



# Les Rencontres 2001 de la Cancérologie Libérale

VIII<sup>es</sup> Rencontres de l'UNHPC  
I<sup>res</sup> Rencontres de la FCLH

jeudi 20 septembre 2001

**Cabinets et Etablissements privés**

**Prospectives en matière :**

- de prise en charge chimiothérapique
- de structures juridiques

**Les Rencontres**  
**2001**  
**de la Cancérologie Libérale**

Débat organisé à la Maison des Polytechniciens à Paris, avec HB Conseil  
et le soutien des laboratoires Aventis et Biomérieux Pierre Fabre

Le script a été pris par I. Guérin.

Sa révision a été faite par les auteurs sous la coordination de R. Rouquès.

La maquette a été faite par G. Parmentier,  
l'impression par Présence Graphique.

**Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie**  
**Fédération de Cancérologie Libérale et Hospitalière**

81 rue de Monceau - 75008 PARIS

# **Les Rencontres 2001 de la Cancérologie Libérale**

**VIII<sup>es</sup> Rencontres de l'UNHPC  
I<sup>res</sup> Rencontres de la FCLH**

**jeudi 20 septembre 2001**

## **Cabinets et Etablissements privés**

### **Prospectives en matière :**

- de prise en charge chimiothérapique**
- de structures juridiques**

**Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie  
Fédération de Cancérologie Libérale et Hospitalière**

*Coordination  
et pluridisciplinarité  
au service des patients  
atteints du cancer*

## Avant-propos

Les Rencontres Nationales annuelles de l'UNHPC constituent maintenant une tradition bien établie.

Le principe de pluridisciplinarité étant maintenant acquis par tous, il fallait élargir l'initiative de ces Rencontres à l'ensemble des acteurs de la cancérologie libérale. Les Rencontres 2001 ont donc eu lieu à la double initiative de l'UNHPC et de la FCLH. Ainsi tous les acteurs libéraux - personnes morales et personnes physiques - étaient-ils réunis ce 20 septembre à Paris.

Cette année, deux thèmes avaient été retenus. Deux thèmes de prospective, à la demande des adhérents. Les temps sont durs en effet pour l'exercice de la médecine en établissements privés. Raison de plus, ont-ils pensé, pour essayer de se projeter dans l'avenir. Deux questions non encore abordées lors de nos précédentes rencontres méritaient approfondissement et débat prospectif.

- I -

### L'avenir de la chimiothérapie ?

Cette année 2001 est celle d'une demi-réforme, celle de la tarification de la chimiothérapie ambulatoire.

Parfois durement ressentie, elle a pourtant sauvé l'essentiel : la liberté de prescription. Mais elle n'a touché à ce jour ni la régulation par la carte sanitaire, de plus en plus dépassée et perverse dans ses effets, ni la tarification des séjours hospitaliers, ni le statut des adjuvants... Ces questions demeurent, dans une incertitude plus générale encore : quel est l'avenir de la chimiothérapie ?

De façon plus générale, la grande question du mode d'allocation des ressources consacrées à la prise en charge en chimiothérapie demeure elle aussi. Les propositions faites par l'UNHPC d'une enveloppe médicaments anticancéreux restent d'actualité. C'est devenu une revendication com-

mune à toute l'interprofession. Celle-ci ne peut plus être tenue pour responsable des autorisations de mise sur le marché et du niveau de prix des molécules sur lesquelles elle ne peut rien...

Cette année, nous voulions aborder d'autres questions, défricher un peu l'avenir des formes de chimiothérapie.

**Les nouvelles formes de chimiothérapie, les nouvelles approches thérapeutiques vont bouleverser la relation médecin-malade. Jusqu'où et comment ?** Le rythme d'apparition des nouvelles molécules, leurs associations, le rôle de plus en plus important des adjuvants, la maîtrise croissante des effets secondaires, les radio-chimiothérapies concomitantes créent une grande incertitude quant à l'évolution des métiers concernés, à leurs modes de tarification et de régulation. Quel type de prise en charge, quel type de soins vont devoir être développés ou, peu à peu disparaître ? Quelles seront les préférences des malades ? de leurs proches ? Comment pourront-elles être prises en compte ? Faut-il investir en qualification (infirmières, pharmaciens...) et / ou en structures (sécurité, salle blanche...) si, demain, les chimiothérapies se font à domicile ? Bien d'autres questions justifient ce choix : il fallait cette année écouter quelques bons spécialistes afin de nous aider à situer quelques points d'appui sur lesquels fonder nos stratégies à moyen terme.

## - II -

### **L'accès au droit coopératif**

*A structure juridique nouvelle,  
opportunité nouvelle pour les professionnels ?*

Les Réseaux se bâtissent. Bien sûr, il y a pour nous deux types de Réseaux. Ceux qui sont conçus comme des instruments de restructuration hospitalière ; ceux qui répondent aux exigences d'une médecine moderne appliquée à des maladies chroniques ou longues, à épisodes multiples comme celle à laquelle nous nous consacrons, le cancer. C'est bien sûr à cette deuxième catégorie de réseaux que nous nous intéressons ici. Les équipes travaillent et progressent. Les UCPO, les RCP se mettent en place, les premiers dossiers patients partagés voient le jour, on voit même poindre les premiers dossiers «patients propriétaires» réellement opéra-

tionnels... Mais les structures juridiques et l'allocation de ressource ne progressent pas aussi vite que la pratique. La fongibilité des enveloppes restera un mythe aussi longtemps que sa réalisation dépendra d'une lutte de sphères de pouvoir sans vision politique d'ensemble. Les premiers FAQsv sont accordés, mais les décrets d'application prévus pour le financement des réseaux par les nouvelles réglementations n'ont pas le temps de voir le jour qu'ils doivent être remplacés par d'autres, la législation ayant changé. Les réseaux attendent toujours. Par ailleurs il faut bien se regrouper, se constituer une maison commune. La plupart des réseaux sont constitués en associations. C'est souple, mais bien léger, bien vulnérable pour répondre à nos ambitions. Certains tentent le GIE, décidant d'affronter courageusement le risque d'une responsabilité indéfinie et solidaire. Comment s'étonner qu'ils soient si peu nombreux dans un monde si incertain où il faut rassembler des acteurs si divers, dépendant de tutelle et de mode de régulation différents ? Les GCS avaient soulevé quelques espoirs. Mais une coquille vide ne comble pas le trou, et rares sont les GCS autorisés par les Tutelles ! **La question d'une structure juridique adaptée à la personnalité morale qui nous est indispensable pour faire vivre nos réseaux se pose donc** avec de plus en plus d'urgence...

Entre autres, un Député l'a compris. Il s'agit de Claude Evin, ancien Ministre, à qui nous exposons ces difficultés il y a quelques années avec notre ami Pierre Cojan.

L'UNHPC n'a pas été la première à s'interroger, à travailler sur l'accès au droit coopératif pour les professionnels de santé. La démocratie des hommes, la possibilité de garder son statut, le fait que la société coopérative n'existe que par l'activité de ses membres... : quoi de plus proche de nos pratiques de réseaux ?

Depuis longtemps des médecins propriétaires de cliniques s'interrogent aussi. Leur pratique entrepreneuriale - mode de décision, conception du capital, volonté de constituer un outil professionnel... est souvent, de fait, de type "coopérative", même si le droit coopératif ne leur est pas ouvert.

L'UNHPC n'était pas la première, mais elle s'est trouvée, de fait, suite au questionnement de Claude Evin sur la manière d'aider les réseaux, au centre des réflexions récentes sur l'ouverture du droit coopératif aux professionnels de santé. Il fallait donner aux professionnels de santé - personnes physiques et personnes morales - cette opportunité supplémentaire



dans le choix de leurs structures juridiques. Réseaux, cliniques, plateaux techniques lourds sont les premiers concernés. Le Gouvernement a donné son accord, Claude Evin est porteur de l'amendement au projet de loi "relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé". Il fallait donc que ces Rencontres se penchent sur le sujet.

Depuis le dossier a avancé puisqu'il a été déposé conjointement par Claude EVIN au nom du Parti Socialiste et par Jean-Luc PREEL au nom de l'UDF... et voté à l'unanimité en première lecture à l'Assemblée Nationale. Ce fait concernant une loi touchant à notre système de santé vaut d'être noté. Avec le projet de loi, il sera présenté au Sénat fin janvier 2002.

### **- III -**

## **La présente publication**

Les Rencontres des années précédentes ont donné lieu à publication sous forme de plaquette<sup>1</sup>. L'intérêt suscité par ces Rencontres 2001 et les demandes que nous avons reçues depuis nous ont convaincu d'en publier à nouveau les actes. Ce fut, cette année encore, de véritables "rencontres", enrichies par la diversité des participants : collègues de tous statuts et de tous métiers, médecins ou gestionnaires, représentants des Caisses, des Mutuelles, du Ministère, des ARH ou des URCAM, juristes... Beau témoignage de pluridisciplinarité, de pluriprofessionnalité.

Nous remercions ici chacun des intervenants qui ont bien voulu nous honorer de leur présence. Nos Tutelles en particulier, toujours très présentes, l'ont été encore plus cette année, et au plus haut niveau. Nous y voyons une reconnaissance de l'importance de notre contribution au service public de la santé. C'est aussi un gage quant à l'évolution de nos dossiers, très nombreux et très techniques.

---

<sup>1</sup> Ces documents sont disponibles à l'UNHPC. Cf en fin d'ouvrage quelques publications récentes de l'UNHPC

Les **intervenants** officiels ont tous eu le script de la réunion et l'ont revu. Nous les remercions aussi pour ce travail. Les passages en gras sont soulignés par nous.

Seule **l'intervention de Bernard Kouchner** n'a pas été revue. Christos CHOUAÏD, son conseiller, nous avait communiqué le discours du Ministre tel qu'il avait été préparé. C'est ce document qui est repris ici. En fait Monsieur KOUCHNER nous a consacré plusieurs heures, et, partant du discours préparé, s'est livré à une approche très libre de nos problèmes. Le ton était parfois vif. La liberté des propos nous honorait elle aussi, quitte à surprendre parfois les représentants de l'administration. Nos lecteurs comprendront que cette liberté de propos et des réflexions doivent rester le privilège des participants. Vous en retrouverez pourtant une trace dans la dépêche de l'APM reproduite en annexe de nos débats. L'APM ne s'y est pas trompée, elle a fait paraître cette dépêche l'après-midi même du 20, sans attendre la fin de nos travaux.

Les **débats** qui ont clôturé les deux temps de nos Rencontres ont été revus par nous, simplement pour en améliorer la forme.

Cette année, la **forme** de cette publication a changé. Plutôt qu'une plaquette, nous avons choisi de publier ces actes sous forme de livre. Cela nous a paru plus commode à classer, plus commode à consulter aussi peut-être.

Vous trouverez enfin des **annexes** assez fournies. Nous avons voulu mettre à la disposition de tous ceux que cela intéresse les documents donnés aux participants à nos Rencontres.

Sur le sujet de la chimiothérapie, nous avons repris ici les deux rapports spécifiques qui avaient été présentés dans le cadre du plan cancer au nom de l'interprofession.

Sur le sujet de l'accès au droit coopératif, compte tenu des très nombreuses demandes dont nous faisons l'objet et du côté très technique de ce dossier, nous avons choisi de mettre aussi à la disposition des lecteurs les documents originaux (le document de travail du groupe informel qui a permis la prise en charge institutionnelle de la demande exprimée par de nombreux professionnels depuis longtemps ; le document qui a été donné à la Commission Parlementaire lors de l'examen de l'amendement en commission). Il nous a paru utile de compléter le tout avec la reprise de la

loi de 1947 qui fonde le droit coopératif en France et de celle du décret de 1965, première tentative timide d'ouverture à nos professions.

Dernière annexe, celle présentant les coordonnées de nos intervenants. Nous les remercions de cette disponibilité. Chacun pourra ainsi prendre un contact plus direct s'il le juge utile.

Nous voudrions conclure cette introduction en remerciant aussi chacun des participants à ces Rencontres, ainsi que les Laboratoires Aventis et Biomérieux Pierre Fabre pour leur concours à ces Rencontres et sans qui les frais d'impression de cet ouvrage n'auraient pas pu être couverts.

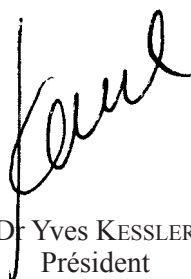
Nos Rencontres sont faites pour faire progresser la réflexion commune sur les questions qui se posent à nos équipes, à nos établissements, dans notre pratique quotidienne afin d'améliorer, tout à la fois, la qualité de la prise en charge des patients et la qualité de notre exercice.

Ce livre a donc été conçu comme un outil.

Puisse-t-il remplir son rôle. C'est le vœu que nous formons.



Dr Philippe BERGEROT  
Président  
UNHPC



Dr Yves KESSLER  
Président  
FCLH



Gérard PARMENTIER  
Secrétaire National  
UNHPC

## TABLE DES MATIERES

Avant-propos .....	5
Table des matières .....	11

---

### - I - SEANCE INAUGURALE

Yves KESSLER, Président de la FCLH .....	17
Philippe BERGEROT, Président de l'UNHPC .....	18
Yves KESSLER, Président de la FCLH .....	25
Bernard KOUCHNER, Ministre délégué à la Santé .....	28

---

### - II - PROSPECTIVE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE CHIMIOOTHERAPIQUE

<b>Président :</b>	Dr Yves KESSLER	
<b>Modérateur :</b>	Dr Gérard AUCLERC .....	37
<b>• Bilan de l'existant et difficultés rencontrées</b>		
	Dr Philippe COLIN .....	38

• **Les évolutions et les attentes vues par :**

- Les oncologues
  - Dr Gérard GANEM .....46
  - Dr Pierre-Luc ÉTIENNE .....50
- Les patients
  - Mme Claire COMPAGNON .....57
- L'industrie pharmaceutique
  - Dr Mondher MAHJOUBI .....67
  - Dr Charles TAÏEB .....70

• **La prise en compte de la chimiothérapie dans le "Plan cancer"**

- Le Ministère de la Santé
  - Mme Marie-France CHÉDRU .....76
  - Mme Myriam REVEL .....77
- Les Oncologues
  - Dr Franck BÜRKI .....86

• **Synthèse des travaux**

- Dr Franck BÜRKI .....94

**DOCUMENTS ANNEXES :**

- TABLE .....99
- N° 1 : Fiche de présentation de la matinée .....101
- N° 2 : Document "Plan cancer" :
  - Groupe de travail «organisation des soins» .....105
- N° 3 : Document "Plan cancer" :
  - Groupe de travail «oncologie médicale» .....117
- N° 4 : Coordonnées des intervenants .....127
- N° 5 : Dépêche APM du 20 septembre 2001 .....131

**- III -**  
**PROSPECTIVE**  
**EN MATIÈRE DE STRUCTURES JURIDIQUES :**  
**ACCÈS DES PROFESSIONNELS AU DROIT COOPÉRATIF**

<b>Introduction</b>	
Dr Ph. BERGEROT .....	141
<b>Présentation générale</b>	
M. G. PARMENTIER .....	142
<b>• Synthèses des groupes de travail</b>	
- un point de vue médical	
Dr Didier LAMBERT .....	158
- un point de vue des cabinets et des établissements	
M. Jean VERNOUX .....	161
- le point de vue juridique	
M. Francisco JORNET .....	166
Maître Yves LACHAUD .....	168
Maître Michel GUÉRIN .....	174
<b>• Table ronde autour de grands témoins</b>	
M. Claude ÉVIN .....	181
M. Édouard COUTY .....	185
Dr Serge LARÛE-CHARLUS .....	188
<b>• Débat</b> .....	191
<b>Synthèse de la journée</b>	
Dr Ph. BERGEROT .....	203
<b>DOCUMENTS ANNEXES :</b>	
TABLE .....	209
N° 1 : Fiche de présentation de l'après-midi .....	213
N° 2 : Fiches de synthèse	
a) Qu'est-ce qu'une coopérative ? .....	219
b) Salarié, sous-traitant ou sociétaire... ? .....	225
c) Quelles caractéristiques principales ? .....	229
d) Quelques motifs ? .....	239

N° 3 : Coordonnées des intervenants .....	241
N° 4 : Document du S. U. C. F. (1995) .....	245
N° 5 : Document de synthèse du groupe de travail (9/2/01) .....	253
N° 6 : L'amendement : 22/9/01 .....	279
N° 7 : Genèse de l'élaboration de l'amendement .....	303
N° 8 : Loi de 1947 portant statut de la coopération .....	319
N° 9 : Décret de 1965 (soc. coopératives entre médecins) .....	349

---

<b>Index des intervenants</b> .....	361
-------------------------------------	-----

<b>Quelques publications de l'UNHPC</b> .....	365
---	-----

**- I -**

**SEANCE**  
**INAUGURALE**

**Yves KESSLER, Président de la FCLH**

**Philippe BERGEROT, Président de l'UNHPC**

**Bernard KOUCHNER, Ministre délégué à la Santé**





## SEANCE INAUGURALE

### ◆ Dr Yves KESSLER

Je vais pour commencer cette journée de travail assurer la permanence pendant que mes amis Philippe BERGEROT et Gérard PARMENTIER attendent Bernard KOUCHNER, Ministre délégué à la Santé.

Avant que le Ministre n'arrive je vais vous donner des précisions sur le programme de ce matin, placé sous l'égide de la Fédération de la Cancérologie Libérale et Hospitalière, Fédération que je présenterai tout à l'heure.

Cette matinée sera placée sous ma présidence, avec pour modérateur le Docteur Gérard AUCLERC Président de la SFCP<sup>2</sup>. Elle sera est consacrée aux prospectives en matière de prise en charge chimiothérapique.

Interviendront ensuite différentes personnalités, de la spécialité, du ministère et de l'industrie pharmaceutique. Philippe COLIN, de Reims, nous parlera de l'existant et des difficultés rencontrées. Pierre-Luc ETIENNE de Saint Briec et Gérard GANEM du Mans évoqueront les évolutions et attentes vues par les oncologues.

Claire COMPAGNON interviendra au nom de la Ligue Contre le Cancer

L'industrie pharmaceutique nous donnera également son point de vue sur les évolutions de la chimiothérapie. Elle sera représentée par Mondher MAHJOUBI d'AVENTIS et Charles TAIEB de BIOMÉRIEUX PIERRE FABRE que beaucoup connaissent ici. Je les remercie pour le soutien qu'ils accordent à nos journées.

Nous évoquerons ensuite la prise en compte de la chimiothérapie dans le cadre du plan cancer en présence de représentants du Ministère de la Santé : Madame REVEL de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisa-

---

<sup>2</sup> SFCP : Société Française de Cancérologie Privée

tion des Soins (DHOS) et Madame CHEDRU de la Direction Générale de la Santé (DGS).

Enfin, Franck BÜRKI, Président du Syndicat des Oncologues Médicaux, fera le bilan de cette réunion de travail et exprimera les attentes des professionnels.

Le programme de l'après-midi ne sera pas modifié.

Nous allons donc accueillir le Ministre avec Philippe BERGEROT.

#### ◆ **Dr Philippe BERGEROT**

Monsieur le Ministre, je tiens à vous remercier pour votre présence à nos Rencontres. Pour la première fois elles réunissent l'ensemble de la cancérologie privée, sous l'égide de l'UNHPC et la FCLH.

Votre présence montre l'intérêt et la priorité que vous accordez au cancer. Comme vous le savez, nous assurons près de 50 % des prises en charge des malades atteints de cette maladie. Notre contribution au service public de la santé est, sur ce point, décisive mais souvent mal connue. Votre présence ici est aussi une forme de reconnaissance. Nous y sommes tout à fait sensibles.

L'UNHPC qui regroupe au sein de son organisation des médecins oncologues et des établissements ayant pour tout ou partie une activité de cancérologie organise depuis quelques années une journée annuelle de débats afin d'essayer de répondre aux questions et interrogations que se posent les médecins et les responsables d'établissements du secteur privé.

Chacune de nos Rencontres est l'occasion d'approfondir plus particulièrement une question touchant à notre exercice et à nos responsabilités.

Ainsi après :

- **Les Unités de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie (UCPO) en 1998**, en prolongation des exigences posées par la circulaire du 24/03/1998, nous avons proposé un mode d'organisation pratique de prise en charge pluridisciplinaire pour l'ensemble des patients atteints de pathologie cancéreuse. Ces unités ont pour but essentiel une amélioration de la qualité de la prise en charge initiale des patients porteurs d'une pathologie cancéreuse, en :

- **Favorisant la mise en place des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)**
  - réunions dites «standards» pour les dossiers pouvant répondre aux standards et options des SOR par exemple,
  - réunions d'expertise pour les dossiers plus complexes.
- **Gérant des dossiers** à partir des "fiches-patient" remplies lors des RCP, avec évolution vers un Dossier Médical Informatisé (DMI) permettant les échanges des Données Médicales Communes Transmissibles (DMCT).
- **Organisant la logistique** nécessaire.

Cette proposition d'organisation a reçu bon accueil et fait maintenant partie des acquis méthodologiques de la profession.

- **Les soins palliatifs en 1999**, avec l'injustice que représente à ce jour l'absence de reconnaissance des activités du secteur privé en matière de soins palliatifs et l'impossibilité que nous avons de les financer. Les citoyens qui meurent dans nos services sont citoyens à part entière monsieur le Ministre. Pourquoi n'auraient-ils pas droit aux mêmes services que les autres ? Vous avez su faire avancer ce dossier pour l'hôpital public, vous vous apprêtez à le faire en matière de médecine libérale exercée au domicile, malheureusement nos établissements sont encore oubliés.
- **Les données médicales minimales transmissibles et accessibles à tous**, «données médicales patients propriétaires» **en 2000**,
- **Nous aborderons aujourd'hui les perspectives d'avenir de l'oncologie médicale** principalement dans le secteur privé ce matin, sous la présidence du Docteur KESSLER. Cet après-midi sera consacré à **l'ouverture du droit coopératif aux établissements de santé et aux plateaux techniques lourds d'une part, aux réseaux de santé d'autre part.**

Nous allons y revenir, mais je voudrais profiter de votre présence pour souligner les **grandes difficultés auxquelles se heurtent les cliniques aujourd'hui** :

- pression sur les prix qui en condamne un grand nombre alors même que nous avons été les premiers à faire les restructurations souhaitées et que les écarts d'allocation de ressources, à service rendu équivalent nous paraissent injustes et nous sont, au sens strict, de plus en plus insupportables,
- pénurie d'infirmières entièrement due à la désastreuse gestion des quotas.

Ces deux thèmes sont prioritaires pour notre secteur, je ne pouvais pas ne pas les évoquer. Mais nous sommes ici pour parler de cancer et avant de revenir sur le thème de cette journée, permettez-nous, Monsieur le Ministre, de solliciter une nouvelle fois votre aide. Nous en avons besoin, en particulier sur les dossiers sur lesquels vous vous êtes souvent et personnellement impliqués, mais pour lesquels tout n'est pas encore résolu.

- Si, pour certains, la redistribution de la marge sur les médicaments en **chimiothérapie ambulatoire** a permis de résoudre la question des dérapages des coûts de la chimiothérapie dans le secteur privé, elle n'a en aucun cas résolu l'ensemble du problème n'apportant qu'une réponse incomplète à une véritable question.

Si dans un courrier que vous avez sollicité ainsi que vous vous y étiez engagé lors de la réunion du Cercle au printemps, monsieur COUTY demandait en juin aux ARH de surseoir aux pénalités en cas de dépassement de capacité de chimiothérapie ambulatoire, la question n'est pas réglée pour autant. Il ne s'agit que d'un sursis. La révision de la carte sanitaire soit en nombre de lits et places, soit dans sa mode de régulation par quotas et taux de change s'impose rapidement.

Nous avons fait des propositions à ce sujet. Vous les connaissez et vous leur avez fait bon accueil. Il faut maintenant passer à une phase concrète de règlement de ces questions récurrentes. Ce sujet est d'autant plus important que

de nouveaux produits (antimitotiques et adjuvants qui ont reçu l'AMM) sont maintenant disponibles et connus de tous et des patients en particuliers.

- Parfois l'état du patient ne l'autorise pas à rentrer chez lui le soir même, pourquoi un changement de statut administratif entraîne-t-il alors un mode de remboursement différent ? Un même traitement n'est pas pris en charge de la même façon en **hospitalisation complète** (forfait de 450 F) et en ambulatoire (remboursement au franc le franc).  
Le secteur privé qui souhaite avoir une prise en charge globale des patients doit-il être pénalisé s'il hospitalise un patient qui ne peut être pris en charge à domicile et/ou en ambulatoire ?

Il nous faut, là aussi, trouver des solutions qui ne suscitent pas d'effets pervers, des modes d'allocation de ressources qui soient neutres par rapport au mode de prise en charge des patients. Parallèlement, vous n'êtes pas sans savoir que les conditions économiques qui résultent des séjours en hospitalisation complète des patients atteints du cancer posent la question de la pérennité de ces activités. L'importance de notre contribution au service public fait que cette hypothèque doit être levée.

Monsieur le Ministre, il vous arrive de nous demander de vous soutenir. Nous le faisons par nos propositions. A notre tour, nous sollicitons votre aide afin que ces dossiers avancent.

### **Comment vont se dérouler nos travaux ?**

Nous aborderons **ce matin les perspectives d'avenir de l'oncologie médicale**, principalement dans le secteur privé.

Ce que nous voulons faire c'est un exercice de prospective collective. Il est difficile en effet de bâtir des stratégies cohérentes à moyen terme lorsque les progrès en matière de molécules sont tels que les modes de prise en charge, les stratégies thérapeutiques risquent de changer très vite et d'entraîner en conséquence des changements importants dans les modes d'organisation et dans les qualifications requises. Voilà l'objet de nos travaux.

Mais vous êtes à la tête d'un ministère que l'on dit technique. Nous allons donc, une fois de plus évoquer devant vous un de nos problèmes quotidien.

Vous connaissez le poids croissant du **prix du médicament** dans les dépenses de la cancérologie.

L'année dernière l'ensemble des acteurs de la cancérologie a sollicité une enveloppe spécifique pour les médicaments antimitotiques. Notre position est que les oncologues et leurs établissements ne peuvent pas être tenus pour responsables de prix et d'autorisations de mise sur le marché sur lesquels ils n'ont aucune influence. Des éléments de réponse, incomplets, ont été apportés l'année passée. Qu'en sera-t-il cette année ?

Par le Docteur CHOUAÏD, nous avons récemment eu connaissance de la mission que vous avez confiée à monsieur CANO précisément sur ces questions du prix des médicaments. Monsieur CANO devait nous faire l'honneur d'assister à nos travaux. Il en a hélas été empêché et nous en sommes désolés. Il a néanmoins tenu à être représenté ici aujourd'hui. Soyez assuré de notre participation active aux travaux que vous lui avez confiés. Ces questions sont lourdes et demandent un traitement urgent. Elles engagent toute notre profession, tous statuts confondus et il est bon de créer un laboratoire d'idées ainsi que vous l'avez fait, avec une contrainte de calendrier forte puisque vous en attendez les conclusions pour novembre.

Le Docteur CHOUAÏD vous accompagne ce matin. Cela nous fait grand plaisir et cela me donne l'occasion de dire devant mes collègues combien nous nous félicitons des rapports confiants qu'il nous a permis de tisser avec lui. Sa compétence, sa disponibilité et son souci d'équité sont pour nous des points d'appui indispensables.

Cet après-midi, sera consacré à **l'ouverture du droit coopératif aux professionnels** travaillant en établissement ou en cabinet à plateaux techniques lourds d'une part, dans les réseaux d'autre part.

Nous avons beaucoup travaillé à cette ouverture qui devrait être comprise comme une normalisation. Nos professions sont en effet très en retard dans cet accès au droit coopératif. Nous en débattons cet après-midi entre autres avec votre prédécesseur Monsieur Claude EVIN et avec votre Directeur, Monsieur Edouard Couty.

Sans déflorer le sujet et avant de rappeler la genèse de ce projet, je tiens à remercier les différentes personnes qui ont participé à ce groupe de travail totalement informel depuis le début de l'année 2000. Vous avez apprécié, je le sais, la qualité de ce travail. Beaucoup parmi ses acteurs les plus fidèles sont ici. Ils sont tous de spécialité différente, mais tous ont exercé des responsabilités importantes dans notre système de santé. Permettez-moi de citer en particulier mes confrères Martine Aoustin, Guy Bazin, Christian Espagno, Serge Larüe-Charlus, Didier Lambert, Vincent Leroux, les juristes Maître Michel Guerin, Maître Yves Lachaud et Monsieur Francisco Jorner, les Directeurs d'établissements que sont Messieurs Jean Vernoux et Jean-Pierre Deymier, notre expert financier, Monsieur Yvon Rojouan, l'animateur du groupe, mandaté par l'UNHPC, Gérard Parmentier.

Cette idée est partie des difficultés rencontrées par certains acteurs du secteur privé pour s'organiser ensemble. Dans le secteur privé la cancérologie est souvent éclatée entre des établissements de soins sous OQN, des cabinets médicaux de médecine de villes et des plateaux techniques de radiothérapie, imagerie et /ou biologie. A l'occasion d'une réflexion sur des statuts juridiques qui permettraient à ces structures de travailler ensemble de façon plus confiante et plus solidaire, nous avons réfléchi à une approche coopérative. Sans entrer dans le vif du sujet, je ressortirais certains points forts qui ont été à la base de notre réflexion.

- Culture médicale dominante avec démocratie des hommes et non du capital.
- Statut du capital lié à l'activité.
- Egalité de traitement juridique entre l'hôpital qui «soigne» et la clinique qui «ne soigne pas» malgré des normes et des pratiques équivalentes.
- Intérêt d'une transposition aux réseaux de soins qui manquent d'une telle structure et pour lesquels les modes de financement sont quasiment impossibles

Les sociétés coopératives sont les seules pour lesquelles il faut une loi particulière à chaque profession qui en sollicite l'accès. Cette loi nous manquait. Nous avons maintenant bon espoir d'en avoir prochainement une, grâce à vous et grâce au soutien actif de Claude Evin.

Vous l'avez bien compris. Il ne s'agit en aucune manière de revendiquer un modèle, encore moins de vouloir l'imposer à quiconque. Il s'agit seule-



ment de donner accès à une forme de droit d'organisation qui est particulièrement bien adaptée à l'activité de ceux qui, parmi nous, sont persuadés que la qualité de leur prestation dépend de leur implication dans l'organisation de leur établissement, de leur plateau technique, de leur réseau. Cela est parfois difficile à comprendre. Nous le constatons. Mais nous sommes frappés aussi par l'intérêt que cette initiative suscite.

Une fois de plus nous voulons nous réjouir devant vous de l'accueil et de la compréhension que nous avons trouvés auprès de votre Cabinet sur ces sujets. Nous comptons sur votre appui dans la discussion parlementaire qui s'engage. Cette ouverture est nécessaire. Elle devrait être considérée comme un droit.

Le passage par une loi particulière est, pour vous comme pour nous, l'opportunité d'une adaptation aux réalités de terrain, aux exigences d'avenir d'une bonne médecine.

Vous savez pouvoir compter sur notre appui pour les mises au point souvent très techniques qui seront encore nécessaires.

Pour terminer et avant de donner la parole à mon confrère Yves KESSLER, Président de la FCLH, je me permets de vous poser encore une question au sujet du "Plan Cancer" :

**Où en est le Plan cancer Monsieur le Ministre ?**

❖ **M. KOUCHNER**

Je vous en parlerai bien volontiers !

❖ **Dr Philippe BERGEROT**

Oui, nous avons besoin de vos informations. En effet nombreux sont les membres de nos équipes médicales qui, tout au long de l'année écoulée, ont participé sur leur temps libre aux travaux initiés en son nom. Ils étaient largement motivés par l'espoir de voir bouger les choses.

Le 28 juin dernier nous vous avons remis un certain nombre de documents relatant le travail de nombreux groupes de travail réunissant des oncologues de tous statuts, des membres de votre administration et des personnalités qualifiées. Rapporteur de 2 de ces commissions, l'une sur l'organisation des soins et l'autre sur l'oncologie médicale, j'ai été quel-

que peu déçu du peu de conclusions de cette journée. On nous avait pourtant laissé entendre un plan d'action, un calendrier de réalisation, et un dispositif de suivi opérationnel.

Moi-même et l'ensemble de ceux qui ont participé à la mise au point de ce Plan sommes prêts à continuer à travailler ainsi que nous l'avons fait. Mais nous avons maintenant besoin de perspectives... Pour cela aussi, Monsieur le Ministre, nous avons besoin de vous entendre.

Yves KESSLER va compléter ce rapide tour d'horizon de nos dossiers en cours. Vous saviez Monsieur le Ministre que nos Rencontres étaient des journées d'étude. Nous n'avons pas l'habitude de dresser un catalogue de plaintes, mais nous avons l'habitude de vouloir régler nos problèmes et de pousser à ce qui nous semble à la fois bon pour notre exercice et bon pour la qualité des prestations que nous délivrons à nos patients. Il y a toujours fort à faire.

### ❖ Dr Yves KESSLER

Monsieur le Ministre, Mesdames et Messieurs,

La Fédération de la Cancérologie Libérale et Hospitalière a été créée le 25 mars 1998 à l'initiative d'une poignée de cancérologues et grâce à la ténacité de Pierre COJAN à qui il faut rendre hommage.

Cette Fédération regroupe la quasi-totalité des acteurs intervenant dans la prise en charge du cancer, à savoir l'UNHPC, la FIEHP et l'UHP (regroupées aujourd'hui en FHP), l'UCF et l'UCCSF, le SNRO, le SFOM, la FNMR et la SFCP<sup>3</sup>. La maladie et le décès de notre ami Pierre COJAN n'ont pas permis d'emblée une montée en puissance de cette structure qui organise aujourd'hui sa première journée nationale.

<sup>3</sup> UNHPC : Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie ;  
FIEHP : Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation Privée  
UHP : Union Hospitalière Privée  
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée  
UCF : Union des Chirurgiens Français  
UCCSF : Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français  
SNRO : Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues  
SFOM : Syndicat Français des Oncologues Médicaux  
FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues  
SFCP : Société Française de Cancérologie Privée

Philippe BERGEROT vient donc d'évoquer les problèmes rencontrés en oncologie médicale, dans l'organisation de nos structures pour la prise en charge du cancer sous tous ses aspects.

Je dirai de mon côté quelques mots de la situation extrêmement périlleuse dans laquelle se trouve l'oncologie radiothérapique et j'évoquerai également le projet d'une consultation spécifique en cancérologie, la consultation d'ancrage.

### **La radiothérapie**

Les difficultés rencontrées par les oncologues radiothérapeutes sont véritablement angoissantes. Je les évoquerai d'ailleurs sous le contrôle de Philippe MARTIN, Président du Syndicat des Radiothérapeutes Oncologues ici présent..

Ces difficultés ont fait l'objet de rapports officiels qu'il s'agisse de ceux de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, de la Cour des Comptes, du Sénat... Elles ont été particulièrement bien exposées le 28 juin à la réunion de mise en place de la Commission de Suivi du Plan Cancer par le Professeur Pierre ESCHWEGE.

En fait, si la répartition géographique des structures de radiothérapie peut être estimée satisfaisante et s'il ne paraît pas nécessaire de créer de nouvelles structures, il existe par contre une importante insuffisance d'équipement de nombreux centres. Les rapports précités estiment que 58 centres de radiothérapie en France sont en suractivité.

On constate par ailleurs une indéniable vétusté de l'équipement et il faut savoir à ce sujet que 70 % de nos machines ont plus de six ans.

Il est clair également que l'accès au scanner et à l'IRM est insuffisant.

La raison majeure de ces problèmes est bien entendu d'ordre financier et budgétaire. Il existe en effet une inadaptation totale des données du PMSI en ce qui concerne l'hospitalisation publique et de la nomenclature en ce qui concerne les centres privés sous OQN. Rappelons d'ailleurs que cette nomenclature date de 30 ans... Cette situation est aggravée par le fait que la prise en compte du coût des technologies modernes n'existe pas dans la rémunération des traitements. Le coût des appareils est de plus en plus élevé, il en est de même des frais de maintenance et bien entendu des

frais de personnel spécialisé pour lequel la réduction du temps de travail est en train de s'appliquer.

Une comparaison intéressante a d'ailleurs été faite avec le niveau de rémunération des traitements de radiothérapie dans les autres pays européens. On s'aperçoit schématiquement qu'un traitement rémunéré sur la base de 10 000 F en France vaut, dans les autres pays d'Europe, de 20 à 45.000 F....

En plus de ces graves difficultés financières expliquant les problèmes de matériel, il existe également un important déficit en personnel. Les oncologues radiothérapeutes au nombre de 550 en France sont nettement insuffisants. Cette pénurie peut s'exprimer par le nombre de malades pris en charge par chacun d'eux puisque l'on estime à l'heure actuelle qu'un radiothérapeute s'occupe de 428 nouveaux malades par an alors que les recommandations de la SFRO plafonnent la prise en charge optimale à 300 malades... Le problème n'est pas prêt de se résoudre puisqu'en 2001 45 internes seulement sont inscrits dans cette spécialité.

Cette pénurie des moyens humains concerne également les ingénieurs radiophysiciens, les manipulateurs et les dosimétristes (dont la spécialité n'existe d'ailleurs pas en France).

Des remèdes urgents doivent donc être appliqués, et, en ce qui concerne le secteur libéral il n'est pas possible d'attendre la refonte de la nomenclature qui arrivera trop tard, et l'on peut craindre à ce moment-là la disparition de nombreuses structures privées sous OQN.

### **La consultation d'ancrage**

On parle de cette consultation d'ancrage depuis déjà un certain temps mais sans concrétisation.

Il ne s'agit pas seulement d'une consultation plus longue qu'une autre. C'est pour cette raison que nous avons proposé avec l'UNHPC d'établir une relation étroite entre cette consultation longue et les Unités de Coordination Pluridisciplinaire (UCPO) ou leurs Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) que vient d'évoquer Philippe Bergerot. Cette consultation aura pour but d'informer, d'expliquer au patient et à son entourage le diagnostic avec les différentes propositions thérapeutiques et

de coordonner l'ensemble des professionnels de santé. Lier cette consultation d'ancrage au passage devant l'Unité de Coordination Pluridisciplinaire qui existe maintenant dans pratiquement tous les réseaux de cancérologie, constituerait une sécurité puisqu'une traçabilité de fonctionnement de cette structure est exigée dans leurs conventions constitutives et dans leurs statuts. Toutes ces conditions seront requises pour que cette consultation d'ancrage soit validée et, à ce moment-là, on pourrait imaginer une revalorisation du point ISA correspondant à cet acte pour l'hospitalisation publique et en parallèle une revalorisation de la CS pour le secteur privé.

Voilà, rapidement évoqués quelques-uns des sujets qui nous préoccupent et qui font le pain quotidien des travaux avec votre Cabinet et les services de votre Ministère. A mon tour et au nom de mes Collègues, je vous remercie Monsieur le Ministre, d'avoir bien voulu participer à nos travaux ce matin. C'est avec beaucoup de plaisir et d'intérêt que nous vous écoutons.

❖ **M. Bernard KOUCHNER**

Mesdames, Messieurs,

Je me réjouis de pouvoir être aujourd'hui avec, vous à ces journées de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie.

Vous allez aborder tout au long de cette journée deux thèmes qui me tiennent particulièrement à cœur :

- tout d'abord le cancer, et à travers la réflexion sur la chimiothérapie, la qualité des soins et les modalités de mise en place des objectifs que nous avons fixés ensemble avec le programme national de lutte contre le cancer,
- mais aussi à travers le sujet des coopératives que vous abordez cette après midi, une importante réflexion sur l'évolution et l'avenir de notre système de santé. J'y reviendrai dans quelques instants.

## 1. Permettez-moi tout d'abord de m'exprimer sur le cancer

Je voudrais avant tout vous remercier pour votre engagement quotidien. Je sais le rôle important que le secteur privé joue dans la lutte contre le cancer et votre importante participation aux différentes actions et groupes de travail mis en place dans le cadre du **programme national**.

Vous connaissez également mon engagement et celui du Gouvernement dans ce domaine.

Je ne reviendrai pas sur l'ensemble des actions déjà réalisées mais insisterai sur quelques points qui sont au centre de vos préoccupations.

### 1.1 Tout d'abord la chimiothérapie.

Le nombre de cancers augmente, les progrès réalisés ces dernières années sont considérables et permettent d'espérer d'importantes survies pour des cancers réputés jusqu'à maintenant comme chimio-résistants. Je pense en particulier aux cancers du pancréas, du colon ou du poumon.

Ces progrès ont un coût, un coût important, nous le savons.

Cette année, pour les établissements sous dotation globale nous avons consacré près de 500 MF pour tenir compte de cette évolution. Il s'agit d'une somme importante et j'ai demandé aux ARH de faire le bilan de l'utilisation de ces fonds.

En ce qui concerne le secteur libéral, le déséquilibre entre les chimiothérapies réalisées en hospitalisation et celles faites en ambulatoire était devenu contre productif. La tarification a été mise à plat dans une démarche que je juge exemplaire et je suis convaincu que les nouvelles modalités mises en place permettront des soins de qualité, dans le respect des logiques de chacun.

Le nombre de places autorisées en chimiothérapie ambulatoire est une autre de vos préoccupations.

Une grande partie des établissements privés que vous représentez se trouve aujourd'hui en dépassement de capacité.

Comme je m'y étais engagé, j'ai demandé aux ARH de surseoir à l'application des pénalités à l'encontre de ces établissements. Je suis convaincu que dans un certain nombre de cas cela traduit l'inadéquation de l'offre autorisée au regard des besoins des malades contraints à des traitements lourds.

Je souhaite que dans ce domaine aussi le système soit remis à plat et qu'il soit rapidement procédé, au sein de chaque région, à une évaluation des lits autorisés de chimiothérapie ambulatoire au regard des besoins des patients.

Au-delà du nombre, la qualité des actes réalisés doit également entrer dans nos préoccupations. Les progrès, c'est aussi les chimiothérapies orales, les traitements protecteurs des conséquences de la radiothérapie, les médicaments contre la douleur qui nécessitent dans certains cas des administrations en milieu médicalisé sans que cela justifie réellement une place de chimiothérapie ambulatoire. Le système de tarification, la nomenclature doivent être adaptés pour que ces nouveaux progrès puissent bénéficier au plus grand nombre et je souhaite qu'avec la DHOS et la DSS vous me fassiez des propositions dans ce domaine.

### **1.2. La radiothérapie**

Là encore d'importants progrès ont été réalisés ces dernières années et nous devons faire en sorte qu'ils diffusent plus rapidement.

Comme vous me l'avez dit à plusieurs reprises, plus qu'un problème de nombre de machines, les besoins portent plus sur l'environnement technique et humain que ces nouvelles techniques imposent.

Avec Elisabeth Guigou, nous annoncerons cet après midi les mesures contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et le taux d'évolution des dépenses de santé pour 2002. Les mesures destinées à mener à bien le plan de lutte contre le cancer y figureront en bonne place, car elles constituent une priorité absolue.

### **1. 3. Les soins palliatifs**

Je connais également votre engagement dans ce domaine et les difficultés qu'ont parfois vos structures pour assurer cette mission.

J'aimerais attirer votre attention sur le décret relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé - actuellement soumis à la concertation - et qui devrait être transmis au conseil d'Etat dans les jours qui viennent.

Enfin, nous décloisonnons : ce décret fait explicitement référence à **l'équipe de soins** associant professionnels de santé exerçant à titre libéral ou de salariés de centre de santé et de l'engagement de ces professionnels sur une charte centrée sur les besoins des patients.

Le professionnel ou le centre de santé choisit sa forme de rémunération : à l'acte ou au forfait ; la participation à la coordination est rémunérée. De même, l'activité de coordination du coordinateur de l'équipe, s'il est libéral est rémunérée.

Voilà enfin une démarche moderne, au service du patient.

### **1.4. C'est cette démarche que je souhaite voir adopter pour la mise en place d'autres actions du plan cancer :**

Je pense en particulier à la mise en place d'une consultation longue d'annonce initiale du diagnostic, mais aussi pour pouvoir dans le cadre d'un travail en réseau faire bénéficier d'un soutien psychologique les personnes qui en ont besoin.

## **2. Décloisonner notre système de santé, c'est le deuxième thème de votre journée de travail.**

Faisons preuve d'imagination pour faire évoluer les structures et les modes de rémunérations.

La médecine libérale, notre médecine, est en crise. Crise financière, sans doute avec les difficultés que nous connaissons à équilibrer les comptes mais aussi crise d'identité.



Et ce n'est pas le moindre des paradoxes : alors que l'OMS nous crédite du meilleur système de santé du monde, les professionnels que vous représentez, doutent.

J'ai évoqué les difficultés des radiothérapeutes, je sais aussi les risques que l'évolution de la démographie médicale fait courir sur l'ensemble de la cancérologie.

Ce doute, qui s'est installé depuis plusieurs années, s'amplifie. Je le sais pour vous avoir souvent rencontré et en avoir discuté avec vous à plusieurs reprises.

Au-delà de la stricte question de la régulation économique, il me semble que le doute porte tout autant sur la fonction elle-même. Vous souhaitez être mieux associés aux nouveaux enjeux de la santé publique. Vos métiers ont évolué ; les besoins des patients aussi. Le mode de rémunération lui n'a pas fondamentalement changé. Cette discordance dans les évolutions n'est sans doute plus acceptable.

Ce mode de rémunération est-il toujours adapté, si non quelle évolution envisager et dans quel cadre ?

Des nouvelles missions, de nouvelles fonctions, mal prises en compte par la rémunération à l'acte doivent être développées : je pense en particulier à la concertation multidisciplinaire, aux actions de prévention et à l'éducation pour la santé.

Il ne s'agit pas de remettre en cause le paiement à l'acte qui reste parfaitement adapté à certaines activités : actes de consultation de base, actes techniques. Mais il faut enrichir ce mode de rémunération d'une rémunération forfaitaire, ou salariée correspondant à des activités difficiles à rémunérer à l'acte même s'il ne faut pas exclure une évolution de la nomenclature.

Le salaire ou la rémunération forfaitaire doit pouvoir provenir aussi bien de la caisse d'assurance maladie directement, que de l'hôpital ou encore d'un réseau de soins.

Je tiens tout particulièrement, à la participation active et reconnue par un statut des professionnels libéraux à l'hôpital.

Ce nouveau statut participera aussi à une meilleure régulation économique de notre système de soins en développant dans un cadre cohé-

rent, identifié et reconnu, une partie de l'activité qui aujourd'hui est soit indirectement rémunérée par des actes qui ne la mentionnent pas, soit n'est pas rémunérée du tout.

**Combien de barrières, combien de cloisonnements, restent encore à faire tomber dans notre système ?**

Entre hôpital et secteur libéral, entre spécialités, entre professions, entre médical et social, entre préventif et curatif, entre soins et recherche...

Cette étanchéité du système n'est plus acceptable, alors que le malade navigue en permanence du secteur privé au secteur public.

**De nouvelles formes d'organisation des soins sont essentielles.**

Les réseaux sont une première réponse même si les procédures administratives sont aujourd'hui encore trop complexes, les dispositifs de financement disparates et cloisonnés, obligeant les promoteurs de réseaux à de véritables parcours du combattant.

La loi santé nous donne l'occasion de sortir du statu quo actuel et de simplifier les procédures. Elle donnera un statut juridique à ces réseaux.

Le financement doit être simplifié, régionalisé et permettre d'envisager des projets où la coordination des réseaux est rémunérée. Je souhaite enfin que se généralise au niveau des régions le guichet unique, pour le financement.

D'autres formes d'organisation semblent intéressantes. Vous discuterez cet après-midi des coopératives, ce qui me semble extrêmement novateur. Mettre en commun ces activités, dans un cadre permettant un équilibre entre les différentes logiques et les différents acteurs me semble essentiel. C'est une forme d'organisation adaptée pour la cancérologie mais également intéressante pour d'autres pathologies chroniques, je pense en particulier au diabète, à l'asthme ou à l'insuffisance rénale chronique.

Soyez assurés que je serai très attentif à vos conclusions.

Je vous remercie.



**- II -**

**PROSPECTIVE**

**EN MATIÈRE DE**

**PRISE EN CHARGE**

**CHIMIOTHÉRAPIQUE**

**Président : Dr Yves KESSLER**

**Modérateur : Dr Gérard AUCLERC**



## PROSPECTIVE EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE CHIMIOTHÉRAPIQUE

### ❖ Dr Gérard AUCLERC

Je vais animer nos travaux de la matinée, sous la présidence d'Yves KESSLER.

Bernard KOUCHNER, ministre délégué à la Santé, vient donc d'ouvrir les premières rencontres de la FCLH. Il a exprimé ses préoccupations générales et spécifiques à la cancérologie.

S'il a dit être tout à fait conscient des préoccupations qui nous animent, il a reconnu l'insuffisance de moyens pour les résoudre ou les atténuer.

Le nombre de patients cancéreux augmente avec l'allongement de l'espérance de vie, les indications de chimiothérapie se multiplient, eu égard aux résultats des traitements adjuvants et des associations radiothérapie-chimiothérapie, de l'apparition de nouvelles drogues ou combinaisons efficaces en situation métastatique et de l'emploi de plus en plus grand de traitements de soutien efficaces avec les facteurs de croissance, l'érythropoïétine recombinante, les médicaments protecteurs comme, en particulier, le cardioxane et l'amifostine. Mais le coût des nouveaux médicaments croît du fait de la recherche de plus en plus lourde en investissements et la nécessité d'essais thérapeutiques de plus en plus structurés, avec des recueils de données complexes pour obtenir une AMM (autorisation de mise sur le marché).

Tout cela sans compter le nombre déjà insuffisant d'oncologues médicaux et radiothérapeutes qui, de plus, va s'amenuiser dans les 10-20 ans à venir, et aussi le nombre insuffisant de lits de chimiothérapie ambulatoire, la non-reconnaissance des lits d'hospitalisation spécifiques à la cancérologie et l'absence d'encadrement pour la chimiothérapie à domicile.

Enfin, l'on exige de la part des cancérologues la mise en place de réseaux, d'UCPO, sans compter la perspective du dossier médical com-

mun ; la reconnaissance d'une spécificité d'acte de la prescription et de surveillance des chimiothérapies est également toujours en gestation.

