

en marge

L'édifiante histoire de l'émir hospitalisé dans un hôpital public français

C'est une affaire d'argent et de médecine, une histoire de bénéfices attendus et de solidarité nationale. Une affaire dont on imagine mal (à tort peut-être) qu'elle puisse survenir ailleurs qu'en France (en Suisse par exemple).

Cela commence début mai par quelques «indiscrétions» distillées dans la presse. Elles visent l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), gigantesque entité hospitalière: près de quarante établissements, 80000 agents, plus de 20000 médecins, plus de 20000 lits, près de 5 millions de consultations et un million d'urgences par an.

Que disent ces indiscrétions? Elles parlent de la récente «privatisation», pour «un riche émir» d'un étage entier d'un hôpital de l'AP-HP. Rapide confirmation de l'administration centrale: huit (ou neuf) chambres du 7^e étage de l'Hôpital Ambroise-Paré de Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine), ont bien été réservées entre le 8 et 14 mai pour accueillir un émir (Service orthopédie et traumatologie du Pr Philippe Hardy) ainsi que les personnes qui l'accompagnaient (gardes du corps, membres de la famille). Des «douchettes» ont bien été installées dans les toilettes («douchettes» retirées depuis) ainsi que du mobilier (des chaises et un canapé sortis des réserves de l'établissement), le patient et sa suite s'attachant par ailleurs les services d'un traiteur.

«C'est choquant, même s'il a payé: mettre

à disposition un étage et permettre à une personne d'effectuer des travaux parce qu'elle est riche, ce n'est pas l'image de l'Assistance publique. C'est considérer uniquement l'aspect mercantile, accusa bientôt le secrétaire général du syndicat Sud de l'AP-HP. Avoir une chambre individuelle ne devrait pas être un luxe.»

L'administration hospitalière parisienne souligne que si ce riche patient a réservé neuf chambres, c'est pour des «contraintes de sécurité» et que la date a été choisie «en raison de la baisse d'activité inhérente» aux longs week-ends. Tout cela n'a «en aucun cas pénalisé les autres patients». «Il n'a jamais eu d'infirmières ou d'aides-soignantes dédiées, précise encore l'AP-HP. Les règles du fonctionnement du service ont été respectées et un devis a été réalisé en amont de l'hospitalisation et payé en totalité par le patient. Conformément à la loi de financement de la Sécurité sociale, la prestation a été majorée de 30%, ce qui s'applique habituellement aux patients non résidents.»

Comment «communiquer» sur une affaire délicate qui commence à prendre de l'ampleur? Martin Hirsch, nouveau directeur général de l'AP-HP prend la parole, mi-mai, dans les colonnes du *Journal du Dimanche*. «Renoncer à ces riches patients serait contre-productif» explique-t-il. Il précise que sur les quatre premiers mois de l'année un millier de riches patients étrangers ont été accueillis – «ce qui représente 0,4% de nos patients et a permis de dégager une marge de 2,5 millions d'euros». Objectif: «3000 patients à la fin de l'année, un peu plus que les années précédentes». «On peut tabler sur environ 8 millions d'euros de gains. De quoi réduire de 15% notre déficit qui s'élève à 59,9 millions d'euros en 2013» précise le directeur général.

Tout n'est certes pas toujours payé rubis sur l'ongle: les patients étrangers peuvent s'avérer mauvais payeurs. Ils ont laissé à l'AP-HP une ardoise de 90 millions d'euros en 2012 (patients venus d'Algérie, du Maroc et des pays du Golfe). La solution, pour M. Hirsch, est le paiement en avance: «C'est obtenu pour 60% des cas. Nous devons tendre vers 100%». Dans le cas de l'émir d'Ambroise-Paré la facture, payée, aurait frisé les 200 k€. «Qu'est-ce qui choque, ici? interroge le

revue de presse

Diagnostic préimplantatoire: le Parlement avance avec hésitation

Les élus du peuple doivent-ils influencer les lois de la nature et, si oui, jusqu'où? La question a été au cœur du débat du Conseil national sur le diagnostic préimplantatoire (DPI), mardi. Interdite en Suisse, cette technique médicale qui permet de repérer d'éventuelles anomalies génétiques dans un embryon conçu in vitro avant son implantation dans l'utérus de la mère transcende les clivages partisans. «On se place sur le plan des convictions et des expériences personnelles», a souligné en ouverture de débat le rapporteur de la Commission de la science, de l'éducation et de la culture, Jacques Neiryck (PDC/VD).

Comme lors du débat aux Etats, en mars dernier, le plénum s'est montré plus prudent que sa commission. Contre l'avis de cette dernière, il a refusé par 108 voix contre 79 la possibilité de sélectionner des «bébés-médicaments». (...)

