



Café nile avec Jean-Loup Durosset

Mercredi 18 avril 2013 au Sir Winston

Jean-Loup Durosset, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), nous a fait le plaisir de venir débattre avec nous, sur le thème : « L'hôpital privé contribue-t-il au service public ? »

Intervention

Pourquoi pose-t-on cette question de l'hospitalisation privée et du service public ? L'hospitalisation privée, c'est 1100 établissements, que l'on classe en trois catégories : médecin, chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite, et psychiatrie. Nous réalisons plus de 50% de l'activité chirurgicale et 30% de l'activité dans les autres disciplines, avec une allocation de ressources pourtant inférieure à nos 30%. Nous contribuons donc à la santé de nos concitoyens.

Le débat a commencé avec la loi HPST, avec trois questions :

- la controverse entre statut et mission. Est-ce que la mission transcende le statut ou est-ce que le statut prédomine sur la mission ? Autrement dit, un établissement de statut public, a-t-il par nature une mission de service public ? Ou la mission de service public transcende-t-elle le statut ? A la FHP nous pensons que les missions transcendent le statut, alors que l'hospitalisation publique pense que c'est au contraire une histoire statutaire, et qu'à partir du moment où l'on a un statut public, on a des missions de service public.
- puisque c'est une question statutaire, le raisonnement de l'hôpital public est le suivant : « je comprends que je peux être défaillant, et vous, hospitalisation privée, n'interviendrez que dans ce cas. Vous êtes un accessoire au principal. J'assure l'essentiel, et si je ne peux tout assurer, d'autres acteurs sont appelés en renfort pour assurer la mission de service public. Vous n'êtes pas avec moi dans l'effort mais vous êtes là au cas où je ne pourrais assurer seul la mission ». Avec l'activité que nous représentons pourtant sur le territoire, la question est importante.
- Quelles sont les missions de service public ? Que met-on derrière ce mot ? Depuis quelque temps, on essaie de répondre et on a établi une liste. On peut s'interroger sur les 4 principales : les urgences, la précarité, la formation et la recherche. Mais même ici il y a débat.
 - la formation : en soi ce n'est pas une mission de service public. Ce n'est pas parce qu'on forme et qu'on accueille les médecins et paramédicaux qu'il s'agit d'une mission de service public. La formation par alternance se fait dans beaucoup d'autres secteurs, ce n'est pas pour autant qu'il y a une mission de service public. C'est l'Université qui forme les médecins, l'accueil sur le terrain de stage n'est pas la même chose.

- la recherche, est-ce une mission de service public ? Si c'est le cas, tous les établissements qui font de la recherche, y compris de la recherche fondamentale, doivent avoir une mission de service public, c'est-à-dire par exemple l'industrie. Donc ce n'est pas le fait de faire de la recherche qui donne la mission de service public, c'est autre chose. L'intérêt collectif doit être travaillé ; pour la recherche clinique, nous avons intérêt à avoir des cohortes plus larges et à associer davantage d'acteurs, pour que public et privé, main dans la main, mettent à disposition un certain nombre de choses pour que les chercheurs puissent déposer des brevets. Pour l'industrie du médicament, c'est une vraie difficulté de trouver des cohortes et faire de la recherche clinique.
- l'urgence : le Président de la République souhaitait que chaque citoyen soit à moins de trente minutes des urgences, mais là encore, la réponse devrait être collective. Autant mettre tous les acteurs autour de la table. Ces débats autour des missions de service public sont toujours récurrents.

Je pense que le monde hospitalier doit répondre à trois problématiques : la proximité, l'équité, la qualité. Nous sommes sur un principe de solidarité : ce n'est pas l'individu en tant que tel qui va rémunérer le service, mais c'est l'individu par le biais de l'assurance maladie ou d'une mutuelle. L'hospitalisation privée est l'enfant de l'assurance maladie, car la règle est simple : tous unis, de manière à ce qu'un seul puisse bénéficier de soins de qualité. Qui dit soins de qualité dit libre choix, donc possibilité d'aller chez A ou chez B. En France, ce n'est pas une hospitalisation privée classique à l'anglo-saxonne où j'offre une prestation, et reçois en contrepartie une rémunération. Je traite déjà collectivement avec l'assurance maladie et avec les mutuelles. A ce sujet, le débat français va être justement : y a-t-il encore une place dans la discussion pour que celui qui contribue, celui qui cotise ? L'assuré social a disparu de la négociation. L'assurance maladie a proposé à l'hospitalisation privée, à la médecine libérale, de solvabiliser les patients. Ainsi aujourd'hui, les français sont solvabilisés dans une très grande majorité, et la solvabilisation est double : assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire pour presque tous les citoyens. Les personnes non couvertes totalement sont inférieures à 1%. Donc pour nous, hospitalisation privée, la richesse n'a pas d'importance ; la richesse, c'est celle de la couverture sociale. La question de la précarité devrait être une question marginale. Un établissement de santé a surtout des charges fixes : les bâtiments, le personnel, etc. Comme il y a peu de gens concernés par l'absence de couverture maladie, le coût marginal d'une hospitalisation supplémentaire, c'est 20€ par jour, le gîte et le couvert. Puisque la France a souhaité un système qui solvabilise à peu près 99% des Français, la question de la précarité est une question modeste. On peut tous y contribuer, ça ne représentera pas un coût important pour le secteur hospitalier.

