence, est en train de perdre cette excellence au niveau international à cause de ces contraintes et cela met en difficulté tant les hôpitaux que les cliniques, ce qui est plus que regrettable.

Stephan de Butler d'Ormond