Tous ces problèmes chroniques qui deviennent de plus en plus aigus, ainsi que leurs conséquences sur la prise en charge des patients et sur nos relations avec eux, vont être travaillés au cours de cette matinée.

Avant l'arrivée du Ministre, Yves Kessler vous a présenté nos intervenants. Je me contenterai donc de les remercier une fois de plus d'avoir bien voulu participer à nos travaux, et je passe tout de suite la parole à Philippe COLIN qui va nous proposer *un bilan de l'existant et une synthèse des difficultés rencontrées*.

### ❖ Dr Philippe COLIN

J'ai trouvé intéressant le discours du Ministre. Je le comprends d'un certain côté, et je vais vous montrer que cela pourrait aller bien mieux sans quelques résistances.

- **Le paradoxe** réside dans le fait que le malade doit être au centre de nos préoccupations, alors que presque toutes les procédures vont actuellement dans le sens inverse.
- **Le problème thérapeutique posé** : Madame B... 40 ans, enseignante, souffre d'un lymphome non hodgkinien de typage anatomopathologique difficile, pathologie potentiellement curable, mais qui nécessite des procédures assez lourdes.
- **Les premiers obstacles** :
  - **Le délai de prise en charge** : doit-on continuer à accepter la prise en charge de tous les patients ?
  - **Disponibilité des structures de soins**. Cette patiente m'a été montrée tardivement dans la mesure où j'avais peu de disponibilités en raison de la pénurie de cancérologues.
  - **La pénurie organisée du personnel soignant**. Je fais partie d'un très grand établissement de la région de Reims auparavant bénéficiaire, dont l'ensemble du bénéfice a été réinvesti dans l'outil de travail. Avec le passage aux 35 heures nous avons fait un effort financier pour notre personnel et nous sommes déficitaires à la même hauteur que notre

bénéfice précédent. Pour autant, la différence de salaire d'une infirmière est toujours de 1 500 F avec l'hôpital, qui recrute massivement dans notre clinique : notre établissement comptait 6 infirmières en hôpital de jour et 8 en hospitalisation traditionnelle, mais la moitié de l'équipe s'en va et j'ignore si nous pourrions continuer à traiter les patients.

- **La solution : activité sélectionnée dite privée et non libérale ?** Je devrais peut-être faire du privé, comme on l'entend dans les CHU, dans le cadre de consultations privées, en recevant des personnes sélectionnées, pendant le temps qu'il faut, avec une rémunération et des préalables corrects, alors que jusqu'à maintenant je faisais du libéral, ce qui correspond à une budgétisation.
- **Le doute anatomo-pathologique :** la relecture des lames. Dans le cadre d'une collaboration scientifique en réseau j'ai fait envoyer les lames par l'anatomopathologiste de

Le paradoxe réside dans le fait que le malade soit être au centre de nos préoccupations, alors que presque toutes les procédures vont actuellement dans le sens inverse...

Reims aux hématologues de l'Hôpital Saint-Louis, dans la mesure où j'avais un doute pour cette patiente. La réponse de l'Hôpital Saints-Louis est arrivée, qui correspondait à la mienne, mais la patiente a reçu une note de 2 800 F de l'Hôpital Saint-Louis. Elle a protesté, la note a été envoyée à ma clinique. Nous avons protesté à

notre tour et la note m'a alors été envoyée personnellement, cette histoire m'ayant pris au total entre trois et quatre heures en temps cumulé, ce qui est stupide dans la mesure où quelqu'un doit bien dans la société payer les 2 800 F que valent cet examen.

- **Le bilan :** pourquoi pénaliser l'optimisation du bilan : en cas de regroupement des examens complémentaires la tarification est dégressive en fonction du cumul. Il faut donc pour pouvoir gagner sa vie procéder à des examens durant plusieurs jours à la suite, ce qui est coûteux en transports

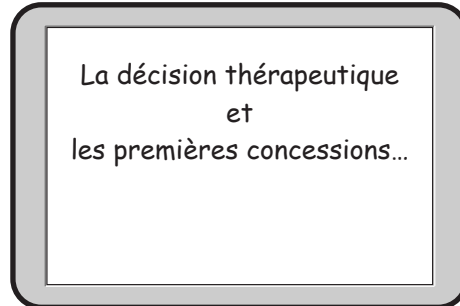


et fatigant pour les malades.

- **La saga des ententes préalables** (13/52) pour les soins, les transports, les soins de support : pour commencer un traitement nous devons en informer les caisses. Or, s'il est normal que nous les informions, il l'est peut-être moins de devoir le faire abondamment. Le chiffre de 13 correspond au nombre de fois où il m'a été demandé d'indiquer de ma main le diagnostic pour cette patiente, afin que les caisses puissent établir des documents officiels. De plus, 52 signatures m'ont été demandées en dehors des ordonnances médicales, ce que je vous laisse apprécier.
  
- **Les préalables impossibles :**
  - **Réunion multidisciplinaire-réseau : quels moyens ? quel contrôle ?**  
 Presque toutes mes soirées de la semaine sont consacrées à des réunions sur des dossiers de malades que je ne vois pas toujours pour lesquels je donne un avis, mais je ne les traite pas.  
 Mais aucun moyen ne nous est donné pour nous réunir, aucun contrôle n'est opéré sur ce que nous disons, et nous ne percevons aucune rémunération dans ce cadre.
  - **L'hypocrisie de la prise en charge psychologique :**  
 Le psychiatre n'a pas envie de prendre en charge ce type de patient qui ne relève pas de la psychiatrie. De plus, cela générerait des dépassements d'honoraires..  
 Par ailleurs, l'activité du psychologue n'est pas prise en compte dans la nomenclature ; ainsi la prise en charge des patients sur le plan psychologique est impossible. Cependant grâce à quelques moyens supplémentaires et une bonne gestion de notre cabinet, nous avons pu embaucher une psychologue sur nos fonds propres.
  
- **La décision thérapeutique et les premières concessions :**
  - **Le choix thérapeutique en fonction du domicile : la variabilité des prises en charge.** Si mon patient habite dans le département d'à côté, où le médecin de la caisse ne rem-

bourse pas tel ou tel traitement, je lui en administre un autre, les modalités de remboursement n'étant pas les mêmes selon les départements.

- **Le choix thérapeutique en fonction de l'institution publique ou libérale** - la variabilité des durées de séjour hospitalier :



une institution libérale a intérêt à traiter les malades en hôpital de jour tandis qu'une institution publique a intérêt à garder le malade en hospitalisation traditionnelle le plus longtemps possible en faisant le moins de choses possible. Ainsi pour une même pathologie, les prises en charge sont complètement différentes en termes de durée de traitement.

- **Le choix thérapeutique en fonction de la structure : la possibilité de prise en charge des soins coûteux en structure d'hospitalisation traditionnelle.** Notre structure est importante et accepte heureusement d'enregistrer des déficits en termes de médicaments lors d'une hospitalisation traditionnelle en cancérologie. En effet nous disposons de 200 F de médicaments par jour pour nos patients et pour des molécules qui peuvent coûter entre 6 000 et 8 000 F par jour, le différentiel est à la charge de notre établissement.

- **Les dilemmes**

- **Option prise : protocole thérapeutique lourd**  
Un tel protocole génère un surcoût obligatoire pour l'établissement en hospitalisation traditionnelle.
- **En hospitalisation ambulatoire**, il existe un encombrement de la structure du fait du manque de personnel. La marge a été supprimée - ce qui est une bonne chose - mais le forfait établi en remplacement risque de favoriser les dérives.
- **L'hospitalisation à domicile** est souvent impossible en

raison de la complexité de la prise en charge, de son incompatibilité avec les procédures de sécurité, et de l'absence de rémunération des actes médicaux .

- **Le système D**

- Dans le cadre de la **rationalisation des soins** vous êtes pénalisés si vous cumulez les actes.
- De même dans le cadre de l'**optimisation des soins** vous êtes pénalisés si vous appliquez une tarification par séance. Cela signifie que, si vous utilisez un médicament que vous tentez via un protocole de faire passer en une fois au lieu de deux, ce qui représente un effort pour vous - ce sera plus compliqué à suivre, le patient vous posera plus de questions -, vous serez payé deux fois moins cher.
- Concernant les bonnes pratiques cliniques, la **consultation**

La ridicule différence de prise en charge budgétaire et l'absurdité de la nomenclature actuelle induisent des comportements déviants (secteur public, libéral et privé).

**pré-chimiothérapique** permet d'éviter tout problème pour le patient, sachant qu'il faut parfois adapter - voire diminuer - les doses, ce qui peut se traduire par des économies. Or, des caisses refusent cette consultation le jour même. Nous faisons donc venir nos patients la veille, ce qui représente un transport de plus.

- Prescription des **facteurs de croissance** : nous ne pouvons pas les donner aux patients en hospitalisation traditionnelle, puisque les pharmacies libérales n'ont pas le droit de rétrocéder. La solution est d'établir une ordonnance, le patient allant chercher ses médicaments à l'hôpital ; mais le pharmacien de l'hôpital ne veut pas lui donner, car nous ne sommes pas médecins de l'hôpital. Il faut donc faire sortir le malade, qui revient le lendemain en ambulatoire pour recevoir sa première injection. Nous lui donnons ensuite le reste des injections pour qu'il reçoive le traitement chez lui. Or cette solution est coûteuse, de même pour les traitements «per os».

- **Séquences ambulatoires** : La nomenclature est fabuleuse : si vous traitez un malade en 5 minutes, vous serez rémunérés de la même façon que s'il passe 5 h. 30 heures avec vous, la limite étant fixée à 6 heures.
  
- **Les péripéties du traitement**
  - Ma patiente a eu besoin d'**anti-émétiques**, depuis huit ans nous remplissons des feuilles de médicaments d'exception en quatre exemplaires, chacun d'entre eux devant être tamponné par nos soins. Nous devons indiquer que nous sommes oncologues et il nous est demandé si le patient nous a remis son carnet.
  - L'**Erythropoïétine** nous permet d'éviter de transfuser les patients. Or, nous ne pouvons pas l'obtenir auprès de notre pharmacie car les caisses refusaient. De même, l'hôpital refusait d'en délivrer car cela grevait son budget global, raison pour laquelle nos patients étaient jusqu'à il y a un an transfusés, malgré les directives ministérielles.
  - Les **perfuseurs**, boîtiers branchés sur les cathéters pour les traitements de chimiothérapie, ils sont remboursés par certaines caisses seulement, raison pour laquelle je propose l'édition d'un guide à l'échelon national.
  - Les **morphiniques**, il faut écrire la prescription à la main en toutes lettres ; nos patients sont-ils tous des toxicomanes en puissance ? Et les pharmaciens de dangereux trafiquants ?
  - L'**expertise** : ma patiente a été appelée deux fois entre deux chimiothérapies pour procéder à une expertise, au cas où elle serait traitée pour rien.
  - **Et toujours pas de psychologue...**
  
- **Le bilan**
  - Ma patiente a fait l'objet d'une **rémission incomplète**, raison pour laquelle il a fallu faire un **Pet-scan**. J'estime que l'**accessibilité** à ce système est discriminatoire. Elle est allée en Belgique, pays avec lequel nous avons passé des accords. Cependant, elle a dû avancer il y a trois mois

5.500 F. Elle n'a toujours pas été remboursée, et cela demandera un certain temps. En tout cas, elle n'aurait pas pu subir cet examen si elle n'avait pas eu la somme voulue.

- **Les différentes options**

Ma patiente n'étant pas guérie à l'issue du traitement, la possibilité s'offrait à nous d'une **intensification thérapeutique** en centre spécialisé, d'où un problème de transport et de coût.

La seconde solution consistait à établir un **protocole investigatif** dans le cadre de la loi HURIET, mais de plus en plus dans ce cas il appartient au promoteur de payer, y compris l'hospitalisation, alors que pourtant nous soignons les patients.

Enfin, si vous souhaitiez administrer un médicament de dernière génération **sous ATU nominative** : la décision est prise sur dossier, mais vous êtes confrontés à l'**anonymat des décideurs**.

**La collaboration scientifique ? ou économique ?**

Cette patiente a été intensifiée à l'Hôpital Saint-Louis, dans le cadre d'une collaboration scientifique en réseau, mais il s'est agi également d'une collaboration économique. En effet, le patron de l'Hôpital Saint-Louis était très content que j'aie prévu des anticorps monoclonaux en ambulatoire, car cela lui permettait de les sortir de son budget.

Cela s'est finalement bien terminé, ma patiente faisant l'objet d'une rémission complète.

• **Conclusions**

- De la pénurie de personnel soignant au remboursement incomplet de la prothèse capillaire, de nombreux obstacles s'opposent à une prise en charge correcte des patients.
- Des strates successives de réglementations ont compliqué et désorganisé cette prise en charge : le temps consacré à la relation patient-médecin étant ainsi constamment réduit.
- La ridicule différence de prise en charge budgétaire de cette pathologie et l'absurdité de la nomenclature actuelle induisent des comportements déviants, aussi bien dans le

secteur public que dans le libéral et le privé.

- Les demandes répétées de justifications des soins par les caisses d'assurance maladie entretiennent un climat de défiance mutuelle.
- Le «tout réglementaire» pénalise la recherche de la qualité, ce qui est incompatible avec les objectifs que l'ensemble des soignants se sont fixés.

La résolution d'un petit problème aura toujours plus d'importance pour nos patients qu'une charte prétentieuse non suivie d'effet et donc vide de sens...

- Les tracasseries administratives supportées par les patients aggravent leurs difficultés psychologiques.
- La responsabilité des cancérologues en termes de dérive des coûts de santé ne peut être invoquée face à l'augmentation de l'incidence des cas et à l'augmentation du prix des nouveaux agents anticancéreux.

- Une telle situation tend à l'indiscutable démotivation des médecins pour cette spécialité médicale, comme en témoignent les données de démographie médicale. Ceci est clairement incompatible avec l'augmentation attendue de l'incidence de la pathologie tumorale.
- La résolution d'un petit problème aura toujours plus d'importance pour nos patients qu'une charte prétentieuse non suivie d'effet et donc vide de sens.

#### ❖ Dr Gérard AUCLERC

Gérard GANEM va nous parler je crois d'un journal qui procède à une classification des hôpitaux et des cliniques. Nous pourrions demander à nos médecins d'effectuer une classification des Caisses en fonction de laquelle nous verrions nos patients. C'est une très bonne idée !

Merci pour ce très bon exposé. Il permet de nous caler sur une vision très concrète et très réaliste de l'existant. Je vous propose d'enchaîner tout de suite avec les exposés prévus concernant les évolutions et les attentes

vues par les oncologues, les patients et l'industrie pharmaceutique. Je passe la parole à Gérard GANEM.

#### ❖ **Dr Gérard GANEM**

La cancérologie libérale n'existe pas et il faut essayer d'oublier la notion de libéral, mais elle reste essentielle, car cela laisse le choix au patient d'être suivi par qui et où il veut, toutes les affections liées au cancer étant prises en charge à 100 %.

Nous avons peut-être commencé un peu durement en ne parlant que de ce qui ne fonctionne pas, mais le système de prise en charge français contient également certains éléments remarquables. Disons qu'il est solidaire, mais peut-être pas assez responsable.

Il serait facile de mener une réflexion sur quelques points, ce qui permettrait de lisser les disparités d'organisation entre le public et le privé. Je voudrais à cet égard donner deux exemples, dont celui de la pharmacie.

On ne comprend pas pourquoi une **pharmacie d'établissement** ayant une activité en cancérologie et qui ne peut pas délivrer de traitement chimiothérapique « per os » alors qu'elle injecte des bombes en intraveineuse, existe encore. Cela signifie que les patients suivis en structure libérale qui relèvent d'une chimiothérapie « per os » doivent parfois parcourir 100 kilomètres en ambulance pour aller chercher des comprimés à la pharmacie de l'hôpital. De plus, il faut être attaché à cette dernière pour pouvoir établir des ordonnances pour le malade que l'on suit. Je ne vois pas quels sont les facteurs limitants pour supprimer cette idiotie.

Mon deuxième exemple concerne **l'hospitalisation conventionnelle, qui est sous-dotée** dans une discipline aussi lourde que la nôtre. Nous avons néanmoins gardé une liberté de prescription avec la disparition du bénéfice pharmacie, je peux prescrire ce que je veux quasiment en dehors de l'AMM, ce qui est fabuleux. C'est un degré de liberté qui n'est à mon avis peut-être pas offert ailleurs.

En revanche, ce qui m'écœure au vu de l'évolution de la prise en charge des patients au sein de l'établissement est l'acceptation de rembourser des sommes énormes pour celle de soins spécifiques. Il est vrai que l'on constate un grand déséquilibre entre le salaire d'une infirmière et la prise en

charge mensuelle de certaines thérapeutiques. Je me demande jusqu'où l'échelle entre le travail humain et les médicaments peut aller, sachant que les patients dans les structures de soins et les médicaments sont bien pris en charge, alors que l'hospitalisation et la qualité de l'accueil n'ont pas du tout suivi.

Je me demande jusqu'où l'échelle entre le travail humain et les médicaments peut aller... ?

Si les infirmières libérales s'en vont dans les structures publiques, elles gagneront 3 000 F de plus. Néanmoins, nous qui avons la maîtrise de notre outil de travail, nous avons pu continuer à calquer notre échelle de salaires sur le public. Le même problème se pose à Reims mais, dans la mesure où il s'agit d'une structure médico-

chirurgicale plus large, elle ne peut augmenter le salaire de ses infirmières pour essayer de les garder, car si elle le fait toutes celles de l'établissement demanderont à l'être, ce qu'il ne pourra pas supporter.

J'ai tenté de définir les facteurs limitants pour une prise en charge globale et idéale, sans particulièrement insister sur la chimiothérapie.

Je vais en cela reparler des 35 heures, qui représentent 10 % de personnel en plus. Comment le supporter ?

Je ne parlerai pas du problème de l'informatisation, très difficile à mettre en place pour la chimiothérapie, qui fonctionne avec le dossier médical commun, la pharmacie, le réseau et la comptabilité. En effet, l'informatique s'est mise progressivement en place dans ces structures différentes, et les problèmes d'interopérabilité sont toujours aussi nombreux.

Il faut savoir concernant les moyens de l'hospitalisation conventionnelle que les malades qui séjournent dans des lits de cancérologie sont atteints de pathologies gravissimes, et qu'ils ont besoin aussi bien de soins techniques que de " bichonage ", raison pour laquelle il est indispensable d'être ouvert à l'entourage. Nous nous en rendons compte tous les jours en clinique.

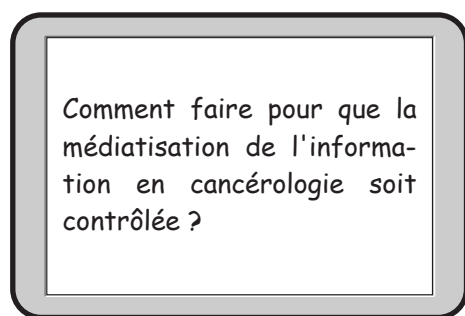


Notre petite structure de 36 lits de cancérologie compte 2 secrétaires à temps plein qu'il a fallu recruter uniquement pour les procédures d'accréditation, qui ne rapportent pas un sou mais demandent un travail humain qui n'est à mon avis pas assez rémunéré.

Concernant la pharmacie, nous attendons le cahier des charges, pour faire en sorte que notre pharmacie y réponde et qu'ensuite nous puissions délivrer tous les médicaments que nous voulons à nos patients. Il ne s'agit pas d'ouvrir la pharmacie à la clientèle.

Quant au coût de la gestion, il faut bien qu'un pharmacien soit payé et que nous disposions de locaux et d'un système informatique. Passer de 30 à 0 % n'était pas très logique. On aurait pu garder au moins 2 ou 3 % ou dégager un poste supplémentaire uniquement pour le pharmacien et le préparateur en pharmacie.

Je ne vous parlerai pas de l'accès à l'innovation, qui sera évoqué par ailleurs, qui est certainement un facteur limitant pour les structures libérales. Quand le malade demande à la fin de la consultation : " Que feriez-vous pour vous Docteur ? ", c'est



la question que se pose en permanence le cancérologue en face de ses malades, les portes n'étant pas toujours ouvertes à l'innovation.

J'avais s'agissant des difficultés en matière d'ATU un cas clinique à vous soumettre, mais je ne le ferai pas dans la mesure où nous sommes en retard.

Enfin, surtout, **comment faire pour que la médiatisation de l'information en cancérologie soit contrôlée ?**

Le numéro de " Science et avenir " de septembre 2001 indique que les nouveaux médicaments sont efficaces, mais qu'il faut se battre pour en avoir. Cela signifie que les médecins sont suspectés de ne pas pouvoir donner le traitement supposé efficace. C'est d'autant plus fou que l'information -en dehors de la façon dont elle est donnée- est complètement fautive. Il est écrit par exemple que certains inhibiteurs sont des médica-

ments miracles car le journaliste a mené son enquête auprès du chercheur qui travaille depuis vingt-cinq ans sur le sujet !

Je vais vous donner un autre exemple de la folie des journalistes médiatiques. Le Figaro Magazine de septembre titre : "Hôpitaux et cliniques : les choix de vos médecins", ce qui est très fort ! S'en suivent 10 pages de méthodologies pour expliciter ce titre, puis l'on se rend compte que ce dossier a été réalisé par telles et telles personnes et l'on voit même figurer la direction artistique. Ainsi les journaux ont besoin de directeurs artistiques pour que les sujets soient plus alléchants et que le public les achète, alors que le contenu est n'importe quoi. Non seulement les renseignements ne sont pas pris, mais lorsqu'ils le sont ils le sont mal.

Un dernier exemple concerne la cancérologie en pays de Loire. Il est indiqué que le cancer colorectal en pays de Loire est traité dans le CHU de Nantes, deux cliniques de La-Roche-sur-Yon et deux cliniques chirurgicales pures du Mans, mais il n'est pas question du centre René Gauducheau de Nantes, alors que Jean-Yves DOUILLARD qui y coordonne un certain nombre d'essais thérapeutiques en gastro-entérologie a écrit un article à ce sujet l'année dernière dans le Lancet<sup>4</sup>. De plus, les indicateurs mentionnés sont la propreté, l'accueil, la prise en charge de la douleur, etc., mais parfois aucun d'entre eux n'est renseigné.

#### ❖ Dr Gérard AUCLERC

Faudrait-il assurer un contrôle des communications " médicales " des journaux grand public ? Vous avez parlé notamment des médicaments trop chers...

#### ❖ Dr Gérard GANEM

Je n'ai pas dit que certains médicaments étaient trop chers, mais ce qui me choque est le décalage qui existe entre les sommes énormes dépensées pour les médicaments et celles consacrées au travail humain en étranglant les établissements. Quelqu'un dont le traitement est de trois mois peut parfois avoir beaucoup de médicaments à prendre, mais il arrive que l'on ne lui prescrive plus rien dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.

---

<sup>4</sup> Lancet 2000, 355, 1041-1047

C'est le décalage qui se crée qui est grave. Je ne dis pas que les médicaments sont trop chers.

#### ❖ Dr Gérard AUCLERC

J'évoquais ce sujet pour arriver à la notion de lit spécifique en cancérologie.

Écoutons maintenant Pierre-Luc ETIENNE.

#### ❖ Dr Pierre- Luc ETIENNE

Vous entendrez certainement beaucoup de redites par rapport aux propos qui viennent d'être tenus, car nous sommes malheureusement confrontés tous les jours aux problèmes dont a parlé Philippe COLIN. Avant de bâtir de grands plans il serait très urgent de résoudre tous les problèmes que nous rencontrons au quotidien. Dans l'exposé que j'avais prévu de vous

faire se retrouvent un certain nombre de points déjà soulevés et discutés par Ph. COLIN ; au risque de délivrer un message un peu haché, j'éviterai de les reprendre.

Que les médicaments soient pris en charge de façon totalement identique, dans le privé, dans le public, en hospitalisation à domicile, en hospitalisation ambulatoire ou complète...

Cependant avant d'entrer dans le vif de cet exposé, les discussions déjà entamées me poussaient au constat suivant : «il est parfois étonnant de constater

l'énergie dépensée à échafauder des solutions à des problèmes futurs ou supposés l'être quand nous buttons à résoudre ceux qui se posent aujourd'hui»

**Quelle prise en charge pouvons-nous espérer pour la chimiothérapie dans les prochains mois, voire dans les prochains jours ?**

**Les demandes de traitement en dehors de l'hôpital correspondent à une évolution globale**, leur amplification étant certainement un créneau médiatique porteur. Leur terme ultime est décrit sous le vocable de chi-

miothérapie à domicile. Je sais que cela énerve Philippe COLIN et je vais peut-être aller à l'encontre de ce qu'il a dit. L'amplification de l'évolution vers l'externalisation des traitements a été prise en compte dans les travaux du Plan National de Lutte contre le Cancer avec la création du **groupe de travail «Développement des chimiothérapies à domicile»** qui a travaillé sur les patients, les produits et la coordination.

**Quelques idées fortes de ce groupe :**

- **La nécessaire articulation des traitements à domicile avec les autres modes de prise en charge** de la chimiothérapie en hospitalisation classique ou ambulatoire. C'est un point important, car à l'heure actuelle les autorités de tutelle semblent s'accommoder de l'idée que la chimiothérapie à domicile serait un moyen de désengorger et de libérer des structures ambulatoires dans lesquelles les problèmes de surpopulation ne peuvent être facilement réglés. De fait, le problème des quotas est évacué..
- **La nécessaire organisation de la continuité des soins.**
- **La nécessaire offre d'une prise en charge globale de la maladie néoplasique au domicile comme dans l'établissement.** Il paraît évident que si l'on veut développer de façon importante l'hospitalisation à domicile ce sera au détriment de ce qui est fait dans les établissements, probablement avec des difficultés en termes de moyens.

**Qu'attendons-nous ?**

Il faut **confronter un certain nombre d'idées généreuses à la réalité**, c'est-à-dire à l'augmentation des indications dans les traitements ainsi qu'à celle de l'incidence de la maladie, avec à l'inverse la diminution du nombre de médecins et du temps consacré aux soins, ce qui est très important.

D'aucuns semblent regretter un temps où les médecins étaient totalement dévoués à leurs patients. Certes les temps ont changé. On ne peut à la fois demander au médecin de **passer autant de temps qu'auparavant** avec ses patients, quant on lui réclame également de s'investir dans les Comités Techniques Régionaux de Cancérologie, dans les CME, le PMSI, les CLIN, les comités divers de vigilance et les Unités de Concertation Mul-

tidisciplinaire spécialisées. D'autre part ses enfants et sa famille le réclament.

Il faut aussi prendre en compte les **variabilités des données démographiques inter et intra régionales pour le développement d'activités nouvelles**. J'exerce en Bretagne, région qui enregistre une surmortalité de l'ordre de 10 %. C'est peut-être parce que nous sommes moins bons qu'ailleurs, mais c'est aussi dû à une **épidémiologie** des cancers différente. Pourtant, lorsqu'il s'est agi de faire un SROSS de cancérologie pour la Bretagne, les données épidémiologiques n'ont pas été prises en compte.

Tout ceci pour dire qu'il est important d'adapter les structures à ce qui existe aujourd'hui. Il n'est pas nécessaire de bâtir des plans pour deux ans alors que nous connaissons actuellement une pénurie et que nous n'avons pas les moyens de fonctionner de façon claire. Nous l'avons déjà indiqué à plusieurs reprises.

**La prévision des besoins à deux ou cinq ans, concernant la chimiothérapie, n'est pas très facile.**

... en dissociant l'acte technique de l'acte intellectuel et en n'oubliant pas l'acte d'assistance...

Nous avons vu apparaître au cours de la dernière décade de plus en plus de médicaments mieux tolérés permettant de lutter contre les effets secondaires de la thérapeutique, mais **aujourd'hui cela va dans tous les sens**.

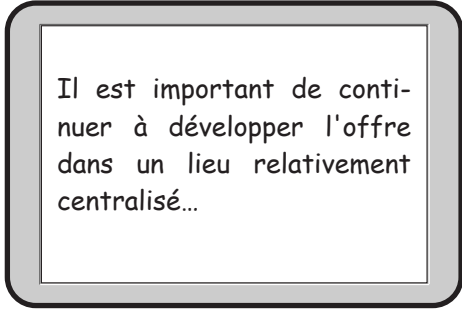
Il existe des médicaments qu'il est très facile de dispenser, avec parallèlement un certain nombre de thérapeutiques qui prennent de plus en plus d'importance et qu'il est beaucoup plus difficile d'administrer. Nous le voyons tous les jours pour le cancer du sein avec les traitements adjuvants. Ce sont des thérapeutiques très difficiles à réaliser autrement que dans des structures.

Le retard actuel est préjudiciable à la qualité quotidienne des soins, sachant qu'un grand nombre de nos patients (peut-être 50 %) seront décédés dans les deux années suivant leur prise en charge. **C'est donc main-**

**tenant qu'ils ont besoin de soins.** Que l'on nous donne donc les moyens de les traiter correctement.

Il a été question de **la prise en charge des médicaments** : il serait largement temps que ceux-ci soient pris en charge de façon totalement identique, dans le privé, dans le public, en hospitalisation à domicile, en hospitalisation ambulatoire ou en hospitalisation complète.

Il faut également tenir compte du coût réel. Pourquoi vouloir mettre en place des forfaits ? Il n'est pas plus difficile pour nous de facturer que pour le garagiste qui intervient sur notre voiture, et cela nous permettra d'éviter les acrobaties évoquées par Philippe COLIN. De plus, ce sera vraiment la garantie pour le patient de se voir proposer le meilleur type de prise en charge, en fonction de son état et non pas de contingences matérielles.



Il est important de continuer à développer l'offre dans un lieu relativement centralisé...

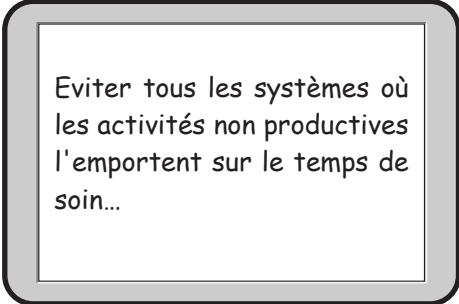
Il est aussi **important que les nouvelles modalités de prise en charge répondent à des solutions économiquement raisonnables.** De plus, il faut prendre en compte dans toutes les situations le temps d'assistance pour la réalisation de l'acte, en dissociant l'acte technique de l'acte intellectuel et en n'oubliant pas l'acte d'assistance.

En effet, il arrive très souvent, lorsque les traitements sont externalisés à l'extrême, que nous soyons dérangés parce que l'on souhaite nous demander des renseignements supplémentaires. Il faut donc manifestement assister la personne qui réalise le traitement à domicile.

Nous devons prendre garde au maintien de la cohésion des équipes de soins si nous voulons continuer à promouvoir une prise en charge globale. Il est très important qu'un certain nombre d'actes relativement simples en structure puissent continuer à exister afin de pouvoir varier les tâches.

En effet, les infirmières effectuent dans nos structures des actes en hôpital de jour et en hospitalisation, ce qui est très important pour maintenir un bon état psychologique de l'ensemble de l'équipe.

**Il est important de continuer à développer l'offre dans un lieu relativement centralisé**, qu'il s'agisse de l'aide psychologique ou des thérapeutiques antalgiques. Il faut en effet savoir que, quand un acte de chimiothérapie est effectué, l'oncologue réalise souvent en association des soins de confort et des traitements antalgiques, tout en apportant son soutien psychologique.



Eviter tous les systèmes où les activités non productives l'emportent sur le temps de soin...

Il est très important - nous le vivons au jour le jour - de ne pas se baser uniquement sur les aspirations fantasmatiques du bien portant, car les demandes sont manifestement différentes à partir du moment où le patient est malade.

Enfin, il faut **éviter tous les systèmes où les activités non productives l'emportent sur le temps de soin.**

Nous nous sommes aperçus dans le groupe de travail sur la chimiothérapie à domicile qu'un médecin coordonnateur est nécessaire afin que cela fonctionne, mais il faut qu'il y passe du temps, raison pour laquelle il doit être rémunéré. Il est par ailleurs évident que le temps que le médecin passera avec l'équipe n'augmentera certainement pas celui qu'il dédiera aux malades.

Il faut également savoir que l'oncologue est sollicité par de très nombreux autres systèmes de coordination, dont les soins palliatifs.

Si nous ne prenons pas garde à tous ces systèmes, nous allons nous retrouver écartelés entre des patients qui demanderont de plus en plus de temps, car nous ne serons pas capables de répondre à leurs aspirations.

Je voudrais enfin vous montrer **ce que peut être le coût en francs d'un protocole de chimiothérapie**. Il s'agit en l'occurrence d'une perfusion

continue de 5FU sur une période de 21 jours, les situations étant relativement différentes selon l'endroit où est réalisé le traitement.

- Le traitement est dans le premier cas réalisé **dans un établissement privé**, avec un médecin qui voit son patient une fois par semaine. Cela demande du matériel - d'où un forfait de location et des consommables que la caisse accepte de prendre en charge en plus du forfait d'hospitalisation -, des médicaments, qui coûtent relativement peu cher, et un certain nombre de trajets qui grèvent le budget de façon relativement variable selon la distance. Cela représente au total un coût d'environ 4 700 F.
- Dans le **deuxième cas**, le médecin voit son patient la première fois, ce dernier étant vu ensuite par l'infirmier pour le remplacement de la cassette, le huitième jour et le quinzième jour. La caisse n'accepte pas la prise en charge du premier consommable, soit, au total, un coût de 3.685,50 F.

Ces premiers exemples concernent des traitements qui ne sont pas à proprement parler réalisés dans le nouveau cadre des réseaux.

- Regardons ce qui se passe dans une structure de réseau de soins en cancérologie qui est actuellement reconnu comme le phare de la chimiothérapie à domicile y compris lors de la Conférence Régionale de Santé.

Le système consiste en un **réseau ville-hôpital**. Les infirmiers vont voir le patient pour mettre en place un infuseur tous les jours pendant 21 jours. Cela a été voulu par le réseau afin que soit bien prise en compte l'activité quotidienne de chimiothérapie pour qu'elle soit ultérieurement reconnue. Cela demande des consommables (les infuseurs, soit 233 F tous les jours), des accessoires et des médicaments qui vont coûter un peu plus cher à domicile dans la mesure où nous les refacturons au prix de gros. Il faut également inclure dans le prix le trajet de l'infirmière, qui vient voir son patient trois fois par jour, avec le dimanche une indemnité supplémentaire de 50 F par trajet, soit pour la Sécurité Sociale un coût total de 14 143,80 F, sans compter la consultation du médecin, le transport et le temps de coordination, ce système incluant une infirmière et une demi-surveillante.



Ceci permet d'illustrer **la nécessaire réflexion avant la promotion de toute nouvelle technique ou supposée telle si nous ne voulons pas arriver à des impasses économiques.**

❖ **M. Laurent BORELLA (FNCLCC)**

La chimiothérapie est un sujet qui me semble important et intéressant à double titre. Il est intéressant parce que vous et nous travaillons de façon très proche. Nous participons à de très nombreuses réunions communes, qu'elles soient officielles ou officieuses, cette problématique faisant l'objet d'un véritable **consensus** quel que soit le mode d'exercice des médecins.

Par ailleurs, nous ne nous inscrivons pas dans des problématiques salariales liées à la rémunération mais qui ont trait à la santé publique et concernent la solvabilité des nouveaux traitements.

Ce sont deux sujets qui me semblent de nature à ne pas bloquer nos responsables politiques parce qu'ils les considéreraient comme corporatistes ou en dehors des priorités liées à la santé publique.

Ce qui nous semble le plus important aujourd'hui est de considérer qu'il n'est pas possible de forfaitiser le prix des molécules, que ce soit dans une pratique libérale ou dans le cadre d'un budget global. Aucun argument objectif ne permet de soutenir la façon dont c'est fait aujourd'hui dans le public, à travers l'intégration des molécules dans un budget global, et la manière dont cela pourrait être fait éventuellement demain dans le privé, sous la forme de forfaits.

Tendanciellement, au moins **les molécules onéreuses ont vocation à être payées en fonction de leur prix d'achat** en dehors des processus de financement des soins. Je ne préjuge pas de l'évolution de ces derniers, mais c'est un point très important qu'il faut afficher avec force, que ce soit dans le cadre d'un budget global, du coût de la pathologie demain ou des honoraires libéraux, car c'est la seule façon de garantir aux patients les meilleurs traitements quel que soit le processus de prise en charge. De plus, c'est la seule façon de faire en sorte que les réseaux puissent fonctionner correctement.

Je n'ai pas bien compris où vous vous en venez dans votre dernier transparent. Voulez-vous dire que les **réseaux** sont finalement contre-produ-

tifs ? J'estime pour ma part qu'ils sont l'avenir, et je pense que d'autres approches, en termes de coûts, permettraient de voir la situation différemment, par exemple du point de vue du patient.

❖ **Dr Pierre- Luc ETIENNE**

Je n'ai pas voulu dire que les réseaux étaient contre-productifs, mais il faut faire attention, car je les assimile pour ma part au phénomène Internet, qui s'enfle et coûte très cher.

On peut faire mieux et, quand on nous donne, d'en haut, des exemples à suivre, il faut, en premier lieu, voir combien cela coûte.

❖ **Dr Gérard AUCLERC**

De toute façon, quand on lit le dossier de la commission sur la chimiothérapie à domicile, elle recommande en effet des médecins coordonnateurs, mais ils ne doivent être ni l'oncologue ni le médecin traitant du patient. Or, je ne sais pas qui l'on va trouver comme coordonnateurs compte tenu de la pénurie des médecins.

❖ **Mme Claire COMPAGNON** (Ligue contre le cancer)

J'avais préparé une intervention, mais je ne vais pas la faire dans la mesure où un certain nombre de points ont déjà été évoqués par les précédents orateurs.

Viennent d'être dénoncés de façon véhémement par des médecins, les inégalités, la moindre qualité, l'absence de soutien psychologique, les démarches administratives si fastidieuses tant du côté des malades que des professions médicales. Je n'ai rien à dire de plus dans la mesure où les **Etats Généraux** organisés par la Ligue n'ont fait que mettre cela en avant.

Souvenez-vous que lors des 1<sup>ers</sup> Etats Généraux des malades atteints de cancer en 1998, la plupart des témoignages étaient centrés sur la **dimension relationnelle** par rapport au monde médical et la société, et qu'en 2000, nous avons entendu des prises de parole sur la **qualité** des soins et

les **inégalités** selon que l'on habite à Tulle, Paris, Montpellier ou ailleurs. Nous partageons manifestement ces constats.

Pour illustrer ce propos, je vais vous raconter une histoire que je trouve relativement éclairante au regard du thème de cette matinée.

Quand j'ai lu l'intitulé de la matinée, "Quelle prise en charge pour la chimiothérapie ? ", j'ai trouvé bien évidemment qu'il manquait le mot patients. J'aurais préféré comme titre : "Quelle prise en charge pour les patients en chimiothérapie ? ", relier la thérapeutique au malade, penser la prise en charge globalement.

Le problème majeur aujourd'hui est de savoir ce qui se passe quand on a besoin d'une chimiothérapie. Les problèmes administratifs et financiers évoqués précédemment font également partie de la vie des patients.

Venons-en à l'anecdote : **J'ai travaillé il y a quinze jours avec un groupe de femmes malades**. Nous avons rencontré une syndicaliste française bientôt appelée à d'autres fonctions européennes ; appelons-la "Nicole".

Dans ce groupe auditionné, nous avons une malade ayant un cancer du sein en récurrence, traitée dans l'ouest de la France et suivie par un établissement spécialisé.

Elle est sous herceptine®. Son médecin cancérologue, avec lequel elle entretient de très bonnes relations, l'a appelée cet été en lui disant qu'il rencontrait un vrai problème dans la mesure où le produit n'était plus disponible pour des raisons financières et qu'il allait devoir arrêter le traitement. Il a ajouté : "*Vous qui connaissez beaucoup de monde, vous pouvez peut-être faire quelque chose pour que nous en ayons à nouveau*".

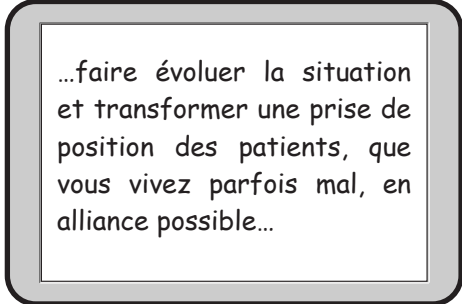
Cette malade évoque cette situation, très douloureuse pour elle, devant "Nicole" - c'était très convivial, très charmant et très urbain -, et alors nous voyons cette représentante syndicale - qui appartient à la CFDT et qui dans ce cadre a quelques liens avec la caisse nationale d'assurance maladie - découvrir le problème et nous indiquer immédiatement qu'elle allait "appeler Bernard", ce qu'elle a fait. Je précise que c'est une histoire vraie.

J'ai vu "Bernard" quelques jours après - comme c'est le cas très régulièrement -, qui m'a dit : "*Cela ne va pas du tout ! C'est inadmissible*". Je lui ai répondu : "*Monsieur le Ministre, vous trouvez cela inadmissible, mais ces situations se rencontrent régulièrement et on attend des malades, aujourd'hui, qu'ils interviennent*".

Faut-il penser que les malades sont pris en otages ? Les malades avec lesquelles j'en ai parlé -qui sont évidemment plusieurs dans ce cas- m'ont indiqué qu'elles ne s'étaient pas senties prises en otages. Elles se sont surtout senties très insécurisées, très inquiètes et très en colère, non pas contre leur médecin oncologue, mais contre les niveaux de responsabilité divers et variés qui en l'occurrence ont joué dans ce cas de figure.

Vous êtes un certain nombre ici à avoir adressé des courriers, l'année dernière, pour obtenir des dotations supplémentaires en matière de **thérapeutiques coûteuses**, certaines ayant été octroyées qui ne sont pas encore vraiment arrivées. Elles sont en particulier restées bloquées dans les ARH. Le ministre était surpris de ces blocages : j'espère que vous lui avez rappelé qu'entre les décisions de l'administration centrale et la redescende sur le terrain, un certain temps s'écoule.

Manifestement, les syndicalistes, qui s'intéressent aux problèmes de santé, qui gèrent la CNAM, découvrent ou semblent découvrir ce type de problème, le Ministre paraissant trouver cela exagéré, tout à fait exceptionnel et inadmissible, sans parler des journalistes. Or, entre les émissions de télévision récentes sur le cancer, les articles dans la presse, nos déclarations respectives, un certain nombre de propos ont été tenus sur cette question.



...faire évoluer la situation et transformer une prise de position des patients, que vous vivez parfois mal, en alliance possible...

Mon souci en vous racontant cette histoire est de revenir sur la place des patients, car nous nous rendons compte qu'aujourd'hui vous êtes un certain nombre à les considérer, en leur demandant de jouer un rôle, notamment d'intervention publique auprès des Pouvoirs Publics.

**Nous avons dans ce cadre une alliance objective à trouver** pour faire évoluer la situation et transformer une prise de position des patients que vous vivez parfois mal, en alliance possible. Il est important de se rendre compte que les patients peuvent aussi être des vecteurs de changement, dans un certain nombre de cas à vos côtés.

L'exposé de M. COLIN a été extrêmement pertinent, pugnace et démonstratif, mais nous sommes dans notre microcosme. La question est de savoir de quelle façon continuer, à l'occasion de manifestations comme les Etats Généraux - il y en aura certainement d'autres de cet ordre -, à porter sur la place publique ces questions qui intéressent l'ensemble de la population.

Vous vous souvenez de la levée de boucliers quand le problème des trithérapies et du tirage au sort s'est posé. Va-t-on procéder de même en matière de pathologies cancéreuses ? En sommes-nous là ? Avons-nous atteint ce degré de gravité qui impose une prise de position ?

La question est de savoir de quelle façon continuer à porter ces questions, qui intéressent l'ensemble de la population, sur la place publique.

Par ailleurs, j'ai lu aussi, pour y avoir participé à divers titres, le compte rendu des groupes de travail sur la chimiothérapie et le suivi des techniques innovantes en cancérologie. Il est clairement indiqué dans la conclusion que les patients doivent bénéficier aujourd'hui, et pas

seulement demain, des progrès reconnus.

Ces éléments ont été portés - une réunion a eu lieu à ce sujet le 28 juin - à la connaissance du Ministère, écrits et clairement exposés, la question étant de savoir quoi faire et quelle action mener pour faire aboutir ce que les uns et les autres estiment être important et urgent.

Je ne reviendrai pas sur l'ensemble des questions que vous avez abordées de façon extrêmement précise s'agissant des attentes des patients en matière de chimiothérapie et de prise en charge.

En revanche, je ne suis pas en accord avec vous sur le problème de la **chimiothérapie à domicile**. La demande est en effet aujourd'hui, pour des raisons que nous connaissons, de plus en plus importante pour externaliser les soins et réduire les séjours en hospitalisation conventionnelle, avec un développement en ambulatoire qui se fait dans des conditions d'accueil et de qualité déplorables dans un certain nombre d'endroits.

La question de la chimiothérapie à domicile n'est-elle pas une opportunité qui en plus rejoint le désir d'un grand nombre de patients ? Effacer pour des raisons techniques - que j'entends - la question de la chimiothérapie à

domicile me semble être un peu rapide, mais nous aurons peut-être l'occasion d'y revenir.

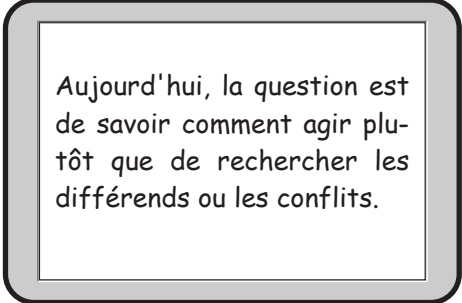
Il est important de savoir que pour un certain nombre de patients, notamment dans certains départements de France, ce mode de prise en charge doit être considéré comme tout à fait important et complémentaire et non substitutif à l'hospitalisation traditionnelle.

Je pourrais largement évoquer toutes les conditions qui doivent être réunies pour que la chimiothérapie se fasse dans des conditions de **qualité** et de **sécurité**, mais ce serait redondant par rapport à ce qui a été dit sur les conditions en amont de la prescription. Il ne faut pas oublier de prendre en compte la **situation environnementale et psychosociale** des malades, la décision devant être partagée entre l'équipe médicale, le malade et ses proches, qui jouent un rôle important.

**Il faut mettre en place une organisation coordonnée.** Vous avez souligné le problème du financement du coordinateur, notre position étant commune en la matière. Nous savons très bien -ce ne sont pas des aspirations idéales ou des fantasmes de bien portants- que l'exercice de la chimiothérapie à domicile suppose

des changements dans la réglementation et de revoir la question de l'hospitalisation à domicile ainsi qu'un certain nombre de modes de financement.

Aujourd'hui, la question est de savoir comment agir plutôt que de rechercher les différends ou les conflits.



Aujourd'hui, la question est de savoir comment agir plutôt que de rechercher les différends ou les conflits.

Je n'irai pas plus loin, car je pense qu'il est temps d'échanger et de partager plutôt que de répéter ce qui a déjà été dit lors des interventions précédentes.

❖ **Dr Philippe MARTIN** (Président du Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues - SNRO - )

Je suis heureux de l'ouverture que donne aujourd'hui la Ligue en disant qu'il faut travailler de concert pour pouvoir promouvoir les techniques en direction du confort et de la demande des patients.

Je suis néanmoins un peu étonné dans la mesure où lors des Etats Généraux nous avons interrogé la Ligue sur l'accès des patients aux **nouvelles technologies en radiothérapie** et éventuellement sur ce que pourrait représenter pour eux le fait de ne pas bénéficier de celles-ci.

Cela rejoint le problème qui s'est posé en Australie, où un cri d'alarme fort a été poussé, ce pays étant confronté au même problème que nous, à savoir pas assez de radiothérapeutes et un retard en matière de plateaux techniques.

Il a été indiqué officiellement qu'en Australie environ 5 000 malades perdaient des chances d'être guéris en ne recevant pas le traitement radiothérapique adéquat.

Or, lors des Etats Généraux, le Conseil d'Administration de la Ligue avait décidé de ne pas porter cette question sur la place publique et de ne pas aider, car cela relevait plus des syndicats et des questions d'ordre corporatiste vis-à-vis des médecins.

Je pense pour ma part -comme vous venez de le dire, ce qui constitue une évolution positive- que nous devons tous nous allier pour faire comprendre à nos dirigeants et aux structures locales qu'il existe une demande et un besoin et que les patients doivent pouvoir bénéficier dans les meilleures conditions possibles des apports et des évolutions, qu'il s'agisse de médicaments ou de différentes techniques.

#### ❖ **Mme Claire COMPAGNON**

Je peux vous dire pour y avoir participé que la position du Conseil d'Administration de la Ligue était plus complète et complexe.

Nous avons eu lors des derniers Etats Généraux un débat sur la question de l'accessibilité à un certain nombre d'appareils de radiothérapie et d'innovations technologiques et thérapeutiques. L'après-midi du samedi avait été largement consacré à l'accès aux soins et surtout à l'égalité dans les soins, dont l'accès au matériel fait partie.

Il était plus compliqué pour nous de rentrer dans des débats sur le fait qu'il faudrait plutôt un appareil à Saint-Brieuc qu'à Saint-Malo, Marseille ou ailleurs.

**En effet, la Ligue change** et n'a plus seulement une position d'expert médical. Il a existé pendant longtemps - notamment vis-à-vis des Pouvoirs Publics - une sorte de confusion s'agissant du rôle de la Ligue - même si nous l'avons sans doute générée.

Il ne nous appartient pas de décider s'il faut un appareil à Saint-Brieuc, Saint-Malo ou ailleurs. Notre rôle est de dire que la question de la qualité des soins est primordiale, afin que tous les malades puissent accéder à des soins de qualité quel que soit leur domicile, et qu'il s'agit d'une question publique.

❖ **Dr Philippe MARTIN**

Toute action des médecins sera toujours taxée de corporatiste, alors que si nous nous alliions avec vous s'agissant des besoins de santé publique nous pourrions exercer une pression plus grande pour faire connaître ces problèmes.