Autre sujet sur lequel nous avons un débat avec l'hôpital public, la justice sociale. Nous défendons depuis de nombreuses années le principe de la justice sociale que j'appelle « principe TGV ». Pour la SNCF, la mission de service public est d'emmenner les individus A et B d'un point I à un point J, dans le même temps. Riche ou pauvre, tout le monde est dans le même train et s'il est en retard, tout le monde est en retard. Si certains veulent payer plus cher parce qu'ils ont l'impression que le wagon A est mieux que le wagon B, la différenciation n'est qu'accessoire. Le transport lui-même est assuré. Dans le monde hospitalier privé, c'est ce que nous avons développé.

Nous pensons qu'il faut de la proximité : il y a donc question territoriale. Tous les acteurs doivent participer, que ce soit les hospitaliers, la médecine de ville, et le médico-social. Il y a des progrès à faire car la problématique est centrée sur le sanitaire, alors que nous voyons bien qu'il y a aussi un problème social. A côté de la clinique du Parc à Lyon se trouvent des tentes où l'on distribue des repas chauds à des sans-abris. Pourtant à cette heure-là, la cafétéria de la clinique est vide. Franchement, on peut faire mieux de ce côté-là : on ouvre la cafétéria et on leur donne un repas chaud. Ce n'est pas grand-chose. En ce qui concerne mon activité c'est-à-dire la maternité, il y a 10 femmes enceintes par an qui n'ont aucune couverture sociale. Je fais 4000 naissances par an, l'hôpital public en fait 8000. La question ne se pose même pas ! Evidemment que nous pouvons nous occuper de ces femmes. Nous pouvons faire mieux si nous travaillons collectivement. Je ne crois pas à la solution qui consiste à dire : je vais le faire tout seul et l'intérêt sera collectif. Il faut une territorialisation, travailler tous ensemble sur les missions de service public : les médecins libéraux, les médico-sociaux et les hospitaliers dans leur ensemble, pour un intérêt collectif médico-social. Surtout qu'il ne s'agit pas d'un problème financier. Les ressources qui nous sont attribuées par l'assurance maladie et les mutuelles sont suffisantes pour régler cette question. Il faut aussi déployer des moyens pour faire de la prévention, puisque c'est utile à la collectivité, et pour traiter l'éducation thérapeutique dans le monde hospitalier et la médecine de ville. Si on redistribue les fameuses MIGAC, qui représentent 8,5 milliards, avec une orientation sur ces deux thématiques, qui sont majeures dans notre société, le progrès serait formidable. Nous sommes prêts à travailler sur une redistribution des moyens à ces actes-là, car ils serviront à l'ensemble de nos concitoyens. Le débat ne pourra avoir lieu que si les hospitaliers arrêtent un peu de se chamailler, et dialoguent avec la médecine de ville et le médico-social. Et si les assurés sociaux et les mutualistes retrouvent une place dans le dialogue, nous pourrions avoir un service public hospitalier médico-social bien meilleur que celui que nous avons aujourd'hui.