Fathi Derder (PLR/VD) a plaidé sans succès pour les bébés-médicaments. «En Europe, tous les pays qui ont autorisé le DPI ont légalisé le typage HLA, à l'exception de l'Allemagne. Je ne m'imagine pas dire à des parents: «Regardez votre enfant mourir ou aller à l'étranger.» Alliée sur cette question à une majorité du PDC et des Verts, l'UDC a fait pencher la balance en faveur du non. Comme

agenda

Mise à jour sur les hépatites virales chroniques

Colloque de médecine de premier recours

Mercredi 18 juin 2014 de 8 h 15 à 11 h 15
Genève, HUG, Salle Opéra

8 h 15 Séance plénière: Hépatite C chronique: quoi de neuf? F. Negro

9h05 et 10h05 deux ateliers en alternance

Atelier 1 Hépatite B chronique, I. Morard et N. Junod Perron

Atelier 2 Hépatite C chronique, F. Negro, M. Rougemont et M. Besson

Renseignements:

Claudine Kleyn

Service de médecine de premier recours

Consultations ambulatoires

claudine.kleyn@hcuge.ch



directeur général. Des assurés sociaux ont-ils subi des délais plus longs pour être soignés? Non. Cela n'a pas été fait au détriment de malades français. L'AP-HP a-t-elle engagé des fonds pour se mettre en quatre pour ce riche patient? Non. Au contraire! Ces malades étrangers, attirés par la renommée de nos établissements, paient 30% plus cher que le tarif de la Sécurité sociale. Et s'ils ont des exigences particulières en termes de nourriture ou de confort, ils les payent eux-mêmes.»

l'a indiqué à la tribune son porte-parole Christoph Mörgele, la sélection de bébés-médicaments «va trop loin». Il a souligné «l'opposition décidée» du parti sur la question.

Sur les autres points controversés du DPI, l'UDC a soutenu une version plus libérale que le Conseil fédéral et les Etats, faisant pencher la balance dans le camp du oui. Comme le proposait la CSEC-N, la Chambre du peuple a décidé de supprimer la limite du nombre d'embryons pouvant être développés in vitro. Le Conseil fédéral et les Etats souhaitent limiter à huit le nombre d'embryons pouvant être développés par cycle de traitement en vue d'un DPI, et à trois pour une fécondation in vitro (FIV) «normale». (...)

Le National a pris une deuxième option forte. Par 119 voix contre 65, il a accepté de légaliser le dépistage des aneuploïdies. Cela ouvre la possibilité d'analyser un embryon avant son implantation dans l'utérus de la mère pour dépister d'éventuelles anomalies génétiques, comme la trisomie 21 ou des pathologies qui empêchent une grossesse d'arriver à terme. (...)

Le projet retourne au Conseil des Etats. Quoi qu'il arrive, le peuple aura le dernier mot. La modification de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA), avec notamment l'autorisation de congeler des embryons, impose de modifier la Constitution. (...)

Pierre-Emmanuel Buss
Le Temps du 4 juin 2014

Détection des trisomies : vers un remboursement du test sanguin ?

Depuis deux ans, au moyen d'une simple prise de sang sur la mère, il est possible de détecter les trisomies 21, 18 et 13 chez l'enfant à naître. Un progrès qui pose des questions médicales, mais aussi éthiques et économiques. Les firmes qui développent ces tests frappent à la porte de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour demander qu'ils soient remboursés par l'assurance-maladie de base. C'est aussi ce que réclame la conseillère nationale Valérie Piller Carrard (ps/FR) par le biais d'une interpellation.

«Le problème de ce test, c'est son coût, plus de 1000 francs, entièrement à la charge des futurs parents», explique la socialiste. «Actuellement, seules les familles qui en ont les moyens peuvent opter pour ce test à la place d'une amniocentèse qui, elle, est prise en charge par l'assurance-maladie. Ce n'est pas très équitable.»

Or l'amniocentèse n'est pas une intervention anodine. Elle nécessite un prélèvement dans l'utérus et peut provoquer une fausse couche dans 0,5 à 1% des cas.

L'inscription de ces nouvelles méthodes non invasives au catalogue de base de l'assurance-maladie, les gynécologues aussi la demandent. «Ce que je souhaite, c'est qu'on arrive à clarifier la situation le plus rapidement possible pour éviter une médecine à deux vitesses», justifie le docteur Yvan

Vial, membre de l'Académie de médecine fœto-maternelle et chef du Service de diagnostic prénatal au CHUV, à Lausanne. (...)