❖ **Mme Claire COMPAGNON**

N'oubliez pas que cette alliance devra répondre à certaines conditions. Mon propos doit être clair : les malades ne servent pas uniquement à obtenir des médicaments. Ils doivent être entendus, écoutés et accompagnés. C'est là qu'est le "marché" dans sa globalité, si je puis me permettre cette caricature quelque peu triviale.

❖ **Dr Philippe COLIN**

Je suis d'accord sur ce qui vient d'être dit. Il faudrait qu'au cours de l'étape suivante **les médecins et les patients** puissent mettre à plat tous les petits problèmes qui se posent, dont un certain nombre pourraient être réglés très simplement - sans parler de budgets et d'argent -.

Le pouvoir des caisses régionales est exorbitant face à ces problèmes, ce qui est injuste, ni les malades ni les médecins ne pouvant se défendre. Peut-être cela sera-t-il plus facile en s'y mettant à deux.

Concernant la **chimiothérapie à domicile**, je tiens à préciser tout d'abord que je n'en fais pas une affaire personnelle.

Par ailleurs, j'ai simplement dit que vous dépensiez peut-être beaucoup d'énergie pour pas grand-chose.

Le 5FU à domicile, que Pierre-Luc ETIENNE a évoqué, est le meilleur exemple de chimiothérapie à domicile, mais il sera certainement prochain-



nement remplacé - et tant mieux - par des médicaments oraux. En revanche, les chimiothérapies plus actives et plus technologiques nécessitent une certaine sécurisation.

J'estime que les petites entités de traitement proches du domicile pourraient être multipliées en imposant des règles de sécurité. En revanche, je suis tout à fait pour la prise en charge des soins de support à domicile.

#### ❖ Dr J.P. WAGNER

J'ai été nommé comme expert dans le cadre d'une Conférence Régionale de Santé sur **la proximité et la qualité** des soins en cancérologie. Je viens de l'Alsace, région qui a beaucoup de particularismes.

J'ai eu un débat public avec le chef de service de Mulhouse, qui fait de la chimiothérapie à domicile depuis longtemps, mais uniquement avec le 5FU.

Nous avons dans notre clinique mené l'expérience inverse. Nous avons proposé à des patientes a priori curables des chimiothérapies de vexan®. Elles sont réputées importantes, mais elles présentent l'avantage que les trois produits nécessaires sont disponibles en pharmacie de ville, ce qui ne pose aucun problème en matière de prescription.

Sur les 20 patientes que nous avons traitées de la sorte, 10 m'ont dit qu'elles refuseraient dorénavant la chimiothérapie à domicile, car elles estiment qu'il faut séparer le domicile du lieu de soin.

En revanche il faut développer les structures de chimiothérapie de proximité, ce à quoi nous travaillons. Il pourrait s'agir du cabinet de l'infirmière libérale. Cela permettrait de ne pas déplacer les patients trop loin et de ne pas faire la chimiothérapie chez eux, avec le vécu difficile que cela sous-entend.

Par ailleurs, je n'ai pas connaissance d'**associations de patients cancéreux** en Alsace et je voudrais savoir s'il en existe dans le reste de la France. Quand certains patients me demandent comment ils peuvent m'aider, je leur réponds qu'il faut créer une association, mais le problème réside dans le fait que 99,80 % de nos patients refusent de militer dans une association. Mon analyse est qu'ils pensent qu'ils ont mérité leur cancer, raison pour laquelle ils ne veulent pas aller sur la place publique avec -comme le disait Bernard KOUCHNER- des pancartes, pour rejoindre une foule de cancéreux devant le Ministère.

❖ **Mme Claire COMPAGNON**

L'action collective des patients atteints de cancer a pris un tour un peu nouveau avec les Etats Généraux des malades. Un **réseau de malades** s'est constitué depuis les derniers Etats Généraux que nous avons organisés. Il travaille sur **trois chantiers**, dont l'un particulièrement important traite de la **consultation des annonces**.

Il travaille également sur la **précarité**, car les malades estiment que ce débat est peu ouvert sur la réalité de la précarité économique et sociale que vivent les malades, en particulier les jeunes malades.

Ils réfléchissent à la **création d'un mouvement de patients** en France : La question de l'action collective des malades atteints de cancer donne lieu à un vaste débat. Comme certains d'entre vous le savent, j'ai travaillé dans le domaine du SIDA, où l'action collective des malades a été très importante, et j'ai été étonnée, quand j'ai intégré la Ligue Contre le Cancer, de constater que ces développements étaient aussi peu nombreux dans le domaine du cancer.

Nous menons un important travail de recherche, avec une équipe de sociologues de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, sur le **vécu des malades** atteints d'un cancer **et l'action collective** ; les résultats de ce travail feront l'objet de publications en 2002.

❖ **M. Gérard VIENS** (Professeur d'économie de la santé)

J'ai entendu les demandes à la fois des professionnels et des patients, qui souhaitent une meilleure prise en charge, à domicile ou ailleurs, ainsi que de meilleures conditions de financement pour permettre de meilleurs soins.

**D'où l'argent vient-il ?** En effet, tout le monde est forcément d'accord quand il est question d'améliorer la situation, mais qui supportera les coûts ? Cela sera-t-il au détriment d'autres pathologies et qui fera les choix ou faut-il réfléchir à d'autres formes de financement supplémentaires ?

Il faut peut-être réfléchir à des assurances supplémentaires liées à la couverture de nouvelles formes de traitement ou d'une nouvelle organisation

des soins. En tout cas, je trouve qu'il est un peu facile de parler de meilleures conditions. Il est évident qu'il faut résoudre les dysfonctionnements, mais d'une façon générale l'on a besoin de plus de moyens, dans un contexte de ressources rares, et je ne crois pas que la population sera prête à laisser augmenter de façon sensible les prélèvements obligatoires, la question étant de savoir comment résoudre le problème.

❖ **Mme Claire COMPAGNON**

J'imagine que Bernard KOUCHNER a dû vous parler d'argent, car c'est ce qu'il fait en ce moment quand il évoque le cancer. Je n'ai pas entendu ses propos car j'étais bloquée dans un avion.

Il faut en effet trouver des ressources supplémentaires : Un point de CSG représenterait pour un revenu très bas 4.000 F supplémentaires par an contre 50.000 à 60.000 F de ponctions supplémentaires par an pour un revenu relativement élevé, la question étant de savoir qui est prêt à accepter cela. C'est bien de cela dont il s'agit, mais je n'ai pas l'impression que nous y soyons prêts les uns et les autres.

Par ailleurs, la question de l'information du public se pose en matière de remboursements et plus généralement à propos des aspects économiques de la santé.

Je prône, dans le cadre de mon travail sur la préparation de la loi sur les droits des malades, l'**organisation de conférences citoyennes** sur le plan régional, sur les problèmes de santé, afin d'informer réellement le public sur ce que coûte la santé et ce qu'il doit accepter de privilégier à certains moments par rapport à d'autres éléments, tout en sachant qu'il n'a pas conscience de cela.

Ces débats publics n'existent pas. Quand nous informons le public du coût réel des traitements et du bénéfice thérapeutique d'un certain nombre d'entre eux, il tombe des nues. Peut-être l'industrie, qui va prendre la parole, nous en dira-t-elle plus à ce sujet, mais l'argent vient aussi de là.

❖ **Dr Gérard AUCLERC**

Merci de m'aider. Il est temps en effet de donner la parole aux représentants de l'industrie. Tout d'abord le docteur MAHJOUBI du laboratoire

AVENTIS puis le docteur Charles TAÏEB du laboratoire BIOMÉRIEUX PIERRE FABRE.

❖ **Dr Mondher MAHJoubi (AVENTIS)**

Merci à Philippe BERGEROT de m'avoir donné l'occasion de parler du point de vue de l'industrie pharmaceutique concernant l'avenir de la chimiothérapie.

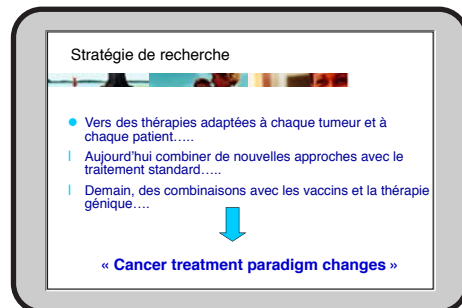
J'avais envie de faire quelques commentaires, mais je m'en tiendrai à un seul étant donné ce qui a déjà été dit. Bernard KOUCHNER a parlé de 1.000 MDF. L'on estime dans ce cadre **le coût du cancer** entre 60 et 70 MDF tout compris (chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie), entre 2 et 2,5 MDF correspondant à celui de la chimiothérapie.

Le **coût des médicaments** anticancéreux a certes augmenté de manière significative au cours de la dernière décennie mais cette affirmation doit être pondérée par :

- le bénéfice thérapeutique pour le patient en terme de durée et de qualité de vie ;
- le recours moindre aux hospitalisations et aux traitements symptomatiques liés à la progression de la maladie ;
- la pratique médicale qui influe directement sur le coût de la prise en charge : schéma d'administration, durée du traitement...

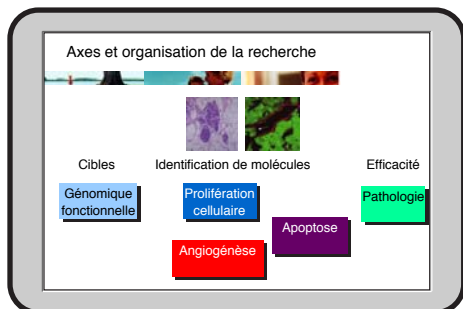
Quant à l'**évolution de la chimiothérapie** dans les années à venir, il faut signaler que les avancées fondamentales dans le domaine de la biologie du cancer ont non seulement permis une meilleure connaissance des mécanismes intimes de cancérisation mais aussi et surtout

l'identification de nouvelles cibles d'intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique.



Nous assistons en effet à une véritable révolution, (presque) culturelle, de notre approche du traitement avec la fin du dogme du tout cytotoxique et l'émer-

gence d'une approche plus ciblée et plus adaptée à chaque patient et à chaque tumeur. Ce dernier point est essentiel puisqu'à ce jour beaucoup de malades continuent à recevoir



des chimiothérapies sans que l'on sache avec certitude et a priori s'ils vont réellement en bénéficier ou non. Tout comme nous ignorions quels patients étaient résistants et pourquoi.

Les mutations profondes de l'environnement scientifique, technologique mais aussi économique et social nous ont amené

à **repenser notre organisation** en focalisant nos ressources sur les véritables innovations thérapeutiques à forte valeur ajoutée et à tirer profit des avancées technologiques pour accélérer le processus de recherche et mieux l'orienter.

Par ailleurs et afin d'optimiser les programmes de recherche, des **partenariats** ont été développés avec des organismes de recherche publics ou privés dotés des expertises et des plateformes technologiques appropriées. Cette stratégie d'alliance et de partenariat est structurante par elle-même et représente une véritable évolution du monde de l'industrie pharmaceutique avec la fin du «not invented here» syndrome.

Pour mieux répondre à ces nouveaux défis et **accompagner le changement du paradigme** dans la prise en charge du cancer, notre recherche s'est organisée en conséquence à travers trois grands départements dont les missions s'articulent autour de trois étapes :

- L'identification des nouvelles cibles diagnostiques grâce en particulier à la génomique fonctionnelle
- La recherche de molécules dirigées contre ces cibles à différentes étapes du processus tumoral
- L'évaluation pré-clinique et pharmacologique expérimental

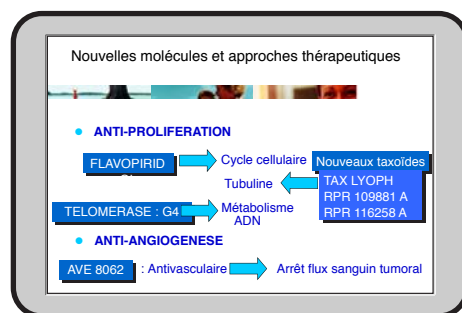
Pour illustrer mon propos voici les **axes de recherche** (cible) ainsi que les molécules en cours d'évaluation préclinique chez AVENTIS :

- Le cycle cellulaire / le flavopiridol

- Fuseaux et tubuline / les nouveaux taxanes
- Métabolisme de l'ADN / Télomérase
- Angiogenèse / AVE 8062
- Les deux autres domaines de recherche sont l'apoptose et l'immunothérapie (alvac).

Les évolutions de l'environnement politique, économique et réglementaire impactent indiscutablement sur notre stratégie de développement qui doit, en plus, s'adapter aux évolutions technologiques et scientifiques : en effet il est non seulement **indispensable d'accélérer** (avec toutes les garanties de qualité) le processus de mise sur le marché afin de répondre et au besoin médical non satisfaits et aux contingences économiques, mais aussi de faire évoluer la stratégie de développement, les critères d'évaluation et d'enregistrement pour mieux les adapter aux nouveaux concepts thérapeutiques.

En attendant, le concept d'indications dit «**niches**» est celui actuellement choisi par nombreuses firmes pour développer les innovations thérapeutiques. L'idée est de cibler des situations d'échecs thérapeutiques ou des indications dites «orphelines» sans traitement standard ou de référence



connu pour démontrer un bénéfice thérapeutique et obtenir un enregistrement précoce (parfois sur la base uniquement de résultats de phase II) mais conditionnée à la production de résultats d'études comparatives. Combien même une molécule a une AMM précoce, ce n'est que le début du développement clinique dont l'essentiel (meilleure évaluation du rapport

bénéfice/risque ; combinaison avec d'autres moyens thérapeutiques et positionnement dans l'arsenal thérapeutique, voire autres indications) se fera après la première commercialisation. C'est dire si les investissements financiers restent importants et les délais particulièrement longs avant de pouvoir positionner une molécule dans une stratégie thérapeutique en situation palliative et encore plus en intention curative.

Le développement du taxotère illustre bien la stratégie que je viens de décrire. Les premières études de phase II initiées en 1991 ont permis de détecter une activité exceptionnelle dans le cancer du sein métastatique résistant ou réfractaire aux anthracyclines ; activité démontrée par des études de phase III dès 1996, soit près d'une année après que le produit ait reçu son AMM en Europe et aux USA.

Les études en adjuvant/néoadjuvant ont été débutées avec plusieurs groupes coopératifs dès 1996/1997 avec des résultats attendus dès 2002 soit près de 10 ans pour la seule indication cancer du sein. Indication dans laquelle taxotère va continuer à être évalué surtout avec l'avènement de nouvelles molécules non cytotoxiques, telles que herceptine, iressa ou flavopiridol.

En parallèle, le même process de développement est suivi pour d'autres localisations tumorales (cancers du poumon, de la prostate, de l'ovaire, de l'estomac et ORL) avec des problématiques méthodologiques différentes, un positionnement dans la stratégie thérapeutique différent et parfois un profil produit et un rapport bénéfice/risque différents.

Axe de développement			
PRODUITS	PHASES	COMBINAISONS + CYTOTOXIQUES	INDICATIONS
FLAVOPIRIDOL	II	+ CAMPTO + TAXOTERE	Colon, Poumon, LLC
AVE 8062	I-II	+ CAMPTO	Colon
ALVAC / CEA	I-II	+ CAMPTO / 5FU + TAXOTERE	Colon Sein
PS3	II-III	+ TAXOTERE	ORL, Sein, Poumon, prostate

Les tableaux suivants résument les autres molécules actuellement

en développement chez AVENTIS<sup>5</sup>

#### ❖ Dr Charles TAIEB (BIOMÉRIEUX PIERRE FABRE)

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs permettez -moi, au nom des laboratoires BioMérieux Pierre Fabre de vous remercier de nous donner l'occasion de partager avec vous les différents échanges de cette journée.

Responsable des **Programmes de Pharmaco-Économie** au sein des laboratoires BioMérieux-Pierre Fabre, je souhaite décrire, au travers d'un

<sup>5</sup> Nous n'avons pas pu reproduire ici toutes les diapositives de Monsieur Mahjoubi et nous le prions de bine vouloir nous en excuser.

travail réalisé en collaboration avec le CRESGE, les contraintes économiques auxquelles sont confrontés les acteurs de santé.

Effectivement, les «partenaires» du système de santé sont confrontés de manière de plus en plus aiguë, à l'obligation d'assurer une utilisation optimale des ressources disponibles. Le terme de partenaire recouvre l'ensemble des acteurs du système de santé observés comme participants à des processus de coopération, professionnels de santé, usagers, familles, pouvoirs publics, assurances qu'elles soient complémentaires ou pas.

A l'échelle individuelle ou collective, ces partenaires sont souvent en situation de devoir faire des choix entre plusieurs alternatives. L'évaluation médico-économique aide à l'éclairage des choix entre une ou plusieurs alternatives de soins. Le terme de soins est pris ici dans un sens large de techniques, procédés, procédures ou organisation. Ce terme peut s'appliquer dans une finalité diagnostique ou thérapeutique, curative ou de réadaptation.

Comme vous le savez, depuis les ordonnances d'avril 96, le principe d'un plafonnement a priori des dépenses de santé est institutionnalisé au niveau du parlement. Ceci s'effectue, chaque automne par le vote de la loi de financement de la sécurité sociale - LFSS - qui fixe l'objectif de dépense à ne pas dépasser pour l'année suivante. Cet objectif se décline par région en enveloppes prévisionnelles de ressources disponibles pour les différents soins et les différents professionnels de santé.

La mise en place des Observatoires Régionaux de Santé met en évidence l'attention portée à deux notions importantes :

- Il faut connaître l'état de santé au niveau collectif.
- La région est une dimension territoriale pertinente.

La création des Observatoires Régionaux de Santé s'inscrit dans un mouvement dont les aboutissements récents sont le renforcement des moyens et des compétences des services statistiques du Ministère de la Santé, la mise en place de banques de données de santé publique, la création de différents organismes de veille sanitaire (IVS, AFSAPS, etc.)

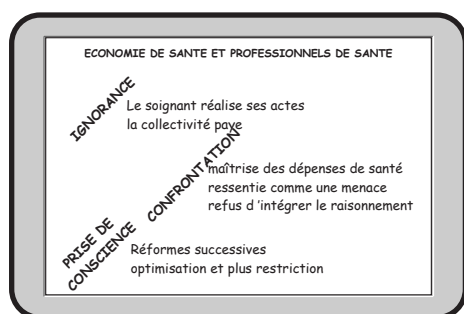
Au delà de la production de connaissances relatives aux états et facteurs de santé, il paraît déterminant de raisonner sur la base des besoins de santé pour adapter l'offre de soins. Cette correspondance «offre-besoins» doit préserver une double garantie :



- l'accès aux soins pour tous,
- la qualité des soins pour tous.

De façon schématique on peut distinguer **3 époques** successives dans la façon dont les professionnels de santé considèrent l'économie de la santé.

- La première (1945-1975), est marquée par l'ignorance, le soignant réalise les actes et la collectivité paye, dans une relation de confiance totale sur la pertinence et la qualité des soins prodigués.
- La deuxième époque (1970-1995) apparaît marquée par la confrontation. Les concepts, méthodes et procédures de maîtrise des dépenses de santé apparaissent quelles que



soient les alternances gouvernementales, nous pourrions ajouter que cette maîtrise s'observe ou s'impose dans l'ensemble des pays industrialisés d'Europe. Les professionnels de santé dans leurs discours dominants présentent cet ensemble comme une menace et une atteinte à la santé des personnes.

- Depuis 95, les réformes instrumentalisent l'obligation collective d'apporter aux populations des soins de qualité au moindre coût. Les professionnels de santé s'approprient petit à petit les notions économiques, non plus au sens de restriction de la capacité d'intervention mais plutôt au sens d'aide à l'optimisation de celle-ci.

Apporter des réponses de qualité aux besoins des populations au sein d'une enveloppe de ressources financée par la collectivité et déterminée par sa représentation parlementaire, confère aux réflexions économiques une importance particulière

Par exemple : on privilégie, entre plusieurs alternatives de soins celles qui, pour le coût le plus faible, apportent : efficacité thérapeutique, accès aux soins pour chacun, qualité de vie et satisfaction du patient.

Les observations issues des études médico-économiques concourent à donner l'assurance aux différents partenaires du système de santé que l'utilisation des ressources disponibles privilégie l'intérêt général, autrement dit, qu'il faut aller vers la recherche permanente de soins de meilleure qualité pour un coût moindre, et ce afin qu'un maximum de produits techniques ou de services soit disponible pour le plus grand nombre.

**La médico-économie n'a pas pour ambition d'être la dernière ligne d'un bilan comptable.** Elle n'a donc pas, vous le comprenez, pour ambition de limiter les dépenses mais d'assurer une meilleure allocation des ressources disponibles.

Si les coûts directs et les coûts indirects sont évalués, les coûts intangibles le sont également, et ce tout particulièrement dans l'évaluation médico-économique telle que nous souhaitons l'exprimer au sein des laboratoires BMPE.

**La chimiothérapie nous offre un exemple concret...**

La mise à disposition par un laboratoire pharmaceutique, d'une forme galénique orale d'une chimiothérapie jusqu'alors disponible uniquement sous forme intraveineuse nous autorise l'opportunité d'une évaluation médico-économique.

La prise en charge d'un patient par chimiothérapie orale pourrait effectivement éviter des hospitalisations en milieu spécialisé, nécessitées par l'administration des perfusions intraveineuse. Le confort du traitement, la qualité de vie du patient et sa satisfaction s'en trouveront améliorés. Nous parlerons alors d'Amélioration du Service Médical Rendu, et cela est déjà satisfaisant. Mais au delà de cette notion, la médico-économie peut apporter le témoignage d'une Amélioration du Service Global Rendu au patient avant tout mais aussi à l'ensemble des partenaires de notre santé.

Les conditions matérielles de la préparation dans un premier temps et de l'administration dans un second temps des médicaments (et particulièrement des antimétabolites) aux malades en milieu hospitalier font partie intégrante de l'analyse des procédures permettant l'élaboration de la **compatibilité analytique hospitalière** présentée par groupe homogène de malades (GHM) à l'intérieur du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Ainsi on est en mesure de calculer le coût moyen de chaque GHM, lui-même décomposé par grands postes de dépenses, à savoir :

- les dépenses de personnel ;
- les dépenses de consommables médicaux ;
- les dépenses d'amortissement, de maintenance des matériels médicaux des unités d'hospitalisation ;
- les dépenses de logistique médicale ;
- les dépenses d'actes médico-techniques ;
- les dépenses de logistique ;
- les dépenses de structure.

En oncologie, une hospitalisation, de type temps partiel ou en hôpital de jour, pour une administration d'une chimiothérapie anticancéreuse correspond au **GHM 681** .

Il est clair que les GHM sont aujourd'hui un outil reconnu et utilisé, que le PMSI dont ils sont issus est un instrument de mesure de l'activité médicale et l'outil de base pour l'allocation des ressources. Les coûts moyens de chaque GHM sont l'expression monétaire de ressources humaines mobilisées, de ressources médicales, ou non médicales consommées, d'espaces et d'infrastructures utilisés, le tout dans l'intérêt et au bénéfice du patient hospitalisé.

Sont donc ici retenues les données descriptives de recensement et d'analyse qualitative des opérations standardisées, afin de mettre en lumière les points, les différents postes où l'utilisation et l'administration de Navelbine Orale à la place de Navelbine Injectable (ou de tout autre antimétabolite) présente **une amélioration en terme d'efficience**

#### **En terme d'espace...**

La chimiothérapie par voie veineuse doit être précédée par la reconstitution : cytotoxique + sérum physiologique. Cette reconstitution doit être effectuée dans une pièce isolée et calme à l'abri des courants d'air, sur une surface de travail suffisamment grande, facile à entretenir et à désinfecter.

#### **En terme de santé publique...**

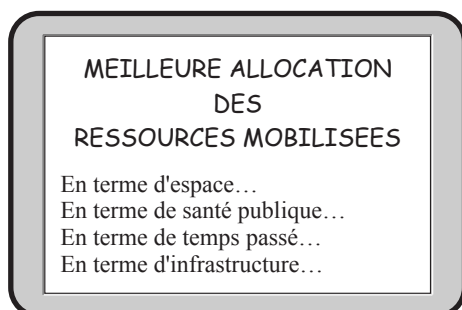
Durant la reconstitution de la chimiothérapie, le personnel soignant devra éviter tout contact direct avec le produit et se protéger en conséquence

(gants, lunettes). De plus les risques de piqûres accidentelles liés à la manipulation d'aiguilles sont loin d'être négligeables ; en 1992 une étude dans les services de médecine interne et des urgences, mettait en évidence un risque d'accident de 0,21 par infirmière et par an<sup>6</sup>. Les infirmières pour 57 % et les médecins pour 18 % sont parmi les professionnels de santé les victimes les plus fréquentes des piqûres accidentelles. Cette même étude mettait en évidence que les aiguilles<sup>7</sup> étaient responsables de 26 % des piqûres accidentelles qui survenaient dans 60 % des cas après l'injection. Enfin la logistique mise en place pour assurer dans des conditions optimales la gestion des déchets n'est pas nécessaire lors d'une administration orale.

#### En terme de temps passé...

Pour les patients traités par Navelbine orale il ne sera pas nécessaire pour l'infirmière en poste de poser la perfusion, de commencer à injecter une partie du sérum physiologique, les 15 minutes minimum nécessaires à la perfusion de la poche comportant le cytotoxique seront évitées, le rinçage

abondant de la veine n'aura également aucune raison d'être effectué. Dans le cas où le patient est porteur d'un site implanté type «port a cath», les procédures d'héparinisation du cathéter ne seront pas nécessaires.



#### En terme d'infrastructure ...

La forme orale d'une chimiothérapie ne nécessitera ni la mobilisation d'un «lit» d'hôpital de jour, ni la logistique requise en terme d'infrastructure (agencement des rendez vous, nettoyage, restauration, etc..)

L'administration d'une chimiothérapie est, on le voit au travers de cet inventaire, une succession d'étapes laborieuses.

On appréhende ainsi mieux les améliorations du service médical rendu par la mise à disposition de la forme orale d'administration d'une chimiothérapie. Elles vont, bien au delà de l'amélioration du confort et de la qualité de vie des patients et de leurs proches, améliorer également les

<sup>6</sup> Abiteboul, BEH, 1993, 43, 195-196

<sup>7</sup> VIH-INFO-SOIGNANT, Quotidien du medecin, n° 6331, 8 Septembre 98

conditions de travail d'un personnel soignant déjà tant sollicité, et qui ne demande qu'à se mobiliser pour assurer une meilleure utilisation de son temps de travail.

❖ **Dr Gérard AUCLERC**

Merci Messieurs pour ces deux exposés très complémentaires. Nous sommes contraints par le temps et je vous propose d'enchaîner directement sur un autre point de vue afin de garder un minimum de temps au débat. Le plan cancer prend-il en compte les réflexions qui sont les nôtres depuis ce matin ? Nous écouterons successivement madame CHEDRU de la DGS, madame REVEL de la DHOS et notre confrère Franck BÜRKI.

❖ **Mme Marie-France CHÉDRU (DGS)**

Je suis médecin à la Direction Générale de la Santé, qui est en charge du suivi et de la coordination du Plan de Lutte contre le Cancer. Nous nous occupons en propre, en dehors de cela, de certains actes effectués en dehors de l'établissement hospitalier. Je pense en particulier à la prévention et au dépistage.

Il m'avait en effet été demandé initialement de faire le point sur l'état d'avancement du programme de lutte contre le cancer, mais je ne suis pas sûre que cela réponde à votre attente après avoir entendu vos différentes interventions, qui ont été très éclairantes et ont évoqué un certain nombre de difficultés très réelles que nous connaissons.

Par ailleurs, le Ministre nous a fait part ce matin des contraintes financières auxquelles nous sommes confrontés, toutes les mesures qui seraient nécessaires et justifiées mises bout à bout représentant une enveloppe considérable que nous n'avons pas pour l'instant.

... après la réunion du 28 juin 2001 [...] certains ont eu l'impression que tout s'arrêtait.

Je souhaite vous dire que ce n'est pas du tout le cas.

Tout cela pour dire qu'il y aura des choix à faire qui interviendront dans les mois qui viennent.

Enfin, après la réunion du 28 juin 2001, au cours de laquelle a été établi le bilan du travail des différents groupes constitués pour étudier des points particuliers relatifs à la cancérologie, certains ont eu l'impression que tout s'arrêtait et que le 28 juin marquait la fin du travail.

Je souhaite vous dire que ce n'est pas du tout le cas. C'est la fin d'une certaine phase du travail, certains groupes ayant rendu leurs conclusions alors que d'autres ont encore à travailler un peu.

Ensuite, la démarche consistera à établir les priorités - ce qui n'appartient pas uniquement aux services techniques -, puis à voir comment procéder à différentes mises en place.

C'est tout ce que je souhaitais vous dire sur ce sujet aujourd'hui.

#### ❖ Mme Myriam REVEL (DHOS)

Je suis sous-Directrice de l'Organisation des Soins à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, dont Edouard COUTY, le Directeur, sera présent cet après-midi pour parler des coopératives.

Nous avons prévu avec MM. PARMENTIER et BERGEROT de vous présenter un point assez général sur les grands axes du Plan Cancer et de vous indiquer où en sont les groupes de travail, mais cela nous a paru complètement décalé par rapport à tout ce que nous avons entendu, qui est très fort, même si nous avons été très contents de l'entendre mes collaborateurs et moi, car il faut absolument que nous puissions dialoguer sur ces difficultés, qui existent et que nous n'ignorons pas.

Vous aurez compris que nous n'avons pas tous les leviers, mais nous en avons certains. Je ne parlerai pas du levier financier dans la mesure où il a abondamment été évoqué, en particulier par Bernard KOUCHNER et par monsieur VIENS, en des termes tout à fait remarquables.

Nous travaillons avec l'UNHPC à la **régulation de l'offre** de soins, la carte sanitaire ayant un impact sur les places en hospitalisation et aussi sur ce que l'on appelle aujourd'hui les alternatives, notamment à domicile.

Nous avons commencé à travailler sur la régularisation des places dans le secteur privé, à laquelle il conviendrait de procéder avec l'UNHPC. C'est un travail engagé à la DHOS.

- La **première étape**, très intermédiaire, a consisté à envoyer un message aux agences régionales de l'hospitalisation pour leur demander de ne pas prendre de sanctions financières à l'encontre des établissements qui ont dépassé le volume d'activité prévu dans le cadre des places.
- Nous avons, au cours de la **seconde étape**, étudié la façon d'aborder les régularisations.
- Enfin, la **troisième étape**, annoncée par Bernard KOUCHNER, consiste à réguler mieux et autrement, sur la base d'autres critères.

Sont évoqués dans les travaux remis ici - notamment dans ceux de Philippe BERGEROT - le volume d'activité, les critères liés aux patients, etc. Ce sont les pistes sur lesquelles nous devons travailler, d'ailleurs pas uniquement dans le domaine de la cancérologie puisque cela a trait aux équipements et à tous les secteurs concernés par le mode de planification assez ancien que représente la carte sanitaire.

Comme Bernard KOUCHNER l'a indiqué ce matin, c'est pour nous une piste de travail dans laquelle nous sommes très sérieusement engagés, en particulier avec les représentants de l'UNHPC.

Nous avons commencé à travailler sur la régularisation des places dans le secteur privé, à laquelle il conviendrait de procéder avec l'UNHPC.

Concernant l'**hospitalisation à domicile**, vous avez à la fois dit qu'elle devait être complémentaire et ne pas se substituer à d'autres systèmes, ce qui signifie qu'il faut sur le plan de la qualité des soins être très clair s'agissant des malades pouvant être pris en charge à domicile, en étudiant dans quel contexte et avec quelle protocolisation.

Il existe aujourd'hui un **système de taux de change** que beaucoup d'acteurs de la santé trouvent pénalisant. Bernard KOUCHNER nous a d'ailleurs demandé de lui faire des propositions qui contribueraient à changer de logique par rapport à l'hospitalisation à domicile, mais cela aura sans doute un coût. En effet, ce n'est pas parce que l'on supprime un taux de change que les moyens nécessaires au recrutement des personnels sont automatiquement trouvés. C'est une question à lier à celle, plus générale, des moyens, des financements, etc.

En tout état de cause, c'est un mode de régulation très ancien qui apparaît comme peu pertinent à beaucoup d'acteurs, car très automatique, dans la mesure où les critères retenus ont peu à voir avec les patients traités et les questions de santé publique. Nous en sommes conscients et pensons pouvoir faire des propositions à très court terme sur ces sujets.

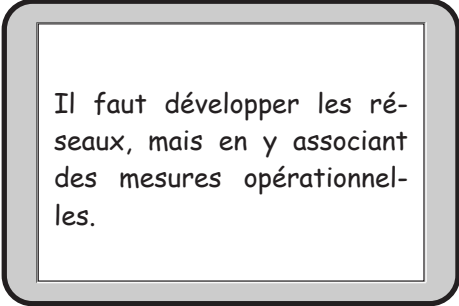
Vous avez indiqué s'agissant des **réseaux** - ce qui est juste, - qu'y participer prend du temps, de même que le fait de prendre part à des Unités de Concertation Pluridisciplinaire, qui sont heureusement de plus en plus nombreuses, ce dont nous nous félicitons, car c'était un objectif et parce que cela représente un plus pour le patient.

Nous sommes conscients que des questions de rémunération se posent, les médecins n'étant pas rémunérés. Cela prend du temps, l'impact de tous ces éléments devant bien entendu être analysé ; il faut en tirer des conséquences. Je suis donc d'accord avec vous pour dire qu'il ne faut pas

se limiter à de l'incantatoire pur. Il faut développer les réseaux, mais en y associant des mesures opérationnelles.

Bernard KOUCHNER a pris un certain nombre d'engagements sur les réseaux et a indiqué qu'Elisabeth GUIGOU et lui-même seraient amenés très prochainement à faire part des orientations dans le cadre du

projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. En tout cas, ne pas se limiter à de grandes affirmations est pour nous une priorité très opérationnelle.



Il faut développer les réseaux, mais en y associant des mesures opérationnelles.



Je sais que cela ne vous satisfera pas complètement. Il est beaucoup plus difficile d'être auprès des patients que là où nous sommes, mais la vertu du dialogue reste intacte. Il faut le poursuivre et essayer de travailler sur tous les leviers dont nous disposons.

❖ **Dr Gérard AUCLERC**

Puisque nous parlons des leviers, avez-vous quelque chose à nous dire Monsieur ECHARDOUR ?

❖ **M. Gilles ECHARDOUR**

Je travaille à l'Agence Régionale d'Ile-de-France et supervise des mises en place en cancérologie. Beaucoup des difficultés évoquées sont connues de nous, **vos propos collectifs contenant beaucoup d'amertume sur le fait que des solutions ne sont pas trouvées**, que cela traîne, que vous constatez des dysfonctionnements, etc. Vous avez évoqué ce matin des conditions de prise en charge fluctuantes à peu près incompréhensibles pour un être rationnellement constitué.

J'ai senti dans votre propos et dans celui du Ministre que vous vous demandiez pourquoi des solutions apparemment simples n'étaient pas retenues. Or, elles ne sont pas toujours aussi simples qu'elles le paraissent. Comme vous l'avez vu, tout cela coûte de l'argent, la question étant de savoir où il est et qui veut en mettre plus sur la table. Cependant, ce n'est pas qu'un problème d'argent, et il est parfois très difficile de faire des choses simples.

Il m'est peu agréable de voir que beaucoup de personnes se satisfont d'un bouc émissaire. On peut se dire à ce sujet que, s'il existait une alliance entre les médecins et les patients pour acculer les Pouvoirs Publics, ceux-ci n'auraient pas le choix et devraient agir. De même, par rapport aux problèmes de médicaments, les mêmes ou d'autres pourraient penser que si nous étions tous d'accord nous pourrions acculer les laboratoires et réduire leur coût. En effet, même si elles ne l'ont pas dit, beaucoup de personnes pensent ici que les prix des nouvelles molécules sont, sans aucune raison, très fortement majorés.

L'amertume existe dans la vie, ce qu'il ne faut pas oublier. En revanche, il serait souhaitable d'oublier la voie du bouc émissaire et surtout d'essayer de trouver une façon de régler ces problèmes.

M. AUCLERC sait qu'en Région Ile-de-France l'on accepte d'aller à la vitesse à laquelle les personnes sont prêtes à agir, mais l'on se rend compte qu'aujourd'hui il faut changer de cap, l'utilité d'une matinée comme celle d'aujourd'hui étant de pouvoir **identifier les domaines dans lesquels cela a trop traîné**.

Ce sont grosso modo mes réactions immédiates.

#### ❖ Dr Raymond DESPAX

Je suis oncologue médical à Toulouse. Je voudrais revenir sur le terrain et les préoccupations qui ont déjà été évoquées, en insistant surtout sur le problème de l'hospitalisation complète.

Il a beaucoup été question de l'ambulatorio et du domicile, comme si tous les cancéreux pouvaient être traités en ambulatorio ou à domicile et qu'il n'existait plus de cancéreux qui vont mal.

L'UNHPC regroupe beaucoup d'établissements, dont plusieurs dizaines sont très importants quantitativement et qualitativement, avec l'écueil constant, depuis dix ou quinze ans, que représentent les structures d'hospitalisation complète de médecine cancérologique. Elles sont devenues un vrai fardeau sur le plan économique pour les gestionnaires de ces établissements. Il ne faut absolument pas oublier cette dimension, qui est incontournable.

Un tiers ou la moitié des cancéreux pris en charge finiront mal. Une partie d'entre eux pourront être traités à domicile, avec des soins palliatifs bien organisés, mais il est incontournable que certains d'entre eux finissent dans une chambre d'hospitalisation médicale de cancérologie.

Or, malgré dix ou quinze ans de sensibilisation à ce problème de la part de l'UNHPC vis-à-vis du Ministère et de la CNAM, nous ne sommes toujours pas arrivés à faire en sorte que les ARH identifient désormais de façon très claire les lits de médecine cancérologique, en considérant qu'**il faut que des lits soient dédiés à la cancérologie et reconnus comme tels pour permettre une prise en charge globale de qualité**. Ils doivent

être complémentaires des unités de traitement ambulatoire et à domicile et financés correctement dans ce but.

Ces lits existent et sont dilués dans des établissements médico-chirurgicaux, mais tout le monde sait que la tarification est très insuffisante et ne permet pas de payer correctement les salaires du personnel médical.

**Il existe dans le trépied chirurgie-radiothérapie-chimiothérapie un pied qui reste beaucoup trop fragile : celui qui correspond aux lits de médecine de recours en cancérologie** en cas de complications en intercures, de traitements difficiles à effectuer ou de phase terminale ne pouvant pas être gérée à domicile, ce qui arrive très souvent. Il est important de s'en souvenir.

J'ai une expérience de ce problème - comme beaucoup d'autres ici - sur le terrain, et je peux vous dire qu'il devient très pénible pour les oncologues médicaux de devoir gérer en permanence des dizaines de patients qui ont besoin d'hospitalisation alors que des gestionnaires qui ont désormais tendance à supprimer les lits de médecine cancérologique parce qu'ils coûtent beaucoup trop cher brandissent au-dessus de notre tête une épée de Damoclès.

C'est aujourd'hui très bien analysé en comptabilité analytique, tenir 15 ou 20 lits de médecine cancérologique étant un lourd fardeau pour un établissement. Cependant, ils sont complémentaires et indispensables quand on veut prendre un malade cancéreux en charge de A à Z.

Il ne faut pas oublier ce volet dans le cadre du plan cancer, car il est important si l'on veut que les patients français continuent à être bien pris en charge. Il faut certes d'avantage d'oncologues médicaux et de radiothérapeutes en amont, des services de chimiothérapie ambulatoire bien organisés et opérationnels ainsi que des médicaments bien financés, mais lorsque tout se complique il faut aussi des lits de médecine pérennisés et des structures pérennes dans lesquelles les cancérologues n'hésiteront plus à s'installer, car ils sauront qu'elles sont solides.

Actuellement, cette spécialité n'attire plus les jeunes pour de multiples raisons, et notamment parce qu'ils savent que les établissements qui jusqu'à présent pouvaient accueillir la cancérologie se posent beaucoup de questions sur la viabilité économique de cette spécialité en structure libé-

rale d'hospitalisation. Je voulais le rappeler, car cela me semble fondamental.

Notamment sur le plan régional, l'ARH, chez nous comme ailleurs, est manifestement incapable de dégager des solutions d'allocation de ressources raisonnables, parce qu'elle ne franchit pas le pas et n'identifie pas ses structures de lits de médecine cancérologique, en considérant qu'elles doivent faire l'objet d'un financement spécifique. Il serait peut-être souhaitable de se pencher sur cette question.

❖ **Mme Myriam REVEL**

Je voudrais concernant la prise en compte tarifaire des lits passer la parole à Philippe BURNEL, que certains d'entre vous connaissent.

S'agissant des **soins palliatifs**, je vous annonce que des propositions seront faites très prochainement à Bernard KOUCHNER pour qu'un plan triennal englobe la question des lits dans le secteur privé.

Enfin, ce qui est important pour vous dans la chaîne des soins, le décret en application de la loi de 1999, qui permet des tarifications dérogatoires au droit commun pour les soins palliatifs et donc de rémunérer la coordination d'équipes de libéraux qui interviennent à domicile dans ce cadre, va bientôt sortir.

❖ **M. Philippe BURNEL**

Nous avons financé des **lits de soins palliatifs** dans le cadre du recyclage de la facturation des chimiothérapies anticancéreuses à la suite d'une discussion avec l'UNHPC, mais ce genre d'exercice a des limites.

Au départ, l'idée générale était qu'une ressource était générée et qu'il était logique et légitime de recycler une partie de celle-ci de la chimiothérapie ambulatoire vers les prises en charge hospitalières. Nous savons en effet que l'hospitalisation complète en chimiothérapie est une source importante de déficits dans nos structures et dans le cadre des soins palliatifs.

**Nous avons eu de longues discussions à ce sujet.** Nous étions au départ très ambitieux s'agissant de l'importance des sommes à déplacer de l'ambulatoire vers l'hospitalisation complète mais, essentiellement pour des

raisons de contexte économique de l'hospitalisation privée, nous nous sommes grosso modo contentés de majorer le remboursement des médicaments, en le faisant passer en moyenne de 280 F à 560 F, ce qui est un doublement.

Il est vrai qu'au regard d'une chimiothérapie à 5.000 F par jour ce n'est effectivement pas à la hauteur des enjeux. Nous aurions souhaité aller plus loin, mais nous avons un problème de maintien de l'équilibre économique des structures de chimiothérapie ambulatoires dans un contexte très difficile.

Une telle réforme aurait probablement été plus facile à réaliser - dans des termes plus ambitieux - il y a quatre ou cinq ans, mais personne n'était prêt à la mener à cette époque.

Le second recyclage auquel nous avons procédé concerne les soins palliatifs, certaines structures de cancérologie pouvant aujourd'hui en développer.

**Il existe en la matière deux écoles**, qui ont chacune leur place. Certains pensent que, notamment en cancérologie, les phases palliatives doivent être prises en charge dans les structures qui ont elles-mêmes pris en charge les patients au cours de leur pathologie et qu'il ne s'agit pas d'isoler dans un coin quelques lits.

**Notre idée était d'augmenter le prix de journée moyen des structures d'hospitalisation complète de façon à couvrir en moyenne un certain pourcentage permanent de patients en soins palliatifs**, ce qui a été fait.

Nous avons dépensé 20 MF, mais nous aurions probablement pu prévoir 30, 40 ou 50 MF, sachant que -comme cela été évoqué à plusieurs reprises-, nous sommes toujours plus modestes dans nos réalisations que dans nos intentions initiales.

Il existe par ailleurs des endroits où des soins palliatifs ont été ouverts, créés et autorisés en tant que tels, sur la base d'une autorisation de médecine ou de soins de suivi.

**Nous avons rappelé l'année dernière aux ARH qu'il était parfaitement possible dans l'état actuel du système de mettre en place un tarif**, ce qu'ont fait certaines régions, les régions étant plus ou moins avancées dans la quantification des besoins en matière de soins palliatifs. Il

s'agit en général d'environ 1.500 F par jour, rien ne s'opposant à ce que ce soit mis en oeuvre là où des autorisations ont été données.

❖ **Un intervenant**

Je voudrais appuyer le propos de notre collègue toulousain en indiquant que, dans une unité de cancérologie de la Clinique SAINT JEAN, **la réforme tarifaire nous a fait perdre près de 4 % de notre chiffre d'affaires**, sachant qu'il faut en plus prévoir un équivalent temps plein pour traiter la prescription nominative et l'envoyer, ce qui est assez lourd. Cela représente au total l'équivalent de 6 postes infirmiers.

❖ **Un intervenant**

J'ai l'impression que nous nous sommes mal fait comprendre. Il a fallu quinze jours au Gouvernement pour trouver 10 MDF afin de financer les 35 heures, alors que des groupes de travail planchent sur le plan cancer depuis plus d'un an et que nous avons péniblement trouvé l'année dernière 500 MF dans le cadre de l'ONDAM, ce qui représente moins de 1 % de l'enveloppe destinée aux médicaments en hôpital et moins de 0,1 % de l'ONDAM, sachant que d'autres augmentations - liées à d'autres mesures que je ne critique pas par ailleurs - ayant fait l'objet d'un choix politique sont d'un tout autre ordre de grandeur.

Je ne crois pas que des problèmes de financement se posent, notamment pour les molécules, dont le montant n'est pas élevé, et ne serait-ce que quelques progrès dans les processus d'antibiothérapie en ville permettraient de compenser largement les surcoûts.

**Il faut faire des choix en termes de santé publique**, les acteurs que nous sommes essayant d'expliquer que le cancer est sans doute l'un des premiers problèmes de santé publique en France.

❖ **Dr Franck BÜRKI** (Président du Syndicat Français des Oncologues Médicaux - SFOM -)

**Notre objectif n'est pas d'augmenter les coûts.** Nous voulons avant tout mettre à plat le système, débattre avec les tutelles et consacrer des sommes mal utilisées à des projets innovants, ce qui conduira à induire une meilleure qualité des soins. Cela peut-être une source d'économie !

Beaucoup de ce que je dirai sur les oncologues médicaux est également valable pour les oncologues radiothérapeutes. Par conséquent, qu'ils ne se formalisent pas si je ne parle pas d'eux en particulier, mais je les inclus dans ma discussion.

- Il existe environ 500 oncologues médicaux en France, à raison d'un tiers de libéraux, soit environ 150. Cela signifie que dans toute discussion concernant notre activité nous pesons peu face aux gros bataillons des spécialistes d'organes.  
Quand nous avons à parler nomenclature qui nous entend ? **Il faut absolument que des discussions spécifiques à la spécialité s'établissent avec les Caisses.** Sinon, on risque de disparaître.
- Les oncologues médicaux existent depuis peu de temps puisque la spécialité a été créée il y a une dizaine d'années. Beaucoup d'entre nous viennent d'horizons variés, avec pour point commun une formation qui nous a rompus à la **pluridisciplinarité**.  
Nous avons toujours connu des comités de prise en charge thérapeutique, les comités d'organes, bien avant que le terme d'UCPO ne soit utilisé ! Nous sommes les seuls spécialistes, avec les radiothérapeutes, à avoir ce type de formation. Nous avons toujours intégré dans notre mode de prise en charge l'échange entre différentes spécialités.
- Nous tenons beaucoup à la qualité des soins, et ce quel que soit le stade de la maladie. Il est hors de question de ne prendre en charge que les phases précoces de la maladie et nous désintéresser des situations palliatives !
- **L'oncologue médical a longtemps été appelé chimiothérapeute**, car son activité semblait résumée à la prescription d'une perfusion. La méconnaissance de la spécificité de la prise en charge du malade cancéreux a conduit à des situations aberrantes engendrée par une nomenclature inadaptée.

C'était l'époque - pas très lointaine - où il fallait absolument que le médecin «pique» le malade pour justifier l'acte de chimiothérapie. Ce qui semble conduire encore, si mes informations sont bonnes, à des situations paradoxales, quand par exemple il ne faut traiter qu'un ma-

lade à la fois alors qu'il est notoire que nos capacités de traitements sont insuffisantes.

Il est très important que nous débattions de cette situation avec les médecins des caisses d'assurance maladie et les représentants du ministère de la santé. Au travers des discussions que nous avons eu dans le cadre des travaux sur la

CDAM nous avons eu le senti-

ment que nos interlocuteurs comprenaient le caractère obsolète d'un catalogue d'actes infirmiers sensé représenter notre activité.

C'est la raison pour laquelle l'acte de chimiothérapie ou la séquence qui conduit à la prescription d'une chimiothérapie doit être détaillé, même si cela peut sembler fastidieux.

- **L'établissement de la procédure de prise en charge, est le prototype même de la procédure pluridisciplinaire.** Il revient à l'oncologue médical de faire la synthèse d'un dossier souvent complexe. Il faut récupérer l'ensemble des pièces du dossier, savoir quelles ont été les interventions chirurgicales, connaître la totalité du bilan en imagerie et en biologie, ainsi que tous les antécédents du malade etc., pour arriver à une prise en charge thérapeutique presque "sur mesure" dont dépendra la qualité du résultat.  
Nous devons aussi tenir compte des contraintes sociales, psychologiques, géographiques, culturelles, autant d'éléments qui participent à la qualité de la prise en charge d'un malade cancéreux.
- Tout cela aboutit à une fiche thérapeutique et à un engagement dans la phase d'administration du traitement, à travers la validation d'un protocole.  
Tous les acteurs sont prêts, les médicaments doivent être disponibles, et préparés pour que le traitement puisse être réalisé dans de bonnes

L'acte de chimiothérapie ou la séquence qui conduit à la prescription d'une chimiothérapie doit être détaillé.



L'établissement de la procédure de prise en charge, est le prototype même de la procédure pluridisciplinaire.

conditions de confort pour le malade. Mais que faire quand nous devons annuler un traitement au dernier moment et demander que 15.000 F de préparations soient jetés ? Nous devons donc **mettre en place un timing extrêmement strict et rigoureux**, certaines structures ne pouvant pas se permettre de préparer un médicament sans

avoir la certitude que le malade sera traité.