Question de la salle

Benoît Péricard, KPMG : *N'êtes-vous pas un peu en porte-à-faux avec vos propres adhérents ? N'y a-t-il pas une tentation chez les adhérents de revenir à un modèle plus classique, avec une clinique uniquement orientée vers l'activité de soins et notamment chirurgicale ? A vous entendre, nous avons l'impression qu'il y a un secteur qui n'existe et dont vous ne parlez jamais, c'est le secteur privé non lucratif. Est-ce qu'il n'y aurait pas, tactiquement et stratégiquement, des alliances à faire sur ce point-là ? J'avais beaucoup apprécié que le premier président de la Fédération il y a quelques années dise que l'avenir de l'hospitalisation privée était la médecine. Diriez-vous la même chose aujourd'hui ?*

Jean-Loup Durousset : Nous avons un débat en interne évidemment sur toutes ces questions, surtout quand la ministre commence sa mandature en disant que nous sommes différents, que nous n'avons pas les mêmes malades ni les mêmes missions. Je suis allé la voir en exprimant mon étonnement, mais beaucoup de gens pensent que vous avez raison, y compris dans l'hospitalisation privée. Il faut nous laisser des libertés, et vous aurez à ce moment une hospitalisation privée différente. Je ne conçois pas que nous ayons des chambres à deux lits par exemple. Nous l'acceptons aujourd'hui, parce que notre fonctionnement est contraint. Nous pourrions changer beaucoup de choses, aller chercher les gens à leur domicile par exemple, pour améliorer la qualité de façon substantielle, si nous étions libres. Mais à ce moment-là, il y aurait un système A et un système B.

Aujourd'hui, nous avons des assurés sociaux, égaux devant la prestation, parce qu'ils contribuent.

Concernant les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), honnêtement, nous aimerions qu'ils expliquent aussi ce qu'ils apportent. Ils se positionnent par rapport à leur statut : je suis associatif donc je suis différent. Certes le statut est différent, mais en quoi est-ce différent en termes de projet d'établissement ? Le concept est-il différent ? Je disais que la mission transcende le statut, mais le statut transcende le projet. Je ne crois pas à des établissements sanitaires sans projet, et c'est là que nous pouvons avoir de la différenciation et de la dynamisation. Je tiens à me différencier des autres établissements, sur des objectifs qualitatifs, des orientations particulières, des approches particulières. Ceci enrichit le système collectif. Les ESPIC ont des choses intéressantes à développer, ils pourraient travailler avec médecins du monde, travailler sur la prévention, etc. C'est le choix qu'ont fait les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC).

Quant à l'avenir de la médecine, je disais que nous sommes les enfants de l'assurance maladie mais nous sommes aussi issus d'un travail coopératif entre acteurs : anesthésistes et chirurgiens ont créé la majorité des établissements sanitaires. Les médecins n'ont pas eu cette même volonté de se rassembler pour travailler ensemble. En réalité, nous voyons bien que le besoin de la population va fortement se développer sur le volet médical et va diminuer sur le volet chirurgical. Je fais campagne auprès des établissements pour qu'ils développent la médecine. Un bon établissement est un établissement qui a une mixité d'exercice. Le côté mono-disciplinaire rend la chose fragile. Pour durer, il faut savoir s'adapter. Je fais souvent campagne pour sortir de la médecine ultra-spécialisée. Il faut aussi avoir une seule définition médecine-chirurgie, pour éviter d'avoir des services qui coûtent trop cher, entre le service médecine à moitié plein et le service chirurgie à moitié plein.

Françoise Pene, oncologue : *Concernant les 10 femmes enceintes que vous pourriez accueillir, est-ce que ceci n'est pas volontairement laissé en l'état, pour ne pas créer une filière spéciale, avec des passeurs, etc. ?*

Jean-Loup Dourousset : Je me positionne en tant que soignant. Ces gens sont sur notre territoire et ont un problème sanitaire. A partir de ce moment, nous devons les traiter. Je ne suis pas chargé des problèmes d'immigration. Peut-être que cela va créer des situations, mais en tant qu'établissement de santé, la première règle à respecter est qu'on ne peut refuser des gens. Ensuite il est possible de discuter.

Gérard Viens, ESSEC : *La T2A a comme conséquence une augmentation nette de l'hospitalisation publique, au détriment de l'hospitalisation privée. La mise en place des territoires est sûrement une arme très forte pour renforcer encore le secteur public. Quelle peut être votre réponse face à ça ?*

Jean-Loup Dourousset : Depuis 1991, nous avons beaucoup souffert, en tant qu'hospitalisation privée, que notre grand frère soit malade. Nous le préférons lorsqu'il est en forme, donc nous souhaitons son rétablissement. Chaque fois qu'il souffre, les autorités sanitaires nous expliquent qu'il faut le laisser se rétablir, et toutes les énergies sont consacrées à cet objectif. Donc nous avons hâte qu'il aille mieux, pour que nous puissions réfléchir à des aventures nouvelles. Il y en a beaucoup : il faut plus d'alternatives à l'hospitalisation, réduire les durées de séjour, ouvrir le monde hospitalier sur son environnement, se rapprocher des populations par le biais des consultations et de chirurgie ambulatoire, etc. Cela permettrait aussi de travailler sur le parcours de soins. Si avec nos collègues du

public, nous arrivons à nous mettre autour de la table pour parler de la façon dont on peut se coordonner pour se répartir le parcours du patient, il y a des choses très originales à faire.