«Je pars du principe que chaque mère est libre d'effectuer ce test sanguin», estime de son côté Valérie Piller Carrard. Et pour elle, sur le plan éthique, la réflexion à mener est la même que pour l'amniocentèse : «Pourquoi est-elle prise en charge par l'assurance de base et ce test-là non ?» Une telle prise en charge soulève aussi des questions économiques. Le côté non invasif de ce test sanguin pourrait faciliter son fort développement, voire sa généralisation.

Si l'on tient compte qu'il y a 80 000 naissances par an en Suisse, une généralisation se chiffrerait à 100 millions de francs. Dans sa décision d'intégrer ou non ce test au catalogue de base, l'OFSP va forcément tenir compte de cette dimension économique. On peut imaginer que le remboursement soit soumis à certaines conditions.

Dans sa réponse à l'interpellation de Valérie Piller Carrard, le Conseil fédéral devrait s'expliquer sur le choix délicat qu'il va opérer.

Philippe Castella
Le Courrier du 2 juin 2014

«J'assume ce côté «Robin des bois» : à un moment où nous avons besoin de tous les moyens pour soigner les plus modestes, où nous devons maîtriser nos dépenses tout en innovant, gagner de l'argent sur ces patients qui en ont les moyens, cela ne me choque pas.»

Robin des bois ? Brigand au grand cœur vivant caché dans la forêt, habile braconnier ? Défenseur des pauvres et des opprimés ?

... permettre à une personne d'effectuer des travaux parce qu'elle est riche, ce n'est pas l'image de l'Assistance publique ...

Détroussier des riches au profit des pauvres ou rendant au peuple l'argent des impôts ? Est-ce bien de cela dont il s'agit ? Gagner de l'argent sur ces patients ? La formule a choqué dans la communauté hospitalière parisienne. Et bien au-delà.

«Les médecins ne sont pas unanimes face à ces riches clients. Faut-il en faire une source de revenus importante ? Certains sont contre, au nom de l'égalité des soins. L'accueil hors normes de l'émir va les conforter» a commenté publiquement le Pr Bernard Granger (CHU Cochin), animateur du «Mouvement de défense de l'hôpital public».

Et cette association de poursuivre. «Nous nous félicitons que des personnes étrangères, ayant des ressources financières importantes, choisissent de se faire soigner dans

les hôpitaux publics français en raison de la qualité de leurs équipes professionnelles et de la renommée personnelle de certains de leurs médecins, écrivent les responsables de ce mouvement. Dans la mesure où ces patients ne participent pas au financement de notre système de santé, la facture des soins dont ils bénéficient doit être majorée au moins du double du tarif officiel. La majoration actuelle de 30% est dérisoire et ne correspond en rien au coût réel si on prend en compte notamment le financement de la formation des professionnels, les investissements nécessaires pour les locaux et le matériel médical liés à ces soins.»

Une occasion de rappeler les bases du système français ; un système qui ne repose pas sur la «charité des malades riches» pour les «patients humbles». Il repose, grâce à la Sécurité sociale et à l'impôt, sur la «double solidarité des personnes bien portantes à l'égard des personnes malades ou handicapées», et des «personnes disposant de hauts revenus à l'égard des personnes ayant de faibles ressources».

L'affaire avait pris trop d'ampleur pour que les médecins de l'AP-HP restent globalement silencieux. Ils s'exprimèrent par la voix du Pr Loïc Capron, président de la Commission médicale d'établissement (CME). «Personnellement, j'ai toujours été opposé à ce que l'on réserve aux riches patients étran-

gers des conditions particulières de soins et d'hébergement, souligna le Pr Capron. Cela va à l'encontre de ma conception du service public hospitalier. Même si ça nous rapporte de l'argent, un riche émir qui se réserve une salle entière de l'Hôpital Ambroise-Paré sort totalement des clous qu'il me semble raisonnable d'imposer à la médecine hospitalière républicaine.»

L'épisode suivant de cette affaire est désormais connu : on attend la publication des conclusions d'un rapport demandé à un économiste, ancien directeur général des hôpitaux français. Ce dernier a été missionné par les ministères de la Santé et des Affaires étrangères sur l'intérêt du «tourisme médical» pour la collectivité nationale. Que retenir de cette édifiante histoire ?

Le fait qu'elle soulève, d'une nouvelle manière, la vieille question de la justification des moyens par la fin. Une question à laquelle répond le Pr Loïc Capron quand il dit que «gagner des sous ne peut jamais tout justifier, même quand on est dans le besoin». C'est là une bien belle formule. Une formule qui dit à sa façon que l'heure est devenue grave dans les hôpitaux français.

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com