- **La réalisation de la chimiothérapie est l'étape la plus simple.** Elle consiste en une perfusion, le malade se trouvant dans une structure parfaitement sécurisée, avec des infirmières compétentes et un service de réanimation prêt à intervenir.
- **Tout se complique dès que le malade quitte l'établissement de soins.**

**La toxicité retardée est beaucoup plus pernicieuse que la toxicité immédiate**, et tout particulièrement la toxicité hématologique avec le risque de neutropénie.

Il existe trois façons de la gérer :

- Dans le premier cas, le malade est hospitalisé en secteur stérile de façon «préventive», même s'il va très bien. Or, le secteur stérile coûte, à ma connaissance, jusqu'à 10.000 F par jour, ce qui est très cher pour peu de choses.
- La seconde solution consiste à ne pas se compliquer la vie et prescrire de façon systématique des facteurs de croissance hématopoïétiques à 1.000 F par jour.
- La troisième solution est de faire ce que nous faisons, à savoir être très à l'écoute des malades, avoir une logistique parfaitement rodée, un excellent secrétariat, de très bons fax et de très bons rapports avec les médecins généralistes. Et maintenir notre malade à domicile. Ceci peut paraître caricatural, mais c'est pourtant la réalité !

Pourtant dans notre nomenclature rien nous incite à choisir cette troisième voie.

- **Quand le malade a fait l'objet d'un cycle de chimiothérapie, il est évalué** en termes de tolérance clinique et biologique. Ensuite, au bout de deux ou trois cures, nous évaluons l'efficacité du traitement et nous établissons un rapport efficacité/toxicité en reprenant le bilan initial, en récupérant le scanner de référence, en demandant au radiologue de refaire cet examen en vue d'une évaluation quantifiée et objective, ce qui est lourd et complexe.  
Viennent s'ajouter à cela des réunions de **concertation** pluridisciplinaire au cours desquelles le dossier peut à nouveau être étudié pour prendre une nouvelle décision thérapeutique.  
Enfin, **le compte rendu** doit être une synthèse complète du cycle de chimiothérapie, justifié et étayé d'arguments objectifs.
- **Les réunions de concertation pluridisciplinaire** sont très lourdes. Nous n'avons aucune autorité administrative sur nos confrères. Pour beaucoup d'entre nous il s'agit de temps que nous prélevons sur notre activité de consultation, de formation, activités nécessaires à la qualité de la prise en charge du malade. Cette activité nouvelle qui nous est imposée ne fait l'objet d'aucune reconnaissance. Quant aux réseaux dans lesquels notre activité est sensée se développer, ils ont bien du mal à démontrer leur utilité !
- Pour ce qui est des **nouvelles drogues** en chimiothérapie il est souhaitable que les laboratoires se penchent sur l'impact qu'elles auront sur notre activité. Pourrons-nous les prescrire ? En disposerons-nous dans nos établissements ? Comment sera prise en compte la surveillance du cycle ?
- Pour ce qui est de la **chimiothérapie à domicile** : qui doit préparer le traitement ? Il est impensable que ce ne soient pas les hôpitaux ou les cliniques, qui disposent des structures adaptées.  
L'UNHPC avait recommandé d'organiser une conférence de consensus pour la chimiothérapie à domicile au cours du second semestre 2001, mais je ne sais pas du tout où cela en est.
- Concernant l'hospitalisation ambulatoire, la **carte sanitaire** est en train d'être révisée plutôt dans le bon sens s'agissant des quotas, mais nous nous posons la question de l'**avenir des petites structures** qui ne peuvent justifier la présence d'une équipe d'infirmières suffisamment importante pour assurer la continuité des soins, il en est de

même de la présence d'un oncologue médical à temps plein.

- L'hospitalisation complète est indispensable à notre activité et il doit exister des **lits de cancérologie** indispensables à la qualité des soins réclamée par nos malades.
- La pénurie d'**infirmières** va frapper de plein fouet ces structures coûteuses en personnel et médicaments. Ces lits seront alors supprimés ou transformés par des directeurs de cliniques soucieux à juste titre de maintenir l'équilibre financier de leur établissement.  
Il faut des mesures incitatives pour les infirmières en oncologie médicale, pour leur permettre de rester, et revaloriser le rôle du **pharmacien** responsable de la préparation des médicaments.
- La **démographie médicale** en oncologie médicale est une autre préoccupation majeure ! Nous ne sommes plus assez nombreux pour assurer la charge qui nous est imposée.

Urgence d'une refonte de notre nomenclature en valorisant l'acte intellectuel.  
Urgence aussi dans la reconnaissance de la spécificité des lits d'hospitalisation.

Je conclurais en insistant sur l'**urgence d'une refonte de notre nomenclature en valorisant l'acte intellectuel**. Cette demande concerne autant les oncologues médicaux exerçant dans le privé que ceux du public. Il s'agit d'une demande de reconnaissance de la spécificité de notre activité. **Urgence aussi dans la reconnaissance**

**de la spécificité des lits d'hospitalisation complète** en cancérologie.

#### ❖ M. Gilles ECHARDOUR

Depuis que la carte sanitaire existe, il y a vingt-cinq ans maintenant, la question de l'individualisation des lits pour la cancérologie est posée. Admettons que ce soit mis en place : cela signifiera par exemple des indices, etc., pour une activité en grande partie prise en charge par des spécialistes d'organes, sans que l'on sache très bien comment construire un dispositif.

Il faudrait que vous précisiez si les lits de chirurgie, quand un cancéreux est opéré, doivent devenir des lits d'oncologie ou rester des lits de chirurgie, etc., la question étant de savoir si la notion de lit mérite d'être sacralisée.

**Au fond, vous souhaitez une meilleure reconnaissance de votre activité et une meilleure affectation des ressources, mais est-il nécessaire de passer par une identification des lits** et un dispositif de gestion complexe pour y parvenir ? Il n'est pas certain que ce soit le bon moyen. Les objectifs que j'ai mentionnés peuvent peut-être être atteints sans en passer par là.

Cela a été la réponse constante de l'administration à cette question. De plus, alors que la notion de lit perd de son charme pour tout le monde, le moment est peut-être malvenu de les sacraliser, sachant que, dès lors que vous souhaitez une carte sanitaire pour les lits de cancérologie, cela correspondra de toute façon à un dispositif formalisé, des lourdeurs, etc.

Je ne suis pas du tout sûr que ce soit une solution d'avenir.

#### ❖ Dr Franck BÜRKI

A ma connaissance, les spécialistes d'organes se préoccupent peu de ce qui fait **la spécificité de l'hospitalisation en cancérologie** : des malades porteurs de complications lourdes de leurs traitements, une évolution lourde et complexe de leur pathologie, la prise en charge de douleurs rebelles et intenses, les soins palliatifs «lourds»... Les malades sont les premiers à exiger ce type de prise en charge et parfaitement conscients du service rendu.

#### ❖ Dr Gérard AUCLERC

Cette situation aurait pu perdurer, mais la situation est à mon avis devenue beaucoup plus critique avec les 35 heures.

Ainsi dans le milieu hospitalier : les médecins ont demandé 35 heures en cancérologie.

L'Institut Curie est débordé. La réponse est simple : "Désolé, je ne peux pas m'occuper de vous, car j'ai trop de patients. Allez-vous faire traiter

ailleurs". Elle est la même à l'Institut Gustave Roussy, avec des patients qui attendent pendant six heures.

Que vont faire ces personnes ? Elles vont aller se faire traiter ailleurs. Les services de cancérologie de l'Assistance Publique étant saturés, elles se tourneront vers les secteurs libéraux, qui seront gérés en hospitalisant les patients quand ils vont mal, mais comment les frais pourront-ils être payés ?

#### ❖ Une intervenante

Ce qu'a indiqué Gilles ECHARDOUR est exact : ce n'est pas en créant des lits spécifiques et dédiés, avec un mécanisme d'autorisation supplémentaire, que nous arriverons à atteindre l'objectif recherché, à savoir des moyens dédiés à travers la reconnaissance de l'activité.

Bernard KOUCHNER nous a indiqué ce matin qu'il est lui-même très opposé au mécanisme des cartes et nous a demandé de **proposer un dispositif alternatif**, question qui se posera dans le cadre d'une enveloppe.

#### ❖ Dr Franck BÜRKI

**D'accord, mais donnez-nous des moyens dédiés** à travers la reconnaissance de notre activité ! Ces lits existent, et nous demandons que soit reconnue la charge qu'ils représentent pour l'établissement de soins.

#### ❖ Un intervenant

**Le problème n'est-il pas financier par rapport aux lits, auquel cas le coût par pathologie le résoudrait.** Nous espérons que cela arrivera en 2015, mais s'il existait un coût par pathologie pour représenter la charge attachée à cette activité, le problème ne se poserait certainement plus en termes de lits. Je suis tout à fait d'accord avec M. ECHARDOUR : raisonner en termes de lits est sans doute la dernière des choses à faire.

❖ **Dr Franck BÜRKI**

J'ai, **avec le problème des 35 heures**, de sérieuses raisons de penser que **la capacité d'hospitalisation sera mise à mal** à court terme, même s'il faut que nous prenions néanmoins en charge nos malades, y compris dans le cadre des soins palliatifs.

❖ **Dr Gérard AUCLERC**

**Les motifs essentiels de l'hospitalisation sont plus les complications évolutives liées au traitement ou à l'évolution de la maladie que le traitement spécifique de la pathologie.** Ceci dit, je suis tout à fait d'accord pour hospitaliser les personnes au coût réel.

❖ **Un intervenant**

Nous avons l'impression que tout est simple dans cette salle mais, **quand nous retournerons devant nos ARH**, nous continuerons à déposer des demandes d'agrément en termes de volumes de lits. Il nous sera répondu que les lits sont excédentaires, mais nous n'aurons pas le droit d'ouvrir de structures tant que nous n'avons pas d'échanges de lits.

❖ **Dr Philippe BERGEROT**

Je voudrais en effet revenir sur la notion de lits. En cancérologie, nous connaissons une pénurie en nombre global de lits, mais c'est aussi lié au coût de l'activité. Nous ne demandons pas qu'il soit indiqué clairement qu'il s'agit de lits de cancérologie, mais il faut que l'activité soit reconnue, c'est ce pour quoi, à l'UNHPC, nous nous battons surtout.

Souvent, les gestionnaires, dans le cadre des lits MCO, ont l'impression que c'est une activité qui coûte cher dans le système privé ; quand on est gestionnaire d'établissement on n'est pas sûr de vouloir pérenniser ces activités coûteuses. Par conséquent, **il faudrait que l'on parle non pas de lits proprement dits mais des activités, et qu'on les reconnaisse dans le cadre d'un certain financement, d'un financement adapté.**

**❖ Dr Yves KESSLER**

Le temps passe vite. Les problèmes évoqués sont nombreux et ils ne concernent pas seulement l'avenir. Nous avons finalement beaucoup parlé du présent aussi.

Je remercie Gérard AUCLERC d'avoir bien voulu modérer ainsi cette session.

Un des derniers intervenants a dit qu'il avait l'impression que dans cette salle tout était simple. Voilà une bonne recette : mettre dans une même salle des acteurs de santé de bonne volonté, de culture et de responsabilités différentes, mais partageant la même volonté de faire avancer les choses. Je remercie donc tous les participants en formant le vœu que nos travaux aident chacun dans l'exercice de ses responsabilités.

Comme convenu, je demande à Franck BÜRKI de conclure notre session.

**❖ Dr Franck BÜRKI**

Il me revient donc de conclure notre première session. A ce stade, **on peut se demander s'il est possible d'être optimiste** en 2001 quant à l'avenir de la cancérologie libérale (oncologie médicale et radiothérapie) ?

**Oui**, si l'on s'en tient au rôle de celle-ci dans le paysage médical français : plus de 50% des malades font confiance au système libéral et aux établissements sous OQN pour leur prise en charge.

**Oui**, si l'on entend les propos de grandes associations de malades qui commencent à prendre en compte notre activité, sa spécificité, ses contraintes, et surtout son caractère incontournable et indispensable.

**Oui**, si nous arrivons à faire mieux connaître l'utilité et les spécificités de notre spécialité. Chimiothérapie, immunothérapie, diverses formes de prises en charge, coordination des intervenants... il est loin le temps où l'oncologue était pris pour un pousse seringue !

**Non**, si nous faisons le point des problèmes techniques rencontrés par les oncologues radiothérapeutes dont le parc de machines, faute de moyens, ne peut être renouvelé, situation qui fait prendre à la France un retard important sur ses voisins. Inutile même de parler des scintigraphies au FDG (Pet Scan) !

**Non**, si nous faisons le point de nos plateaux techniques hospitaliers : les cliniques sont au bord du gouffre et les 35 heures génèrent une pénurie insupportable en infirmières.

**Non**, si l'on constate que la prise en charge en hospitalisation complète est devenue économiquement quasi-impossible pour ces mêmes établissements, faute de reconnaissance d'un service majeur rendu à la collectivité !

**Non**, car la démographie médicale en Oncologie médicale et radiothérapique est largement déficitaire et ne fera que s'aggraver avec l'application des 35 heures dans les hôpitaux !

**Non**, car la nomenclature appliquée à ces deux spécialités est devenue inadaptée. Insuffisante pour la radiothérapie, elle est catastrophique pour l'oncologie médicale car ne tient pas compte de l'évolution des pratiques, de l'augmentation incessante des contraintes, de la diminution régulière de la rémunération ! Cette évolution remet en cause l'existence même de la spécialité !

Nous répétons que des discussions avec les Caisses et les Pouvoirs Publics doivent s'engager de façon spécifique, nous avons des propositions concrètes à faire pour les deux composantes de la cancérologie privée, serons-nous entendus ?

Les promesses seront-elles tenues ?

Je partage en tous cas la remarque d'Yves KESSLER : cette demi-journée montre que le dialogue est possible, que les questions posées par l'avenir de nos activités sont capables de nous rapprocher.

Je vous remercie et forme moi aussi le vœu que les idées, les perspectives, les contraintes qui ont été évoquées tout au long des exposés et des débats trouvent des prolongements favorisant de façon très concrète la qualité des prises en charge et la qualité de notre exercice !





**PROSPECTIVE  
EN MATIÈRE DE  
PRISE EN CHARGE  
CHIMIOTHÉRAPIQUE**



**DOCUMENTS  
ET  
ANNEXES**



**DOCUMENTS et ANNEXES**

**Prospective  
en matière de prise en charge en  
chimiothérapie**

**Document N° 1 : Fiche de présentation de la matinée**

**Document N° 2 : Document "Plan cancer"**

Groupe de travail «organisation des soins»

Propositions pour une amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire en France

**Document N° 3 : Document "Plan cancer"**

Groupe de travail "oncologie médicale"

Propositions pour l'amélioration de la prise en charge de l'oncologie médicale en France

**Document N° 4 : Coordonnées des intervenants**

**Document N° 5 : Dépêche APM du 20 septembre 2001**

---



**Document N° 1**

**Fiche de présentation de la matinée  
donnée aux participants des Rencontres**

**"PROSPECTIVE  
EN MATIÈRE DE  
PRISE EN CHARGE  
CHIMIOTHÉRAPIQUE"**





Rencontres Nationales UNHPC - FCLH



du 20 septembre 2001

## **"PROSPECTIVE EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE CHIMIOThÉRAPIQUE"**

**Introduction :** Dr. Yves KESSLER, *Président de la Fédération de la Cancérologie Libérale et Hospitalière (FCLH)*

**Modérateur :** Dr. Gérard AUCLERC, *Président de la Société Française de Cancérologie Privée (SFCP)*

• **Bilan de l'existant et difficultés rencontrées**  
Dr. Philippe COLIN, Reims

• **Les évolutions et les attentes vues par**

- Les oncologues  
Dr. Gérard GANEM, Le Mans  
Dr. Pierre-Luc ETIENNE, Saint Briec
- Les patients  
Claire COMPAGNON, La Ligue contre le cancer
- L'industrie pharmaceutique  
Dr. Mondher MAHJOUBI, Laboratoire Aventis  
Dr. Charles TAIEB, Laboratoire BioMérieux Pierre Fabre

• **La prise en compte de la chimiothérapie dans le "Plan cancer"**

- Le Ministère de la Santé  
Mme Marie-France CHEDRU, DGS  
Mme Myriam REVEL, DHOS



- Les Oncologues  
Dr. Franck BÜRKI, Président du Syndicat Français  
des Oncologues Médicaux  
(SFOM)

**SYNTHÈSE DES TRAVAUX**

Dr. Yves KESSLER, *Président de la FCLH*

---

## Documents joints

- 1) **Rapport du groupe de travail "Plan cancer" consacré à "l'oncologie médicale"**. Ce rapport a été présenté, au nom de toute l'interprofession, au Comité de Suivi du plan cancer réuni par monsieur Bernard KOUCHNER le 28 juin dernier.
  - 2) **Rapport du groupe de travail "Plan cancer" consacré à "l'organisation des soins"**. Ce rapport a été présenté, au nom de toute l'interprofession, au Comité de Suivi du plan cancer réuni par monsieur Bernard KOUCHNER le 28 juin dernier.
  - 3) **Les coordonnées des orateurs** que nous remercions pour leur participation à nos travaux et les éclairages qu'ils nous donnent sur l'évolution prévisible de nos activités
-

Document n° 2

**Plan cancer**  
**Groupe de travail «organisation des soins»**

**PROPOSITIONS**  
**pour une amélioration de la prise en charge**  
**Pluridisciplinaire en France**

Dr. Ph. BERGEROT, Rapporteur

(24/06/01)

Rapport du groupe de travail "organisation des soins" du "Plan Cancer".  
Ce groupe de travail était composé de représentants de toute l'interprofession, médecins, soignants, établissements, tutelles, représentants des malades...

Il a été présenté au nom du groupe par le Dr Ph. BERGEROT lors de la réunion d'installation du Comité de suivi du programme national de lutte contre le cancer. Cette réunion, présidée par Monsieur B. KOUCHNER, Ministre de la Santé, a eu lieu le 28 juin 2001, au Ministère.



Document n° 2

**Plan cancer**  
**Groupe de travail «organisation des soins»**  
**PROPOSITIONS**  
**pour une amélioration de la prise en charge**  
**Pluridisciplinaire en France**

Dr. Ph. BERGEROT, Rapporteur

(24/06/01)

-----

<b>1 - Un état des lieux qui justifie des réformes</b>	<b>2</b>
<b>2 - Actions proposées par le groupe de travail pour remédier aux problèmes</b>	<b>2</b>
a - Les Unités de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie	
b - Le Dossier Médical et les Données Médicales Communales Transmissibles	<b>4</b>
c - La consultation longue dite d'ancrage	<b>4</b>
d - Les Unités de Soutien en Oncologie	<b>5</b>
<b>3 - Le cancer et les personnes âgées</b>	<b>5</b>
<b>4 - Conclusions</b>	<b>5</b>
<b>5- Annexes les projets en intégralités sur :</b>	
<b>a. Les UCPO</b>	
<b>b. La consultation d'ancrage</b>	
<b>c. Les USO</b>	

## 1. Etats des lieux :

**En cancérologie, pour bien soigner, les médecins doivent se concerter.**

Tous les scientifiques et médecins participant à la prise en charge de patients atteint de cancer s'accordent en effet pour affirmer qu'en cancérologie, les " bonnes pratiques médicales " passent par la concertation pluridisciplinaire.

Convaincus par les professionnels, tous statuts confondus, les politiques et les tutelles, ont récemment rédigé un certain nombre de textes soulignant que cette concertation doit constituer la base d'une prise en charge de qualité.

□ Les pouvoirs publics ont publié le 24 mars 1998, une circulaire « portant organisation de la cancérologie ». Cette circulaire vise à promouvoir la nécessaire **pluridisciplinarité**, afin de garantir à tous les patients une **égalité d'accès** à des soins de qualité et à assurer la gradation, la coordination et la continuité des soins.

□ Le 1er février 2000, Madame la ministre Dominique GILLOT, dans son discours d'annonce du " Plan Cancer " gouvernemental, soulignait à son tour à quel point il était important de généraliser la pluridisciplinarité dans la prise en charge initiale et de faciliter l'intervention de tous les professionnels concernés.

On constate néanmoins des difficultés pratiques dans la mise en œuvre de cet impératif organisationnel. La conséquence en est que la concertation pluridisciplinaire est souvent peu formalisée et sans doute moins fréquente qu'elle ne devrait l'être.

## **2. Propositions du groupe pour formaliser cette pluridisciplinarité :**

### **a. Les Unités de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie (UCPO)**

#### **i. Objectifs**

- **D'abord une AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE DES PATIENTS PORTEURS D'UNE PATHOLOGIE CANCEREUSE, en :**
- **Favorisant la mise en place des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)**
- les réunions dites « standards » pour les dossiers pouvant répondre aux standards et options des SOR par exemple,
- Les réunions d'expertise pour les dossiers plus complexes.
- **Gérant des dossiers** à partir des fiches-patient remplies lors des RCP, avec évolution vers une Dossier Médical Informatisé (DMI) permettant les échanges des Données Médicales Communes Transmissibles (DMTC).
- **Organisant la logistique nécessaire**

#### **Mais aussi participer à :**

- L'évaluation des besoins médicaux par bassin de vie et régions
- L'élaboration de guide de bonnes pratiques à partir des référentiel régionaux, nationaux et internationaux
- L'évaluation des pratiques médicales
- Un développement de la prise en charge de proximité.

#### **ii. Nombre, types et localisations**

**L'organisation des UCPO, comme celle des réseaux est fondée sur la graduation des niveaux de soins**

**Tout pôle de référence met en place une Unité de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie (UCPO)**

Cette UCPO par pôle de référence ou locale :

- A) organise des "Réunions de Concertation Pluridisciplinaire" régulières (RCP) dans les différentes spécialités médicales, où les décisions sont en cohérence avec les référentiels de bonnes pratiques cliniques adoptées collectivement.
- B) Participe à l'organisation de l'UCPO Régionale

**iii. Les relations avec les réseaux de soins**

Si l'on se réfère à la circulaire de 1998, il est noté qu'« *Il est important de distinguer dans la prise en charge des malades cancéreux la phase de définition des stratégies diagnostiques et thérapeutiques et la phase de mise en œuvre thérapeutique.*

- *La première relève d'une concertation pluridisciplinaire (UCPO)*
- *La seconde fera appel selon les cas à des structures ou des praticiens de différents niveaux de spécialisation et à des médecins généralistes. Le suivi impose la concertation régulière tout au long de l'évolution de la maladie. Il permet d'adapter au mieux la prise en charge, notamment à partir d'un dossier médical commun » (Réseau)*

L' UCPO est composé de médecins du secteur privé et public qui en réunion de concertation pluridisciplinaire proposent une stratégie thérapeutique principalement lors de la prise en charge initiale.

Cette proposition sera alors effectuée dans le cadre d'un réseau formé d'établissement et de médecins qui ont décidé d'unir leurs moyens (par convention ou autres) pour réaliser les traitements proposés.

**iv. Les contraintes****Un certain nombre de difficultés empêchent actuellement le bon fonctionnement des UCPO.**

- Manque de temps (non reconnu et non valorisé) pour de nombreux acteurs pour assister physiquement à ces nombreuses réunions

- Difficultés de communication en particulier informatique entre les différents intervenants (structures juridiques différentes, éloignement géographique, équipements informatiques et logiciels non toujours compatibles) :
- Impossibilité d'exploitation statistique (nombre de patients traités fonction des classifications TNM, de l'anatomopathologie, réalisation d'études de survie, comparaison avec d'autres régions, d'autres établissements...)
- Impossibilité d'évaluer que la qualité fournie s'approche au mieux de la qualité prévue.

#### **Quels moyens permettraient le développement des UCPO ?**

Afin d'améliorer la qualité du système mis en place, et donc de le pérenniser, il apparaît nécessaire de se doter d'un certain nombre de moyens (autres que le simple volontariat) :

- Mise en place et financement d'un secrétariat dédié, commun.
- Valorisation de cette pluridisciplinarité non seulement auprès des médecins coordinateurs des RCP, mais également des médecins qui participent aux RCP par la création d'un forfait ou une lettre clé (Cr, consultation de RCP), de points ISA ou de formation continue.
- Elaboration d'un Dossier Minimum Commun Transmissible ou au minimum d'une Base de Données Médicales Minimales Transmissibles.
- Projet informatique permettant le partage de l'information issue des UCPO, avec l'ensemble des membres du réseau et des intervenants de ville, ce qui passe par un outil informatique, compatible avec le matériel déjà existant de chacun, sans ressaisie des données.

**Ceci nécessite de trouver un financement spécifique à cette activité**



## **b. Le Dossier Médical ou Les Données Médicales Communes Transmissibles**

### **i. Objectifs**

Le dossier médical (DM) est l'outil de travail des soignants, seul lien entre les différents intervenants. Il concourt à l'aide à la décision médicale, à la coordination et la continuité des soins et à l'évaluation des pratiques médicales.

### **ii. Contraintes**

La diffusion des données médicales communes transmissibles (DMCT) entre les partenaires possède de nombreuses contraintes qui nécessitent d'être prises en compte tel que :

- L'identifiant du patient
- La gestion des droits d'accès qui impose un certain centralisme ;
- La compatibilité entre les équipements qui sont nombreux et hétérogènes ce qui nécessite la rédaction impérative d'un cahier des charge plus que d'établir des normes communes ;

Si la base des données médicales communes transmissibles à partir des fiches patients semble se dessiner, le travail est encore important et la constitution d'un groupe de travail spécifique à ce sujet a été préconiser pour :

- La mise en place d'une organisation stratégique par les maîtrises d'ouvrage des projets souvent sous-estimé et où le système d'information est rarement articulé avec les objectifs de santé, et n'engage pas clairement les directions générales des établissements et organisations de soins,
- La rédaction d'un cahier des charges structuré afin d'essayer de limiter les risques d'appel d'offre de produit hétérogène et «non interopérable». La définition des « processus » métier - élément d'articulation essentiel entre l'expression des objectifs et la mise en œuvre d'un système d'information est indispensable

- Poursuivre les études sur le plan technique et les réflexions sur les problèmes concernant les éléments d'infrastructure des systèmes d'information tels que l'identification des patients ou des professionnels ou la confidentialité et la sécurité, alors même que des outils normalisés existent.

### **c. La Consultation d'ancrage**

#### **i. Objectifs**

Situées après la Réunion de Concertation pluridisciplinaire, et réalisée par un médecin senior, acteur du traitement oncologique la consultation longue a pour but :

- De permettre au patient d'être informé au mieux sur sa maladie et les différentes alternatives diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les éléments de pronostic
- De coordonner autour du patient les différents acteurs de la prise en charge globale réunis au sein des Unités de Soutien Oncologique.

#### **ii. Traçabilité et valorisation**

- La traçabilité de cette consultation longue repose sur sa rédaction d'un rapport circonstancié inclus dans le dossier médical.
- Sa valorisation peut se faire en multipliant le point ISA ou la CS d'un facteur 3 par exemple.

### **d. Les Unités de Soutien en Oncologie**

#### **i. Objectifs : favoriser la prise en charge globale de l'être malade dans et hors de l'hôpital avec mise en place d'un USO :**

- structure virtuelle éclatée sans unité géographique
- avec des intervenants de tous horizons : médecins, infirmières, psy, assistantes sociales, diététiciennes, nutritionnistes, esthéticiennes, prothésistes, coiffeurs, associations, représentants des différentes religions, animés du

- même souci commun : le malade
- favorisée par la présence d'une coordinatrice pour :
    - a. favoriser la Prise en charge
      - psycho-oncologique
      - de la douleur
      - sociale et professionnelle
    - b. aider la coordination avec :
      - les Kinésithérapeutes
      - les infirmières
      - les aides ménagères,...
    - c. prendre en compte :
      - les difficultés de nutrition et diététique
      - les données esthétique, cosmétologie
      - la dimension spirituelle
    - d. aider à mettre en place
      - Consultations infirmière
      - Consultation de manipulateur radiothérapie

## ii. Contraintes

Nouveau type d'exercice ? oui et non car existe déjà dans certains centres mais non valorisée mais il permet de donner du temps aux Soignants pour faire leurs métiers

Propositions de budgétiser ces unités avec Expérimentation et évaluation sur certains sites pilotes.

## 3. La spécificité du cancer chez les personnes âgées

Le groupe de travail a souligné la fréquence croissante des cancers survenant chez des personnes de plus de 75 ans en regrettant l'absence de prise en compte des spécificités de cette population.

Outre les difficultés de diagnostic, d'adaptabilité aux différentes thérapeutiques, aucune approche spécifiques n'est prévu, la majorité des essais thérapeutiques excluant cette population de ces études.

Il est proposé de mener une réflexion sur ce sujet.

#### **4. Conclusions :**

Ces propositions entrent dans une nouvelle façon d'exercer la médecine et se doivent d'être accompagnées et soutenues. Il est donc urgent de donner les moyens nécessaires, matériels et organisationnels, à ceux qui, sur le terrain, travaillent déjà ensemble. Les promesses doivent être suivies de fait, les plans gouvernementaux se traduire concrètement sur le terrain. Car, à trop compter sur les bonnes volontés, on prend le risque de décourager les meilleurs et d'encourager les sceptiques. La bonne médecine a ses exigences. La compétence ne suffit plus, il faut aussi de l'organisation et de la concertation. Celles-ci ne se proclament pas. Elles doivent être prises en charge. Tout le monde s'accorde à les juger nécessaires au maintien pour tous de l'égalité d'accès à des soins de qualité en cancérologie.

Qu'attendons-nous ?



Document n° 3

**Plan cancer**  
**Groupe de travail “oncologie médicale”**  
**PROPOSITIONS**  
**pour l’amélioration**  
**de la prise en charge de**  
**l’oncologie médicale en France**

Dr. Ph. BERGEROT Rapporteur  
(25/06/01)

Rapport du groupe de travail "oncologie médicale" du "Plan Cancer".  
Ce groupe de travail était composé de représentants de toute l'interprofession, médecins, soignants, établissements, tutelles, représentants des malades...  
Il a été présenté au nom du groupe par le Dr Ph. BERGEROT lors de la réunion d'installation du Comité de suivi du programme national de lutte contre le cancer. Cette réunion, présidée par Monsieur B. KOUCHNER, Ministre de la Santé, a eu lieu le 28 juin 2001, au Ministère.



Document n° 3

**Plan cancer  
Groupe de travail “oncologie médicale”**

**PROPOSITIONS  
pour l’amélioration  
de la prise en charge de  
l’oncologie médicale en France**

Dr Ph. BERGEROT Rapporteur  
(25/06/01)

-----

<b>1 - Un état des lieux qui justifie des réformes</b>	<b>2</b>
<b>2 - Actions proposées par le groupe de travail pour remédier aux problèmes</b>	<b>2</b>
2.1 - Le livre blanc de l’Oncologie médicale	2
2.2 - La révision de la carte sanitaire	2
2.3 - L’enveloppe médicament	3
2.4 - Les Oncologues médicaux	3
<b>3 - Planning des mesures proposées</b>	<b>4</b>
Second semestre 2001	4
Année 2002	4
<b>4 - Annexes les projets en intégralités sur :</b>	
Principes d’organisation du livre blanc	
Dossier médical de chimiothérapie	
Proposition de l’oncologie médicales	



## 1 – Un état des lieux qui justifie des réformes

Discipline jeune, l'oncologie médicale est à juste raison **considérée comme incontournable**. Pourtant elle n'est que peu, pour ne pas dire **pas du tout individualisée** en tant que telle dans l'appareil statistique. S'agissant d'une discipline très largement hospitalière ni les statistiques SAE, ni le PMSI ne permettent d'en décrire les contours de façon claire. Les modes de régulation en vigueur lui sont inadaptés.

Pourtant, que l'on parle en nombre de séances, en cure, en nombre de patients, en coût du médicament (antimitotique et médicaments associés), **on note une constante augmentation des chiffres comme des besoins**.

Discipline jeune, l'oncologie médicale souffre de **l'inadéquation des procédures d'allocation de ressources et de régulation avec la pratique et l'évolution de cette pratique**. La nomenclature des actes est ancienne et obsolète. La procédure d'allocation globale est tout aussi inadaptée et devient d'autant plus insupportable que les Etablissements sont de plus en plus spécialisés. La prise en charge économique des chimiothérapies en hospitalisation conventionnelle dans le secteur sous OQN est quasiment impossible. De plus ces procédures ne tiennent compte ni du rôle et ni de l'activité réelle de chacun des intervenants (oncologues, médecins spécialistes et généralistes, paramédicaux).

## 2 – Les Actions Proposées

- Rédaction d'un "Livre Blanc de l'oncologie médicale". La prise en charge multidisciplinaire exigée par les bonnes pratiques en oncologie fait que ce livre blanc sera clairement articulé avec les travaux entrepris en radiothérapie, en chirurgie et en matière d'organisation pharmaceutique.
- Réflexions et propositions pour une carte sanitaire plus efficiente : mise en adéquation entre besoin et place de chimiothérapie ambulatoire pour les établissements sous OQN, mise en relation avec la chimiothérapie à domicile et les capacités de prise en charge par les établissements sous dotation globale.

- Réflexions et propositions pour une régulation économique des médicaments anticancéreux plus efficiente : création d'une enveloppe "médicaments coûteux et innovants"
- Recensement des acteurs, reconnaissance, valorisation et gestion prévisionnelle de leur activité.

### **2-1 - Le livre blanc :**

Actuellement ont été écrits principalement les principes d'organisation (pluridisciplinarité, dossier médical d'oncologie médicale, pharmacie, prise en charge en hospitalisation ambulatoire, traditionnelle et à domicile) les indicateurs sont en cours de rédaction avec volonté de finaliser le document au cours du troisième trimestre 2001.

### **2-2 - Le déficit en place de chimiothérapie ambulatoire :**

Les dernières données chiffrées accessibles sont celles du SAE 1998. Elles mettaient en évidence un déficit en nombre de places très important, en particulier dans le secteur sous OQN (de l'ordre de 20 % en moyenne). La situation s'est nettement aggravée depuis. Plusieurs phénomènes expliquent ce développement :

- l'augmentation continue du nombre de patients pris en charge en oncologie médicale,
- la modification de certains protocoles et de l'arrivée de certaines molécules délivrées à un rythme hebdomadaire,
- le développement des protocoles de radiothérapie-chimiothérapie concomitantes,
- l'utilisation de radio-protecteurs tel que l'ETHYOL®, de plus en plus utilisé en prévention de l'hyposialie et qui nécessite une administration de 15 à 30 minutes avant la radiothérapie dans un environnement sécurisé rentre dans cette catégorie.

La prise en charge des patients atteints du cancer et le respect du principe de continuité des soins placent donc les Etablissements en situation irrégulière. Plusieurs solutions ont été évoquées par

le groupe de travail pour répondre à cette question récurrente et urgente. L'indispensable révision de la carte sanitaire pourrait s'accompagner de mesures d'encadrement qui porteraient sur :

- Le respect des principes d'organisation comme ceux qui seront définis dans le cadre du livre blanc et une évaluation des pratiques médicales.
- Des valeurs seuils qui devront être définies en tenant compte des spécificités géographiques (SROS) et de l'appartenance à un réseau ou une pratique pluridisciplinaire avérée.
- Un accompagnement tarifaire ou des mesures spécifiques et dérogatoires favorisant un transfert des autorisations.

### **2-3 - Enveloppe médicament et indicateurs**

En septembre 2000, l'ensemble de fédérations de médecins cancérologues et d'établissement ont sollicité dans un courrier adressé aux Tutelles et aux Elus (députés et sénateurs) la création, à titre transitoire, d'une enveloppe supplémentaire pour les médicaments du cancer dans le budget 2001. Cette enveloppe supplémentaire estimée à un minimum de 2 milliards de francs : 1 milliard pour le rattrapage et 1 milliard pour les nouveaux médicaments. Ce chiffre sera sans doute dépassé pour l'année 2002 même si l'on se base sur la même augmentation de coût que sur les 5 dernières années (> 200%). L'enveloppe de 500 MF et la rémunération en points ISA pour les Etablissements sous dotation globale ont montré leurs limites. En l'absence de réforme de fond elles devront être obligatoirement reconduite et adaptée.

Les professionnels, tous statuts confondus, s'accordent sur ces constats et aboutissent à la conclusion unanime que le financement de ces molécules anticancéreuses étant soumis à des contraintes spécifiques, il doit faire l'objet de procédures d'allocation de ressources spécifiques.

En fait, les décisions de mise sur le marché de ces médicaments s'imposent aux professionnels, ainsi que leur niveau de prix. L'évolution des dépenses des médicaments mis en œuvre à l'occasion d'une chimiothérapie est donc une variable exogène au

système hospitalier. En conséquence ces mêmes professionnels proposent alors la création d'une enveloppe spécifique. Les responsables de l'AMM et de la fixation de l'ONDAM décideront du montant de l'enveloppe spécifique "médicaments anticancéreux". Cette enveloppe sera répartie sur la base d'indicateurs d'activité spécifiques et évaluable. Elle sera déclinée non seulement à l'échelle nationale mais également régionale. Pour le reste, les professionnels feront l'objet de système d'allocation de ressources revus. L'idée du forfait a souvent été évoquée par les responsables du Ministère de la Santé. Ainsi les pouvoirs publics pourront mettre en place des systèmes de régulation qui aient un sens, qui permettent aux professionnels d'agir sur ce sur quoi ils peuvent agir et aux décideurs d'aller jusqu'au bout de leurs responsabilités.

#### 2.4 - Les Oncologues médicaux

La prescription des traitements antimitotiques étant le fait de différents acteurs, oncologues et spécialistes d'organe avec DESC, un recensement des activités et des médecins exerçant cette activité est indispensable pour deux raisons principales.

- Démographique, puisque comme les autres spécialités le nombre d'étudiants s'orientant vers l'oncologie est notablement insuffisant ce qui devrait poser des problèmes de simple renouvellement des médecins.
- Allocation de ressource tant au niveau du secteur public et privé où n'est pas bien pris en compte l'activité « soin » de chimiothérapie et ne sont pas valorisées les activités annexes de coordination et pluridisciplinarité.

### **3 - Planning des mesures proposées**

#### **Second semestre 2001**

Pour les établissements :

- Révision de la carte sanitaire et mise en place de mesures transitoires (forfait de prise en charge pour “innovation thérapeutique” ou nouvelle pratique)
- Mise au point d’indicateurs nationaux privés publics d’activité et sur les produits antimitotiques
- Réflexions sur les conditions de mise en place d’une enveloppe spécifique médicament et sur sa déclinaison au niveau national et au niveau régional.
- Mise en place par les professionnels d’une Conférence de consensus sur la chimiothérapie à domicile afin de déterminer les possibilités, les bonnes pratiques et les champs de responsabilité.

Pour les personnels :

- Révision de la nomenclature de l’oncologie médicale avec prise en compte du temps de coordination et de RCP – Réunions de Concertation Pluridisciplinaires - (fonctions horizontales)
- Revalorisation de la place et du rôle des pharmaciens et adaptation du rôle des pharmacies hospitalières.
- Mesures incitatives pour les infirmières en oncologie médicale (plan de carrière avec possibilité de reconversion sur des postes de coordination “réservés” au sein des réseaux de cancérologie.

#### **Année 2002**

Pour les établissements :

- Mise en place de ces indicateurs d’activité et de produits avec évaluation par région
- Mise en application sur le terrain de l’enveloppe spécifique “médicaments anticancéreux” à partir de l’utilisation d’indicateurs d’activité et assortie de mesures d’évaluation

communes.

- Reconnaissance et financement des réseaux basés sur l'organisation en UCPO (Unités de Coordination Pluridisciplinaires en Oncologie)

Pour les personnels :

- Mise en place des mesures définies.



## **Document N° 4**

### **Coordonnées des intervenants**

Nous remercions les intervenants de nous avoir permis de donner ci-après leurs coordonnées.





## Document N° 3

### Coordonnées des intervenants

Docteur Yves <b>K</b> ESSLER	Radiothérapeute, Président de la Fédération de la Cancé- rologie Libérale et Hospi- talière (FCLH)	Centre Gentilly SAINT JACQUES 13, rue Blaise Pascal 54320 MAXEVILLE  Standard : 03 83 95 41 20 Fax : 03 83 95 41 21 E-mail : KESSLER.YVES@wanadoo.fr
Docteur Gérard <b>A</b> UCLERC	Radiothérapeute, Président de la Société Française de Cancérologie Privée (SFCP)	Centre Radiologique de CHARLEBOURG 65, avenue Foch 92250 LA GARENNE COLOMBES  Standard : 01 47 82 46 95 Fax : 01 42 42 09 06 E-mail : dr.auclerc@centre-charlebourg.fr
Docteur Philippe <b>C</b> OLIN	Oncologue médical	Polyclinique de COURLANCY 30 rue de Courlancy 51100 REIMS  Standard : 03 26 77 26 77 Fax : 03 26 77 26 02 E-mail : colin.courlancy@wanadoo.fr
Docteur Pierre-Luc <b>E</b> TIENNE	Oncologue médical	Clinique ARMORICAINE 21 rue du vieux Séminaire 22015 SAINT BRIEUC  Secrétaire : 02 96 75 22 16 Fax Secr. : 02 96 75 22 68 E-mail : pl.etienne@clin.armoricaine.fr
Docteur Gérard <b>G</b> ANEM	Radiothérapeute	SCM JUPITER 18, rue Victor Hugo 72015 LE MANS Cedex 2  Secrétaire : 02 43 39 13 00 Fax Secr. : 02 43 28 85 34 E-mail : gganem@noos.fr
Madame Claire <b>C</b> OMPAGNON	Ligue Nationale Contre Le Cancer	Ligue Nationale Contre Le Cancer 14 rue Corvisart 75013 PARIS  Standard : 01 43 36 91 89 Fax : 01 43 36 91 89
Docteur Mondher <b>M</b> AHJOUBI	Laboratoire Aventis, Direc- teur de l'Unité Thérapeutique Oncologie	Laboratoire Aventis 46 quai de la Rapée 75601 PARIS Cedex 12  Assistante : 01 55 71 04 42 Standard : 01 55 71 55 71 Fax : 01 55 71 53 20

<p>Docteur Charles <b>TAÏEB</b></p>	<p>Laboratoire Bio Mérieux Pierre Fabre, Responsable des Programmes pharmaco- économiques</p>	<p>Bio Mérieux Pierre Fabre 45 place Abel Gance 92654 BOULOGNE BILLAN COURT  Standard : 01 49 10 80 00 -</p>
<p>Madame Myriam <b>REVEL</b></p>	<p>Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins Sous Direction de l'Evalua- tion et de l'Organisation Hospitalière</p>	<p>Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins 8 avenue de Ségur 75350 PARIS 07 SP  Secrétaire : 01 40 56 47 53</p>
<p>Madame Marie-France <b>CHEDRU</b></p>	<p>Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction Générale de la Santé</p>	<p>Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction Générale de la santé 8 avenue de Ségur 75350 PARIS 07 SP</p>
<p>Docteur Franck <b>BÜRKI</b></p>	<p>Oncologue médical, Prési- dent du Syndicat Français des Oncologues Médecins</p>	<p>Nouvelle Clinique de l'UNION Boulevard de Ratalens 31240 SAINT JEAN  Standard : 05 61 37 81 81 - Clinique Fax : 05 61 37 87 61 E-mail : franck.burki@clinique-union.fr</p>

Document n° 5

**Réactions de la presse  
Dépêche APM du 20 septembre 2001**

**CHIMIOThERAPIE AMBULATOIRE  
BERNARD KOUCHNER  
ANNONCE  
LA DISPARITION  
DE LA CARTE SANITAIRE**

sl/san/APM-Reuters polsan  
SLEIK002 20/09/2001 17:02 ACTU CANCER



Document n° 5

## Réactions de la presse Dépêche APM du 20 septembre 2001



**SUJET** : CANCER CHIMIOThERAPIE CLINIQUE MINISTRE  
HOPITAL IMAGERIE

**TITRE** : CHIMIOThERAPIE AMBULATOIRE BERNARD  
KOUCHNER ANNONCE LA DISPARITION DE LA  
CARTE SANITAIRE

PARIS, 20 septembre (APM-Reuters) - Le système de régulation des places de chimiothérapie ambulatoire va être prochainement revu, avec la disparition des "quotas", a annoncé le ministre délégué à la Santé, Bernard Kouchner, jeudi, lors d'une réunion de la cancérologie libérale.

Bernard Kouchner a aussi fait part de la création d'une enveloppe pour les médicaments innovants d'une part et pour le renouvellement du parc de la radiothérapie d'autre part, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2002.

Le ministre était invité jeudi par l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC) et par la Fédération de la cancérologie libérale et hospitalière (FCLH), en ouverture des rencontres de la cancérologie libérale organisées par ces deux fédérations sur la prise en charge de la chimiothérapie.

Devant les oncologues privés qui témoignaient de leurs inquiétudes et de leurs "angoisses", notamment sur la radiothérapie et la chimiothérapie avec le "problème des quotas", Bernard Kouchner a reconnu que le nombre de places de chimiothérapie était "une préoccupation" en raison des dépassements de capacité.

"J'ai demandé aux ARH de surseoir à l'application des pénalités en cas de dépassement du volume d'activité car le système est inadéquat. Arrêtons d'avoir des quotas sur la chimiothérapie, les postes de dialyse, les nombres d'IRM. Actuellement, c'est dépassé et c'est devenu grotesque", s'est-il exclamé.

"Je souhaite que le système soit remis à plat. J'ai demandé aux ARH de revoir le nombre de places de chimiothérapie ambulatoire et nous devrions arriver au plus vite à une levée de ces quotas devenus inutiles", a-t-il ajouté en demandant aux professionnels de soumettre leurs propositions à ses services.

"Un travail en ce sens est déjà engagé, avec les responsables de l'UNHPC, pour trouver un autre mode de régulation des places avec d'autres critères", a complété plus tard Myriam Revel de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

"Il faut aussi pouvoir évaluer l'impact de la chimiothérapie à domicile qui est complémentaire. Le taux de change actuel est pénalisant", a-t-elle reconnu. "Bernard Kouchner nous a aussi demandé de lui faire des propositions pour changer de logique."

"Nous sommes conscients du fait que vous trouvez ce mode de régulation très ancien insupportable, et nous allons faire des propositions à très court terme", a-t-elle ajouté.

UNE ENVELOPPE POUR LA RADIOTHERAPIE ET UNE AUTRE  
POUR LA CHIMIOOTHERAPIE

"Cet après-midi, lors de l'exposé des orientations du PLFSS 2002, à l'occasion de la présentation des comptes de la sécurité sociale, vous verrez que la cancérologie figure en bonne place, même si je trouve les efforts encore insuffisants", a indiqué par ailleurs Bernard Kouchner.

Une enveloppe médicaments innovants, en particulier pour les anticancéreux est prévue, comme l'enveloppe de 500 millions de francs en 2001, et une seconde enveloppe pour le renouvellement du parc de radiothérapie, a-t-il précisé.

Interrogé par l'APM, le Dr Philippe Bergerot, président de l'UNHPC, souhaite qu'elle soit accordée pour les deux secteurs, public et privé. "Les 500 millions de francs de 2001 étaient seulement pour le public, alors que nous avons demandé dès septembre 2000 une enveloppe supplémentaire dans le budget 2001 pour les médicaments anticancéreux."

Le Dr Bergerot s'est déclaré satisfait de l'annonce de la suppression des quotas pour la chimiothérapie.

"C'est vrai que dès le mois d'août, les établissements dépassent leurs quotas autorisés d'activité en chimiothérapie et cela depuis plusieurs années. Jusqu'à présent, les pénalités prévues n'ont jamais été appliquées, mais cela démontre l'inadéquation du système."

Au cours de la matinée, différents cancérologues du secteur privé ont fait part de leurs difficultés. Ils ont largement dénoncé le nombre insuffisant de places de chimiothérapie ambulatoire dans le secteur sous OQN et l'inadéquation de la carte sanitaire, conduisant à des "dérives", pour compenser, notamment en faisant revenir le patient plusieurs fois pour pouvoir facturer les actes, ce qui entraîne des surcoûts de transport.



Le décalage de remboursement des médicaments entre une hospitalisation ambulatoire et une hospitalisation complète a aussi été dénoncé. Depuis la réforme récente des tarifs, les médicaments sont facturés à l'assurance maladie par les cliniques "au franc le franc" pour un patient en ambulatoire, mais l'hospitalisation complète est toujours soumise à un forfait global "insuffisant par rapport au prix des molécules".

#### HAD : LES DIFFICULTES DE LA CHIMIOThERAPIE A DOMICILE

Les professionnels ont par ailleurs échangé leurs idées sur la chimiothérapie à domicile.

"Avec la multiplication des acteurs, cette alternative peut parfois coûter beaucoup plus cher pour la sécurité sociale", a noté le Dr Pierre-Luc Etienne de Saint-Brieuc. Selon ses calculs pour un protocole de 5-fluorouracile (5-FU) en perfusion continue, le prix peut varier de 4.700 francs à la clinique à 14.143 francs à domicile.

Un oncologue strasbourgeois a fait remarquer que pour des chimiothérapies lourdes, la moitié des patients ne supportaient pas le traitement à domicile, selon son expérience.

Néanmoins, beaucoup de patients souhaitent ce mode de prise en charge, a rapporté Claire Compagnon de la Ligue nationale contre le cancer.

"Face au développement de l'ambulatoire dans des conditions d'accueil très défavorables dans certains lieux, la chimiothérapie à domicile peut être une opportunité pour vous qui rejoint le désir des patients, mais il faut que ce soit une décision partagée avec le patient et son entourage", a-t-elle conseillé aux médecins.

Le Dr François Burki de Toulouse, président du Syndicat français des oncologues médicaux a demandé la tenue d'une conférence de consensus sur

la chimiothérapie à domicile pour déterminer les possibilités, les bonnes pratiques et les champs de responsabilité.

sl/san/APM-Reuters polsan  
SLEIK002 20/09/2001 17:02 ACTU CANCER



**- III -**

**PROSPECTIVE**

**EN MATIÈRE DE**

**STRUCTURES JURIDIQUES**

**ACCÈS**

**DES PROFESSIONNELS**

**AU DROIT COOPÉRATIF**

**Président** : Dr Philippe BERGEROT

**Modérateur** : M. Gérard PARMENTIER



## **PROSPECTIVE EN MATIÈRE DE STRUCTURES JURIDIQUES ACCÈS DES PROFESSIONNELS AU DROIT COOPÉRATIF**

❖ **Dr Philippe BERGEROT**

Cet après-midi sera consacré au droit coopératif en matière de santé. Le projet de dépôt d'un amendement au "projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé" par Claude EVIN en est l'occasion.