Thierry Dugast, Saint-Louis Avocats : *Peut-on considérer aujourd'hui que l'élargissement de la masse des enveloppes dédiées au financement des missions d'intérêt général va dans le bon sens ? Comment les différentes catégories d'hospitalisation peuvent parvenir à se répartir ces missions et le financement correspondant de manière équitable ? Dans le cadre d'une enveloppe globale contrainte, le fait de donner plus de financement aux missions annexes par rapport au cœur de soins, n'entraîne-t-il pas justement un moindre financement des missions fondamentales de prestations de soins ?*

Jean-Loup Dourousset : La rémunération à l'activité reste quand même largement majoritaire. La croissance des MIGAC est spectaculaire : en 2005, on était à 4,5 milliards, et nous sommes à plus de 8,8 milliards aujourd'hui. En tant que citoyen je m'inquiète : nous avons mis 4 milliards d'euros de plus dans la machine sans savoir exactement pourquoi. Peut-être avons-nous rénové le parc hospitalier, mais cette année encore, la croissance des MIGAC est plus importante que l'ONDAM. Quelle est donc cette priorité nationale si importante qu'elle nécessite de faire un effort collectif encore plus grand que l'ONDAM, qui lui-même croît plus vite que le PIB ? Nous demandons de la transparence et de la lisibilité là-dessus, et nous avons obtenu la remise d'un rapport annuel aux parlementaires. C'est déjà pas mal, mais sur les territoires, impossible d'en savoir plus. L'absence de transparence crée une inquiétude et une dissociation sur les territoires. Qui plus est, ces 3% d'augmentation sont pris sur la part d'activités. Comme on les retire du volet tarifaire, on ne restructure pas de façon intelligente, mais à l'aveugle, et c'est dangereux. Les MIGAC c'est une subvention des projets ; si on gèle les projets, ce n'est pas très grave. C'est un père de famille qui dirait : « nous partirons en vacances si nous en avons les ressources ». Mais celui qui dit : « partons en vacances et nous verrons si nous pouvons les payer », c'est plus ennuyeux. C'est ce qui vient de se passer avec le nouveau gel sur les tarifs plutôt que sur les MIGAC. Les MIGAC c'est dangereux, ça met une pression sur les tarifs et ça restructure de façon aveugle sur les territoires. Beaucoup d'établissements seront en difficulté.

La tarification doit être révisée. La forfaitisation est contreproductive car elle fige une situation à un temps donné. Depuis les années 80, la durée du séjour ne cesse de baisser ; lorsqu'une intervention nécessitait 10 jours, elle peut en nécessiter aujourd'hui 7. En principe cela devrait coûter moins cher à l'assurance maladie mais avec la forfaitisation, l'adaptation n'est pas possible.

Aujourd'hui, public comme privé, l'hôpital est un lieu ingérable. Non pas par l'activité, mais par le fait que les changements sont répétitifs. Le gestionnaire ne sait plus où donner de la tête. Il faut une révision tarifaire, MIGAC et tarifs, mais avec sérieux.

James Goldberg, oncologue : *Il est très dommage que vous ne parliez pas anglais. Est-ce qu'il est possible de comparer d'une part la qualité et la sécurité des soins entre établissements privés et établissements publics, d'autre part les certifications au niveau international ?*

Jean-Loup Dourousset : Votre remarque sur l'anglais est très importante. Je milite pour que les médecins parlent anglais, et pour que les doyens remettent l'anglais sur tout le cycle médical. Les jeunes médecins pourraient ainsi publier et lire les publications sans difficultés. Sinon notre médecine sera franco-française. Cette réforme est donc fondamentale. Sur la comparaison public/privé, il y a de bons établissements dans les deux camps, et de moins bons dans les deux

camps. Nous avons juste la fierté de dire que sur les 12 établissements qui ont franchi toutes les étapes de certification de la HAS sans réserve et sans recommandations, les 12 sont privés. Ces établissements sont exemplaires par leur management et leur organisation. Dès la mise en place de la certification, nous avons pensé qu'il fallait faire des comparaisons à l'international. Si la HAS ne changeait pas sans arrêt sa méthode, nous aurions du temps pour regarder les autres, mais chaque fois qu'on franchit une étape, il faut en faire une autre. Il y aurait pourtant un grand intérêt à voir ce qui se fait ailleurs, y compris sur la certification. La France a une médecine de qualité, elle pourrait attirer des personnes pour se faire soigner. Pour être crédible, il faut passer des certifications à l'étranger. Si la HAS pouvait nous laisser respirer, ce serait bien.

Alain Perez, journaliste : *Vous avez parlé du trio proximité, équité, qualité, mais nous voyons bien que dans la réalité, ce concept est en train de se fragiliser. Dans la cancérologie en particulier, la technicisation fait que nous voyons émerger de très grands centres très bien équipés, au détriment des petits centres qui ont de plus en plus de mal à suivre. Comment voyez-vous le maintien de ce slogan ?*

Jean-Loup Dourousset : Nous n'avons pas suffisamment réfléchi à la question de la proximité. En cancérologie par exemple, il est important que le diagnostic soit posé à proximité. Le traitement chirurgical doit être fait dans un centre compétent, et les Français peuvent comprendre qu'ils doivent parfois se déplacer, mais il faut réinventer le diagnostic de proximité, de même que les soins de suite. En ce qui concerne la proximité, nous pouvons imaginer beaucoup de choses : sur la chirurgie en un jour, il est plus facile de déplacer le médecin que le malade par exemple. Pour la coloscopie, on pourrait imaginer que le médecin se déplace dans une ville un certain jour, dans une autre ville un autre jour, pour poser des diagnostics. Avec la question de la rémunération des médecins, c'est un vrai débat. L'hyperspécialisation, c'est du taylorisme de base. Les hyperspécialistes ne voient pas assez ce qui se passe autour du patient. Je préfère l'hyper-compétence à l'hyperspécialisation, d'autant que c'est un coût colossal.

Olivier Mariotte, nile : *Est-ce qu'il y a un axe de rapprochement entre la FHP et la Fédération des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) pour faire ces consultations avancées ?*

Jean-Loup Dourousset : Il n'y a pas de rapprochement entre les deux Fédérations, si ce n'est que nous échangeons et que nous avons une certaine proximité, pour la simple raison que l'hospitalisation privée a développé depuis une quinzaine d'années des MSP à proximité des établissements. Dans les années 90, nous avons d'ailleurs été critiqué par le Conseil de l'Ordre parce qu'on nous disait qu'on créait des ensembles qui paraissaient être un passage du patient de l'un à l'autre. On s'était donc toujours interdit de mettre ensemble spécialistes et généralistes, paramédicaux et médicaux. C'était une erreur. Il faut trouver la formule qui leur permette de travailler et d'échanger, pour le bénéfice des patients. Les MSP vont apporter beaucoup dans le paysage sanitaire. On me pose souvent la question de l'urgence ; mais les gens qui vont aux urgences, on peut les comprendre. Pourquoi aller voir le généraliste puisqu'aux urgences, les acteurs sont rassemblés ? Si les MSP peuvent faire ceci, c'est parfait. Il est logique que les patients aillent à l'endroit le plus efficace. Il faut donc mettre un peu de souplesse dans tout ça.

Yves Bur, député honoraire : *Je me félicite de votre intervention relative à la prise en charge de la précarité. La Fédération a beaucoup changé, mais j'ai le sentiment que sur le terrain, la perception n'est pas tout à fait la même. Je comprends que ce soit un combat et une manière d'éviter la critique,*

mais je note qu'il y a un vrai souhait d'être associé à la prise en charge de la précarité. Aujourd'hui, nous sommes tous conscients qu'il ne peut y avoir de monopole. Si je suis à la FHF, c'est pour tenter de faire bouger les choses de l'intérieur. Il est important qu'il puisse y avoir une émulation. Je suis de ceux qui avaient poussé fortement encouragé la mise en place de la T2A, mais c'est petit à petit que tout le monde s'est rendu compte qu'il fallait réorganiser l'hôpital. Cela a mis du temps mais l'hôpital est en marche, même si c'est trop lentement au regard des problèmes financiers. Les contraintes vont se renforcer car les ARS n'ont quasiment plus de marge de manœuvre, et cette pénurie de moyens va concerner tout le monde. Il y a un nouveaux think tank qui se met en place, le Cercle Santé Innovation, nous allons voir ce qu'il produit. Le dialogue doit s'élargir à l'ensemble des Fédérations, de manière à ce que nous devenions des acteurs adultes, pour nous accepter les uns les autres, et permettre à chacun de prendre sa part et ses responsabilités dans les évolutions que nous allons connaître. Nous serons tous confrontés à l'évolution du parcours de soins, et les spécialistes de la tarification ont maintenant émis l'idée qu'il fallait maintenant le valoriser. Si cela met autant de temps que la mise en place de la T2A, nous avons un peu de temps devant nous. Le dialogue semble indispensable, et il faudra aider l'hôpital à remplir sa mission. Au niveau des urgences, je n'ai pas le sentiment que le secteur privé joue pleinement son rôle ; il peut le revendiquer mais la réalité du terrain est différente. Le problème est le même avec la prise en charge de la précarité.