Tout le monde sait que nous y avons beaucoup travaillé. Nous ne sommes pas les seuls. A l'UNHPC le dossier avait été ouvert par mes prédécesseurs. Nous regroupons des médecins, des cabinets et des établissements. Nous avons réfléchi dans un premier temps à un éventuel mode de collaboration entre des personnes de statuts juridiques différents (des cabinets de ville et des établissements sous OQN par exemple). Puis la réflexion s'est doublée de celle relative à la personnalité morale adaptée à nos pratiques de réseaux. C'est ainsi que nous sommes arrivés à cette conclusion : il fallait ouvrir le droit coopératif à nos professions. Nous ne prétendons pas avoir trouvé la solution miracle. Nous ne souhaitons aucune position hégémonique pour cette forme de société. Elle n'intéresse d'ailleurs pas tous nos adhérents. Mais c'est une faculté d'organisation qui doit exister. Elle n'intéresse pas uniquement la cancérologie.

Le projet ne date pas d'aujourd'hui. Une première tentative a été faite sous forme de décret en 1965. L'idée est régulièrement reprise depuis dix ans. Un certain nombre de personnes se réunissent non moins régulièrement autour de ce projet depuis plus de deux ans. Des médecins, des directeurs d'établissement et des juristes se sont joints à nous, et nous avons plus récemment pu bénéficier de l'appui de M. Claude EVIN, qui nous a accueillis à plusieurs reprises et avec lequel nous avons pu avoir une démarche extrêmement constructive.

L'après-midi commencera par la présentation du groupe de travail. Interviendront le Dr Didier LAMBERT, chirurgien à Pau, urologue et M. Jean

VERNOUX Directeur de l'Orangerie, à Strasbourg, et également Président de la FHP Alsace.

Nous aurons ensuite le point de vue des juristes avec une table ronde composée de M. Francisco JORNET, conseiller juridique au Conseil National de l'Ordre des Médecins, de Me GUERIN, avocat au Barreau des Hauts de Seine, responsable national du Département Santé de la Fiduciaire juridique et fiscale de France (FIDAL) et de Me Yves LACHAUD, avocat au Barreau de Paris, ancien membre du Conseil de l'Ordre. Je tiens à remercier tous ces intervenants de façon particulière et bien sûr aussi l'ensemble du groupe de travail.

Interviendront au cours de la seconde partie de l'après-midi M. Edouard COUTY, qui devrait nous rejoindre tout à l'heure, M. Claude EVIN, qui nous fait le plaisir et l'honneur d'assister à toute notre réunion, et le Dr Serge LARÜE-CHARLUS qui s'est particulièrement attaché à développer les Conférences Médicales et s'est beaucoup investi aussi dans le CLAHP.

Je vais laisser la parole à Gérard PARMENTIER qui va modérer cette session. Mais je vais tout d'abord lui demander de tenter de vous donner quelques définitions. En effet, parler de coopérative, cela peut paraître difficile à comprendre, voire ringard... Il va essayer de nous présenter un "petit Larousse illustré" de ce que pourraient être ces coopératives et leurs conséquences sur le monde de la santé.

#### ❖ M. Gérard PARMENTIER

Je ne sais pas si je vais réussir à vous présenter un petit Larousse illustré. En tant qu'animateur de cette deuxième partie de nos Rencontres, je vais, peut-être plus modestement, essayer de vous proposer quelques points de repère très simples. Nous avons en effet tout l'après-midi. La question de l'accès des professionnels au droit coopératif va vous être présenté par d'éminents spécialistes, tous impliqués dans les démarches qui ont abouti à cet amendement. La partie débat nous est apparue comme tout aussi importante. Nous l'ouvrirons en fin de séance.

Dans les documents qui sont disponibles dans votre dossier, vous trouverez un certain nombre de fiches, brèves et simples, relatives à notre sujet :

- Une brève introduction qui résume pourquoi l'UNHPC et

- la FCLH soutiennent ce projet.
- Une fiche de rappel de définitions
  - Une fiche partant des trois situations classiques dans lesquelles se trouve tout professionnel, salarié, sous-traitant ou sociétaire
  - Une fiche reprenant quelques préalables et quelques motifs qui peuvent justifier l'accès des professionnels de santé au droit coopératif
  - Une fiche reprenant les principales caractéristiques des futures coopératives hospitalières de médecins et des futurs réseaux coopératifs de santé, tels qu'ils sont à l'état de projet.

### ⇨ Définitions

Sur l'une de ces fiches vous trouvez donc quelques définitions de ce qu'on appelle une "coopérative". Ces définitions sont issues de :

- la loi française, ce qui, après tout, est fort utile,
- mais aussi :
  - d'organisations internationales non spécialisées, comme l'OIT, l'Organisation Internationale du Travail, qui n'est pas une petite institution - vous le voyez, il ne s'agit pas d'une fantaisie franco-française ou provinciale -,
  - d'une organisation internationale spécialisée, l'Alliance Coopérative Internationale,
- et enfin d'un ouvrage récent qui évoque plusieurs approches, dont l'une est, me semble-t-il, simple et intéressante.

Selon cette dernière définition, quatre règles définissent la coopérative : la première est relative au regroupement des personnes, la seconde aux rapports entre les membres et l'entreprise, la troisième à ceux qui lient l'entreprise et ses membres et la dernière à l'entreprise. Vous me direz que c'est bien ce qui définit toute société. Oui, mais cette approche nous a paru particulièrement parlante de ce que nous vivons entre médecins et cliniques ou entre médecins et cabinets ou entre professionnels au sein d'un réseau de santé. Et puis c'est bien d'une forme particulière de société de production que nous parlons et cette approche fonctionne bien : la ré-



ponse qui est donnée à chacune de ces questions est bien la caractéristique du droit coopératif. C'est pourquoi je n'hésite pas à vous la lire :

*«On peut résumer l'approche coopérative en matière de sociétés de production de biens et services en un noyau dur des règles coopératives qui se ramène à quatre puisqu'il s'agit de réguler non seulement le groupement de personnes et l'entreprise mais également les rapports de ces deux éléments de manière à ce qu'ils demeurent interdépendants. Ces quatre règles sont :*

- *une règle relative au groupement de personnes : l'égalité : un membre, un vote,*
- *une règle relative aux rapports membres-entreprise : la détermination de l'activité de l'entreprise par l'activité des personnes,*
- *une règle relative aux rapports entreprise-membres : la distribution des résultats proportionnelle aux opérations faites avec l'entreprise,*
- *une règle relative à l'entreprise : la propriété durablement collective des résultats réinvestis.*

*Ces quatre règles assurent la stabilité de la combinaison quand des forces centrifuges, liées à leurs environnements respectifs, tendent à les dissocier.»*

Vous trouverez bien sûr les références exactes sur la fiche.

Voilà qui donne à réfléchir. Déjà on y voit plus clair.

Ces règles vous conviennent-elles ? Vous paraissent-elles adaptées aux conditions de votre exercice ? Vous paraissent-elles correspondre aux exigences d'une médecine moderne ? Vous paraissent-elles de nature à le faciliter, à favoriser la qualité des rapports et du travail de chacun ? Sont-elles plus adaptées que celles qui régissent votre SA, votre association, votre SEL ?

Voilà les vraies questions...

Mais il m'a été demandé une approche à entrées multiples. Prenons donc un autre angle d'attaque.

## ⇒ Le mot "coopérative"

Tout d'abord, ce n'est pas nous qui avons choisi le mot de "coopérative", et la majorité d'entre vous sera probablement d'accord, quelle que soit la diversité des opinions, pour penser que cette dénomination risque de faire un peu "ringard", "agricole" ou "viticole", ...même si nous n'avons rien contre les coopératives viticoles !... Au contraire pourrait-on dire, si ça fait agricole ou viticole, c'est que dans ces activités cette forme de société a pris une place particulièrement importante. Il en existe d'excellentes, ... mais cela n'évoque pas tout à fait la cancérologie... dont acte !

Pourquoi parlons-nous, dans ce cas, d'une coopérative ? Parce que le droit l'appelle comme cela. Une loi de 1947 définit les grands principes de la loi coopérative, en France. Ces grands principes sont tout à fait comparables à ceux qui régissent les coopératives aux Etats-Unis, au Canada, où il existe un secteur coopératif très fort. Il en va de même en Allemagne, où ce secteur est très puissant, ainsi qu'en Angleterre. Nous nous intéressons en effet ici aux coopératives des pays démocratiques et développés. Donc le terme est un terme juridique. Il s'impose si nous voulons parler de la même chose. C'est comme ça et ça ne me paraît pas très grave.

### ⇨ Une "loi particulière"

Restons sur le droit. Les coopératives sont des sociétés professionnelles. Mais vous ne pouvez en créer une que si une "loi particulière" vous autorise en tant que membre d'une profession habilitée, d'un métier habilité, à avoir accès à ce droit.

C'est notre sujet d'aujourd'hui. Il s'agit pour nous de combler un retard. En effet, tout le monde ne s'intéresse pas aux coopératives, mais tout le monde peut constituer une association, une SA ou un GIE et tout médecin peut bâtir une SEL, alors que nous ne pouvons pas, en tant qu'hospitaliers, créer de coopérative. Il nous faut pour cela une loi adaptée.

Cette exigence, un peu spéciale et surprenante, est, en fait, intéressante. Pour une profession, l'existence d'une loi adaptée signifie que le législateur s'est mis en face d'une conception d'un métier, de ses spécificités, de ses contraintes, de ses exigences. Les financeurs, l'Etat peuvent - on devrait dire doivent, ils l'ont fait pour beaucoup d'autres professions - se saisir de cette opportunité pour débloquer un certain nombre de freins spéci-

fiques au métier concerné, en l'occurrence le nôtre. C'est une opportunité extraordinaire pour le législateur d'aider à l'évolution de métiers demandeurs. Bien sûr il n'y a guère de tradition de politique cohérente en matière de santé en France. Raison de plus pour y prendre notre part. Car c'est aussi une opportunité extraordinaire, pour les métiers demandeurs, de faire passer un certain nombre de messages sur leurs difficultés de vie quotidienne, pour mettre en place une loi adaptée, au sens strict, à leurs caractéristiques, à leurs exigences de bonne pratique. C'est bien ce que stipule la loi de 1947 lorsqu'elle oblige à passer par des lois particulières. Si nous créons une SA, nous avons la SA de tout le monde. Pour faire une coopérative il nous faut une coopérative hospitalière. Quelle chance pour nous d'avoir une forme de société adaptée ! Comment ne l'avoir pas saisie plus tôt ?

Nous sommes bien sûr les derniers après les agriculteurs, l'industrie du cuir, le Crédit Agricole, les marins pêcheurs, les transporteurs, les vendeurs de disques, et bien d'autres encore..., mais peu importe pourvu que cette loi soit bien écrite et fondée sur ce qui fait le corps de nos métiers !

Je passe très vite sur la loi. Tout le monde sera d'accord sur l'avis de bon sens qui nous a été donné par les spécialistes, et en particulier par Claude EVIN ici présent. Les intérêts des parlementaires et surtout les contraintes de calendrier sont tels aujourd'hui que nous n'arriverons probablement pas facilement à mettre à l'ordre du jour du Parlement une loi aussi technique sur nos métiers. Si nous voulons avancer, nous sommes donc obligés de passer par un amendement, si nous trouvons un support, par un DMOS sinon. La voie du DMOS avait été sérieusement envisagée par Claire BAZY-MALAUURIE, du temps où elle était Directrice des Hôpitaux.

Il se trouve qu'aujourd'hui, la loi de réforme en cours peut être un bon support, même si nous sommes contraints par les règles propres à l'amendement. Cela signifie que nous n'aurons pas, comme la plupart de nos prédécesseurs, une loi de 35 articles parfaitement adaptée, tenant compte des nuances, couvrant chacune de nos spécificités. Elle sera plus courte, mais j'espère néanmoins adaptée. Et puis l'important c'est d'ouvrir une porte. A l'expérience il sera possible de la compléter et à l'améliorer. Mais il faut bien, pour cela, créer une possibilité d'accès à ce corps de droit. Voilà le but.

### ⇨ **Coopérative - Kolkhoze - Corporation**

Poursuivons notre exploration un peu désordonnée. Certains peuvent se dire que le terme "coopérative" fait non seulement "ringard" et "viticole", mais surtout qu'il évoque aussi les kolkhozes. Certes, j'ai parlé précédemment de pays développés démocratiques et non de pays sous-développés dictatoriaux. Mais ce type d'association sera sans doute utilisé de façon déviante et perverse. Cependant, je réponds à ceux qui me parlent de kolkhoze "corporation" car si Staline a perverti les coopératives sous forme de kolkhozes, cette période féconde en esprits pervers a aussi permis à Franco et à Mussolini de pervertir la coopération sous forme de corporations. La tradition corporatiste droitière est aussi dangereuse que le kolkhoze !... Ce qui m'étonne c'est qu'il ne viendrait jamais à l'idée de personne, quand je dis que je veux créer une société anonyme, que je vais, en fait, bâtir un groupe de type IG Farben, de sinistre mémoire, au moins pour les plus âgés d'entre nous.

L'existence d'un outil ne préjuge pas de son usage. Une coquille devient ce que l'on en fait. Toutes les coquilles juridiques peuvent être utilisées de façon perverse. IG Farben était dans les années 1940 une vraie "saloperie". Il y a toujours des GMBH en Allemagne et personne n'y voit péril. Lors des travaux entrepris ces dernières années autour du ministère de la Justice sur le droit des sociétés, il nous a été rappelé que la fonction de PDG en France avait été bâtie autour du "fürher principe". Nous l'avions tous oublié... Heureusement d'ailleurs.

Cette critique là est donc vide de sens, mais il valait sans doute mieux l'évoquer.

Une fois encore, le droit nous oblige donc à parler de "coopérative" : passons - ce n'est pas dramatique - et abordons encore un nouveau point de vue.

### ⇨ **Sociétaire - Salarié - Sous-traitant**

Je voudrais donc évoquer maintenant quelques fondamentaux, même si je prends le risque de le faire de façon un peu caricaturale afin que ce soit simple.

A titre personnel, j'ai, comme chacun d'entre vous, envie d'être un "bon professionnel".

Cependant, tel que je suis constitué - après tout, c'est comme cela que ma mère m'a fait et ce n'est pas à mon âge que je vais changer -, si je ne veux pas vivre dans l'angoisse de mes fins de mois, si je veux limiter le champ de mes responsabilités, non pas sur critères négatifs, mais pour être un bon professionnel sur mon champ de compétence, j'aurais plutôt intérêt à être salarié.

C'est très bien ainsi, que je sois médecin ou pas.

Si en revanche, je veux, pour être un bon professionnel, que l'on me laisse tranquille parce que la notion de liberté dans mon travail me semble fondatrice, absolument fondamentale, je ne me ferai pas salarié et, si mon métier me le permet, ce qui est probable car mon exigence est fondée, j'opterai pour la profession libérale. Dans la mesure où je ne suis pas seul au monde, que je dépends d'autres professionnels, de structures que je n'ai pas, je devrais passer des contrats par exemple du type contrat de sous-traitances, avec des conditions de prix, de délais, de qualité, des clauses de résolution équitables, etc..., en trouvant en face de moi des personnes honnêtes qui ont intérêt à profiter de mon savoir-faire et que je trouve suffisamment intéressantes et dignes de confiance pour que cela justifie des rapports contractuels entre nous.

C'est très bien ainsi, que je sois médecin ou pas.

Passons maintenant au troisième cas de figure. Si, toujours pour être le même bon professionnel, je considère que, tel que je suis dans mon métier, la notion d'organisation, articulée autour d'autres, est la clef. Si je considère qu'il faut absolument que je sois dans un environnement organisé mais que je veux, tout en préservant mon indépendance, pouvoir peser sur cette organisation, je ne serai a priori pas très bien dans la peau d'un salarié ou d'un sous-traitant, et je préférerai faire partie d'une coopérative en tant que sociétaire. Je resterai ainsi libre et indépendant, tout en m'impliquant en termes de responsabilité sur le plateau technique qui m'est nécessaire, avec les autres professionnels qui m'entourent car nous considérons que ce plateau technique est le prolongement de notre activi-

té. Il a son autonomie bien sûr, et c'est heureux, je ne veux pas changer de métier ou m'occuper de tout, mais je veux avoir mon mot à dire car je considère quand même que c'est mon outil de travail.

C'est très bien ainsi, que je sois médecin ou pas.

Oui, c'est très bien ainsi, sauf qu'aujourd'hui, si je suis médecin cette forme de vie en société, l'accès à ce type de personnalité morale ne m'est pas permis. C'est cela qu'il faut corriger. Pourquoi les médecins, les professionnels de santé en établissement, en cabinet ou en réseaux, n'auraient-ils pas le choix, comme les autres ?... Pourquoi seraient-ils condamnés à n'être que salariés ou sous-traitants ?

Il s'agit non pas de manger les concurrents ou de créer un modèle commun à tout le monde, mais d'ouvrir enfin une voie qui existe pour de nombreux métiers comparables aux nôtres. Dans nos métiers, la coopération est présente dans la pratique mais pas encore dans le droit. Il s'agit de mettre le droit en conformité, pour rattraper notre retard, et d'avoir enfin accès à un droit que beaucoup d'autres utilisent depuis des dizaines d'années, voire plus.

### ⇨ Quelques caractéristiques spécifiques

Evoquons maintenant très rapidement ce que recouvre ce **droit particulier**. Toujours dans le même esprit, pour situer des points d'appui, de repère, pour la suite de nos travaux.

Je vous propose donc de reprendre quelques-unes des grandes caractéristiques spécifiques de ce droit.

#### ● *Le capital et le travail sont liés*

Dans la mesure où il s'agit d'un outil commun, ceux qui s'y engagent ne peuvent pas y travailler s'ils ne participent pas au capital. Je sais, c'est désagréable, ici le capital et le travail sont liés. Mais dans beaucoup de cliniques c'est déjà à peu près le cas. C'est à peu près le cas sauf qu'il y a l'histoire, le coup de chance ou de pas de chance, la personnalité de chacun, le moment de son arrivée, bref bien des raisons pour expliquer qu'il y a peu de règle stable, que c'est souvent un peu à "la tête du client". Les médecins actionnaires aspirent souvent à ordonner un peu tout ça, sur des bases à peu près équitables. Nous entrons par ailleurs dans une période où

les médecins se feront rares et où certains nous prédisent des tentations au chantage quasi-irrépressibles de la part de nos futurs jeunes collègues.

En coopérative, il nous faudra définir, en assemblée générale, notre règle commune concernant la participation en capital obligatoire de chacun, celle que nous considérerons comme "équitable" et qui devra obligatoirement avoir un lien avec l'activité de chacun. Ce n'est pas agréable, je l'ai dit, mais certains pensent que c'est plutôt mieux que ce qu'ils vivent. Le droit permet d'avoir ici une règle discutée et votée en fonction des caractéristiques propres de notre société - clinique, cabinet, réseau -, stable dans le temps et qui s'applique à tous ceux qui y travaillent.

● *Capital et cessation d'activité / Capital bien de main morte*

Continuons ce jeu de rôle. Vous savez, vous, je sais, moi, que, par rapport à mon frère qui est salarié, mes revenus vont chuter lorsque je partirai à la retraite. Je vais donc vous faire une confidence. Moi, je suis d'accord avec tout ça, mais, à vous je peux le dire, j'ai très peur quand vous me demandez de mettre du capital dans notre clinique. En fait, je suis d'accord pour vous verser le million de francs "que vous me demandez", car je suis brave et généreux, mais je suis angoissé, car ma femme me rappelle tous les soirs que nous devons retrouver cet argent quand nous partirons à la retraite. Or, vous le savez comme moi, tous mes prédécesseurs se sont fait avoir. Au moment de leur départ, nous avons tous versé des larmes de crocodiles, car le marché était tel que leurs parts ne valaient pratiquement plus rien. Avec ma femme, ça nous rend prudents. D'autant plus que je sais très bien que les choses ne vont pas changer en France dans les années qui viennent : j'ai écouté le Ministre ce matin : il ne voit rien à redire au taux de profit des laboratoires qui est... disons très correct, en tous les cas dans les fourchettes souhaitées par les grandes bourses internationales. Mais 0,2 % pour les cliniques, sans budget de recherche, ça restera encore longtemps un scandale... Et penser que les cliniques vont échanger leur minable taux de profit contre le taux de surplus, comme disaient les économistes marxistes en parlant des sociétés publiques, de certains de nos amis et concurrents, alors là !...

Mais revenons à notre préoccupation. Mon capital j'en ai besoin pour ne pas trop tasser mon niveau de vie quand je vais partir à la retraite. Alors si vous me dites que dans la loi coopérative le remboursement est automatique, là, ça commence à m'intéresser.

Bien sûr vous me rappelez qu'il n'y a pas de spéculation possible sur le titre. Je vais être prudent, mais nous sommes entre nous, alors, je vais vous dire que personnellement ça ne me choque pas trop. D'abord parce que je suis réaliste. Si ça permettait de faire fortune ça se saurait. L'expérience parle, nous venons de l'évoquer. Et puis nous parlions de "ringardise". Personnellement c'est ici que je situe la ringardise. On nous oblige à nous soumettre à une économie de spéculation - actions, clientèle - que personnellement j'estime "ringarde" en effet. Sans doute, comme beaucoup ici, je spéculé de temps à autre pour gérer mes modestes économies, mais le fait que l'on fonde ce qui fait mon métier sur une telle économie me paraît plus ringard que le système de coopératives vinicoles qui a été évoqué. Il serait temps, dans nos métiers, de passer d'une économie fondée sur la spéculation à une économie de production. Et puis, quitte à payer, je comprends les jeunes qui préfèrent payer pour la clinique, le cabinet ou le réseau dans lequel ils vont travailler plutôt que pour le vieux qui part à la retraite. Et je comprends très bien qu'ils rechignent à payer les deux.

Je serai très triste si l'on me dit que mon capital ne m'apportera aucun revenu spéculatif, mais je vérifierai surtout que celui que j'ai placé dans mon entreprise me permettra de gagner ma vie correctement pendant vingt-cinq ans. Si c'est le cas et, qu'à la fin, ma mise initiale m'est remboursée, je fais partie de ceux que ça peut intéresser. En disant ça, je n'agresse personne..., mais il semble que je ne sois pas le seul. Moi, je préfère acheter du capital dans "ma petite entreprise", capital qu'on me remboursera si je la quitte, parce que la loi me l'assure, plutôt que de payer une clientèle à mon vénérable prédécesseur. Au moins cet apport en capital bénéficiera à mon exercice.

Si je sors de ce jeu de rôle, vous voyez comme moi qu'en disant cela, je situe un véritable problème, un véritable enjeu économique et politique : si nous voulons faire passer la médecine libérale du régime de l'économie de spéculation au régime de l'économie de production, nous avons un vrai problème de financement de la transition, du passage d'une génération à l'autre. Pourquoi ? Parce qu'il faut bien dédommager les anciens... C'est une vraie réflexion pour ce qu'il est convenu d'appeler chez nous "l'hospitalisation et l'organisation des soins"...

● *Variabilité du capital et déductibilité des frais d'emprunt*



Mais reprenons une fois encore notre jeu de rôle. Imaginons que je sois jeune - ce qui ne m'est plus arrivé depuis longtemps - et que l'on me dise qu'il faut investir 1 MF : je suis angoissé, car je viens tout juste de sortir de l'hôpital où j'étais chef de clinique, je dois me payer une voiture, j'envisage de me marier, d'avoir un enfant, de me payer une maison, etc. J'ai beau être encore jeune, à mon âge tous mes amis sont en avance sur moi sur tous ces sujets.

Cependant, comme je suis brave de nature, et que votre clinique correspond vraiment à ce que je cherche, je vous écoute. Si vous me dites que je ne suis pas obligé d'investir tout de suite 1 MF et que je n'aurai à le faire que dans la mesure où je gagnerai ma vie, au prorata de mon activité réelle, je suis d'accord pour signer. J'ai vérifié auprès de mon juriste, il m'a dit que les sociétés coopératives étaient à capital variable et que c'était cela qui le permettait. Il m'a dit aussi qu'en coopérative, il n'y avait pas de problème pour déduire mes frais d'emprunt de mes revenus déclarés, alors que pour la clinique que j'ai vue hier et qui me demandait aussi du capital, le contrat n'était pas clair, et il m'a dit que si je le faisais je prenais des risques...

#### ● *Démocratie des hommes*

Je vois que certains me suivent, alors je poursuis sur la même veine. Comme vous le savez, les médecins ont une loi sacro-sainte, tant qu'un étranger est présent dans la salle. Nous sommes tous médecins et tous égaux, même si nous nous déchirons dès que cet étranger s'en va. Cela signifie que nous sommes souvent choqués, quand nous parlons de l'organisation de nos métiers, par le fait que la personne qui a investi deux fois plus de capital a deux voix au lieu d'une en matière de vote en assemblée générale. C'est comme ça. On peut se moquer bien sûr. Mais si l'on essaie de comprendre ce qui peut l'expliquer, on peut imaginer que nous sommes nous aussi façonnés par notre métier. Or, lorsqu'on parle de prise en charge pluridisciplinaire d'un patient, on est bien dans ce cas, tout le monde a droit à la parole lors du staff, sur un pied d'égalité, même si le spécialiste de chaque question abordée a de fait une autorité de compétence. Même chose lorsqu'on parle d'un projet collectif, même si les rôles sont différents. Même chose dans un réseau si l'on veut que ça marche. D'ailleurs beaucoup de non-médecins ont du mal à comprendre, mais certains d'entre nous sont en "masse commune" depuis des années et ça mar-

che, nous gérons nos SCP, nos SCM de façon démocratique, et ça marche souvent.

En coopérative on dit que c'est la démocratie des hommes “**1 homme - 1 voix**” et non la démocratie du capital “1 action = 1 voix” qui prévaut. Bien sûr j'entends les esprits forts qui se gaussent... ils n'ont peut-être pas tort, sauf que des centaines de milliers de producteurs produisent sous ce régime et s'en réjouissent. Pourquoi l'interdire aux professionnels de santé qui le souhaitent ?

Ces critiques nous rappellent pourtant au réalisme. Nous avons beaucoup de difficultés à réguler le pouvoir entre nous - c'est une vraie et forte question -, et nous n'avons que peu, très peu de culture collective. Nous parlions des agriculteurs tout à l'heure. Voilà une différence importante : beaucoup d'agriculteurs savent que la guerre civile entre eux ne doit pas toucher la coopérative, car si elle meurt, ils meurent avec. Beaucoup de médecins pensent que la clinique peut bien mourir, même si c'est à cause de leur comportement, car de toute façon ils ne risquent rien. Il n'empêche que sur le plan culturel beaucoup de professionnels de santé sont profondément convaincus que ce n'est pas parce que l'on investit plus d'argent que l'on doit avoir plus de droits dans les décisions d'orientation de la société commune de production. Sur ce point le droit coopératif est en adéquation avec leurs principes.

La question de la régulation du pouvoir n'est pas forcément celle du décompte des voix en Assemblée Générale. Elle dépend beaucoup plus de l'adhésion à un projet et d'un comportement collectif responsable et cohérent avec les nécessités collectives de ce projet.

Si je peux donner un avis, il existe un autre risque, souvent plus réel, à la démocratie. Il est rarement évoqué. C'est celui de la médiocrité : en démocratie il est toujours plus facile de s'accorder sur le plus petit dénominateur commun que sur la désignation d'un leader capable de porter un projet. Or nos cliniques, nos cabinets, nos réseaux ont besoin, comme toute entreprise de production et de développement, de projets forts. Mais la prise de risque est-elle toujours facile dans une SA, sous prétexte qu'il y a un majoritaire ? L'est-elle lorsque le capital est éclaté comme c'est souvent le cas dans nos cliniques ?...

● *Société à caractère professionnel*

Evoquons encore un point où la coopérative marque sa spécificité. La société coopérative est liée à l'activité de ses membres. Ce principe a des conséquences faciles à comprendre. Nous les avons déjà évoquées. D'abord, pas de possibilité de travailler dans une coopérative sans participer au capital, en proportion de cette activité, selon les règles définies en commun. Garantie corrélative de remboursement du capital dès la cessation d'activité. Mais le principe a une conséquence de plus. Parmi les sociétaires, les actionnaires si vous préférez, il n'y a que des gens actifs dans la société.

Si vous êtes dans le cas que j'ai bien connu, c'est intéressant : en assemblée générale, dans nos cliniques, on surveille souvent le beau-frère de notre ancien collègue qui a hérité de lui et qui a toujours une attitude imprévisible. Surtout, le conseiller juridique a très peur qu'il n'introduise notre concurrent dans le capital de la clinique... Si vous ajoutez à cela que les actionnaires de la société immobilière ne sont plus exactement les mêmes que ceux de la société clinique, vous le savez, il y a péril mortel. Mais restons dans le cas de la seule clinique, il suffit. En coopérative le problème est réglé d'avance. Celui qui ne travaille pas dans la société ne peut en être actionnaire. Pas de chevalier blanc. Pas d'intérêts externes à ceux de la clinique, du cabinet, du réseau. Les sociétaires restent maîtres chez eux.

#### ⇒ **Les réseaux**

On ne peut pas tout évoquer en quelques flashes. Pour finir, je voudrais revenir sur la règle énoncée au début selon laquelle, en droit coopératif, il y a détermination de l'activité de l'entreprise par l'activité des personnes. Vous avez tous compris qu'en société coopérative hospitalière de médecins, le médecin libéral restait libéral. Nous avons vu que seuls les actifs pouvaient être associés et, de façon symétrique, que personne ne pouvait être actif dans la coopérative sans être associé. Tout cela est maintenant clair au niveau des principes.

Vous en voyez les prolongements tant pour les cliniques et la participation d'autres sociétaires que les médecins. Il est temps d'évoquer rapidement **les réseaux**. Chacun garde son statut, comme à l'instant le médecin libéral restait libéral, qu'il soit infirmière, assistante sociale, psychologue, médecin généraliste ou spécialiste, clinique ou hôpital. Il a la garantie que la société n'existe que par son activité.

Enfin une société adaptée aux réseaux, où chacun est acteur en fonction de son activité, quel que soit son poids institutionnel ou économique, où chacun garde son statut.

Finie l'attente désespérée de la "**fongibilité des enveloppes**", comme on dit mais ne fait pas. Chacun est financé comme il en a le droit, selon son statut, comme il le peut. Il apporte ses possibilités de financement à l'entreprise commune. La fongibilité est réalisée par la base sans attendre qu'on nous la donne par le haut. Comme disent les sociologues anglo-saxons, le droit coopératif permet de faire des réformes "bottom-up" sans attendre les déblocages des réformes "up-down" toujours annoncées, jamais mises en œuvre. De plus, chacun garde ses spécificités, son statut, son indépendance.

#### ⇨ **D'autres aspects...**

Nous ne pouvons tout évoquer dans un parcours aussi rapide. Il faudrait évoquer bien d'autres aspects...

Je pense que nous reviendrons sur cette spécificité des coopératives hospitalières de médecins, celle d'être **inscrites au Conseil de l'Ordre**, avec toutes les conséquences que cela comporte. Dans le groupe de travail nous étions persuadés qu'il y avait là une spécificité fondatrice. Bien sûr cette exigence d'inscription au tableau ne vaut pas pour les réseaux.

Il aurait fallu approfondir ce que nous venons d'évoquer, le champ ouvert par la création, enfin, d'une institution coopérative adaptée aux **réseaux** de santé. Il fallait bien que les pratiques coopératives des réseaux, souvent présentées comme des impératifs, et cela est bien le cas en cancérologie, aient accès... au droit coopératif !

Il aurait fallu évaluer la chance qui est donnée par ce texte de dégager, enfin, une véritable **fonction de direction** dans nos institutions de santé.

Il aurait fallu s'arrêter sur le sort des **résultats**.

Sous-jacent, il y a toute une réflexion sur le caractère libéral de nos activités et les conditions de sa pérennisation.

Mon rôle était d'ouvrir le sujet, nos invités vont aborder bien d'autres aspects de ce dossier.

### ⇒ Quelques objections

Evoquons rapidement **trois objections** parmi celles qui se font jour au fur et à mesure de l'avancée de ce projet, afin de les reprendre elles aussi dans le débat, si vous le souhaitez.

#### ● *Intensité capitalistique des entreprises de santé et faculté contributive des professionnels*

Les médecins n'auraient pas la faculté contributive nécessaire pour abonder à un niveau suffisant le capital requis pour des entreprises qui sont chez nous aussi de plus en plus "capital intensive". Cela me paraît économiquement faux. Pour aller très vite, si vous êtes d'accord pour considérer qu'il n'est pas excessif de penser que beaucoup de professions libérales mettent l'équivalent d'une annuité de revenus dans leur outil de travail, faites le compte. Vous constaterez que le capital actuel de cliniques est le plus souvent inférieur à une annuité d'honoraires...

#### ● *Danger de dépossession*

Deuxième objection : celle qui attire l'attention sur un éventuel danger de dépossession. Quel est le fondement juridique d'une telle affirmation ? Nul ne sait... N'y a-t-il pas une certaine perversité à nommer dépossession ce qui est en fait une réappropriation ? A nommer obligation ce qui est choix ouvert - le statut du résultat - ? Il y aurait confusion de la partie haute et de la partie basse du 615... Tiens, pourquoi donc ? Il n'y aurait plus de compte mandataire. Là oui, sans doute, dans le cadre coopératif, le choix est ouvert. Le compte mandataire est celui ouvert au nom des praticiens. Mais la coopérative hospitalière est justement leur outil. On ne voit pas pourquoi les propriétaires de ces sommes laisseraient les avantages de la rémunération des 15 jours de trésorerie aux banquiers en gardant un compte indépendant de celui de leur société. L'amendement précise bien, et c'est une sécurité supplémentaire, que chaque praticien aura un compte ouvert à son nom dans la comptabilité de la coopérative. Si quelqu'un s'avérait d'aller y prendre quelque chose, cela se verrait... Non la véritable objection, le véritable risque serait plutôt la générosité de certains médecins qui trouveraient normal d'aider à soutenir les salaires du personnel. Cela, ça s'est déjà vu... et ce serait ici techniquement et juridiquement possible à organiser si les sociétaires le décidaient. Mais si vous

avez des craintes de confusion, il faut les évoquer techniquement. Maître GUERIN pourra vous préciser les choses si vous le souhaitez.

● ***Danger du modèle obligatoire***

Troisième objection qui est celle d'une prudence. Elle met en garde quant au danger qu'il y aurait que la Tutelle fasse un jour du droit coopératif un "modèle" plus ou moins obligatoire pour les sociétés qui n'en sont pas. Certes... Que répondre à cela ? Que cela n'est sûrement pas le cas aujourd'hui, monsieur COUTY vous le confirmera sans doute. L'initiative ne vient d'ailleurs pas d'elle. Ce qu'on peut constater aussi, c'est que l'Etat français ne l'a jamais fait, dans quelque secteur d'activité que ce soit, même lorsqu'il avait l'initiative du droit ou d'un changement de statut. Il a parfois donné des avantages, mais ils étaient justifiés par une contribution significative à la réalisation de priorités nationales. Ça, les avantages pour contribution au service public ou pour contraintes particulières, dans la santé on connaît, ce ne sont pas les coopératives qui les ont créés ! Cette constatation que l'Etat ne fait jamais de la coopérative un modèle plus ou moins obligatoire est vraie aussi pour les autres pays développés. Au contraire, les organisations internationales poussent à ce que les Etats favorisent le choix, en permettant l'accès à ce droit à tous.

J'ai souvent employé le "je" durant mon exposé. C'était pour ne choquer personne, pour n'impliquer personne. Il s'agit ici d'**une opportunité. Elle n'a d'intérêt que mise en situation.** C'est ce que j'ai essayé de faire de façon très concrète. S'il vous est arrivé néanmoins de faire des rapprochements avec des situations réelles, alors tant mieux. J'espère avoir ainsi contribué à ouvrir nos travaux. Nos orateurs vont maintenant balayer le champ de façon beaucoup plus systématique.

Ah, si, j'oubliais quelque chose ! Avec Philippe BERGEROT nous avons insisté sur le fait qu'il s'agissait d'une opportunité, que le droit coopératif n'avait pas vocation à intéresser tout le monde. Vous avez une fiche qui rappelle quelques-uns des préalables et une série d'autres motifs qui peuvent justifier qu'on s'intéresse à cette forme nouvelle de société. On aurait pu s'y arrêter.

Mais à l'inverse, il faut souligner que la coopérative ne résoud bien sûr pas tout... Faut-il préciser qu'elle ne dit rien du niveau d'allocation budgétaire ou tarifaire ? Cela va sans dire, une coquille juridique ne dit rien

du niveau des tarifs alloués par la Tutelle et l'OQN s'impose à tous les privés. Mais on m'a dit plusieurs fois durant la matinée que ça allait mieux en le précisant. J'en suis désolé, mais c'est forcément ainsi !... Malgré cela nous sommes nombreux à être persuadés que le droit n'est pas neutre et que le droit coopératif peut, sans nuire à personne, aider nombre d'entre nous, dans nos cliniques, dans nos cabinets ou dans nos réseaux. C'est pour cela qu'il faut nous en donner l'accès.

Il est maintenant temps de passer la parole à un vrai docteur puis à un vrai directeur, pour savoir pourquoi ils ont voulu participer aux travaux préparatoires au dépôt de cet amendement, avant d'écouter nos experts juridiques.

Je passe donc la parole à Didier LAMBERT, chirurgien libéral, depuis longtemps engagé fortement dans des responsabilités lourdes, que ce soit dans la sphère syndicale, dans la création d'entreprise comme le GIE lithotritie ou dans des initiatives visant à développer le système d'information médicalisé qui nous est nécessaire. Je précise aussi que Didier LAMBERT, comme tous les intervenants de l'après-midi, à part Edouard COUTY bien sûr, a participé personnellement et activement aux travaux préparatoires à l'amendement que se propose de déposer Claude EVIN.

Nous entendrons ensuite, Jean VERNOUX, Directeur de la Clinique de l'Orangerie à Strasbourg et Président FHP de la région Alsace. Il dirige une très importante clinique dont le capital est détenu par de nombreux médecins exerçant dans la clinique. La présidence y est exercée, de fait, sur un mode coopératif, comme dans de nombreuses cliniques, c'est pourquoi l'accès au droit coopératif peut y être une opportunité intéressante : celle de **l'accès à un droit adapté à une pratique longue**.

#### ❖ Dr Didier LAMBERT

Il est difficile de prendre la suite d'un jeune installé aussi enthousiaste que Gérard PARMENTIER, qui a parlé avec talent de l'intérêt des médecins pour les coopératives.

Il est important d'apporter le meilleur service au patient, sachant que la coopérative n'est pas une solution miracle par rapport à ce qui existe et qu'elle n'est pas un substitut juridique. Elle est **un outil complémentaire**

qui peut intéresser les praticiens qui se sont un peu désolidarisés de leur outil de travail pendant quinze ou vingt ans et qui dans la période de crise actuelle s'inquiètent de leur devenir, qui passe par l'établissement et le plateau technique.

**Qu'est-ce qui peut les intéresser, en insistant sur le plan purement médical de notre exercice professionnel ?**

- Premièrement, il ne s'agit pas d'un ensemble de médecins qui investissent dans un pot commun, avec une règle de répartition et de rémunération fixée par l'extérieur ou par une majorité. Chacun est rémunéré en fonction de la part de travail qu'il apporte, ce qui signifie que sur un plan très pratique nous pouvons continuer dans le cadre d'un exercice libéral à toucher une rémunération pour le travail que nous avons accompli, déduits des frais correspondants à l'importance de notre participation.
- Deuxièmement, quel est le champ d'application ? Il paraît difficile d'imaginer par les temps qui courent de créer un établissement de soins ; il s'agit plus souvent de transmissions, de cessions ou de mutations.
- Troisièmement qu'est-ce qui paraît fondamentalement important aux médecins ? Il s'agirait pour la première fois d'une structure composée majoritairement de médecins et qui exercent la médecine, c'est-à-dire inscrits au tableau de l'Ordre des médecins. Philosophiquement cela recouvre à la fois l'exigence d'une réflexion sur le développement médical et le meilleur service à rendre aux patients et les exigences économiques pour y parvenir. L'on évite ainsi les fractures, qui sont souvent douloureusement ressenties actuellement, entre l'exigence du capital et celle du développement médical. C'est un élément fondamental.
- Par ailleurs, je pense que les juristes en parleront dans le cadre de l'évolution du risque médico-légal, cette union pourrait simplifier un certain nombre de conflits, d'autant que les risques encourus concernent à la fois le chirurgien, l'anesthésiste et la clinique, le fait qu'ils fassent tous trois partie de structures différentes pouvant poser un certain nombre de problèmes.



En résumé, cela représenterait à mon avis, sur le plan offensif et par rapport au développement stratégique de la meilleure offre de soins à apporter, **une fusion entre l'exigence médicale et l'exigence de bonne gestion, avec probablement une simplification du risque médico-légal.**

En adoptant le système 1 homme = 1 voix, l'on substitue à la démocratie du capital celle du travail, ce qui ne peut qu'aller dans le sens des praticiens qui utilisent le plateau technique de l'établissement comme un outil de travail pour développer leur activité. C'est en cela un élément qui philosophiquement s'inscrit très bien dans l'éthique médicale.

Par ailleurs, seuls ceux qui exercent dans la coopérative hospitalière en sont les sociétaires. Il ne peut pas exister d'influences décisionnelles de praticiens qui n'en font pas partie, par exemple de personnes qui ont gardé des actions parce qu'elles sont retraitées et que cela représente pour elles une rémunération supplémentaire. La coopérative hospitalière comporte une majorité décisionnaire de médecins en exercice qui utilisent ses services.

Par rapport à la complexité de l'évolution de la médecine, qui implique souvent des décisions pluridisciplinaires, la mise en place de transversalités, d'un certain nombre de comités, d'une CME et d'une assemblée générale, le fait qu'il s'agisse d'une coopérative qui exerce la médecine simplifie les relations qui existent entre ces différentes instances, diminue le risque de frottements internes et augmente l'efficacité de ce type de structure juridique.

Enfin, le capital n'est pas investi à fonds perdu. Il est récupéré à la sortie, ce qui facilite le départ des anciens et l'arrivée des jeunes. C'est la coopérative qui décide, dans l'intérêt des coopérants, de l'évolution stratégique du choix des nouveaux praticiens, certaines orientations pouvant se dessiner en fonction des bassins de population, des besoins, etc.

Voilà, à mon avis les principales caractéristiques qui frappent un médecin. Je pense que cet outil juridique a toute sa place et peut apporter à une population chirurgicale inquiète au sujet de son avenir une solution parmi d'autres en matière de devenir professionnel.

❖ **M. Jean VERNOUX**

- Je suis là pour témoigner qu'il existe effectivement dans plusieurs établissements en France, et notamment dans celui dont j'ai la charge, une vraie **volonté professionnelle des médecins et des directions de pérenniser un métier**.

Ce métier est la délivrance de soins hospitaliers de court séjour, ce qui sous-entend que nous sommes peut-être un peu plus que d'autres conscients qu'il s'agit d'un même métier, que font ensemble les médecins et l'équipe de direction.

Cette recherche de pérennisation de ce métier s'opère sous le statut de médecin libéral, ce qui revient en force depuis quelques mois. En effet, nous avons regretté en tant que Directeurs, pendant des années, d'avoir en face de nous des médecins qui nous considéraient comme des fournisseurs et se moquaient complètement du management, ou en tout cas le disaient, et qui répétaient dans le secteur privé les travers dont ils avaient l'habitude dans le secteur public, qui consistaient à considérer tout ce qui était managérial comme hostile.

Quelques Directeurs - dont je suis - sentent que cette période est sur le point d'être révolue, et nous trouvons en face de nous des médecins beaucoup plus lucides, et très attachés à la conservation de leur statut libéral ainsi qu'au fait de prendre part de façon active au management de leur établissement. **Nous les entendons à nouveau parler de "leur" établissement**, ce qui est pour nous le nirvana, car nous n'osions plus l'espérer.

Je veux porter témoignage à cette tribune, que ce mouvement existe en France et qu'il serait très dommage de ne pas l'encourager par le dispositif législatif et réglementaire adapté que nous avons préparé ensemble.

**Notre démarche n'est bien entendu ni défensive** - car nous n'avons à nous défendre d'aucune appellation qui pourrait déplaire, le droit coopératif pouvant au contraire être très noble en soi -, **ni offensive**, nous ne prétendons pas avoir mis au point une panacée ou un modèle vers lequel il serait bon de tendre, contrairement à ce qui a pu être dit. **Notre démarche est professionnelle.**

Nous recherchons une sortie qui pourrait être intéressante et représenter une alternative à un métier que nous identifions comme le même, celui exercé par les Médecins et les Directeurs - cette conscience de faire le même métier étant très nouvelle -, dans le cadre de la **pérennisation du statut des libéraux**, car il nous semble que le citoyen français est à la fois très attaché à sa Sécurité Sociale, qui solvabilise grosso modo tout, et à la liberté de choix, c'est-à-dire à l'existence d'une médecine libérale pérenne. Il nous semble que nous sommes en quelque sorte les "porte-avions" de la médecine libérale. C'est une formule un peu lapidaire, mais je souhaite être bref.

- Je vais maintenant vous demander l'autorisation de faire un zoom sur le cas particulier que je représente, à savoir celui de l'Alsace et de **la Clinique de l'Orangerie**.

Il n'est pas étonnant que la Clinique de l'Orangerie soit au premier rang de ce souhait éventuel d'expérimentation, (étant entendu que je suis habilité à indiquer, au nom de mes propriétaires, qu'elle est candidate pour expérimenter). Cependant, nous n'avons pas beaucoup de mérite, car l'Alsace est l'Alsace, à savoir deux départements dans lesquels l'offre de soins hospitaliers est notoirement pléthorique.

C'est la raison pour laquelle je dis que notre démarche n'est pas défensive. Nous n'avons pas peur, mais nous sommes lucides. Le SROS Alsace comprend 800 lits excédentaires de court séjour - c'est écrit noir sur blanc - pour deux départements.

Par ailleurs, non seulement notre offre de soins est pléthorique, mais en plus, alors que l'offre de soins libérale représente partout en France entre 40 et 52 % elle n'est que de 6,5 % en Alsace, ce qui nous rend inventifs et réactifs.

Nous sommes également entourés d'un secteur P.S.P.H. puissant, de plus en plus managérial, super dynamique et très enclin à nous voler les meilleurs d'entre nous, mais ce sont "nos amis" et nous allons travailler avec eux de plus en plus étroitement. Nous aimerions toutefois rester en vie pour pouvoir continuer à le faire.

Cet état d'esprit est très alsacien, très non concurrentiel et très associatif ; nos praticiens aiment bien dîner en ville ensemble. Il ne faut pas se faire la guerre. Nous ne sommes pas dans le sud, où a lieu "la

guerre des cliniques" et nous méritons une considération particulière.

Je tiens à préciser que la Clinique de l'Orangerie est un établissement en bonne santé et qu'elle n'est pas à la recherche d'une bouée de sauvetage, même si nous payons bien notre personnel.

Notre Contrat d'Objectifs et de Moyens est reconnu par notre Directeur d'Agence comme très bon, avec des pôles d'excellence identifiés et stables. Nous avons eu le courage d'indiquer très tôt que nous n'étions pas là pour faire tout, et que nous ne pouvions faire bien que ce que nous faisons beaucoup, raison pour laquelle nous nous cantonnons à certaines spécialités. Nous avons donné des gages de notre sérieux et de notre dynamisme.

Nous n'avons depuis la création de la clinique pas distribué un seul dividende ni versé un seul loyer, ce qui signifie que nous sommes en quelque sorte déjà "coopérateurs". De plus, le capital social est complètement éclaté, le plus gros porteur détenant 3 %. **Pourquoi, dans ce cas, ne pas faire un pas supplémentaire ?**

En revanche, malgré tous ces éléments, avec un P.D.G. élu et réélu par une majorité d'estime et non capitalistique, mes propriétaires ne veulent absolument pas se vendre ou se retrouver subordonnés à une quelconque autorité qui ne serait pas la leur ; ils y tiennent farouchement. Cela me convient très bien personnellement, car cela nous permet de vivre en bonne intelligence ensemble.

La Clinique de l'Orangerie n'est donc pas un "canard boiteux" de la profession. J'ignore si les autres établissements qui ont participé au groupe de travail qui a présidé à l'élaboration de notre projet d'amendement ont envie d'être cités, mais ils sont très prestigieux, eux aussi en très bonne santé et très connus en France.

#### ❖ M. Gérard PARMENTIER

L'un d'eux est le premier à avoir été accrédité en France sans recommandation.

## ❖ M. Jean VERNOUX

Il s'intéresse de très près à l'évolution d'un nouveau régime réglementaire.

Je souhaite indiquer en conclusion que nous recherchons - les médecins et l'équipe de direction - **en interne une synergie réelle entre les compétences et le pouvoir médical et les compétences et le pouvoir managérial**. C'est ce que prévoit l'amendement tel qu'il a été pressenti, à travers une recodification des périmètres respectifs de ces compétences et de ces pouvoirs.

Nous souhaitons par ailleurs en externe - vous l'avez compris - pérenniser notre droit de cité, car nous avons envie de faire partie du paysage et que l'on nous dise que nous en faisons partie.

Nous avons envie de réussir une **restructuration** car nous sommes sur le point de nous marier avec notre principal ami, qui lui aussi est sous OQN. Son statut est différent, mais nous voyons dans le statut coopératif une solution possible à ce difficile rapprochement entre une société anonyme de droit commercial classique et une association appartenant à une congrégation.

Pour résumer, nous recherchons un droit de cité inaliénable et une restructuration possible. Par ailleurs, nous aimerions être un **catalyseur d'excellence en matière de réseaux** et, d'une façon tout à fait immodeste, nous nous voyons bien être à Strasbourg le catalyseur de tous les réseaux et de tous les potentiels hospitaliers de la ville.

## ❖ M. Gérard PARMENTIER

Que voilà de belles et bonnes ambitions ! Merci Messieurs.