Jean-Loup Dourousset : Sur la précarité, je crois que vous ne regardez pas la géographie de la même manière que moi ; l'hospitalisation privée s'est installée dans les périphéries des grandes villes. Nous sommes dans les banlieues. L'assurance maladie nous permet de considérer que les gens des banlieues sont solvabilisés et donc intéressants à traiter. Et nous sommes fiers d'y être, c'est ce qui a fait notre réputation. Quant à la modernisation, nous sommes pour que l'hôpital public se modernise, et je n'ignore rien des difficultés liées à ça. Mais il y a tout de même une réflexion à mener. En tout cas, je crois qu'il faut faire des établissements plus petits et non plus gros, contrairement à ce qui a été fait. Nous avons fait certains hôpitaux trop importants, qui produisent des situations déficitaires chroniques. Le monde hospitalier pourrait faire mieux pour moins cher. Certains ont pensé qu'il fallait mettre la pression sur les autorités sanitaires pour mettre des moyens en hommes et en femmes, et demander ensuite des ressources financières. Ceci a été mal pensé, car trop standardisé. Il faut arrêter les principes trop normatifs, qui, partis de Paris, fixent les règles du jeu qui représentent un coût colossal pour les structures hospitalières. Il faut laisser la responsabilité aux gestionnaires, qui l'assumeront parfaitement, et pourront faire mieux pour moins cher, par exemple en mutualisant médecine et chirurgie. Nous pourrions ainsi redistribuer des financements vers la prévention et l'éducation thérapeutique, et faire en sorte que le monde hospitalier s'investisse là-dessus.

Hélène Espérou, Unicancer : Les Centres de Lutte Contre le Cancer sont des ESPIC, particuliers puisqu'ils ont les trois missions de service public : l'enseignement, les soins et la recherche, dans le domaine de la cancérologie. Je suis d'accord avec vous, ce qui structure un établissement de santé, c'est son projet médical. Autour de ce projet, on peut faire bouger les lignes et faire des propositions, y compris aux pouvoirs publics. Sur l'équation proximité, égalité et qualité, je voudrais faire part d'une expérience intéressante : la mise à disposition de la compétence de certains professionnels de façon plus efficiente, avec des collaborations entre établissements. Dans certains CLCC, des chirurgiens vont exercer leur activité une fois par semaine dans un établissement de proximité, un centre hospitalier général, ce qui permet à ce centre hospitalier de maintenir son seuil d'activité, et d'améliorer la filière pour des pathologies plus spécialisées. La mobilité des praticiens vers les établissements de proximité

est une des solutions à étudier et peut faire partie des contrats des professionnels salariés d'établissements, même si les médecins sont parfois réticents.

Jean-Loup Dourousset : Je suis très content d'entendre ça, et je crois que c'est quelque chose qu'il faut poursuivre. Je crois qu'il faut changer la formation des médecins, ils sont réticents à tout ! Je me suis moi-même battu avec les chirurgiens pour développer la chirurgie ambulatoire.

Jacques Bernard, Alliance Maladies Rares : *Que peut faire l'hospitalisation privée dans le cadre de la prise en charge des maladies rares ?*

Jean-Loup Dourousset : Dans le cadre du téléthon nous nous sommes préoccupés de voir ce qui se faisait. Mais nous sommes très axés vers la chirurgie, et donc nous avons le réflexe dans notre organisation de nous demander si il y a une réponse chirurgicale. Je voudrais qu'au contraire, l'hospitalisation privée se mette autour de la table, que les soins de suite et la psychiatrie le fassent aussi, pour imaginer les réponses collectives que nous pouvons apporter aux maladies rares.