Nous allons maintenant creuser la question de cet accès au droit coopératif et de ses modalités, telles que prévues par le projet d'amendement, avec les trois juristes qui nous ont accompagné tout au long de ces longs mois de travail. Je les remercie d'être avec nous aujourd'hui.

Lorsque nous avons pris contact avec le **Conseil National de l'Ordre des Médecins**, nous lui avons posé plusieurs questions, sur son champ de compétence. Je voudrais en signaler deux.

Dans notre système de santé les enveloppes ne sont pas fongibles, mais dans les coopératives, il n'existe qu'un seul lieu de paiement. Ce fait donne une grande liberté aux sociétaires de la coopérative.

Ils peuvent, par exemple, ne rien changer aux allocations actuelles - ce qui peut être une bonne solution et sera certainement, au début, la solution de loin la plus courante -.

Mais ils peuvent aussi se dire qu'un lieu unique de paiement ouvre la porte, s'ils le désirent, aux paiements forfaitaires que l'Etat nous promet depuis dix ans, mais qui ne vient pas plus rapidement que la fongibilité des enveloppes. Vous vous souvenez que nous avons signé un accord avec le Ministre Claude EVIN en 1991 pour passer à la tarification à la pathologie en un an, comme l'ont fait d'autres pays !...

Ici encore la forme coopérative n'induit rien, mais elle offre une liberté que ne donnent pas les autres formes d'organisation juridique. Elle nous donne le moyen juridique de nous organiser comme nous le voulons, y compris en matière d'utilisation des ressources, au lieu d'attendre une réforme d'en haut qui descendra. Elle est facilitatrice.

Monsieur JORNET vous le confirmera, les responsables du Conseil National de l'Ordre, nous ont indiqué que sur le plan déontologique **ils ne réduisait pas la médecine libérale au seul paiement à l'acte**. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que l'Ordre adopte cette position.

Nous avons également demandé au Conseil National de l'Ordre s'il serait choqué qu'il soit indiqué dans la nouvelle loi que **la clinique "soigne"**, ce qui, pour nous, est une évidence. Comme vous le savez, la loi de 91 a modifié les choses, mais la tradition juridique voulait qu'en droit administratif l'Hôpital soigne, alors qu'en matière de cliniques, seul le médecin soigne. Il y a longtemps que les Assurances et la Cour de Cassation sont sur une conception plus réelle des choses. Il nous semblait donc important de nous assurer que le droit nouveau soit, sur ce point aussi, conforme à la réalité des pratiques.

Le Conseil National de l'Ordre a, je crois, été surpris de notre question, au moins dans un premier temps. Dans un deuxième temps c'est lui qui nous a surpris par sa proposition d'inscription au tableau du Conseil. La réflexion a donc été féconde. Monsieur JORNET vous dira ce qu'il en a été.

Sur ce point comme sur beaucoup d'autres sa présence et sa compétence ont été très utiles au groupe de travail.

Nous entendrons ensuite Maître Yves LACHAUD, que beaucoup d'entre vous connaissent aussi (notamment les anesthésistes). Comme vous le savez il est connu pour sa grande compétence, en particulier dans le domaine de la responsabilité médicale. Vous ne serez donc pas étonnés qu'il ait lui aussi beaucoup apporté au Groupe car ces questions là étaient, pour nous, tout à fait fondamentales.

Enfin, nous entendrons Maître Michel GUERIN. Il est responsable santé du groupe FIDAL et a donc une très bonne connaissance du, des droits en vigueur dans notre système de santé puisqu'il compte parmi sa clientèle des médecins individuels comme des cabinets ou des établissements de tous statuts. Il a plus particulièrement accompagné le groupe sur les questions de droit des sociétés. Je profite de l'occasion qui nous est donnée pour remercier ici son Directoire qui a bien voulu le libérer aussi souvent qu'il était nécessaire.

C'est donc bien à trois éclairages juridiques différents et complémentaires auxquels nous vous convions maintenant.

#### ❖ M. Francisco JORNET

L'approche juridique est indispensable dans ce dossier, car notre système juridique ne permet pas qu'une nouvelle forme de coopérative voie le jour si la loi n'a pas prévu sa création. Il faut donc, ici, envisager l'adoption d'une loi sur la coopérative hospitalière de médecins. Cette loi permet également d'adapter les principes coopératifs aux spécificités propres à chaque profession.

Dans la mesure où nous étions obligés d'en passer par là, un groupe de travail informel s'est mis à l'ouvrage. L'élaboration du texte a impliqué plus particulièrement Me GUERIN et Me LACHAUD, spécialistes reconnus des questions de droit médical et sanitaire. Ils ont permis l'un et l'autre d'élaborer un texte qui - nous l'espérons - inspirera l'amendement à venir.

Revenons au groupe de travail. Il a commencé à mener une réflexion avant l'implication du Conseil de l'Ordre et s'est alors posé des questions

sur **l'impact ordinal et déontologique du projet**, en se disant qu'il était en train de créer **des établissements de santé qui seraient en même temps des sociétés d'exercice professionnel**, raison pour laquelle il a décidé de se rapprocher de l'Ordre des Médecins pour savoir ce qu'il en pensait.

Par ailleurs, cette société coopérative étant une nouveauté dans sa forme, son fonctionnement et d'éventuelles modalités de rémunération, il fallait s'assurer de l'absence d'obstacles déontologiques.

Des contacts ont donc été pris avec notre Secrétaire Général, le Dr Pierre HAENEL, et la section d'exercice professionnel du Conseil National.

Nous nous sommes très rapidement montrés intéressés et nous avons participé à ces travaux. Pourquoi avons-nous été intéressés ? Il faut éviter tout malentendu en rappelant des évidences. L'Ordre des Médecins est celui de tous les médecins, et nous n'avons pas à privilégier telle ou telle forme d'exercice, libérale ou non, ni telle ou telle structure privée ou publique.

En revanche, il nous paraît évident que le maintien et le développement **d'une médecine de qualité supposent une offre de soin diversifiée**. Nous pensons que les situations de monopole sont dangereuses à bien des égards, y compris sur le plan déontologique. A notre sens, **les sociétés coopératives hospitalières de médecins participent de cette diversité et garantissent aux praticiens qui y exercent un statut libéral**.

Au sein même de l'hospitalisation privée, nous sommes en tant qu'Ordre des Médecins trop souvent interrogés et impliqués par des médecins dans des conflits internes avec les organes de gestion d'un établissement pour ne pas penser qu'il faut rechercher de nouvelles formes d'organisation.

Là encore, les sociétés coopératives hospitalières de médecins nous apparaissent, compte tenu de leur objet et de leur composition, comme **une forme de réponse aux difficultés** que nous connaissons.

Sur le plan déontologique, comment peut-on imaginer qu'une structure née en partie de la réflexion de la profession médicale elle-même, où les médecins en exercice sont nécessairement majoritaires et où le capital détenu et la rémunération qui leur est proposée seront uniquement fonction de leur activité ne puisse pas garantir **l'indépendance professionnelle** des médecins ? On peut même penser qu'elle la confortera.



Une fois ces préliminaires terminés, nous allons aborder des aspects un peu plus techniques. Yves LACHAUD va évoquer l'originalité de la société coopérative dans le paysage sanitaire ainsi que les relations entre le médecin associé coopérateur et la société coopérative de médecins, tandis que Michel GUERIN axera plutôt son intervention sur les conditions dans lesquelles les établissements de santé privés pourront se transformer en sociétés coopératives hospitalières de médecins. Il nous expliquera également comment cela fonctionnera concrètement.

#### ❖ Me Yves LACHAUD

Je souhaiterais donc évoquer avec vous les raisons pour lesquelles je suis arrivé à la conviction, en tant qu'avocat, qu'**il était impératif que d'autres formes juridiques d'organisation des établissements de santé privés soient rendues possibles.**

- Ma démarche professionnelle m'a en effet permis de comprendre progressivement les raisons pour lesquelles nous assistions dans un certain nombre de cliniques à des blocages ou en tous cas **des antagonismes** entre établissements et praticiens qui allaient à l'encontre de l'intérêt des patients comme de celui des professionnels de santé.

Depuis plus de quinze ans je pratique le droit de la santé pour plus de la moitié de mon activité d'avocat et notamment dans le domaine du droit contractuel du secteur hospitalier privé pour le conseil ou la défense des cliniques ou des praticiens. Cela inclut aussi le droit de la responsabilité médicale et l'assistance des médecins dans les instances disciplinaires.

Je suis amené à intervenir, le plus souvent fort heureusement de façon préventive, pour éviter des conflits en tant que conseil et rédacteur d'actes, pour préparer les documents contractuels et aménager les conventions existantes. Il m'arrive également bien entendu lorsque l'incendie est déclaré de n'avoir d'autre choix que d'assurer la défense dans le cadre judiciaire.

L'examen des difficultés ou des conflits nés de la mise en œuvre des contrats ou de leur résolution s'explique par la nature même d'un établissement hospitalier privé. Celui-ci correspond bien souvent à une sorte de nébuleuse à l'intérieur de laquelle coexistent et gravitent des

orbites souvent différentes, des entités multiples dont l'objectif commun, le soin des patients, ne se réalisent pas toujours de la manière la plus harmonieuse.

Il y a tout d'abord l'entité gestionnaire, la société commerciale même composée d'associés ou d'actionnaires rarement homogène, parfois en tout ou en partie de praticiens, exerçant ou non au sein de l'établissement.

Aux côtés de cette première galaxie se trouve celle de l'équipe médicale dont il faut bien admettre qu'elle fonctionne rarement en équipe mais plutôt comme une multiplicité de cabinets individuels dont certains peuvent parfois se regrouper en sociétés d'exercice (SCP, SEL, société de fait) ou de moyen (SCM) notamment pour certaines spécialités comme les anesthésistes, les radiologues ou les cardiologues.

Les différents praticiens sont eux-mêmes liés avec la clinique par des contrats qui sont rarement identiques, les conditions d'exercice pouvant faire apparaître plusieurs catégories de praticiens correspondant quelquefois à des hiérarchies avec des traitements financiers diversifiés qui ne sont pas toujours satisfaisants au plan de l'équité. Il n'est pas rare que certains praticiens aient des contrats écrits et d'autres non.

Enfin ces deux galaxies, sociétés gestionnaire clinique/ équipe médicale, qui sont supposées constituer l'établissement doivent en même temps organiser leur gravitation en accord avec les autorités de tutelle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, de la Direction de l'action sanitaire et sociale et des caisses d'assurance maladie, sans oublier non plus le rôle de l'Ordre des médecins.

**Voilà donc un ensemble complexe, une nébuleuse fort compliquée** soumise de surcroît à réglementation du droit de la santé qui devient de plus en plus contraignante. Si l'on ajoute que chaque composante, y compris à l'intérieur d'elle-même, est soumise à des intérêts variables, voire contradictoires on comprend qu'une telle organisation soit propice à de multiples dysfonctionnements dont les conséquences négatives affectent tous les acteurs concernés ainsi que les patients.

Si l'on ajoute que le contexte actuel témoigne d'un durcissement des tribunaux au regard de l'acte médical conduisant à un renforcement de

la réglementation, on comprend que le mode de fonctionnement de beaucoup de cliniques contribue à alimenter le discours hostile de la part de certains responsables politiques à l'égard du secteur hospitalier privé.

**Voilà pourquoi il était important de réfléchir à des solutions alternatives permettant de surmonter autant que possible les conflits médecins/établissements ainsi que les contradictions à l'intérieur des équipes médicales ou à l'intérieur des actionnaires d'établissement.**

**La coopérative hospitalière a l'objectif de fournir une solution pour l'apaisement de ces conflits**, voire le rétablissement de l'harmonie pour une véritable dynamique d'établissement qui respecte en même temps le statut libéral des praticiens.

- Aujourd'hui la relation entre le médecin et l'établissement repose sur une fiction juridique, à savoir l'indépendance du médecin par rapport à la clinique qui préserverait ainsi le caractère libéral de son activité. En vérité c'est une fiction car aujourd'hui **les cliniques se voient imposer des contraintes par le législateur en ce qui concerne leurs obligations hospitalières et vis à vis de la sécurité des patients**. De ce point de vue la loi distingue de moins en moins les établissements privés et les établissements publics lorsque les normes réglementaires qui s'imposent aux établissements sont édictées.

C'est ainsi que les réglementations spécifiques mises en œuvre pour les activités médicales sensibles comme l'anesthésie, l'ambulatoire, les urgences, l'obstétrique, etc..., sont les mêmes pour les hôpitaux et pour les cliniques. Or une clinique gestionnaire d'établissement ne peut pas **organiser l'activité médicale** en son sein avec une maîtrise équivalente à celle de l'hôpital public du fait précisément de l'éclatement de l'équipe médicale en une multiplicité de cabinets médicaux réputés indépendants.

Ce qui va de soi dans le secteur public pour l'hôpital qui organise l'ensemble de l'activité avec une parfaite maîtrise des praticiens qui sont ses salariés sous statut, n'est pas aussi évident dans une clinique. Celle-ci doit faire appel à des cabinets médicaux qui sont non seulement indépendants comme tout médecin pour la réalisation de l'acte médical, mais qui peuvent aussi considérer, comme professionnels li-

béraux, qu'ils n'ont pas d'instructions à recevoir pour l'organisation générale de leur activité ou la coordination de celle-ci avec les autres spécialistes ou avec le personnel salarié de l'établissement.

Les cliniques, obligées par la loi de gérer ces contraintes, rendues responsables par les tribunaux des lacunes éventuelles de l'organisation médicale sont conduites progressivement à exercer une forme de tutelle sur les praticiens qui **conduit à s'interroger**, si des solutions adaptées ne sont pas mises en œuvre, **sur la permanence à terme de l'exercice libéral en établissement privé**.

La structure coopérative hospitalière se veut un moyen de dépasser les antagonismes entre médecins et établissements.

- Parmi les nombreuses sources de disharmonie au sein des cliniques **les aspects financiers** sont sans doute les plus importants. La société coopérative devrait représenter à cet égard un cadre juridique intéressant pour les surmonter puisqu'elle présente la particularité de fusionner dans le capital coopératif l'ensemble des actifs nécessaires à la réalisation de l'activité de santé, aussi bien pour les actes médicaux que pour l'activité hospitalière. Ainsi la coopérative hospitalière mettra fin aux dissociations qui existent aujourd'hui au sein des établissements privés dont la valeur intrinsèque est éclatée entre, d'une part, la valeur capitaliste au sens classique du terme, et, d'autre part, l'éventuelle valeur patrimoniale des contrats médicaux en termes de droits de clientèle.

Aujourd'hui **l'organisation, le fonctionnement et la cession des actifs** mis en œuvre dans une clinique obéissent à des logiques fiscales et juridiques totalement différentes. Rien de commun entre la façon dont les statuts d'une société anonyme ou d'une SARL gèrent la cession et la valorisation des actions ou des parts sociales et la façon dont le droit, la jurisprudence et le fisc gèrent la valorisation et la cession des droits de clientèle des médecins. Au surplus cette valorisation du patrimoine professionnel des médecins est soumise aux multiples aléas du contrat d'exercice médical dont tous ne permettent pas cette valorisation.

Encore faut-il ajouter à ce schéma financier déjà un peu compliqué d'autres apports quelquefois exigés pour le médecin qui peut se voir demander outre le «rachat d'un contrat», l'acquisition d'actions ou de

parts sociales au sein du capital de la société de gestion, voire quelquefois un droit d'entrée ou apport en compte courant.

Toujours au plan financier se pose de façon quasi systématique dans les établissements la question récurrente de la **redevance**. On sait bien que la règle juridique et fiscale est celle qui prévoit que toute prestation de la clinique doit être payée par le médecin à son coût réel. Toutefois la simplicité de cette règle se heurte à des difficultés d'application multiples, aussi bien en ce qui concerne la valorisation elle-même que la détermination des prestations effectivement à la charge de la clinique et celles qui sont mises à la disposition du praticien. Au demeurant beaucoup de médecins s'interrogent sur la pertinence même d'une redevance qu'ils considèrent comme un droit de péage inadmissible pour avoir le droit d'exercer une activité médicale dont ils considèrent qu'elle bénéficie très largement à la clinique.

- S'agissant de **la responsabilité médicale**, la jurisprudence à propos des accidents médicaux en cliniques a très sensiblement évolué, notamment au cours de ces dix dernières années.

Certes d'un point de vue strictement juridique il existe en clinique deux entités parfaitement distinctes, d'une part le cabinet médical du médecin libéral et d'autre part la société commerciale gérant la clinique. Aussi lorsqu'un accident médical est soumis à l'appréciation des juges ces derniers doivent rechercher si l'acte qui est à l'origine de l'accident est de la responsabilité du médecin, auquel cas celui-ci devra répondre seul de ses actes sans que la clinique soit mise en cause, ou si la défaillance est liée à l'organisation de l'établissement ou à son personnel. Dans ce dernier cas la clinique est seule concernée, la responsabilité du médecin n'est pas recherchée.

Toutefois **cette vision simplifiée d'une dichotomie entre les deux entités distinctes est de moins en moins admise par les patients ni respectée par les magistrats**. Les victimes d'accidents médicaux survenus en clinique ont une tendance quasi systématique à mettre en cause l'ensemble des acteurs concernés de près ou de loin par l'accident sans faire de distinction entre les médecins, l'établissement et son personnel. Les juges, dans le contexte actuel de durcissement des responsabilités médicales n'hésitent pas à rendre des décisions qui prononcent des responsabilités conjointes ou solidaires entre méde-

cins et établissements.

On voit ainsi des décisions de justice prononcer des condamnations à l'encontre des cliniques pour des défaillances médicales comme par exemple l'absence d'un anesthésiste en salle de réveil, l'insuffisance de qualification d'un praticien, voire même un défaut de compétence médicale. Se dessine peu à peu une jurisprudence qui tend à effacer la frontière juridique stricte entre le caractère libéral et indépendant de l'activité du médecin et les obligations hospitalières spécifiques de la clinique autrefois limitées à l'organisation et à la gestion du personnel infirmier.

- Voilà pourquoi la réflexion de notre groupe pour la mise en œuvre des sociétés coopératives hospitalières a pour **première finalité de fournir une solution destinée à dépasser ces contradictions afin d'unifier**, dans une démarche unique, la logique entrepreneuriale de gestion de l'établissement et la logique médicale assurée par les médecins.

La société coopérative nous est apparue comme permettant de réunir les deux termes du partenariat indispensable à l'hospitalisation privée : l'outil de gestion de l'hospitalisation et l'activité médicale des praticiens. Pour que cette **fusion des deux logiques** soit parfaitement assurée, la coopérative devait réunir la **double qualité d'établissement de santé et de médecin inscrite à l'Ordre**, comme d'autres sociétés d'exercice de médecins, sociétés civiles professionnelles ou sociétés d'exercice libéral.

Cette double qualité réunie en une seule et même entité juridique constitue **la particularité essentielle des coopératives hospitalières** qui les distinguera tout à la fois des sociétés de médecins et des établissements hospitaliers privés.

Le corollaire de cette particularité constitue en même temps une contrainte tout à fait essentielle : la nécessité pour la coopérative de se doter de règles de fonctionnement structurées qui supposent l'adhésion de tous les membres de l'équipe médicale pour accepter ces nouvelles règles. Chaque médecin, tout en restant sous statut libéral, devra accepter que son activité médicale, son cabinet ne soient plus qu'une composante de l'entité globale que constitue la coopérative hospitalière.

Dans le même temps, la coopérative constituera le prolongement des cabinets des praticiens, ce qui les dotera d'un droit de regard et d'une véritable maîtrise sur les conditions mêmes de l'hospitalisation. On imagine bien que le règlement intérieur de ces futures coopératives sera d'une élaboration sans doute difficile. Or ces règles de démocratie centralisée seront indispensables pour respecter tout à la fois l'autonomie nécessaire du praticien et la rigueur de la gestion toujours plus nécessaire pour la direction d'un établissement.

Ces nouveaux types de cliniques coopératives doivent être envisagées comme **une solution**, certes minoritaire parmi l'ensemble des établissements de notre pays, mais **permettant aux médecins de conserver la maîtrise sur quelques établissements privés en sauvegardant dans le même temps le caractère libéral de leur activité.**

#### ❖ Me Michel GUERIN

Pour faire un peu de provocation, **il n'est pas dans l'habitude législative française**, à ma connaissance, qu'un texte de loi puisse avoir pour effet, par rapport à nos grands principes constitutionnels et de droit, **d'obliger qui que ce soit à se transformer en quoi que ce soit.**

**Par conséquent**, le propos qui consiste à exposer aujourd'hui ce que veut être le fonctionnement d'une société coopérative hospitalière de médecins est technique et ne doit pas être interprété ni analysé de quelque façon que ce soit comme étant une obligation à caractère impérieux qui s'imposerait demain matin à telle ou telle typologie de propriétaire d'établissement.

Clairement, si vous êtes propriétaire d'un établissement ou actionnaire majoritaire familial, ce propos ne vous intéresse que dans l'hypothèse où vous ne souhaiteriez pas ou n'auriez pas l'occasion de céder votre établissement au terme que vous vous êtes fixé, à défaut de toute transmission patrimoniale autre, à des opérateurs assez institutionnalisés sur le marché, voire inscrits à quelque cote non en état de souffrance.

Par ailleurs, il existe un aspect fondamental du droit des sociétés françaises, l'affectio sociatatis, c'est-à-dire la volonté très forte et très puissante de réaliser quelque chose ensemble, sachant que si vous n'avez pas cette conviction la coopérative hospitalière de médecin ne vous intéresse pas.

Soyons clairs. **Il s'agit véritablement d'un acte de volonté** exprimé par des médecins, et fondamentalement par eux, qui vont faire **un choix** en dehors de la société civile professionnelle et de la société d'exercice libéral, dont je rappelle que ce sont les deux seules formes d'exercice professionnel en France en sociétés. C'est donc une troisième forme qui viendrait s'ajouter à ces deux formes antérieures.

Face à cet exposé, nous nous rendons compte d'ores et déjà que **le préalable est que nos amis médecins soient d'accord pour s'associer, dans un objectif tout à fait prédéterminé consistant à acquérir et à exploiter un établissement de santé.**

A cet égard, je souhaite vous donner lecture de la rédaction qui avait été celle du projet de statut que nous avons élaboré afin d'avoir une trame pour travailler : *“Les sociétés coopératives hospitalières de médecins sont des sociétés d'exercice professionnel qui ont pour objet d'exercer en commun la médecine en qualité d'établissements de santé, telle que régie par les articles 6111-1 et suivants du Code de santé publique, la délivrance de tout soin nécessitant ou non une hospitalisation, l'accueil des patients hospitalisés, et ce par la mise en commun de l'activité médicale de ces associés, notamment au moyen de...”*.

La démarche initiale est donc une volonté d'association quant à la forme. C'est bien en cela que ce choix commencera par résoudre l'un des premiers problèmes qu'a évoqué Yves dans son exposé et que nous avons tous rencontré en tant que praticiens, à savoir les antagonismes majeurs qui résultent d'une dichotomie que nous côtoyons tous les jours dans la gestion des établissements de santé privés.

**Comment concilier** dans l'économie de santé française les impératifs des critères d'une bonne gestion, d'une société anonyme ou d'une SARL tel qu'édictees par le Code de commerce et la jurisprudence et la réalité de l'exploitation d'un établissement de santé privé encadré dans son fonctionnement quotidien ? Mon propos est non pas d'émettre un jugement de valeur sur tel ou tel point, mais de faire apparaître ce premier élément.

C'est ainsi que n'importe quel Président ou Directeur Général, pour répondre à l'actualité de la loi NRE du 15 mai 2001, pourra se voir facilement appelé en responsabilité par tel ou tel de ses actionnaires minoritari-



res, dont les droits viennent d'être solidement renforcés par cette même loi. Il pourra lui être demandé pourquoi il a perdu tel élément de l'actif social, qui représente une valeur.

Comment perdre un élément de l'actif dans un établissement de santé ? Il suffit que le taux d'occupation soit inférieur à un pourcentage que vous connaissez bien, dans des conditions que vous connaissez également bien, ce qui mène à une suppression des autorisations données.

Or, il se trouve que ces **autorisations**, qui sont des mesures de police administratives, ont aujourd'hui une valeur patrimoniale, certaines d'entre elles étant immobilisées à l'actif moyennant une valeur bien déterminée.

Suivez mon regard ! Si j'achète 10 autorisations à raison de 150 000 F chaque, soit 1,5 MF en valeur à mon actif, et que je me vois supprimer un certain nombre d'autorisations, je devrai expliquer à mes actionnaires lors de la prochaine assemblée générale la cause de cette perte. Ils me diront que j'ai mal géré et que je suis un mauvais Président. Cependant, je suis un médecin de formation et non un Président de conseil d'administration : je n'ai jamais appris à gérer.

Or, cet antagonisme, que nous avons tous profondément rencontré et qui génère des situations humaines difficiles, sera très directement supprimé, car **l'objet fondamental de la coopérative hospitalière de médecins n'est pas l'exploitation de l'établissement de santé, qui ne devient qu'accessoire. Son objet fondamental est l'exercice en commun de l'art médical au moyen de l'exploitation de l'établissement de santé**, ce qui renverse fondamentalement la dialectique d'exploitation des établissements de santé, qui étaient jusqu'à présent obligés de se couler dans des costumes qui n'étaient pas taillés pour eux.

C'est le premier échelon qu'il a fallu franchir - ce que nous avons fait ensemble - dans le cadre de cette démarche.

Cet échelon - pour faire l'historique de notre quête intellectuelle dans le cadre de notre travail - s'est fondé sur la définition de la coopérative. Pour synthétiser - c'est plus subtil que cela -, selon la loi de 1947, une coopérative est fondamentalement la mise en commun de l'activité de ses membres pour en espérer une meilleure rémunération.

A partir du moment où je suis médecin, si je reste dans la logique d'exploitation des établissements de santé tels que nous les connaissons au-

aujourd'hui, comment puis-je mettre en commun mon activité pour les exploiter ?

Je pourrais très bien constituer une SCP regroupant tous les médecins de l'établissement, avec pour critère l'exercice exclusif pour le compte de l'établissement, mais certains médecins exercent complètement, d'autres partiellement, à titre exclusif ou non, etc.

Je pourrais également créer une SEL, mais cette structure ne me permettra pas d'exploiter un établissement de santé. Il fallait donc résoudre ce problème d'une autre façon.

D'autres formes de sociétés sont également en vigueur, qu'il s'agisse de la SA ou de la SARL - que vous connaissez bien -, cette dernière présentant dans certains cas l'avantage d'un capital variable, ce qui peut permettre de résoudre certains problèmes. De même, la toute nouvelle SAS est sortie en 1999 pour les personnes physiques.

Cependant, aucune de ces formes ne résout la difficulté d'antagonisme entre la logique de gestion d'un établissement commercial et la logique de régulation de l'économie de santé telle que nous la connaissons par ailleurs.

Il faut supprimer les antagonismes entre l'exercice de l'art médical et les impératifs de gestion, que l'on juge à l'aune de critères commerciaux, un établissement de santé privé étant commercial par nature depuis fort longtemps.

Nous touchons en cela du doigt **un élément que la loi NRE du 15 mai 2001 a mis en évidence**. Elle stipule fort justement que tout ce qui a trait aux problèmes des sociétés d'exercice libéral est du ressort du Tribunal de Grande Instance, alors qu'il s'agit à l'origine de formes commerciales, mais qui exercent une activité libérale.

En revanche, les cliniques, qui exercent une activité commerciale, mais avec un exercice libéral majeur en leur sein, relèvent de la compétence du Tribunal de commerce de par leur activité et leur forme. Or, le fait de renforcer fondamentalement l'ordre des facteurs a permis de gommer ces deux aspects.

**Un autre aspect très sensible** qu'il convient de citer est le fait que vous, médecins, êtes sollicités par vos confrères quand vous arrivez dans un

établissement. Ces derniers, dans leur grande confraternité, vous acceptent, malgré votre qualité de nouveaux professionnels exerçants.

Prenons l'exemple d'un médecin qui a été agréé en qualité de chirurgien orthopédiste et est rentré dans un établissement dans le cadre d'un acte particulier qu'il a conclu avec son prédécesseur, qui l'a fait venir. Cet acte est qualifié du nom barbare de "**cession de contrat**".

Vous avez entendu parler des cessions de contrats, qui sont un acte très discret qui se pratique entre praticiens bien élevés suivant des modes de valorisation ésotériques, dont nous avons quelques difficultés à percevoir la logique et qui s'accommodent mal d'une quelconque publicité.

Vient se greffer sur cela le fait que dans ce contrat la clinique, pour donner son agrément, rappelle à l'impétrant qu'il doit acquérir un certain nombre d'actions, lesquelles sont bien évidemment valorisées notamment à l'aide des éléments d'actifs.

Il faut donc tenir compte non seulement de la cession de la clientèle mais aussi de l'acquisition d'actions, quand ne viennent pas s'ajouter à cela les parts de SCI et un certain droit d'entrée que d'aucuns pratiquent pour éviter que les médecins soient trop nomades et pour les fidéliser, sachant que c'est l'avenir du portefeuille qui est le plus sûr.

Au-delà de l'arrivée d'un médecin dans la profession, que se passe-t-il si le lendemain il se trouve dans une société d'exercice professionnel exploitant un établissement de santé ? **La clientèle sera celle de la société d'exercice professionnel, sans plus de superpositions d'éléments ni de problématique de cession de contrats.**

Restera simplement la problématique de la cession des droits à l'intérieur de la société coopérative, mais sans plus-value, car il ne peut pas exister de capitalisation sur la valeur de la part dans le système coopératif.

Quand on investit 1 MF à l'entrée, l'on est rémunéré au taux d'intérêt fixé par les statuts pendant toute la durée de son exercice, et l'on récupère cette somme à la sortie, de même que quand on souscrit une part de 100 F on récupère 100 F, sachant que de jeunes praticiens pouvaient avoir la tentation - je fais en cela un procès diabolique - d'aller vers la surconsommation d'actes parce qu'il faudra éponger un endettement particulièrement important, mais c'est un pur fantasme d'avocat. C'est en tout cas un se-

cond élément à mettre en valeur pour la mise en œuvre d'une coopérative hospitalière.

Par ailleurs, **la variabilité du capital** permet de lier objectivement l'exercice dans l'établissement et la participation à la société. Que se passe-t-il dans une société anonyme classique ? J'ai accueilli en tant que médecin mon confrère Y. LACHAUD, qui a souscrit au capital de la société anonyme, comme il se devait de le faire. Cependant, comme vous avez pu le remarquer, il est un professionnel très brillant et mon principal concurrent de la place n'a de cesse que de faire venir mon confrère Y. LACHAUD, qui attire beaucoup de clientèle chez lui, dans sa propre officine.

Or mon concurrent, qui est un homme avisé, sait très bien que mon bon confrère Y. LACHAUD, qui a souscrit des actions chez moi, pourra ainsi non seulement assister à l'assemblée générale -ce qui est mineur-, mais aussi utiliser de nombreuses tracasseries d'actionnaire minoritaire pour venir m'agacer dans le cadre de mes assemblées générales et recueillir un certain nombre d'éléments d'information que je ne serais pas forcément enclin à lui fournir autrement. Autrement dit, il pourra me gêner un peu la vie.

Or, en matière de société à capital variable, dès lors qu'il existe un lien direct entre l'activité consacrée au sein de la coopérative et la variabilité du capital, la perte du lien de l'activité avec la société entraîne immédiatement la suppression de la qualité de sociétaire et ce type de problématique n'existe plus.

On me fait des signes désespérés qui doivent dire que le temps passe vite.

Je souhaite indiquer en conclusion qu'**une société coopérative hospitalière à capital variable peut se constituer sous forme de SARL ou de SA**, cette dernière étant l'exception dans le droit français.

Nous avons prévu par ailleurs - j'ignore si nous serons suivis, mais ce serait une première novation dans ce domaine pour le législateur - qu'elle puisse être constituée également **en SAS**, car il n'y pas de raison qu'elle ne soit pas éligible à cette forme de société.

S'agissant de **l'appréhension des résultats** - c'est la première question que nous nous étions posée -, nos amis praticiens vont recevoir en fin

d'année les excédents de gestion qu'ils auront générés, il reste à déterminer les critères suivant lesquels ils devront être distribués. Ce sont les statuts, dans le respect de la loi, qui le détermineront.

Nous nous sommes interrogés - le concours du Conseil National de l'Ordre nous a en cela été très utile - sur ce que peut représenter sur le plan juridique la rétrocession d'honoraires entre praticiens, puisque la redistribution redisqualifie le caractère de l'honoraire attaché à l'exercice du praticien au profit d'une collectivité, mais cet obstacle semble aujourd'hui levé, cette difficulté ayant été complètement éliminée à l'issue de nos travaux.

Voilà ce que je souhaitais vous dire. Comme vous pouvez le comprendre, ce sujet est intellectuellement et techniquement passionnant, même s'il ne concerne qu'un nombre limité d'établissements.

#### ❖ M. Gérard PARMENTIER

Merci Messieurs.

On nous faisait des signes en effet, et Michel GUERIN a beaucoup accéléré sur la fin. C'est un peu frustrant, il avait manifestement encore beaucoup à nous dire. Nous ne pouvons hélas tout approfondir en quelques heures. Mais sachez que ces messieurs restent à votre disposition pour répondre à l'ensemble des questions que vous pourriez vous poser.

Après l'avis de personnalités intéressées par cette ouverture au droit coopératif, après les points de vue éclairés de trois juristes parmi les meilleurs connaisseurs de notre système de santé, place à quelques grands témoins, eux aussi très engagés dans notre système de santé.

La FHP devait être représentée à son plus haut niveau. Hélas une réunion importante sur les comptes de la Sécurité Sociale nous prive de cette présence. Ils nous ont prié de vous demander de bien vouloir les excuser pour cette absence.

Tout le monde connaît M. Claude EVIN, ancien Ministre de la Santé, Parlementaire toujours très actif et fin connaisseur de notre système de santé. Rapporteur du Projet de loi "relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé" c'est lui qui déposera l'amendement qui vise à

ouvrir le droit coopératif à nos professions. Nous le remercions d'être parmi nous malgré son emploi du temps très chargé.

M. Edouard COUTY est d'une certaine façon le patron des Etablissements puisqu'il est le directeur de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Sa direction est aussi très active sur la question de l'organisation en réseaux. Il est donc très important d'avoir le point de vue de son administration.

Le docteur Serge LARUE-CHARLUS est ici en tant que syndicaliste CSMF, comme ancien premier Président des CME du privé et comme expert du CLAHP qui élabore une sorte de jurisprudence, ou plutôt de code de bonne conduite entre le corps médical et les établissements de santé privés sous OQN. Il nous donnera surtout ici le point de vue de sa grande centrale syndicale.

Nous ne pouvions inviter tout le monde. Cela fait près de dix ans que la question est discutée. Bien sûr de nombreux acteurs institutionnels ont été soit associés soit consultés lors des travaux directement préparatoires au dépôt de cet amendement. Mais nous avons parmi nous un homme politique éminent, qui plus est porteur de l'amendement, le Directeur de l'Hospitalisation lui-même et un représentant tout aussi éminent du corps médical. Cela va permettre une bonne table ronde même si nous regrettons l'absence de représentants officiels de la FHP. Nous ouvrirons ensuite le débat général.

#### ❖ M. Claude EVIN

Beaucoup de choses ont été dites sur le contenu même du projet, sachant que j'ai souhaité en effet participer avec vous à l'ensemble des exposés depuis le début d'après-midi.

Je voudrais vous indiquer comment j'ai été sollicité et le rôle que je peux modestement essayer de jouer pour permettre la réalisation de ce projet, en insistant sur deux ou trois points qui ont déjà été évoqués, mais que je rappellerai dans la mesure où ils semblent intéressants en termes de message.

De la même façon que précédemment la démarche coopérative hospitalière a été présentée comme validant la prise de responsabilité - je dirais

presque de bas en haut -, voici **un exemple d'écriture de la loi à partir d'une démarche de professionnels** et d'un désir qui s'était exprimé d'abord parmi des professionnels.

Notre proximité géographique, à Philippe BERGEROT et moi-même, tous deux Nazairiens, nous amène à travailler ensemble sur un certain nombre de dossiers et de projets, et le fait que je connaisse Gérard PARMENTIER depuis assez longtemps ont fait qu'ils m'ont sollicité. Au regard du fait qu'ils ne pouvaient pas créer, compte tenu de la loi de 1947, de coopérative sans intervention législative ouvrant de façon spécifique cette possibilité à un secteur professionnel - et en l'occurrence à celui de la santé -, ils souhaitaient savoir ce qu'il était possible de faire.

Vous avez travaillé pour essayer d'élaborer un projet un peu sophistiqué et compliqué sur le plan législatif, au regard des contraintes qui ont été exprimées, et cela m'a amené à souhaiter le voir réellement déboucher.

Une réflexion a été menée il y a quelques années, mais le hasard et les changements de ministre, de cabinet et de service avaient fait que le dossier n'avait pas pu aboutir.

**Mon souci est pragmatique.** A partir du moment où ce projet était bon - je vous dirais pourquoi j'ai adhéré assez vite à cette démarche, tout d'abord s'agissant de sa forme, puis de sa concrétisation -, il m'a paru nécessaire de trouver rapidement un support législatif, la loi dont il sera débattu au cours de la première semaine d'octobre - qui est appelée non plus "*loi de modernisation du système de santé*" mais "*loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*" - étant un bon vecteur pour pouvoir légiférer en la matière.

Nous n'avions, sans entrer dans des techniques législatives et contraintes constitutionnelles, pas d'autre texte, si ce n'est la loi de financement de la Sécurité Sociale, qui se prête mal à ce type d'exercice.

Nous avons donc travaillé avec la perspective d'amender le projet de loi déposé par le Gouvernement le 5 septembre dernier - dont il sera débattu début octobre - pour introduire dans cette loi le support législatif, ce que nous allons faire.

Je suis en effet rapporteur général du texte de loi. Nous sommes, dans le cadre du dialogue avec le Gouvernement, arrivés à un accord avec Bernard KOUCHNER et son cabinet pour que je dépose mardi matin - si tout

se passe bien -, en commission des affaires sociales, un amendement de trois pages qui pourrait être intégré dans le texte.

Nous avons travaillé dans la précipitation. Soit nous faisons passer une telle modification législative dans ce texte, soit cela aurait été renvoyé aux aléas du calendrier électoral, ce qui aurait pris au minimum un an ou deux dans la mesure où il n'existe pas nécessairement de véhicule législatif nous permettant d'aller plus vite.

Nous allons pouvoir déposer un texte afin qu'il soit adopté par l'Assemblée en octobre, mais d'autres débats auront lieu avant qu'il soit définitivement adopté, puisqu'avec les navettes il faut quelques mois pour qu'un texte législatif soit publié.

**Il sera adopté au cours de la législature**, la procédure d'urgence ayant été demandée par le Gouvernement, et je pense que nous l'aurons publiée en mars. Il sera sans doute accompagné d'un certain nombre de décrets d'application, mais au moins la loi aura permis cette possibilité.

**Ce qui m'a fait adhérer à cette démarche** - qui, comme je l'ai rappelé, a été initiée bien avant que j'en sois saisi en tant que législateur - est l'intérêt que représente cette possibilité, dont il est nécessaire de rappeler qu'elle n'est pas la panacée. C'est une possibilité parmi d'autres d'offrir un cadre nouveau permettant l'exercice professionnel et médical. Ceci étant, je n'y reviendrai pas, pour les raisons qui ont été précisées ici.

L'élément que je pourrais ajouter - qui n'a pas été évoqué, sinon en arrière-plan, dans les différents arguments - est que je crois en plus que cet outil peut servir, en dehors de la question posée par les **cliniques**, aussi aux **réseaux** d'une façon générale.

Vous savez en effet que la situation juridique des réseaux est actuellement assez floue. On en parle beaucoup, mais les réseaux sont un concept, et cela tient plutôt du discours.

Il est question des réseaux dans le Code de la Sécurité Sociale, mais pas dans le Code de la santé, et uniquement parce qu'il faut envisager des procédures dérogatoires au mode de financement traditionnel des prestataires de service de soins.

C'est parce qu'il faut déroger aux règles traditionnelles de financement des prestataires de services de soins que les ordonnances de 1996 ont pré-



vu des procédures dérogoires, à travers la procédure SOUBIE qui dans le discours a été associée aux réseaux, mais c'est quasiment le seul support juridique qui existe aujourd'hui.

Nous avons déjà un peu modifié ce dispositif dans un texte de loi précédent, en indiquant que les réseaux doivent pouvoir être agréés sur le plan régional, mais nous n'avons pas pu à ce moment-là - c'est moi qui étais à l'origine de cet amendement - **donner une personnalité juridique aux réseaux.**

Nous sommes allés plus loin dans le projet de loi tel qu'il a été déposé par le Gouvernement le 5 septembre, mais je crois qu'il est nécessaire de donner une personnalité juridique aux réseaux et de la nommer.

Or, le système coopératif peut être un support juridique et une possibilité de donner une personnalité juridique aux réseaux, perspective qui n'a pas été évoquée et qui je crois peut être intéressante à citer ici.

La démarche me semble intéressante parce qu'elle permet de se réappropriier l'outil. **Cette démarche m'a séduit parce qu'elle donne la possibilité aux professionnels de santé** - il s'agirait avec des réseaux de permettre que d'autres personnes que des médecins puissent faire partie d'une coopérative et la constituer - **de se réapproprier leur outil de travail et leurs pratiques.**

Connaissant la culture médicale, il ne m'avait pas échappé que l'idée de coopérative risquait en termes d'image de poser quelques petits problèmes de compréhension et de donner lieu à quelques réticences, d'ailleurs plus par rapport à **l'image** colportée par la notion de coopérative que sur le fond du dossier.

En effet, dire à des professionnels que c'est peut-être un moyen de se réapproprier leur outil de travail est séduisant pour eux, mais il est vrai que le mot coopérative fait un peu "ringard". C'était aussi une réticence de ma part au départ, mais nous n'avons pas beaucoup le choix, car nous n'allons pas réinventer un concept nouveau. Nous avons suffisamment de difficultés à réécrire un texte législatif dans le cadre de la loi de 1947, ne nous compliquons pas la tâche.

La réflexion qui a été conduite sous l'égide de l'UNHPC, à laquelle ont été associées des personnes très différentes et d'horizons divers - la diver-

sité des personnes qui se sont exprimées et s'exprimeront autour de cette table le montre - répond à un besoin.

J'ai tenu à rappeler comment **la procédure d'élaboration** s'était déroulée puisque c'est moi qui vais déposer l'amendement. Il est vrai qu'aucune concertation n'a eu lieu, alors que lorsqu'un projet sort du Ministère il devient public quelques semaines avant son adoption au Parlement. Je reconnais que nous avons un peu travaillé dans la précipitation, mais si nous n'agissons pas maintenant cela nous renverra à dans deux ou trois ans.

En étant conscient que cela pourra créer des frustrations et des blocages de la part de **quelques institutions qui auront le sentiment d'avoir été un peu bousculées**, je tiens à dire qu'il reste encore au moins trois mois de discussions parlementaires avant que le texte soit définitivement adopté par le Parlement, ce qui sera aussi l'occasion de poursuivre la réflexion autour de ce projet.

Voici donc les raisons qui me conduisent à appuyer fortement ce projet et, de façon très précise et concrète, à déposer un amendement dès la semaine prochaine à l'Assemblée Nationale.

#### ❖ M. Edouard COUTY

Il est difficile de prendre la parole dans la mesure où presque tout a été dit. **La DHOS** a été intéressée par ce projet, dont nous avons eu l'occasion de parler ensemble il y a quelque temps. Nous avons été associés de façon informelle aux premières réflexions que vous avez menées.

Comme M. EVIN vient de l'indiquer, ce projet sera certainement suivi de textes d'application que ma Direction sera en charge de préparer. Nous adopterons à ce moment-là une méthode plus classique, à travers des processus itératifs de concertation et de consultation qui permettront dans le cadre de la loi d'exposer toutes les facettes du dispositif.

Ce projet nous a paru a priori intéressant, car il nous semble qu'**il est important d'offrir aujourd'hui des possibilités alternatives. Tout ce qui peut participer à la réalisation de l'axe majeur de la politique hospitalière, qui consiste dans le décloisonnement entre les offreurs et les établissement de soins, la ville et l'hôpital, est a priori intéressant.**

Ensuite, nous voyons bien, s'agissant des établissements, qu'il est nécessaire de trouver des solutions alternatives en termes de montage juridique et d'organisation du fonctionnement.

Or, toute solution alternative ou tout montage susceptible de se substituer au montage actuel qui permettrait une **réappropriation par les professionnels de leur fonction et une meilleure maîtrise de leur outil de travail** ainsi qu'une plus grande responsabilité dans la conduite du management de l'établissement est considéré par tous comme bienvenu. C'est une seconde raison qui a fait qu'a priori nous avons également été très intéressés par ce projet.

Nous voyons par ailleurs se développer, quel que soit le statut des établissements, **une plus grande exigence au regard des fonctions transversales** directement liées aux contraintes de sécurité et de qualité ainsi qu'aux attentes des usagers et des malades (- j'allais dire "consommateurs de soins" dans la mesure où il existe aujourd'hui une forme de consumérisme) que sont la vigilance et tout ce qui a trait à la sécurité sanitaire. Tous ces éléments prennent beaucoup d'importance.

Or, la dualité entre gestionnaires et médecins dans les structures telles qu'elles sont organisées actuellement, en tout cas dans les établissements privés à montage classique connu, rencontrent des difficultés à organiser valablement ces fonctions transversales.

Nous verrons apparaître demain avec la loi de santé tout un chapitre très important sur le droit des malades, l'accès aux dossiers et la communication des informations, une obligation relativement nouvelle nécessitant la mise en place d'une organisation qu'aujourd'hui les montages classiques que nous connaissons ne permettent pas non plus de développer au mieux.

Nous avons eu il y a quelques années un débat sur les problèmes de dossier médicaux, de conservation, de communication et de consistance de ces derniers, et il est clair que les montages tels que nous les connaissons ne permettent pas d'organiser de façon opérationnelle et efficace les dispositifs nouveaux, qu'il faudra bien prendre en compte.

C'est aussi une raison qui a plaidé en faveur de l'émergence de solutions alternatives. Voilà pourquoi nous étions a priori, dans les services du Mi-

nistère, non seulement attentifs, mais aussi intéressés par ce projet, ce que nous sommes évidemment toujours.

Je vais maintenant **dire un mot des réseaux**. Je ne sais pas si le dispositif tel qu'il existe peut être opérationnel à la fois sur le champ des établissements de soins et sur celui des réseaux ; il faudra approfondir la question.

La **prudence** voudrait, Monsieur le Ministre, que le législateur prévoie des marges nécessaires pour laisser la possibilité d'utiliser cet outil lorsque nous pourrions le valider pour l'organisation des réseaux.

Encore une fois, nous avons travaillé très vite, et des expertises juridiques complémentaires sont nécessaires que nous ne sommes pas encore en état de produire, mais **a priori il semblerait qu'il soit difficile pour un établissement public d'entrer dans une coopérative**.

Par conséquent, la solution, pour mettre en réseau des établissements ou des professionnels qui font partie d'une coopérative avec un ou des établissements publics, serait de trouver un lien entre une structure qui peut accueillir des établissements publics et privés, sachant que nous en avons à notre disposition.

Il faut trouver un lien entre le GCS, où tout le monde peut venir, et la coopérative, dans laquelle il semblerait qu'a priori - sous réserve d'expertises complémentaires - les établissements publics ne puissent pas aller.

Le débat est ouvert. Il faut encore réaliser des expertises, mais nous pensons qu'**autoriser les coopératives à adhérer à des GCS réglerait le problème**. C'est donc uniquement une question de mécanique.

Notre objectif est que tous les outils et structures de coopération soient suffisamment ouverts pour être finalement un réceptacle possible pour les différents professionnels ou acteurs du système, qu'ils fassent partie d'un établissement (public ou privé) ou qu'ils soient professionnels de santé.

Nous n'avons évidemment pas l'intention d'abandonner les outils qui existent déjà et qui sont de bons outils de coopération entre le public et le privé et permettent d'associer dans une même structure des établissements de statut différent, sans difficulté juridique ou financière a priori.

**La DHOS, le cabinet du Ministre et Bernard KOUCHNER lui-même ont bien perçu l'enjeu de ce projet et adhèrent à ce dernier**, que nous

suivons techniquement et que nous nous efforcerons évidemment de mettre en œuvre avec vous si la loi nous le permet.

❖ **Dr Serge LARÜE-CHARLUS**

**Depuis presque dix ans** nous avons déjà abordé cette question de la Coopérative Hospitalière avec et à l'instigation de Gérard PARMEN-TIER.

En effet, immergé syndicalement depuis longtemps dans le monde des praticiens de l'Hospitalisation Privée, nous avons constaté rapidement les inadéquations, parfois criantes, dans le statut des praticiens libéraux au sein des établissements privés, en rapport avec leurs prestations de soins.

Cette réflexion nous a amené à rechercher des équivalents au statut des praticiens libéraux.

Je n'en ai, pour ma part, trouvé qu'un seul en France : les salles de spectacle.

Certes les chirurgiens sont des vedettes..., voire des stars..., mais nous ne pouvons en rester à cet exemple car les spectacles qui tiennent l'affiche pendant plusieurs mois sont rares !

Nous avons donc été obligés de réfléchir à autre chose...

- **Le premier temps de la réflexion doit porter sur les fondements du statut du praticien libéral** - liberté d'installation, d'organisation du travail, liberté d'honoraires et liberté de prescription.

Qu'est devenue la liberté d'installation avec le développement des spécialités et des plateaux techniques ?

L'installation devient alors une opportunité en fonction de la spécificité du praticien, mais elle est particulièrement liée au SROSS et au développement des plateaux techniques.

De même l'organisation du travail est bien plus souvent liée aux particularités de l'établissement et au type d'association entre praticiens, qu'aux desiderata d'un seul.

Tout cela est normal, dans la mesure où le praticien n'est pas détenteur de l'autorisation d'activité et qu'il ne participe que de façon accessoire au projet d'établissement.

Pour ce qui est de la facturation des honoraires, les praticiens libéraux dans les établissements privés sont vraisemblablement parmi les rares cas de professionnels ne facturant pas eux-mêmes leurs honoraires, mais délèguent ce temps à une structure étrangère, l'établissement.

- **Le deuxième temps de la réflexion est un temps de prospective pour envisager les différentes évolutions possibles.**

- La première possibilité est l'évolution vers le **statut de salarié**. Cela est notamment souhaité par toute une partie de l'Administration (différents Directeurs d'ARH...) qui ne cache pas son désir de voir les praticiens libéraux être ramenés au même statut que les praticiens de l'Hospitalisation Publique. Cependant cet état de salarié n'est pas souhaité par une majorité de praticiens et surtout par la plupart des Directeurs d'Etablissement. Cette évolution possible n'est vraisemblablement pas l'évolution la plus évidente.
- Une deuxième possibilité est l'évolution vers un **statut de prestataire de service avec forfaitisation** de tout ou partie de l'activité des différents praticiens dans un établissement. Si cette évolution est souhaitable pour certaine activité d'astreinte ou d'épidémiologie, voire de santé publique, pour la partie soin, la preuve de la meilleure prise en charge dans une telle éventualité n'a pas encore été faite.
- Autre évolution possible, la **contractualisation sur des volumes d'activité**. Cette mode de contractualisation entre l'établissement et le praticien sur un nombre d'interventions annuelles (prothèse totale de hanche, cholecystectomie ou coloscopie par exemple) porte en germe un caractère de performance et donc un aspect marchand difficilement compatible avec l'éthique médicale.  
Par ailleurs le fait que les médecins ne soient pas signataires du Contrat d'Objectif et de Moyen rend cette voie peu probable.

Il est donc possible que l'évolution se fasse vers un mixte de ces différentes formules.

Quoi qu'il en soit, devant l'inadéquation fréquente du statut libéral dans les établissements privés, **il a paru logique de réfléchir à d'autres voies et la possibilité de Coopérative Hospitalière répond à beaucoup d'arguments :**

- Le respect de l'indépendance du professionnel dans la Coopérative et sa non-subordination à la structure commerciale paraît le premier atout.
- L'absence de nécessité de rémunération du capital est un deuxième atout.
- La liaison directe entre la rémunération et l'activité est un autre facteur qui dément parfaitement la critique de dérive communiste ou kolkhozienne qui a été faite par des individus ne s'étant même pas donnés la peine de lire le projet de loi.
- Enfin, lors du départ à la retraite, la certitude de récupération des parts sociales investies réalise un élément de plus pour rassurer les praticiens.

Ces quatre points sont majeurs et il en est d'autres que l'on pourrait développer.

Actuellement, nous nous heurtons dans les établissements privés au problème de la rémunération de certaines tâches (astreinte...) ou certaines activités transversales (démarche qualité, sécurité, transmission de l'information etc... etc.)

Toutes ces exigences de santé publique peuvent trouver dans le cadre de la coopérative un système de rémunération.

De la même manière, les exigences nouvelles en matière de médecine préventive ou d'épidémiologie peuvent être satisfaites en mettant en place des réseaux de soins et en créant des synergies entre la coopérative hospitalière et les autres activités de soins en périphérie.

Au total, il ne faudrait pas se méprendre et considérer ces propos comme innocents. Nous ne sommes pas dans le registre de l'angélisme.

Il n'est pas question de transformer l'Hospitalisation Privée dans sa totalité en coopérative hospitalière.

Reste que la deuxième vague de restructuration qui s'annonce et qui doit réduire en 5 ans de moitié le nombre d'établissement existant en l'an 2000, sera dure et amère.

Dans ces conditions, peut-être que la possibilité de Coopérative Hospitalière permettra à des établissements et à certains praticiens de traverser cette période sans (trop) d'encombres.

Le seul souci des professionnels qui ont participé à cette réflexion fut la **pérennité** de certains établissements.

❖ **M. Gérard PARMENTIER**

Merci Messieurs. Nous ouvrons donc le débat. Qui demande la parole ?  
Le docteur REGAL, de Montpellier.

❖ **Dr Robert REGAL**

Je comprends l'intérêt de la coopérative pour un jeune qui s'installe, mais moins bien pour un ancien qui va bientôt partir à la retraite.

En effet, une coopérative ne présente que des avantages pour les jeunes, comme cela a été expliqué, mais **comment en créer une** ? Quand une clinique existe, avec des parts de SA et de SCI, alors que par ailleurs le professionnel fait partie d'une structure professionnelle, avec des parts de SCP et de société civile de moyens, est-il possible que la coopérative achète toutes ces parts et quelle est l'incidence fiscale ?

Par ailleurs, ce qui me surprend un peu sur le plan ordinal est la possibilité de créer une personnalité morale dans le cadre de laquelle exerceront des gynécologues, des obstétriciens et des radiothérapeutes. **Comment la responsabilité médicale sera-t-elle partagée par tous ces praticiens ?**

Ce sont les deux principales questions que je me pose.

❖ **M. Francisco JORNET**

**Une SEL peut parfaitement être constituée de radiothérapeutes et de médecins de spécialités différentes, la société assumant des responsabi-**



lités solidairement avec celles qu'assume chacun des associés qui la composent.

Reprenons l'exemple de la société coopérative. Ne nous trompons pas : elle exercera la médecine par l'intermédiaire de ses propres médecins. Où est le problème ? Ce n'est pas ce qui est novateur dans le projet. **Ce qui est novateur est le fait qu'une société d'exercice professionnel puisse être un établissement de santé.**

J'ignore si cela vous rassure ou vous inquiète, mais il n'y aura **rien de nouveau sur le plan de la responsabilité médicale** dans ce schéma. Chaque médecin continuera à assumer ses propres responsabilités et, si la société est inscrite à l'Ordre des médecins, chacun des associés le restera.

En revanche dans des activités où l'on ne sait plus très bien qui est responsable, du médecin ou de l'établissement, la société coopérative apportera aux patients une **simplification**.

#### ❖ Me Yves LACHAUD

Un aspect sous-jacent de la question concerne les conséquences pécuniaires de la responsabilité médicale, c'est-à-dire les **dommages et intérêts**. C'est la société qui sera responsable, de la même façon qu'une société civile professionnelle et une SEL le seraient pécuniairement.

En revanche, l'existence d'une coopérative, qui est une SCP comme une SEL, ne fait pas disparaître la responsabilité personnelle **pénale** en cas de poursuite pénale. Dans ce cas, c'est le médecin qui répond personnellement pénalement, voire disciplinairement, devant l'Ordre des Médecins, ce qui ne représente aucun changement majeur par rapport à d'autres types de société.

Néanmoins, il est vrai que **pour le patient** ce sera plus simple, dans la mesure où il aura en face de lui une entité qui assumera la totalité des actes, ce qui concerne aussi bien l'organisation que l'hospitalisation, l'environnement des salariés de soins et l'acte médical.

### ❖ Un intervenant

Le montant des **primes d'assurance** est très différent en fonction des spécialités. Certaines sont en première ligne alors que d'autres le sont moins.

### ❖ Me Yves LACHAUD

C'est un problème de discussion avec les assurances pour adapter les contrats.

### ❖ Me Michel GUERIN

Le principe en droit - cela a d'ailleurs été prévu dans le texte - est que **la transformation d'une société de droit classique en société coopérative n'entraîne pas la création d'un nouvel être moral**. Elle n'a pas toutes les conséquences d'une dissolution, avec la taxation des réserves, éventuellement un précompte et des "plaisanteries" de ce genre.

Ceci étant, la **transformation** en coopérative entraîne une augmentation de l'engagement des associés dans la mesure où, quelle que soit leur participation au capital, leur vote n'est plus réduit qu'à une seule voix par rapport au montant de leur mise. Il faudra donc appliquer la **règle de l'unanimité**.

**Si ce n'est pas le cas**, le meilleur moyen sera de constituer la coopérative par rapport au numéraire et que celle-ci **rachète les éléments d'actif** et de passif de l'ancienne structure de façon à pouvoir l'exploiter tout à fait normalement et à lui payer le prix de la cession correspondante.

L'ancienne structure aura à ce moment-là intérêt à se faire racheter par ce que l'on appelle de façon un peu triviale sur le marché des "coquillarts". Il s'agit généralement de banques spécialisées dans le rachat de sociétés qui n'ont plus d'activité mais qui ont beaucoup de trésorerie.

Pourquoi procéder de la sorte ? Parce qu'à ce moment-là le taux d'imposition des actionnaires est celui des plus-values sur cession des valeurs mobilières et non plus le montant de l'imposition de la distribution du dividende, ce qui serait le cas si l'on voulait leur faire appréhender le résultat du prix versé à la structure.

Voilà pour le processus de passage d'une forme à une autre, qui ne pose pas de problème particulier en droit. **Il convient d'étudier à chaque fois les spécificités non pas fiscales mais comptables du haut de bilan** pour vérifier le problème des reports déficitaires, les amortissements dérogatoires et quelques points particuliers comme des plus-values à long terme ou des impositions différées, qui pourraient avoir des effets pervers. C'est un point techniquement simple qui ne pose pas beaucoup de difficulté en tant que tel.

En revanche, la transformation d'une société coopérative en société d'une autre forme est impossible en l'état actuel du droit des sociétés français. **La marche arrière est impossible** ; il faut repasser par le jeu d'une cession d'actifs et de fonds de commerce pour revenir à une forme classique.

Pour répondre plus complètement à votre question, **quelqu'un en fin de parcours a-t-il intérêt à embrasser le statut coopératif ?**

- Premièrement, il ne peut pas décider seul. Comme nous l'avons vu précédemment, il faut qu'un ensemble de médecins décide de créer une société d'exercice professionnel.
- Deuxièmement, l'on ne peut pas l'obliger. Je vous rappelle que la règle de l'unanimité est appliquée.
- Troisièmement, peut-être le fait d'avoir la possibilité de voir une cession d'établissement se faire au profit d'une société coopérative représente-t-il pour lui une opportunité qui n'est pas inintéressante. En effet, cela lui permettra à terme de réaliser ses actions pour une valeur qu'il ne serait pas du tout certain de récupérer dans le marché actuel des établissements de santé, hormis pour les grands opérateurs, qui à ma connaissance n'achètent pas les cliniques qui se trouvent au plus haut niveau de la courbe.

#### ❖ M. Gérard PARMENTIER

Vous avez entendu Michel GUERIN nous indiquer que c'était simple, ... mais j'ai vu quelques grimaces !... Rassurez-vous : il y a beaucoup travaillé, avec son service et Yvon ROJOUAN, qui se trouve dans la salle et qu'il faut aussi remercier. Yvon ROJOUAN est expert comptable, com-

missaire aux comptes, et c'est un remarquable connaisseur de notre système et de ses établissements de santé privés, publics ou PSPH. C'est grâce à lui, entre autres, que nous avons pu mettre au point le plan comptable de la profession. Tous deux seront de bon conseil si besoin est, des solutions techniques très concrètes ayant été étudiées.

J'aimerais revenir sur une question rapidement évoquée et je vais profiter de la présence de MM. EVIN et COUTY pour le faire car j'aimerais qu'ils nous donnent leur point de vue : **un vrai problème de mutation, de changement de génération se pose.**

Si notre collègue DUPONT a acheté - à tort ou à raison, peu importe - une clientèle, chère, il est équitable qu'il retrouve le prix de celle-ci au moment de sa cessation d'activité. Ne croyez vous pas qu'il est temps de nous aider, de nous permettre de faire le choix d'une économie de production et en lieu et place de l'économie de spéculation qui nous régit, en particulier en matière de clientèle. Il faut libérer le jeune qui arrive du poids économique du rachat d'une clientèle qui n'apportera rien à la qualité de son exercice. Il vaudrait mieux que son argent, sa faculté contributive, serve entièrement à sa clinique, à son plateau technique ou à son réseau.

Le groupe de travail informel qui a préparé cet amendement ne peut évidemment régler cette question. Notre proposition est claire : **la médecine hospitalière libérale ne peut faire cette mutation seule. Les ressources de nos établissements ne sont pas suffisantes pour procéder à ce rachat de clientèle.** Or c'est la seule solution pour éteindre ce problème tout en étant équitable avec les générations anciennes qui ont acheté une clientèle et qui ont besoin de réaliser ce bien pour maintenir leur niveau de vie au moment du départ en retraite.

Pour être clair, cette mutation ne se fera pas sans une aide des Pouvoirs Publics.

Cette aide est-elle justifiée ? De notre point de vue, oui, bien sûr, car il s'agit d'une des conditions de la modernisation et donc de la pérennité du secteur d'activité dont nous parlons aujourd'hui : les établissements de santé qui sont la propriété collective de médecins, c'est à dire de la grosse majorité des cliniques.

Il faudrait donc que le Ministère de la Santé plaide ce dossier auprès de Bercy. Il a seul légitimité à le faire. C'est bien de sa responsabilité.

Si nous voulons consolider l'avenir d'une médecine libérale organisée et capable de maîtriser son outil, il nous faut trouver les solutions adéquates pour régler ce problème financier.

Nous sommes bien sûr à la disposition des Services pour contribuer à l'instruction de cette question décisive pour l'avenir d'une bonne part d'entre nous.

#### ❖ Dr J.P. WAGNER

Je suis entre le jeune qui s'installe et l'ancien qui va bientôt partir à la retraite, mais je ne suis pas encore complètement mutant. L'information qui nous a été donnée me paraît essentielle, ce projet étant important à la fois pour mes associés plus âgés que moi qui vont partir à la retraite et surtout pour moi, qui essaie de trouver les deux radiothérapeutes ou oncologues qui vont les remplacer.

Ce que j'ai retenu essentiellement est qu'il va falloir que les médecins soient volontaires pour s'associer, ce qui ne me paraît pas simple, ainsi que l'idée de la transversalité.

Dans la mesure où nous assistons aujourd'hui à une réunion de cancérologie, **je voudrais savoir s'il est possible de constituer des sociétés de coopération hospitalière partielle.**

Pour parler clairement, dans une ville comme Strasbourg, qui a des problèmes architecturaux, pourrions-nous procéder par filières ou faut-il que ce soient des établissements qui se regroupent ? Est-ce du tout ou rien ?

#### ❖ M. Gérard PARMENTIER

Les réactions étaient unanimement positives tant que le dossier n'était pas sorti, mais il génère aujourd'hui, au moment de sa sortie, quelques questions. Paradoxalement, par exemple, des propriétaires de cliniques s'inscrivant dans un schéma du type capitalisme familial, qui ne devraient a priori pas être intéressés par l'approche coopérative, nous ont indiqué que la voie de la coopérative était tout à fait féconde et intéressante mais qu'il manquait **un titre 3 sur la coopérative de médecins**. Le projet actuel contient 2 titres, l'un sur les coopératives hospitalières de médecins et l'autre sur les réseaux coopératifs de santé.

Vous posez là une vraie question, mais nous n'avons pas tout traité...

Il est également vrai qu'il existe un décret - qui est assez creux et qui n'a donc pas fonctionné - qui date de 1965 et permet aux médecins de se regrouper en coopérative. Cette question demeure, mais - dans les délais évoqués par Claude EVIN - nous ne l'avons pas prise en charge, ce qui nous est déjà reproché par ceux qui n'utiliseront pas les deux premières voies que nous avons étudiées et qui nous indiquent qu'il aurait été intéressant de donner un outil supplémentaire aux médecins. Il faut aussi noter que le groupe informel que nous avons animé était constitué de personnalités très impliquées dans le fonctionnement des établissements, des plateaux techniques lourds et des réseaux. La mise au point d'un texte spécifique du type de celui que vous suggérez aurait sans doute demandé la constitution d'un groupe différent quant à sa composition. Ce projet était déjà de bonne ampleur, nous ne pouvions tout embrasser.

#### ❖ Me Michel GUERIN

Ceci étant, à titre d'information, vous disposez d'une roue de secours - même si elle est peut-être un peu carrée - avec la **société d'exercice libéral par actions simplifiées**, qui vient d'être mise en place et dans laquelle le principe "1 homme = 1 voix" peut parfaitement être adopté, de la même façon que la variabilité du capital peut être mise en place.

Cela signifie que vous pouvez constituer une coopérative qui ne dit pas son nom - une sorte de "Canada Dry" de la coopérative -, mais qui applique tous les principes du fonctionnement de cette dernière, à l'exception toutefois - c'est important - de la capitalisation et de la valorisation des actions en sortie, car il s'agira d'un schéma classique. Cependant, cela peut aider à la mise en place de la transversalité.

#### ❖ Dr J.P. WAGNER

Pourra-t-elle inclure un établissement de santé ?

**❖ Me Michel GUERIN**

Non. C'est toute la problématique des sociétés d'exercice libéral, qui ne peuvent s'appliquer qu'à l'exercice libéral de la profession de médecin.

**❖ M. Claude EVIN**

Je voudrais vous faire toucher du doigt le fait que **nous vivons depuis dix ans une mutation assez importante des modes d'exercice**. Nous l'avons vu notamment dans le cadre hospitalier. Le législateur a été obligé dans le cadre de la coopération hospitalière d'adapter la loi déjà à plusieurs reprises.

Nous voyons se développer un certain nombre de projets, ce qui rend complexe l'exercice des formes diverses de la dispense des soins mais donne lieu à une multitude de structures, un désir de coopération de plus en plus grand ayant amené le législateur à s'adapter aux demandes et évolutions.

Il faut dans un premier temps "mettre le pied dans la porte", c'est-à-dire commencer à poser le problème. Une fois que cela aura été fait, il est évident que cela générera des demandes, car elles existent sur le terrain et correspondent à des pratiques de professionnels qui travaillent ensemble mais qui se trouvent dans des structures différentes.

Je suis convaincu que, une fois que le pied aura été mis dans la porte, il sera nécessaire que le législateur adapte la loi. Il est vrai que toutes les solutions nécessaires ne peuvent pas être contenues dans un tel projet, mais il faut néanmoins avancer, même si nous nous rendrons compte au fur et à mesure que tel ou tel ajustement est nécessaire.

De même, il faudra adapter les groupements de coopérations sanitaires, car tout n'est pas encore possible à l'intérieur de ces derniers. Nous sentons bien que nous sommes obligés d'adapter les outils, ce que nous avons déjà fait à trois ou quatre reprises depuis 1991.

❖ **M. Dominique CHERASSE** (URCAM d'Ile-de-France)

**Je voudrais dire combien l'ordonnateur et le payeur des fonds que je suis dans le cadre des projets de réseaux qui sont aidés, apprécieraient l'existence d'une structure coopérative.**

En effet, quand nous sommes obligés de verser des fonds à une association, qui est facile à créer et marque le début d'une action, cela nous laisse perplexes s'agissant des fonds publics, car nous nous demandons ce qu'il adviendra par la suite. Par conséquent, merci d'y songer et d'appuyer cette réforme.

❖ **M. Gérard PARMENTIER**

Merci, Monsieur, d'insister sur cet aspect, qui nous paraît, à nous aussi, fondamental.

❖ **M. Claude EVIN**

Tout à fait, car il s'agit aujourd'hui d'associations de type loi 1901.

❖ **Dr Vincent LEROUX** (UGECAM d'Ile-de-France)

**Nous tentons de déposer des dossiers de réseaux** et d'en fabriquer. Nous allons à cet égard déposer auprès de l'URCAM d'Ile-de-France un projet qui consisterait dans un premier temps en une association loi 1901 - car c'est le seul statut aujourd'hui disponible - et ensuite dans un statut de coopérative. Cela devrait se faire en novembre, en espérant que notre demande sera satisfaite.

❖ **Un intervenant**

Je voudrais poser une question technique. **Comment se fait la répartition des apports parmi les associés de la coopérative en cas de besoin de fonds propres ?**



**❖ M. Gérard PARMENTIER**

Des fonds propres il en faut toujours. Le droit coopératif ne change rien à cela. La réponse à votre question est à la fois simple et compliquée.

Compliquée car il n'y a pas de règle générale.

Simple parce que la règle interne doit être votée en assemblée générale à une majorité qualifiée et ne peut pas être modifiée sans arrêt, c'est-à-dire "à la tête du client", comme l'on a parfois la tentation de le faire chez nous.

De plus, elle doit être liée à l'activité, que l'on appelle dans le vocabulaire coopératif des "*apports d'activité*". Le plus simple est de fixer un pourcentage des honoraires, mais il est possible d'adopter un autre système, proportionnellement aux K et aux Z, etc. Tout est fonction de la règle interne, pourvu qu'elle soit votée, et assise sur une définition de ce que l'Assemblée entend par "*apport d'activité*".

D'après l'amendement, cette règle interne doit être communiquée à l'ARH, la DHOS demandant dans sa proposition de modification qu'elle le soit également auprès du Conseil de l'Ordre, ce qui nous semble sain, pour une vérification d'ordre déontologique. Le parallèle avec les contrats d'exercice peut être fait.

La répartition des apports en capital est donc liée à l'activité, dans les établissements comme dans les réseaux coopératifs, mais la définition de cette dernière est établie par les membres eux-mêmes, assiette et quotité.

**❖ Dr Franck BÜRKI**

Le problème de l'évaluation est de savoir ce que l'on utilise comme chiffres : **la totalité des honoraires ou uniquement ceux perçus à l'intérieur de l'établissement** ? En effet, certaines spécialités bénéficient du plateau technique mais facturent directement à l'extérieur, ce qui est une source de conflit non négligeable.

❖ **Dr Serge LARÛE-CHARLUS**

Je peux répondre partiellement dans la mesure où j'ai participé au groupe de réflexion. **Il s'agit bien entendu des honoraires générés à l'intérieur de l'établissement.** Sinon, il n'existerait plus de limites à rien.

Le cabinet médical reste le cabinet médical, l'établissement étant son prolongement au sens de l'Ordre. Il s'agit de l'activité médicale pratiquée au sein de l'établissement.

❖ **Me Michel GUERIN**

Je ne résiste pas à la tentation d'être un peu provocateur par rapport à votre remarque, Monsieur. Je crois que ce n'est pas du tout le problème. Le problème est que l'adoption de cette forme de société - comme pour toute société aujourd'hui - exige que les praticiens associés ou actionnaires prennent **conscience de leurs besoins réels en fonds propres** et que, une fois un chiffre déterminé, ils se préoccupent de savoir comment y répondre, sachant que si ce n'est pas possible la vitalité profonde de l'établissement est en cause.

Quand on en est à décompter les honoraires en fonction de la façon dont les actes ont été réalisés (dedans, dehors, à moitié, complètement, etc.), l'on est déjà en train d'apporter une solution à un aspect fondamental qui doit être résolu notamment par l'adoption de cette forme de société, qui suppose une réelle démarche pédagogique.

❖ **Dr Philippe BERGEROT**

Nous pouvons comprendre la remarque de F. BÜRKI dans la mesure où certaines personnes n'interviennent que très peu dans les établissements.

❖ **M. Gérard PARMENTIER**

Si je suis généraliste dans un excellent réseau de cancérologie et que je vois 3 patients atteints du cancer par an, ce ne sera pas la totalité de mes honoraires qui constituera l'assiette.

Il faut se demander d'abord combien d'argent il faut pour faire fonctionner un réseau, un plateau technique et/ou une clinique, et à partir de là se mettre d'accord sur l'assiette, à savoir l'activité réalisée dans le cadre de la société. On en tire un coefficient.

❖ **Un intervenant**

**Le risque de dichotomie entre le Conseil d'Administration et la Direction** est-il plus important dans une SA que dans une coopérative, sachant que c'est avec cette dichotomie que commencent les problèmes ?

❖ **Dr Serge LARÛE-CHARLUS**

Le risque de dichotomie **est plus important avec le système actuel**, étant donné le non-partage des responsabilités en matière de choix des volumes d'activité, de contrats d'objectifs et de moyens déposés auprès de la tutelle par les gestionnaires et de projet médical d'établissement. En effet, ce dernier est certes réalisé par les gestionnaires après qu'ils aient pris l'avis de la CME, mais nous savons comment cela se passe.

❖ **M. Gérard PARMENTIER**

Nous nous sommes demandés dans le cadre des débats au sein de notre groupe de travail si la **CME** devait continuer à exister puisque tous les médecins participent à l'Assemblée Générale et que celle-ci est la CME.

Le projet d'amendement concernant les coopératives hospitalières de médecins garde deux assemblées, sachant qu'il s'agira le plus souvent, en fait, de la même.

❖ **M. Claude EVIN**

C'est en ce sens que nous pouvons parler de réappropriation.

❖ **M. Gérard PARMENTIER**

Merci Messieurs. Je crois que nous devons arrêter là nos débats.

Philippe, il t'appartient de conclure cette journée.

❖ **Dr Philippe BERGEROT**

Les interventions et le débat ont été riches. Ils montrent bien l'importance de ce dossier, la diversité des questions qu'il soulève et des opportunités qu'il crée. Mais il se fait tard. Nous ne pouvions tout aborder.

Je tiens à remercier les orateurs pour la qualité de leurs interventions mais aussi vous tous pour être restés aussi longtemps, aussi actifs et attentifs.

Pour tenter de résumer ce qui a été dit **cet après-midi**, nous ne vous proposons absolument pas un modèle, mais nous souhaitons nous doter d'une possibilité supplémentaire d'organisation.

Nous voulions simplement répondre à une question ancienne et permettre aux professionnels qui le souhaitent et uniquement à ceux-là, d'avoir accès à un droit coopératif.

Cela est nécessaire pour beaucoup.

Cela ne nuit en rien aux autres.

Cela sera utile à notre système de santé tant pour les médecins que pour l'organisation en réseau. C'est un élément non négligeable de pérennisation de la médecine libérale en établissement ou sur plateau technique lourd. C'est la première personnalité morale adaptée créée pour nos réseaux, et nous savons tous ici qu'ils en ont un urgent besoin.

Cet amendement est donc nécessaire et utile, c'est du moins notre conviction.

Le débat de **la matinée** quant à lui reflète bien les difficultés actuelles des établissements privés et l'inquiétude croissante du monde médical devant les difficultés organisationnelles et de réalisation des traitements anticancéreux. En effet si de nouvelles molécules prometteuses sont ou seront bientôt disponibles, un certain nombre de questions demeurent :

- inégalité d'accès à des soins de qualité du fait de la pénurie d'infirmières et d'oncologues,

- nombre largement insuffisant de places de chimiothérapie ambulatoire ne permettant pas de répondre aux besoins actuels, et à la prise en charge des adjuvants et des radio-chimiothérapies concomitantes.
- insuffisance de prise en charge des produits anticancéreux en hospitalisation traditionnelle,
- non prise en compte de l'activité de cancérologie dans nos structures de soins,
- méconnaissance des exigences de continuité des soins en matière de soins palliatifs,
- effets pervers des méthodes de régulation et des méthodes d'allocation de ressources,
- difficultés dues à la double tutelle des Caisses pour les médecins et de l'Etat pour les établissements...

mais je ne vais pas reprendre le débat !

Comme l'a dit un des intervenants, il faut se méfier des solutions simples, mais néanmoins des solutions existent. Beaucoup de travail a été fait. Nous nous sommes beaucoup investis dans les groupes de travail du plan cancer. S'ils débouchent sur des réformes qui font consensus ce travail n'aura pas été vain.

Les questions ne sont pas simples, mais en cancérologie plus qu'ailleurs les consensus existent. Cela est fondateur. Il reste bien sûr les questions spécifiques à chacun des statuts. Je viens de rappeler quelques-unes des nôtres. Sur ces deux terrains, les confrontations entre acteurs sont utiles. Votre participation attentive montre que ce type de Rencontres y participe et que le brassage des acteurs et des responsabilités est porteur d'un avenir plus cohérent.

Je me souviendrai aussi des propos encourageants de Mr KOUCHNER ce matin et tiens à rappeler, comme l'a souligné Mme REVEL, que les discussions sont en cours afin de trouver une solution durable aux difficultés actuelles.

Cela nous permettra sans doute de refaire le point et pourquoi pas l'année prochaine lors d'une nouvelle journée UNHPC-FCLH ? Celle-ci, grâce à vous et aux intervenants, nous encourage en effet à maintenir la tradition de ces Rencontres Annuelles.

Comme chaque année, nous nous efforcerons d'en publier les actes.

Je vous remercie.





**ACCÈS AU DROIT COOPÉRATIF  
POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

---

**COOPERATIVES HOSPITALIÈRES  
DE MÉDECINS  
RÉSEAUX COOPÉRATIFS DE SANTÉ**



**DOCUMENTS**

**ET**

**ANNEXES**





## DOCUMENTS et ANNEXES

### Prospective en matière de structures juridiques

#### Accès des professionnels de santé au droit coopératif

**Document N° 1 : Fiche de présentation de l'après-midi donnée aux participants des Rencontres : p. 213**

"PROSPECTIVE EN MATIÈRE DE STRUCTURES JURIDIQUES" : La coopérative : une structure juridique pour les médecins et les professionnels de santé ?

**Document N° 2 : Fiches de synthèse données aux participants des Rencontres : p. 219**

Fiche a) : Qu'est-ce qu'une coopérative ? : p. 221

Fiche b) : Dans mon établissement, sur mon plateau technique, dans mon réseau : salarié, sous-traitant ou sociétaire... ?

Élargir les possibilités de choix pour les professionnels... : p. 225

Fiche c) : Coopérative hospitalière de médecins ou réseaux de santé coopératifs : p. 229

Quelles caractéristiques principales ?

1) Pour les associés ?

2) Pour l'Etablissement de santé ou le Réseau ?

3) Pour les Tutelles ?

Fiche d) : Quelques motifs qui justifient l'accès des professionnels de santé au droit coopératif... : p. 239

**Document N° 3 : Coordonnées des intervenants : p. 241**

---

**Document N° 4 : Document du Syndicat Unifié des Chirugiens Français (1995) : p. 245**

Fiche remise le 15 septembre 1995 par le Syndicat Unifié des Chirugiens Français à Madame Elisabeth HUBERT, alors Ministre de la Santé : «Pourquoi la création de sociétés coopératives hospitalières est-elle utile et nécessaire ?»

---

**Document N° 5 : Document de synthèse du groupe de travail informel : p. 253**

"Pour une loi permettant la création de sociétés coopératives hospitalières" (9/2/01)

**Document N° 6 : L'amendement : p. 279**

Coopératives hospitalières de médecins ; Réseaux coopératifs de santé : Amendement à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : 22/9/01

- Exposé des motifs
- Présentation des articles
- Amendement à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

**Document N° 7 : Genèse de l'élaboration de l'amendement : p. 303**

L'accès au droit coopératif pour les professionnels de santé : genèse des sociétés coopératives hospitalières de médecins et des réseaux coopératifs de santé  
Article à paraître dans la revue Actualités JuriSanté n° 34-35, Dec 2001-Jv 2002

---

**Document N° 8 : Loi N° 47-1775 du 10 septembre 1947** : p. 319  
portant statut de la coopération

**Document N° 9 : Décret N° 65-920 du 2 novembre 1965** : p. 349  
relatif aux sociétés coopératives entre médecins

---



## **Document N° 1**

**Fiche de présentation de l'après-midi  
donnée aux participants des Rencontres**

**"PROSPECTIVE  
EN MATIÈRE DE  
STRUCTURES JURIDIQUES" :**

**La coopérative :  
une structure juridique  
pour les médecins  
et les professionnels de santé ?**





Rencontres Nationales UNHPC - FCLH



du 20 septembre 2001

## **"PROSPECTIVE EN MATIÈRE DE STRUCTURES JURIDIQUES"**

### **La coopérative : une structure juridique pour les médecins et les professionnels de santé ?**

Le travail solitaire est donc devenu difficile pour le spécialiste limité dans ses investissements et qui a besoin d'avis complémentaires de façon à obtenir en temps réel un maximum d'informations.

Toutes ces raisons convergent vers l'organisation des spécialités autour de plateaux techniques performants de façon à pouvoir fournir au malade en toutes circonstances les soins les plus adaptés à sa situation par la conjonction de la compétence et de la sécurité.

Ce type d'installation nécessitera des structures assez lourdes, publiques ou privées au sein ou en dehors du secteur hospitalier.

[...]

#### **Septième proposition :**

Organiser l'activité des spécialistes sur la base de nouvelles modalités autour de plateaux techniques.

Rapport Guy Nicolas, Michèle Duret - Juin 2001

### **Demain, des coopératives hospitalières ?**

**Introduction :** Dr. Philippe BERGEROT, *Président de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC)*

Modérateur : Gérard PARMENTIER, *Secrétaire National de l'UNHPC*



**• Synthèses des groupes de travail**

- un point de vue médical  
Dr. Didier LAMBERT, Chirurgien, Pau
- un point de vue des cabinets et des établissements  
Jean VERNOUX, Directeur de Clinique, Strasbourg
- le point de vue juridique  
Francisco JORNET, Juriste, Conseil National de l'Ordre des Médecins,  
Maître Michel GUERIN, Fidal,  
Maître Yves LACHAUD

**• Table ronde autour de grands témoins**

- Édouard COUTY, Directeur de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS)
- Claude EVIN, Député de Loire-Atlantique, ancien Ministre
- Dr. Serge LARUE-CHARLUS, CSMF, ancien Président de la Conférence Nationale des Présidents de Conférences Médicales de l'Hospitalisation Privée

**SYNTHÈSE DES TRAVAUX**

Dr. Philippe BERGEROT, *Président de l'UNHPC*

---

**L'UNHPC et la FCLH** regroupent toute l'interprofession cancérologique libérale et hospitalière.

Par leurs membres, elles sont donc **à la croisée des organisations, des plateaux techniques lourds, des établissements de santé et des réseaux** de soins ou de santé. Leur volonté constante de professionnalisation de la filière s'est traduite par de nombreuses propositions en particulier en matière d'organisation de la profession, propositions souvent reprises (reconnaissance de la profession, organisation, carte sanitaire, UCPO, RCP, soins palliatifs, enveloppe spécifique aux médicaments anticancéreux, etc...).

**Ce qui caractérise l'action de l'UNHPC et de la FCLH** c'est une approche commune à tous les métiers qu'elles fédèrent. Cette approche privilège-

gie une prise en charge globale, concertée, organisée, évaluée des malades atteints du cancer... quels que soient la structure juridique, le statut de chacun de ces métiers, de chacune des structures mises en œuvre. Pour elles, la cancérologie n'est pas une spécialité comme une autre. Elle exige la **capacité d'une prise en charge spécialisée, concertée et pluridisciplinaire**.

Nombreux sont les professionnels qui souhaitent l'ouverture du droit coopératif aux professionnels de santé, aux établissements de santé et aux réseaux de soins. L'initiative de cette ouverture ne provient pas de l'UNHPC ou de la FCLH. Pourtant elles s'en réjouissent. **Elles soutiennent le projet d'amendement** à la Loi de Modernisation qui va dans ce sens en créant les **Coopératives Hospitalières de Médecins** et les **Réseaux Coopératifs de Santé**. Cet amendement est déposé par monsieur Claude Evin, par ailleurs rapporteur de la Loi de Modernisation qui est examinée et soumise au vote du Parlement ces prochains jours. Plusieurs membres de l'UNHPC et de la FCLH ont participé aux travaux et concertations préliminaires. Ils en ont tenu régulièrement informé leur Bureau et leur Conseil d'Administration respectifs. Ces derniers ont eux-même approuvé la démarche.

**Pourquoi ce soutien ?** Parce que leurs adhérents sont des médecins libéraux et des établissements de santé privés et que la plupart d'entre eux, médecins et établissements, sont impliqués dans des réseaux.

Beaucoup d'adhérents de l'UNHPC sont des médecins qui ne veulent pas participer en capital ou à la propriété de l'établissement, du plateau technique ou du réseau auprès duquel ou avec lequel ils travaillent. C'est leur choix. L'UNHPC défend et représente tous les praticiens libéraux, tous les établissements privés qui adhèrent à ses options en matière de prise en charge du cancer, options résumées dans sa "Charte des Centres et réseaux de la Cancérologie Libérale".

Mais tout aussi nombreux sont les adhérents qui veulent contrôler sinon posséder ce qu'ils considèrent comme "leur outil". Ils veulent ainsi protéger leur indépendance et influencer sur l'organisation et l'orientation médicale de leur outil de travail. C'est leur choix. Mais, justement, le droit est peu adapté à cette approche professionnelle. Le droit coopératif, curieusement, n'était à ce jour ni ouvert ni adapté à l'exercice médical en établissement, sur plateaux techniques lourds, en réseau. Cette anomalie va être corrigée. Comment l'UNHPC et la FCLH ne soutiendraient-elle pas cette

initiative qui va aider une part importante de ses adhérents sans altérer en quoi que ce soit l'exercice ou le mode de fonctionnement de ceux qui ont choisi une autre voie ?

C'est dans ce cadre qu'est organisée cette demi-journée d'information et de débat autour du projet d'amendement de monsieur Claude Evin.

A titre de **documentation** vous trouverez ci-joint :

- une fiche de rappel succinct de la définition des coopératives : "Qu'est-ce qu'une coopérative ?" - Fiche a)
- une fiche de problématique générale intitulée "Salarié, sous-traitant ou sociétaire : élargir les possibilités de choix pour les professionnels". - Fiche b)
- une fiche donnant les principales caractéristiques des coopératives hospitalières de médecins et des réseaux de santé coopératifs. - Fiche c)
- une fiche énumérant quelques motifs justifiant l'accès au droit coopératif. - Fiche d)

L'UNHPC et la FCLH sont heureuses de regrouper ainsi quelques-uns des acteurs majeurs de cette réforme qui, fait rare, recueille à ce jour le soutien des organisations représentatives des médecins libéraux et trouve un large écho auprès des responsables santé de la majorité comme de l'opposition.

**L'UNHPC et la FCLH** remercient les orateurs présents à ces Rencontres Nationales. Leurs compétences et leurs avis enrichissent nos travaux. Vous trouverez leurs coordonnées ci-après. - Document N° 3

---

## Document N° 2

### Fiches de synthèse remises aux participants des Rencontres en support aux débats

- Fiche a) :** Qu'est-ce qu'une coopérative ?
- Fiche b) :** Dans mon établissement, sur mon plateau technique, dans mon réseau : salarié, sous-traitant ou sociétaire... ? Élargir les possibilités de choix pour les professionnels...
- Fiche c) :** Coopérative hospitalière de médecins ou réseaux de santé coopératifs :  
Quelles caractéristiques principales ?
- 1) Pour les associés ?
  - 2) Pour l'Établissement de santé ou le Réseau ?
  - 3) Pour les Tutelles ?
- Fiche d) :** Quelques motifs qui justifient l'accès des professionnels de santé au droit coopératif...

**N.B. :** ces fiches ont été conçues comme des supports d'animation et ne peuvent donc être prises comme des exposés juridiques rigoureux.



Fiche a)

## Qu'est-ce qu'une coopérative ?

➤ **En France, la loi** n° 47-1775 du 10 septembre 1947 définit ainsi son objet et la notion de lois particulières:

Article 1er : objet

Les coopératives sont des sociétés dont les **objets essentiels** sont :

1. De réduire, au bénéfice de leurs membres et par l'effort commun de ceux-ci, le prix de revient et, le cas échéant, le prix de vente de certains produits ou de certains services, en assurant les fonctions des entrepreneurs ou intermédiaires dont la rémunération grèverait ce prix de revient ;
2. D'améliorer la qualité marchande des produits fournis à leurs membres ou de ceux produits par ces derniers et livrés aux consommateurs ;
3. Et plus généralement de contribuer à la satisfaction des besoins et à la promotion des activités sociales et économiques de leurs membres ainsi qu'à leur formation.

Les coopératives exercent leur action dans toutes les branches de l'activité humaine.

Article 2 : lois particulières (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 2)

Les coopératives sont régies par la présente loi sous réserve des **lois particulières** à chaque catégorie d'entre elles.

---

- **L'O.I.T.** (Organisation Internationale du Travail - ONU) a adopté la définition suivante en 1966 :

Art. 12 Une coopérative est «une association de personnes qui se sont volontairement groupées pour atteindre un but commun par la constitution d'une entreprise dirigée démocratiquement en fournissant une quote-part équitable du capital nécessaire et en acceptant une juste participation aux risques et aux fruits de cette entreprise au fonctionnement de laquelle les membres participent activement».

Art. 14 «... des mesures devraient être prises pour que les principes, les méthodes, les possibilités et les limites des coopératives soient portés à la connaissance des populations . . .»

Art. 13 «La législation devrait habiliter les coopératives à se fédérer».

---

- **L'A.C.I.** (International Co-operative Alliance - ONG) a récemment adoptée une "Déclaration sur l'identité coopérative. (*Déclaration approuvée par l'assemblée générale de l'ACI lors du congrès de Manchester - septembre 1995*", Réseau coop, vol. 3, no. 2, novembre-décembre 1995, p. 11. "International co-operative alliance: Statement on the co-operative identity"). Cette déclaration internationale regroupe une définition, l'affirmation de valeurs communes et énumère **7 principes** fondateurs de la coopération. La **défi-nition** est la suivante :«Une coopérative est une association autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise dont la propriété est collective et où le pouvoir est exercé démocratiquement.»
-

➤ «On peut **résumer l'approche** coopérative en matière de sociétés de production de biens et services en un noyau dur des règles coopératives qui se ramène à quatre puisqu'il s'agit de réguler non seulement le groupement de personnes et l'entreprise mais également les rapports de ces deux éléments de manière à ce qu'ils demeurent interdépendants. Ces **quatre règles** sont :

- une règle relative au groupement de personnes : l'égalité : un membre, un vote,
- une règle relative aux rapports membres-entreprise : la détermination de l'activité de l'entreprise par l'activité des personnes,
- une règle relative aux rapports entreprise-membres : la distribution des résultats proportionnelle aux opérations faites avec l'entreprise,
- une règle relative à l'entreprise : la propriété durablement collective des résultats réinvestis.

Ces quatre règles assurent la stabilité de la combinaison quand des forces centrifuges, liées à leurs environnements respectifs, tendent à les dissocier<sup>8</sup>.»

---

<sup>8</sup> Alberto ZEVI, José-Luis MONZON-CAMPOS (éds) ; Coopératives, marchés, principes coopératifs (p. 10) ; Ciriec - De Boeck Université - Bruxelles 1995





Fiche b)

**Dans mon établissement,  
sur mon plateau technique,  
dans mon réseau,**

***SALARIE,*  
*SOUS-TRAITANT*  
*ou SOCIÉTAIRE... ?***

**Élargir les possibilités de choix  
pour les professionnels...**

Pour un individu, un professionnel, il y a trois moyens de produire des biens et services avec un collectif, une société de production.

- 1) Être **salarié** d'une société de production de biens ou de services,
- 2) Être **sous-traitant** d'une société de production de biens ou de services,
- 3) Être **sociétaire** de la société professionnelle de production de biens ou de services.

Un droit spécifique correspond à chacune de ces trois possibilités : droit du travail ou droit des sociétés, dont le droit régissant les sociétés coopératives. Dans les trois cas il y a contrat entre le professionnel et la société.

Dans le premier cas il y a lien de subordination organisé et régulé par le contrat de travail.

Dans le second cas il y a indépendance réciproque dans le cadre d'un contrat qui définit les relations de production entre les professionnels et la société, en particulier en matière de prix, de qualité et de délai de la prestation et qui prévoit les clauses de résolution nécessaires en cas de litige.

Dans le troisième cas la société n'existe que par l'activité de ses membres. Il s'agit d'une société d'exercice professionnel. Le professionnel ne peut travailler avec la société que s'il respecte les conditions posées à l'adhé-

sion. Le professionnel garde son indépendance et il ne peut pas y avoir lien de subordination puisque la société n'a d'existence que par l'activité de ses membres (exclusivement des professionnels actifs).

En France, concernant la médecine hospitalière ou requérant un plateau technique lourd, les médecins n'ont droit qu'au salariat ou au contrat médecin-clinique (en absence de contrat spécifique c'est le contrat-type Conseil de l'Ordre). En matière de société professionnelle, il existe bien des SEL, mais elles ne sont pas adaptées à la gestion des Établissements ou des plateaux techniques lourds et encore moins aux réseaux. Il n'existe pas non plus de sociétés coopératives adaptées aux établissements ou aux réseaux de santé.

Pourquoi cette restriction ?

Le droit coopératif repose en France sur la loi du 10 septembre 1947. S'agissant de sociétés professionnelles, cette loi fixe les grands principes qui caractérisent le droit coopératif, mais prévoit son adaptation aux spécificités de chacune des professions qui en demandent l'accès. Le législateur a prévu à cet effet le vote de "lois particulières" (A. 2 de la loi de 47).

En logique pure, on ne voit pas pourquoi, parmi **les médecins**, ceux qui considèrent que pour la qualité de leurs prestations et de leur vie professionnelle il faut qu'ils maîtrisent leur outil (la société qui leur est nécessaire pour travailler en Établissement de santé ou sur un plateau technique lourd) n'auraient pas accès, eux aussi, au droit coopératif. Ce droit est fait pour ce type de projet professionnel et de très nombreuses professions ont déjà bénéficié de "lois particulières" adaptées à l'exercice de leur art. Pourquoi pas le corps médical ?

De la même façon, **les réseaux** de soins ou de santé ont du mal à trouver dans les formules de droit qui leur sont accessibles, une forme de société qui leur donne tout à la fois la personnalité morale dont leur réseau a besoin et des règles de fonctionnement qui soient basées exclusivement sur un projet professionnel commun, garantissant l'indépendance des acteurs, définissant des liens professionnels et financiers forts entre chacun de ces acteurs et qui soit régulée sur une base démocratique, quelle que soit la puissance relative de chacun des partenaires. Pourquoi donc les professionnels qui se rassemblent en réseau de santé sur ces bases n'auraient-ils

pas accès, eux aussi, au droit coopératif qui répond justement à ces exigences ?

**L'initiative de l'amendement à la loi de modernisation concernant l'accès des professionnels de santé à ce corps de droit coopératif répond à la demande de nombreux de ces professionnels.**

**Du point de vue du droit régissant les sociétés qui les rassemblent, il s'agit de créer une opportunité supplémentaire pour le corps médical et pour les professionnels de santé qui le souhaitent.** Rien ne les empêche, par exemple, de continuer à choisir le salariat ou le contrat avec une société anonyme dans laquelle ils ont du capital ou dans laquelle ils n'en ont pas... Mais s'ils veulent contrôler sur une base de démocratie des hommes (et non du capital) ce qu'ils considèrent comme leur outil de travail avec des collègues qui partagent avec eux un même projet médical, le droit coopératif leur facilitera considérablement la tâche.

---



Fiche c)

**Coopérative hospitalière de médecins  
ou  
réseaux de santé coopératifs :**

**Quelles  
caractéristiques principales ?**

- 1) Pour les associés ?
- 2) Pour l'Etablissement de santé ou le Réseau ?
- 3) Pour les Tutelles ?

<i>Question</i>	<i>Principe</i>	<i>Traduction</i>	<i>Conséquences</i>
<b>POUR LES ASSOCIES :</b>			
<b>Capital</b>	Participation au capital obligatoire	Versements en capital liés au caractère de société professionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sauf exception réglementaire ou statutaire, pas de travail possible sans participation au capital.</li> <li>- Détermination de règles collectives et relativement constantes quant à la détermination du montant et des modalités de versement (pas de condition d'appel ou de montant demandé lié à la personne).</li> <li>- Déductibilité, de droit, des frais liés à la participation au capital, au titre des frais professionnels.</li> </ul>
	Capital variable	Capital lié à l'activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les versements se font au prorata de l'activité réelle et donc en fonction de la capacité contributive réelle de chacun.</li> </ul>

1

2

<i>Question</i>	<i>Principe</i>	<i>Traduction</i>	<i>Conséquences</i>
	Capital bien de main morte	Capital lié à l'activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le capital n'est détenu que par des associés actifs au sein de la société.</li> <li>- Remboursement automatique et obligatoire lors de la cessation d'activité à une valeur prévisible fixée par les statuts dans le cadre de la loi (caractère non spéculatif du capital).</li> <li>- Le maintien du caractère de société professionnelle est assuré par la loi.</li> </ul>
<b>Démocratie</b>	Démocratie des hommes (et non du capital)	Un homme une voix	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque de l'agora.</li> <li>- Avantage : majorités d'idées sur le projet médical, chacun a le même droit d'expression et de vote. Rôle et fonctions du directeur salarié fixés par les statuts.</li> </ul>
<b>Double qualité d'Etat-blissement de santé et de médecin</b>	La Coopérative Hospitalière de médecins, est médecin, elle est inscrite au tableau du Conseil de l'Ordre. Ce n'est pas le cas du Réseau Coopératif de santé.	Dans la Coopérative hospitalière de médecins, les médecins ont une majorité automatique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les conséquences de l'inscription au tableau du Conseil de l'Ordre.</li> <li>- Ouvrir des perspectives nouvelles en matière d'organisation.</li> </ul>

3

4

5



<i>Question</i>	<i>Principe</i>	<i>Traduction</i>	<i>Conséquences</i>
<b>Ressources</b>	Paiement aux apports	Les ressources des associés sont versées par la société au prorata des "apports", c'est à dire de l'activité (par exemple le nombre de lettres cléf...) selon les règles (prix, qualité, délai...) qu'ils se sont fixés.	- Dans le cadre de la loi de 47, liberté de détermination des règles de rémunération au sein de la société : cela peut aller du reversement selon les ressources nominatives obtenues (selon les règles de la Convention...) au paiement selon des règles propres à la société, déterminées en Assemblée générale. La seule contrainte est celle du choix du régime fiscal pour l'ajustement des comptes de fin d'année.

6

### POUR L'ETABLISSEMENT OU LE RESEAU :

<b>Projet d'entreprise</b>	Le projet d'entreprise est le projet professionnel de ses membres.	Le projet d'entreprise est centré sur le projet médical. La société n'a pas d'autres buts que ceux qui sont liés à l'activité de ses membres.	- La Conférence médicale, sauf exception, est, de fait l'Assemblée générale et vice versa : il n'y a plus de dualité structurelle entre les sphères de la gestion et du médical.
----------------------------	--	---	--

7

<i>Question</i>	<i>Principe</i>	<i>Traduction</i>	<i>Conséquences</i>
<p><b>Double qualité d'associé et d'usager</b></p>	<p>Exclusivisme</p>	<p>Fixé par la loi et par les statuts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissement : chaque associé coopérateur a pour obligation d'apporter son activité à la société et d'utiliser exclusivement les services de la société pour une durée déterminée, sauf dérogation expresse accordée selon une procédure définie par les-dits statuts et, corrélativement, de souscrire une quote-part du capital en fonction de cette activité, chaque coopérateur ayant ainsi la double qualité d'associé et d'usager.</li> <li>- Dérogation légale dans le cas d'un réseau coopératif de santé, avec fixation, dans les statuts, de règles d'exercice privilégié respectueuses du principe mais adaptées aux spécificités du réseau.</li> </ul>

<i>Question</i>	<i>Principe</i>	<i>Traduction</i>	<i>Conséquences</i>
<b>Ressources</b>	Toutes les ressources liées à l'activité de la société sont versées sur un seul compte.	Pour les Etablissements de santé : plus de compte mandataire obligatoire. Dans tous les cas, maintien d'une comptabilisation individualisée des ressources générées par chaque associé.	Cf. 6
<b>Gestion</b>	Société professionnelle	L'assemblée Générale souveraine n'est composée que de professionnels actifs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unicité projet d'entreprise / projet médical.</li> <li>- Avantage : il ne peut plus y avoir contradiction entre une logique d'actionariat et une logique de métier.</li> <li>- Risque : la confusion des rôles et des responsabilités entre associés et gestionnaires : d'où la définition statutaire du rôle du directeur salarié.</li> </ul>

<i>Question</i>	<i>Principe</i>	<i>Traduction</i>	<i>Conséquences</i>
<b>Résultat</b>	Choix de la forme de la société coopérative et, corrélativement, choix du régime fiscal. Gestion de type privée, mais les comptes peuvent être ajustés en fin d'exercice par le jeu des réserves et de la ristourne (ajustement sur le prix des apports des sociétaires).	Les comptes annuels sont arrêtés, après versements aux réserves, en tenant compte des rétrocessions opérées au profit des sociétaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La coopérative hospitalière de médecins, le réseau coopératif de santé font, comme toute société bien gérée, des excédents de gestion, mais la question du "profit" peut être traitée sous un angle renouvelé.</li> <li>- L'impôt est mis en cohérence avec le cycle de vie professionnelle.</li> </ul>

11

**POUR LES TUTELLES :**

<b>Statut de la personnalité morale</b>	La coopérative hospitalière de médecins est un "Etablissement de santé".	Toute la réglementation relative aux Etablissements de santé s'applique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La clinique reste Etablissement de santé.</li> <li>- Le cabinet peut devenir Etablissement de santé.</li> <li>- Le réseau peut devenir Etablissement de santé.</li> </ul>
---	--	--	--

12

<i><b>Question</b></i>	<i><b>Principe</b></i>	<i><b>Traduction</b></i>	<i><b>Conséquences</b></i>
<b>Exercice</b>	Les médecins sociétaires d'une coopérative hospitalière de médecins sont majoritairement des médecins libéraux.	Le fait pour un médecin d'être sociétaire d'une Société Coopérative Hospitalière de Médecins n'enlève rien, ni ne retranche rien au caractère libéral de son exercice.	- Aucune conséquence sur le caractère d'exercice libéral de l'activité du médecin concerné.
<b>Statut des membres</b>	La société coopérative constitue le prolongement de l'activité des membres.	Chacun des associés garde son statut et ses spécificités.	- Contrairement à ce qui se passe dans d'autres cas, il n'y a pas de délégation d'activité ou de sous-traitance d'activité, il n'y a aucun changement de statut, chaque associé garde ses spécificités : il exerce son activité en gardant ses spécificités. A l'inverse la société coopérative n'existe que par l'activité de ses membres.
<b>Interlocuteur</b>	La Coopérative Hospitalière de médecins est médecin. Le Réseau Coopératif de santé ne l'est pas.	Dans les deux cas : un interlocuteur unique, le représentant légal.	- Unification, simplification. - L'architecture des contrats (patient/médecin ; patient/établissement ou réseau ; professionnelle/établissement ou réseau) reste la même.

13

14

15

<i>Question</i>	<i>Principe</i>	<i>Traduction</i>	<i>Conséquences</i>
<p align="center"><b>Paiement</b></p>	<p>La société coopérative n'existe que par l'activité de ses membres, elle est le prolongement de cette activité : elle reçoit donc la rémunération correspondante.</p>	<p>Une clinique de forme Coopérative Hospitalière de Médecins reçoit la partie haute et la partie basse du 615. Un réseau reçoit toutes les rémunérations dues à l'activité de ses membres (activité liée au réseau).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La redevance due à la répartition n'a plus lieu d'être en tant que telle.</li> <li>- Pour les organismes payeurs le paiement est fait sur un lieu unique, même si ses composantes restent inchangées (taux de répartition des cliniques, NGAP...) : pour l'avenir, les paiements forfaitaires (à la pathologie, au séjour, à la consultation, à l'épisode de soin...) sont donc facilités car ils sont dans la logique de l'approche globale de la prestation fournie par la société coopérative (établissement ou réseau).</li> </ul>



Fiche d)

## **Quelques motifs qui justifient l'accès des professionnels de santé au droit coopératif...**

### **PREALABLE, pour tous les sociétaires potentiels**

- Volonté de participation collective à un projet médical ou de prise en charge en réseau
- Volonté de contrôler son outil de travail (établissement ou réseau) sans perdre son statut propre, afin de préserver son indépendance et sa capacité d'organisation
- Volonté de s'organiser sur une base de démocratie des hommes

### **PREALABLE, pour les Tutelles**

- Volonté de conserver un secteur hospitalier privé sous contrôle des professionnels, à dominante médicale
- Volonté de créer des réseaux de santé sous contrôle des professionnels, tous statuts confondus

---

### **Pour les médecins**

- Versement en capital obligatoire pour tous, selon des règles équitables (car stables, collectives, fixées en AG)
- Garantie de remboursement dès la cessation d'activité
- Déductibilité de droit des frais afférant aux sommes versées en capital
- Un homme une voix : démocratie des hommes, majorités de projet
- Direction au rôle défini par les statuts



- La clinique est médecin (inscrite au tableau du Conseil de l'Ordre)
- Unicité du projet médical et du projet d'établissement
- Contrôle de la société par ses membres actifs
- Sortie de l'opprobre du "profit" tout en gardant un statut privé

**Pour les Tutelles**

- Un seul interlocuteur : fin de la dichotomie médical-administratif
- Un seul lieu d'allocation de ressources quelle que soit l'enveloppe d'origine
- Implication des médecins dans la marche de l'Etablissement
- Terrain d'expérimentation libre en matière de répartition des revenus ou de formation des coûts

**Pour les réseaux**

- Personnalité morale adaptée car basée sur une démocratie des hommes (quelle que soit la structure d'origine)
  - Participation fonction des "apports" (c'est à dire l'activité réelle faite au sein du réseau)
  - Possibilité de choix du statut d'établissement de santé (médecin) ou pas
  - Règles concernant les obligations des membres fixées souverainement
  - Chaque intervenant garde son statut et ses spécificités : il n'y a pas de délégation, le réseau coopératif n'existe que par l'activité de ses membres
  - Fongibilité des enveloppes créée de fait
-

## **Document N° 3**

### **Coordonnées des intervenants**

Nous remercions les intervenants de nous avoir permis de donner ci-après leurs coordonnées.



## Document N° 3

### Coordonnées des intervenants

Docteur Philippe <b>B</b> ERGEROT	Président de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC)	CENTRE ETIENNE DOLET 22 rue Etienne Dolet 44600 SAINT NAZAIRE  Tel : 02 40 53 88 44 Fax : 02 40 53 88 45 E-Mail : CEDOLET@AOL.COM
Monsieur Gérard <b>P</b> ARMENTIER	Secrétaire national de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC)	4 rue du Château 95300 PONTOISE  Tel : 01 30 32 43 11 E-Mail : gerard.parmentier@wanadoo.fr
Docteur Didier <b>L</b> AMBERT	Chirurgien, GIE Lithotritie	Clinique Marzet 40, Bd. Alsace Lorraine 64000 PAU  L. D. : 05 59 92 72 97 - Fax direct : 05 59 92 56 98 E-mail : didierlambert@wanadoo.fr
Monsieur Jean <b>V</b> ERNOUX	Directeur	Clinique de l'Orangerie 29 allée de la Robertsau BP 380 R/10 67010 STRASBOURG Cedex  Standard : 03 88 56 73 00 - L. D. : 03 88 56 77 38 - Fax : 03 88 25 12 49 E-mail : jvernouxOO1@clinique-orangerie.rss.fr
Monsieur Francisco <b>J</b> ORNET	Juriste, Conseil National de l'Ordre des Médecins	Ordre National des Médecins Service de l'Exercice Professionnel 180 boulevard Haussmann 75389 PARIS Cedex 08  Standard : 01 53 89 32 00 - Fax Fax : 01 53 89 32 24 E-mail : jornet.francisco@cn.medecin.fr
Maître Michel <b>G</b> UÉRIN	Cabinet d'avocats FIDAL, Directeur Associé en charge du Service Sociétés, Avocat au Barreau des Hauts de Seine, Responsable National du Département Santé	FIDAL TOUR FRAMATOME Direction Paris & International 1 place de la Coupole 92084 PARIS LA DEFENSE Cedex  Secrétaire : 01 47 96 06 61 Standard : 01 55 68 64 06 Fax : 01 47 96 06 66 E-mail : Michel.GUERIN@fidal.fr
Maître Yves <b>L</b> ACHAUD	Avocat au Barreau de Paris, ancien membre du Conseil de l'Ordre	Société d'Avocats 55, rue de Rivoli 75001 PARIS  Standard : 01 44 82 73 82 Fax : 01 4026 41 51 E-mail : y.lachaud@avocatline.com.fr

<p>Monsieur Edourad COUTY</p>	<p>Directeur des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins</p>	<p>Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins 8 avenue de Ségur 75350 PARIS 07 SP</p> <p>Secrétaire : 01 40 56 42 12 Fax : 01 40 56 60 66</p>
<p>Monsieur Claude EVIN</p>	<p>Député, ancien Ministre</p>	<p>Assemblée Nationale 126 rue de l'Université 75355 PARIS Cedex 07 SP</p> <p>Standard : 01 40 63 60 00 Assistant : 01 40 63 68 07 Fax : 01 40 63 94 11 E-Mail : cevin@assemblee-nationale.fr</p>
<p>Docteur Serge LARÛE-CHARLUS</p>	<p>CSMF, Syndicat National des Médecins de l'Hospita- lisation Privée SYMHOP, ancien Président de la Con- férence Nationale des Prési- dents de Conférences Médi- cales de l'Hospitalisation Privée</p>	<p>68 rue du Palais-Gallien 33000 BORDEAUX</p> <p>Standard : 05 56 56 16 32 Fax : 05 56 81 51 89 E-Mail : SLCHARLUS@wanadoo.fr</p>

## Document N° 4

### Document du Syndicat Unifié des Chirugiens Français (1995)

**Fiche remise le 15 septembre 1995 par le Syndicat Unifié des Chirugiens Français à Madame Elisabeth HUBERT, alors Ministre de la Santé :**

*«Pourquoi  
la création de  
sociétés coopératives hospitalières  
est-elle utile et nécessaire ?»*



**Fiche remise le 15 septembre 1995 par le  
Syndicat Unifié des Chirugiens Français  
à Madame Elisabeth HUBERT,  
alors Ministre de la Santé.**

---

**Pourquoi la création de  
sociétés coopératives hospitalières  
est-elle utile et nécessaire ?**

**Leur adéquation à la culture du corps médical est gage de  
qualité pour la médecine hospitalière privée**

**Leur adéquation aux conditions du développement qualitatif  
de la médecine moderne est gage d'utilité sociale**

**Leur adéquation aux conditions d'articulation des sphères  
médicales et économiques est gage d'une saine prise en  
charge des réformes en cours**

Le corps médical est une des rares professions qui, en France, ne peut pas bénéficier de la forme coopérative d'organisation. Or :

**⇒ L'organisation coopérative est maintenant nécessaire :**

- La restructuration du secteur hospitalier privé est largement entamée. Les intervenants se sont diversifiés. Le temps n'est plus où un seul médecin pouvait se rendre propriétaire de sa clinique : la taille et le prix des plateaux techniques ne le permettent plus. Beaucoup de praticiens hospitaliers privés veulent se rendre maître de leur outil de travail et pour cela rachètent collectivement leur clinique.



La "Société anonyme" est une forme d'organisation qui peut convenir, en particulier pour les propriétaires privés ou pour les Groupes opérateurs. Elle est peu adaptée au contrôle collectif du corps médical, aux spécificités de l'activité médicale et à son éthique.

- Or le maintien de cliniques contrôlées et organisées par le corps médical est utile et nécessaire tant pour la société que pour les patients, les organismes financeurs ou le corps médical.

L'adaptation du droit des sociétés doit donc se faire maintenant, ainsi que la loi l'a prévu et comme cela a déjà été fait pour de très nombreuses professions. Les enjeux y étaient pourtant parfois moins lourds pour la collectivité nationale. Cette adaptation du droit devrait donc se faire sans grande difficulté. Cette possibilité d'accès à une forme d'entreprise classique en droit des sociétés est, par ailleurs, cohérente avec la culture et l'éthique du milieu, avec le mouvement de professionnalisation en cours, ainsi qu'avec les besoins de financement du secteur.

#### Coopérative

«Association de personnes qui se sont volontairement groupées pour atteindre un but commun, par la constitution d'une entreprise dirigée démocratiquement, à laquelle elles fournissent un quote-part de capital nécessaire, en acceptant une juste participation aux risques et aux fruits.

La coopérative est régie par un certain nombre de principes : double qualité d'associé et d'utilisateur, égalité des personnes, limitation de l'intérêt au capital social, répartition des résultats au prorata de l'engagement d'activité de chaque associé...

Les sociétés coopératives sont régies par la loi du 10 Septembre 1947 portant statut de la coopération et par **la loi particulière à chaque catégorie** de coopérative.»

Lexique de droit des sociétés  
- Dalloz-

## ⇒ La forme d'organisation coopérative correspond à la culture dominante du corps médical :

- Les problèmes de pouvoir et d'autorité sont réglés par l'interprofession elle-même, sur une base de responsabilité, d'équité et de démocratie des hommes. Or ces trois notions sont, pour la majorité du corps médical et, lorsqu'il s'agit de son travail, plus immédiatement compréhensibles et fondatrices que celles de spéculation et de démocratie du capital.
- Son aspect interprofessionnel et les valeurs de solidarité sur lesquelles elle repose sont, d'après les experts en matière de régulation des systèmes de santé, les meilleurs atouts de réussite de la nécessaire politique de qualité, de productivité et de compétitivité qui s'impose désormais en matière hospitalière.
- En droit coopératif, la clinique serait le prolongement de l'activité du praticien comme elle l'est déjà dans la culture de nombre d'entre eux. Il y aurait mise en adéquation entre le droit et ce qui fonde le dynamisme, la qualité et une part importante de la responsabilité du praticien.
- Les praticiens exerçant en cliniques privées ont choisi le statut libéral. Ils y trouvent une bonne part de leur dynamisme. Ils le justifient par leur aptitude à la responsabilité. Cette dernière est et demeure interpersonnelle, mais elle prend aussi, de plus en plus, un aspect collectif et économique. Un des défis de l'évolution du libéralisme médical tient dans cette capacité à articuler autonomie et responsabilités dans les conditions actuelles du développement des sciences, des techniques, des besoins et des capacités de la société. L'organisation coopérative s'est toujours justifiée par cette capacité à mettre en cohérence autonomie et responsabilité des personnes d'une part, développement humain et économique de la société d'autre part.

La solidarité est fondatrice en matière d'économie de santé.  
Pourquoi ne le serait-elle pas pour les sociétés de production de soins hospitaliers comme elle l'est déjà en matière de financement des dépenses de santé ou dans d'autres secteurs de la vie économique ?...

### ⇒ **La forme d'organisation coopérative est nécessaire pour un sain financement des entreprises cliniques :**

- La fiscalité des cliniques et du corps médical libéral est d'une telle complexité qu'elle engendre d'innombrables conflits ou motifs de défiance réciproque. Or en droit fiscal coopératif il y a transparence puisqu'il y a unicité de lieu d'imposition : ce droit est justement fait pour clarifier la fiscalisation des professions dont les revenus non salariaux sont pourtant articulés avec ceux de la société dans laquelle ils exercent leur activité.
- Les entreprises cliniques sont des PME. Plus encore que les autres, elle souffrent de sous-capitalisation. Le Ministère des Finances et celui de l'Industrie ont souvent déploré ce handicap. Mettre du capital dans la société anonyme où il travaille est, nous l'avons vu, sans grande signification pour un praticien libéral. Pourtant il est souvent généreux lorsqu'il s'agit de financer son outil de travail. Il ne fait pas de son versement un motif de spéculation ou de pouvoir. Mais il aimerait avoir la garantie de retrouver normalement et automatiquement son capital lors de son départ à la retraite. Par ailleurs il trouve équitable de verser en fonction de ses revenus ou de son activité. Or, à l'heure actuelle ses conseils juridiques lui répondent invariablement que la formule la plus adaptée à ses aspirations est la société à capital variable, mais qu'elle ne lui est pas accessible en droit. Tout cela est source de conflits au sein du corps médical et de réticences à verser une contribution en capital. La forme d'organisation coopérative répond parfaitement à chacune de ces exigences. Elle est aujourd'hui, dans beaucoup de cliniques, la garantie d'une saine recapitalisation.

- La période de transition que vit la profession est souvent source de confusions au plan économique, confusions elles-mêmes à l'origine d'inquiétudes légitimes, de suspicions souvent illégitimes et d'effets pervers coûteux pour les praticiens comme pour les cliniques ou l'administration fiscale. Quel est le fondement économique de l'activité du praticien : son exercice, son patrimoine professionnel et / ou sa clientèle ? Est-on dans une économie de spéculation ou dans une économie de production ? D'autres professions, grâce à la forme coopérative d'organisation, ont su régler leurs problèmes de patrimoine et de clientèle sans pour autant mettre en péril l'outil qui leur a permis d'exercer leur métier. Il est important, pour le devenir de notre système hospitalier, que ses entreprises et que son corps médical aient accès à ces solutions.

---

Donner aux médecins qui le souhaitent la possibilité d'organiser leur entreprise selon la forme coopérative, comme cela a déjà été fait pour de nombreuses autres professions, c'est :

- Favoriser la restructuration des cliniques privées sous l'égide des professionnels.
- Donner à ces praticiens la possibilité de forger les outils, adaptés à leur culture, qui garantissent la pérennité et l'adaptation tout à la fois de leur activité professionnelle, de leur indépendance individuelle et de leurs outils professionnels.
- Favoriser et encourager ceux qui veulent se doter de règles du jeu collectives assurant le développement de leur métier en cohérence avec les conditions nouvelles d'un service de qualité et les exigences de la collectivité nationale.



**Document N° 5**

**POUR UNE LOI PERMETTANT  
LA CREATION DE  
SOCIETES COOPERATIVES  
HOSPITALIERES**

Document de travail issu du groupe informel créé afin de travailler l'hypothèse d'une initiative législative permettant d'ouvrir l'accès du droit coopératif aux professionnels de santé et remis à Monsieur Claude EVIN et aux cabinets des Ministères de Tutelle le 9 février 2001.



# POUR UNE LOI PERMETTANT LA CREATION DE SOCIETES COOPERATIVES HOSPITALIERES

9 février 2001  
DOCUMENT DE TRAVAIL

---

**«Je souhaiterais vous entendre sur les difficultés liées à votre pratique professionnelle et que vous puissiez me faire part des solutions que vous proposez»**

*Elisabeth Guigou, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, dans sa lettre d'invitation aux professionnels de santé à la table ronde dite «Grenelle de la santé» Le Quotidien du Médecin du 25 janvier 2001, page 14.*

---

## RESUME

### 1) Quelques blocages auxquels se heurtent les cliniques

#### 1.1) Juridiques

##### 1.1.1) Blocages touchant à la sphère contractuelle

D'une part, la distinction traditionnelle entre le contrat hospitalier (clinique) et le contrat médical (médecins libéraux) est de plus en plus mal comprise, inopérante et mal respectée ; d'autre part l'antagonisme juridique praticiens/cliniques n'a souvent plus de sens mais il est signe de contradictions et d'incohérences juridiques, sociales et fiscales qui sont imposées à l'activité médicale libérale

Ainsi le statut "libéral" des praticiens exerçant dans les cliniques et dans les cabinets médicaux gérant des plateaux techniques doit-il être repensé pour tenir compte de cet ensemble de contraintes nouvelles et de nouvelles nécessités.



### 1.1.2) Blocages touchant à l'organisation juridique de la production de soins

Au-delà du code de déontologie, les membres du groupe s'accordent pour constater que la maîtrise par le médecin de son outil de production contribue à son indispensable indépendance, que cette maîtrise peut être considérée comme une de ses composantes. Dans ce cadre, ils considèrent leur activité de soins hospitaliers comme le prolongement de leur activité de cabinet médical.

Les structures juridiques accessibles pour doter les cliniques de la personnalité morale nécessaire à leur fonctionnement sont inadaptées tant à l'évolution du droit qu'à l'évolution des pratiques.

Les praticiens et les cliniques se trouvent aujourd'hui face à deux logiques, pour ne pas dire face à un conflit de droits : code de la santé et de la sécurité sociale d'une part ; code du commerce d'autre part. Responsabilité médicale d'une part ; responsabilité de mandataire social d'une société commerciale d'autre part.

### 1.1.3) Blocages touchant au statut des biens

L'actif social d'un établissement de santé privé à but lucratif, outre les biens corporels aisément identifiables (immeuble, matériel commun, mobilier) comprend des éléments rarement identifiés autrement que regroupés sous la rubrique "Fonds de commerce", et qui consiste dans la valorisation des droits d'hospitaliser ou d'exercer des activités substitutives à l'hospitalisation, qui résultent des autorisations

## 1.2) Financiers

Les établissements de santé sont soumis à des systèmes d'organisation et de régulation aux logiques antagonistes - allocation globale ou OQN - . Dans l'un et l'autre cas, les impératifs de saine gestion sont largement étrangers aux questions relatives au rapport qualité-coût de leurs prestations.

Le financement du système de santé est partout l'objet d'une attention particulière du fait de l'affirmation du droit à la santé d'une part, de sa nécessaire régulation d'autre part.

Plus de clarté et plus de logique médicale sont nécessaires en matière de financement des cliniques.

Par ailleurs chacun s'accorde sur la nécessaire approche "globale" du patient, y compris du point de vue des circuits financiers.

Comme de nombreuses PME, les cliniques souffrent d'une sous-capitalisation chronique.

La contradiction entre le principe d'une médecine qui n'est pas un commerce mais qui s'exerce dans des structures à but "lucratif" ne pose plus de problème aux citoyens grâce au système de remboursement collectif mis en place avec la Sécurité Sociale, mais demeure.

Le secteur et l'activité hospitalière privée en cliniques sous OQN, les "lucratives", est, de l'avis commun et de façon objective depuis l'instauration du système de mesure dit PMSI, reconnu comme étant substantiellement plus productif que les autres, en France comme dans les comparaisons internationales. Sa

survie est donc indispensable en période de régulation forte des budgets publics.

## 2) Le groupe de travail

Un groupe de travail informel s'est constitué pour trouver réponse à ces blocages. Il s'est constitué avec des personnalités d'origines et d'expériences très différentes mais ayant toutes eu des responsabilités ou exerçant encore des responsabilités en matière d'hospitalisation privée.

Ces travaux ont amené les participants à une conviction commune : l'accès au secteur coopératif représente pour les praticiens libéraux qui travaillent en clinique et qui partagent leur conception de la médecine, une nécessité. Ils y voient même une des conditions nécessaires à la pérennité de leurs établissements et à l'adaptation de leur exercice libéral afin de maintenir leur indépendance professionnelle.

## 3) Un nouveau corps de droit pour les hospitaliers

### 3.1) Qu'est-ce qu'une coopérative ?

On peut résumer l'approche coopérative en matière de sociétés de production de biens et services en un noyau dur des règles coopératives qui se ramène à quatre puisqu'il s'agit de réguler non seulement le groupement de personnes et l'entreprise mais également les rapports de ces deux éléments de manière à ce qu'ils demeurent interdépendants. Ces quatre règles sont :

- une règle relative au groupement de personnes : l'égalité : un membre, un vote,
- une règle relative aux rapports membres-entreprise : la détermination de l'activité de l'entreprise par l'activité des personnes,
- une règle relative aux rapports entreprise-membres : la distribution des résultats proportionnelle aux opérations faites avec l'entreprise,
- une règle relative à l'entreprise : la propriété durablement collective des résultats réinvestis.

Ces quatre règles assurent la stabilité de la combinaison quand des forces centrifuges, liées à leur environnement respectif, tendent à les dissocier.

### 3.2) En quoi le droit coopératif facilite-t-il la levée des obstacles cités ?

La loi de 1947 prévoit expressément sa déclinaison en "lois particulières" afin d'adapter les principes qu'elle décline aux spécificités des professions qui la sollicitent.

La coopérative facilite, par nature, l'activité interprofessionnelle des membres, puisque c'est celle-ci qui la constitue.

Une difficulté pourrait se présenter du fait que la logique de la coopérative est que les prestations hospitalières et médicales qu'elle délivre le sont en qualité

d'Etablissement de santé et de médecin. Il se trouve que l'article L. 711-2. qui définit l'objet des établissements de santé le prévoit expressément.

La spécificité est ici que la coopérative, outil du médecin, prolongation du cabinet médical, est aussi un des instruments de son indépendance. Le sociétariat de la coopérative hospitalière sera donc, par nature, réservé aux praticiens de la coopérative et donc fermé à tout autre intervenant non médical.

L'objet de la coopérative hospitalière pourra facilement être adapté à l'objet général de la loi de 1947

Les grands principes de la coopération doivent eux aussi être traduits pour prendre en compte les spécificités de la médecine hospitalière, mais leur simple évocation montre combien ils sont facilitateurs des réformes en cours et facteurs de déblocage par rapport aux verrous évoqués plus haut.

- Démocratie des hommes.
- Au delà du principe de liberté d'adhésion, conditions d'adhésion, de retrait et d'exclusion fixés par les statuts.
- Double qualité d'associé et d'usager.
- Détermination de l'activité de la société par l'activité de ses membres.
- Exclusivisme.
- Capital bien de main morte, impartageabilité des réserves.
- Société à capital variable : le versement en capital se fait en proportion des "apports".
- Rémunération aux "apports".
- Prix provisoires
- Obligation de formation

### **3.3) Le nécessaire passage par le vote d'une loi**

La loi de 1947 le prévoit. Ce vote est donc indispensable.

Le groupe de travail qui est à l'origine de ce résumé de proposition est disponible pour participer aux nécessaires travaux préparatoires et tient ses propres travaux à la disposition des autorités compétentes.

Il lui apparaît qu'un dispositif de travail spécifique devrait être mis en place

Le groupe de travail s'accorde pour considérer qu'il s'agit d'une création législative :

- indispensable à ses yeux pour les médecins qui lient la propriété de leur clinique à leur volonté d'assurer la qualité de leurs prestations et à l'indépendance de leur exercice hospitalier,
  - qui ne génère aucun danger d'opposition
  - qui est pourtant représentative d'un enjeu politique et organisationnel majeur : celui de la survie d'un secteur d'activité indispensable au service public de la santé,
  - qui ouvre des perspectives fécondes en matière de personnalité morale des réseaux de soins.
-

## 1) Quelques blocages auxquels se heurtent les cliniques

### 1.1) Juridiques<sup>9</sup>

#### 1.1.1) Blocages touchant à la sphère contractuelle

La distinction traditionnelle entre le contrat hospitalier (clinique) et le contrat médical (médecins libéraux) est de plus en plus mal comprise, inopérante et mal respectée ; d'autre part l'antagonisme juridique praticiens/cliniques n'a souvent plus de sens mais il est signe de contradictions et d'incohérences juridiques, sociales et fiscales qui sont imposées à l'activité médicale libérale :

Un praticien peut être tenu pour responsable de faute de la clinique. Une clinique peut être tenue responsable de fautes médicales en relation directe avec une mauvaise organisation médicale.

Il arrive de plus en plus fréquemment que les tribunaux sanctionnent des cliniques qui ont omis d'assurer une bonne organisation de l'activité médicale. Ainsi une clinique pourra être tenue responsable de fautes médicales en relation directe avec une mauvaise organisation.

Plusieurs décrets pris en application de la loi hospitalière de 1991 s'inscrivent dans cette évolution en donnant une base réglementaire aux obligations des cliniques en matière d'organisation médicale.

Souvent les obligations énumérées, bien qu'elles relèvent pour leur exécution de la responsabilité essentielle des praticiens, sont mises à la charge de l'établissement, sans distinguer le statut public ou privé de celui-ci, ni le caractère salarié ou libéral du médecin.

L'obligation qui est faite aux cliniques en matière d'organisation médicale suppose indiscutablement un certain pouvoir d'autorité sur l'activité des médecins libéraux exerçant en leur sein.

Ces textes sont de nature à confirmer l'évolution jurisprudentielle évoquée ci-dessus, et conduit à relativiser l'indépendance réelle des médecins libéraux exerçant en clinique privée, le principe de sécurité médicale s'imposant désormais nettement à celui d'indépendance des praticiens.

---

<sup>9</sup> Cf. Yves Lachaud ; La responsabilité des cliniques du fait de l'activité des médecins libéraux, vers une évolution réglementaire et jurisprudentielle ? ; Gazette du Palais - 1995 (2e sem.), 924

Yves Lachaud ; les responsabilités des cliniques et les relations avec les praticiens après l'ordonnance n° 96346 du 24 avril 1996 ; Hospitalisation Nouvelle N° 24, 10

Yves Lachaud ; Responsabilité des établissements de santé privés du fait de l'activité des médecins libéraux ; Médecine et droit n° 17 - 1996, 14

Cette évolution jurisprudentielle et réglementaire qui peu à peu abolit les frontières entre les obligations hospitalières et médicales pour imposer une meilleure organisation de l'activité des praticiens en cliniques est conforme aux principes de cohérence et de coordination qui doivent prévaloir dans un cadre collectif et complexe d'exercice des activités médicales et de soins.

Elle peut être mise en cause du fait de la qualification ou de la compétence des praticiens.

D'autres évolutions jurisprudentielles vont dans le sens de la mise en cause de la responsabilité des cliniques du fait de la qualification et de la compétence de l'équipe médicale. Or, jusqu'à maintenant, la vérification des compétences et qualifications d'exercice était une prérogative qui relevait du Conseil de l'Ordre et non pas des établissements. Il y avait là un des fondements de l'obligation de transmettre les contrats Etablissements / Praticiens au Conseil de l'Ordre.

Des arrêts récents considèrent que le patient conclut avec la clinique un contrat de soins incluant le contrat médical. Une telle évolution abolit de fait la distinction contrat d'hospitalisation / contrat médical.

Elle a pour objectif la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients

Cet objectif lui est fixé par l'ordonnance du 24 avril 1996 qui la soumet par ailleurs à la procédure d'accréditation. Cette procédure responsabilise l'établissement en matière de qualité et de sécurité des soins.

L'obligation d'information sur la "qualité" des praticiens dans le livret d'accueil, de remise de la charte du patient où il est précisé que l'établissement doit veiller à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée, de création d'une commission de conciliation qui fait de la clinique un des interlocuteurs obligé du patient victime d'un accident médical vont toutes dans le même sens. Le risque est né d'une confusion, au regard de la responsabilité médicale, d'un établissement public et d'un établissement privé.

Ces évolutions ne peuvent que se confirmer à l'avenir.

car elles sont le fruit convergent

- d'évolutions conjoncturelles de l'évolution jurisprudentielle, (elle-même influencée par la non résolution des questions relatives à l'aléa thérapeutique, la tutelle exercée directement par l'administration sur les cliniques, alors que le Ministère de la santé reste très sous-équipé et que ses fonctionnaires n'ont encore que peu de connaissances des spécificités du "privé" et du "libéral", contrairement à l'ancienne tutelle exercée par la CNAM),
- mais aussi et surtout de mouvements de fond (l'évolution de la médecine vers plus de scientificité et donc d'organisation, le rapport au risque des sociétés modernes, alors même que les progrès de la médecine la rendent plus interventionnelle,

donc plus risquée...).

Ainsi le statut "libéral" des praticiens exerçant dans les cliniques et dans les cabinets médicaux gérant des plateaux techniques doit-il être repensé pour tenir compte de cet ensemble de contraintes nouvelles et de nouvelles nécessités.

### **1.1.2) Blocages touchant à l'organisation juridique de la production de soins**

Au-delà du code de déontologie, les membres du groupe s'accordent pour constater que la maîtrise par le médecin de son outil de production contribue à son indispensable indépendance, que cette maîtrise peut être considérée comme une de ses composantes. Dans ce cadre, ils considèrent leur activité de soins hospitaliers comme le prolongement de leur activité de cabinet médical. Il s'agit bien avant tout d'un prolongement d'activité et non de l'appropriation d'une structure de production : la preuve en est qu'ils renoncent à toute capitalisation à terme en choisissant la voie coopérative où le capital est un bien de main morte.

La prestation de soins n'est pas un service banalisé, le patient n'est pas un objet, la médecine n'est pas un commerce, les composantes spécifiques de l'exercice médical renforcent donc l'importance de la prise en compte de la logique de métier dans les structures et les règles de fonctionnement qui régissent les établissements de santé.

La logique d'organisation qui prévaut en matière de gestion administrée des Etablissements publics lorsqu'il s'agit d'articuler la sphère médicale aux autres sphères professionnelles, celle de la création de "comités" et/ou de "correspondants" - toujours plus nombreux au sein des Etablissements -, si elle sert parfois à désigner un champ d'attention ou de responsabilités, aboutit toujours à renforcer la balkanisation des Etablissements. Or cette logique auto-bloquante est de plus en plus souvent imposée aux cliniques privées par voie réglementaire, multipliant à l'infini les pouvoirs et contre-pouvoirs et installant la confusion des responsabilités. Il faut donc trouver d'autres méthodes pour faire place à la nécessaire prise en compte de la dimension de logique de métiers dans la médecine hospitalière.

Prolonger l'activité du cabinet pour prendre en charge un patient qui doit être hospitalisé exige un capital. L'accès au plateau technique et à son organisation ne peut donc se faire que s'il y a versement en capital, à la mesure de l'activité générée. Participation en capital et statut de bien de main morte du capital assurent la pérennité de l'établissement. Or cette pérennité est une des conditions de l'indépendance des médecins qui y exercent.

Les structures juridiques accessibles pour doter les cliniques de la personnalité morale nécessaire à leur fonctionnement sont inadaptées tant à l'évolution du droit qu'à l'évolution des pratiques.

Les cliniques sont actuellement gérées soit dans le cadre associatif, soit dans le cadre de sociétés commerciales classiques. Aucune de ces formes juridiques ne permet la constitution d'entités économiques totalement cohérentes en matière de prestations de santé hospitalières.

Elles ne permettent pas de surmonter l'antagonisme juridique praticien/cliniques, source de problèmes constants et de risques croissants.

Le plus souvent elles n'incitent ni ne permettent l'implication, la compréhension ou la maîtrise du système hospitalier et du fonctionnement de la clinique et des règles de régulation par les médecins.

Sous la pression croissante de la réglementation sanitaire et de la jurisprudence en matière de responsabilité, elles garantissent de moins en moins l'indépendance des praticiens comme professionnels libéraux.

C'est la question du rapport à la structure qui est posée. Soit le médecin renonce à son statut libéral pour devenir salarié, soit son statut libéral est en opposition avec le statut commercial de la clinique, soit il évolue vers des rapports contractuels de type sous-traitance. Dans ces derniers cas, la nécessaire articulation entre l'activité individuelle du praticien, les autres intervenants et les impératifs d'organisation d'une médecine scientifique, risquée et pluridisciplinaire est rendue difficile.

Les praticiens et les cliniques se trouvent aujourd'hui face à deux logiques, pour ne pas dire face à un conflit de droits : code de la santé et de la sécurité sociale d'une part ; code du commerce d'autre part. Responsabilité médicale d'une part ; responsabilité de mandataire social d'une société commerciale d'autre part.

Les établissements privés à but lucratif sont aujourd'hui majoritairement exploités dans le cadre des sociétés commerciales. Aux obligations légales et réglementaires auxquelles doivent satisfaire les dirigeants des établissements de santé privés dans le domaine du droit de la santé, pour l'exercice de leur activité, s'ajoutent et parfois s'opposent celles spécifiques du droit des sociétés, notamment en ce qui concerne la responsabilité des dirigeants sociaux, les objectifs légaux assignés, dans chaque domaine pouvant se révéler antinomiques.

### **1.1.3) Blocages touchant au statut des biens**

L'actif social d'un établissement de santé privé à but lucratif, outre les biens corporels aisément identifiables (immeuble, matériel commun, mobilier) comprend des éléments rarement identifiés autrement que regroupés sous la rubrique "Fonds de commerce", et qui consiste dans la valorisation des droits d'hospitaliser ou

d'exercer des activités substitutives à l'hospitalisation, qui résultent des autorisations.

Celles-ci ne sont pas considérées aujourd'hui comme fiscalement amortissables, alors qu'elles sont à durée limitée, et que leur droit à renouvellement n'est jamais acquis.

Ces autorisations, historiquement ou ponctuellement, voient leur régime d'attribution, de transfert, de renouvellement, de suppression, totalement encadré par la carte sanitaire et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, lequel comme l'indique le Professeur F. VIALLA dans un article publié dans le supplément n° 1 à la Semaine Juridique du 8 Février 2001, "résulte d'un acte administratif unilatéral et il a un caractère obligatoire" reprenant en cela D. TRUCHET in "de la planification hospitalière".

Qu'en résulte-t-il pour le dirigeant social ? Une incohérence de choix comptable face à une hypocrisie majeure : un droit de nature administrative n'est pas cessible, mais tout un chacun, y compris l'Etat qui perçoit les droits d'enregistrement, pratique allègrement la "cession des lits" sans que l'entreprise de santé puisse fiscalement amortir une valeur incorporelle à durée limitée, à l'heure où la question se pose, dans le monde, de l'insertion d'une norme comptable d'amortissement des survaleurs avec les conséquences fiscales attachées ;

On le contraint donc à faire figurer à son actif des valeurs d'opportunité à durée limitée, et à pratiquer, en annexe, année par année, les informations nécessaires pour que les obligations comptables d'image fidèle et de prudence soient respectées.

## 1.2) Financiers

Les établissements de santé sont soumis à des systèmes d'organisation et de régulation qui sont antagonistes :

- les établissements sous dotation globale ne font ni profit ni perte, ils sont soumis à une logique budgétaire de consommation de ressources alloués,
- les établissements sous OQN sont soumis à l'obligation d'une saine gestion au sens entendu par le Tribunal de Commerce,

Dans l'un et l'autre cas, les impératifs de saine gestion sont largement étrangers aux questions relatives au rapport qualité-coût de leurs prestations.



Le financement du système de santé est partout l'objet d'une attention particulière du fait de l'affirmation du droit à la santé d'une part, de sa nécessaire régulation d'autre part.

Plus de clarté et plus de logique médicale sont nécessaires en matière de financement des cliniques.

Un des systèmes de régulation efficace est celui de la régulation par la complexité, mais il est peu respectueux des principes républicains. Pourtant, cette complexité s'accroît en France. Les Tutelles sont multiples et peu coordonnées, en particulier elles ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit de la clinique et du médecin libéral qui y exerce.

Les rapports financiers entre la clinique et le praticien ont toujours été vécus comme complexes et peu clairs. Les URSSAF, l'administration fiscale ont toujours été suspicieuses. Les Tutelles ont souvent considéré que les difficultés financières d'une clinique devaient être au moins en partie prises en charge par les praticiens qui y exercent. Les praticiens eux-mêmes acceptent parfois une conception de la redevance peu acceptable du point de vue du droit, ou, parfois, face aux difficultés de leur clinique, ils souhaitent comme les Tutelles déjà évoquées, contribuer au soulagement de la charge financière de la clinique, au risque d'une requalification de leur contribution.

Par ailleurs chacun s'accorde sur la nécessaire approche "globale" du patient, y compris du point de vue des circuits financiers.

Dans tous les pays on cherche à mettre les financements en cohérence avec cet impératif. Ni l'approche par budget global, ni celle du paiement à l'acte et d'une rémunération proportionnelle de la structure n'apportent la réponse souhaitée. Partout les recherches se tournent au plan micro-économique vers des budgets à orientation clinique rattachés à des groupes de patients cohérents du point de vue médical et régulés au sein d'enveloppes globales par des systèmes de concurrence organisée. Dans tous les cas les spécificités de l'activité médicale rendent incontournable l'implication des professionnels.

Comme de nombreuses PME, les cliniques souffrent d'une sous-capitalisation chronique.

Indépendamment du taux de profit des cliniques (régulier mais particulièrement faible et quasiment nul voir structurellement négatif sur les années présentes), la question du capital des cliniques a longtemps été résolue par la faible intensité capitalistique de l'activité hospitalière et par le recours à des financements externes du type Congrégation Religieuses. Or l'intensité capitalistique requise va croissante compte-tenu du développement des plateaux techniques et du développement des contraintes administratives et de gestion du risque d'une part, de la disparition des Congrégations d'autre part. Le relais espéré du côté des groupes d'investisseurs autres ne se réalisa que difficilement compte-tenu du faible taux de profit, ou il se fait dans la dépendance de logiques

externes au secteur, accroissant par là sa vulnérabilité et rendant plus complexe l'implication du corps médical.

Pourtant la participation en capital des médecins qui veulent s'impliquer dans la marche de leur outil de travail n'est pas facilitée : revenus non différenciés selon le niveau de charge et d'implication des praticiens, régime de déductibilité fiscale complexe et peu sûr, impossibilité de versement lié à l'activité (pas d'accès aux sociétés à capital variable), soumission de la récupération des versements aux aléas d'une valorisation commerciale alors même que la médecine n'est, en principe, pas un commerce, rapport à l'économie soumis à la domination d'une approche en termes d'économie de spéculation (la "clientèle") et non d'une économie de production, etc...

La contradiction entre le principe d'une médecine qui n'est pas un commerce mais qui s'exerce dans des structures à but "lucratif" ne pose plus de problème aux citoyens grâce au système de remboursement collectif mis en place avec la Sécurité Sociale, mais demeure.

Cette contradiction, quoi qu'on en dise, continue à alimenter troubles, suspicions et confusions, au moins dans les rapports entre professionnels et entre Tutelles et cliniques.

Le secteur et l'activité hospitalière privée en cliniques sous OQN, les "lucratives", est, de l'avis commun et de façon objective depuis l'instauration du système de mesure dit PMSI, reconnu comme étant substantiellement plus productif que les autres, en France comme dans les comparaisons internationales. Sa survie est donc indispensable en période de régulation forte des financements publics.

Il convient donc, à qualité égale, de préserver cette productivité qui est une des conditions du maintien de l'accessibilité et de la solidarité de nos systèmes de santé. En France c'est surtout un avantage en termes de coût pour la collectivité, à l'étranger la création d'un secteur privé, soumis aux contraintes et à des régulations de type service public comme c'est le cas en France, est de plus en plus souhaité pour une raison supplémentaire, de productivité : résorber les files d'attente.

On le voit, il existe actuellement un divorce complet au sein des cliniques privées entre deux logiques :

- Celle d'une entreprise de type capitaliste de droit commercial dont le moteur principal ne peut être que la rémunération du capital par le versement de dividendes ou la réalisation de plus-value.
- Celle d'une entreprise de production de soins soumise à de multiples contraintes, certes légitimes pour la plupart, mais

souvent totalement antagonistes du système de droit commercial. Les actionnaires de ces structures, lorsqu'il s'agit de médecins, ont investi dans leur outil de travail et non dans un but premier de rentabilité financière de leur investissement.

Pourtant, ces structures démontrent tous les jours qu'elles offrent, malgré tout, la meilleure productivité du système de santé.

Il faut donc "inventer" un nouveau socle juridique pour les établissements de santé privés, en gardant les moteurs de leur productivité et en supprimant des antagonismes juridiques financiers et économiques de plus en plus mortifères pour ces établissements.

## **2) Le groupe de travail**

Un groupe de travail informel s'est constitué pour trouver réponse à ces blocages. Il s'est constitué avec des personnalités d'origines et d'expériences très différentes mais ayant toutes eu des responsabilités ou exerçant encore des responsabilités en matière d'hospitalisation privée.

Chacun participait à titre personnel, mais a tenu informé sa structure ou son groupe professionnel de sa participation, pouvant ainsi procéder, le cas échéant aux vérifications nécessaires. Par ailleurs le groupe a tenu informé de ses travaux les deux cabinets du Ministère de la santé, la DHOS, le Conseil National de l'Ordre des Médecins ainsi que de Monsieur Claude Evin, Député et ancien ministre de la santé. Tous ont marqué leur intérêt pour cette réflexion et ont exprimé le souhait qu'elle se concrétise rapidement.

Ainsi, dans *Le Monde* du 3 novembre 2000, monsieur C. Evin écrivait (souligné par nous) :

«Si le débat institutionnel qui vient d'être évoqué n'est peut-être perçu aujourd'hui que par les seuls initiés, la question de la place des professionnels libéraux de santé est, elle, posée publiquement. La grogne chez les professions de santé, qui s'appuie sur les mesures de régulation financières que les caisses ont adoptées en juillet dernier, traduit en fait un malaise plus profond de la médecine libérale. En effet, ces professions ont vu leurs mis-

sions évoluer au cours de ces quinze dernières années. Ils ne sont plus seulement des distributeurs de soins ou de prestations dans le cadre du colloque singulier avec leur patient, ils deviennent de véritables acteurs du service public de santé et ont le sentiment que sont remis en cause les principes fondamentaux de la médecine libérale.

Or il n'y a pas de lieux de débat et de gestion de cette évolution. Le cadre conventionnel, comme cela a été dit précédemment, ne permet pas réellement d'en traiter. Il est donc nécessaire de reprendre un dialogue plus profond avec ces professions qui ne soit pas marqué uniquement par les préoccupations économiques, même si elles ne pourront pas être totalement absentes, et qui porte davantage sur leur rôle et leurs missions. On peut ainsi citer différents sujets qui devraient faire l'objet de ce travail :

- [...] ;
- la question du statut libéral. Face à l'évolution des tâches qui incombent aux médecins de ville, il deviendra de plus en plus utile d'avoir divers modes d'organisation de l'activité médicale. Le statut libéral ne permet pas d'apporter des réponses toujours satisfaisantes à ces nouvelles exigences. **Entre le statut libéral et la Société commerciale, il y a des solutions à inventer, qui ne soient pas la fonctionnarisation de la médecine. A titre d'exemple, le statut de la coopération adapté à l'activité médicale pourrait être examiné. Dans cette même lignée se trouve posée la question du paiement direct à l'acte, de la diversification des modes de rémunération, ou celle du déroulement de la carrière des médecins libéraux ;**
- [...]»

Ont participé régulièrement à ce groupe :

Martine AOUSTIN : Direction des Hôpitaux, ancien Médecin Conseil

Guy BAZIN : Anesthésiste, Conseil, SFAR

Philippe BERGEROT : Radiothérapeute, UNHPC

Dominique DEBS : Expert comptable, Strasbourg

Jean-Pierre DEYMIER : Directeur, Clinique Pasteur, Toulouse

Christian ESPAGNO : Chirurgien, PDG de la clinique des Cèdres, Toulouse

Michel GUERIN : Avocat, Fidal

Yves LACHAUD : Avocat

Didier LAMBERT : Chirurgien, UCF

Serge LARUE-CHARLUS : Chirurgien, CME, CSMF

Vincent LEROUX, Médecin Conseil, DIM  
Jean-François MAZOYER : Radiologue, FNMR  
Gérard PARMENTIER : ancien directeur de clinique, UNHPC  
Yvon ROJOUAN : ancien Commissaire aux Comptes, Conseil  
en gestion hospitalière  
Antoine SARIS : Radiothérapeute, UNHPC  
Christian VALENTIN : Radiologue, Pontoise  
Jean VERNOUX : Directeur, Clinique de l'Orangerie, Stras-  
bourg  
Jean-Patrice VINCENT : Ophtalmologiste, Limoges

Plusieurs autres personnes en ont suivi régulièrement les travaux en faisant parvenir leurs avis (médecins en clinique, directeur, responsable syndical, membre d'une URCAM...)

Ces travaux ont amené les participants à une conviction commune : l'accès au secteur coopératif, la faculté de création d'Établissements coopératifs hospitaliers représentent pour les praticiens libéraux qui travaillent en clinique et qui partagent leur conception de la médecine, une nécessité. Ils y voient même une des conditions nécessaires à la pérennité de leurs établissements et à l'adaptation de leur exercice libéral afin de maintenir leur indépendance professionnelle (avant tout technique et de prescription).

### **3) Un nouveau corps de droit pour les hospitaliers**

#### **3.1) Qu'est-ce qu'une coopérative ?**

La loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 la définit ainsi :

Article 1er : objet

Les coopératives sont des sociétés dont les objets essentiels sont :

1. De réduire, au bénéfice de leurs membres et par l'effort commun de ceux-ci, le prix de revient et, le cas échéant, le prix de vente de certains produits ou de certains services, en assurant les fonctions des entrepreneurs ou intermédiaires dont la rémunération grèverait ce prix de re-

- vient ;
2. D'améliorer la qualité marchande des produits fournis à leurs membres ou de ceux produits par ces derniers et livrés aux consommateurs ;
  3. (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art.1er) "Et plus généralement de contribuer à la satisfaction des besoins et à la promotion des activités sociales et économiques de leurs membres ainsi qu'à leur formation."

Les coopératives exercent leur action dans toutes les branches de l'activité humaine.

Article 2 : lois particulières (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 2)

Les coopératives sont régies par la présente loi sous réserve des lois particulières à chaque catégorie d'entre elles.

**L'O.I.T.** a adopté la définition suivante en 1966 :

- Art. 12 Une coopérative est «une association de personnes qui se sont volontairement groupées pour atteindre un but commun par la constitution d'une entreprise dirigée démocratiquement en fournissant une quote-part équitable du capital nécessaire et en acceptant une juste participation aux risques et aux fruits de cette entreprise au fonctionnement de laquelle les membres participent activement».
- Art. 14 «... des mesures devraient être prises pour que les principes, les méthodes, les possibilités et les limites des coopératives soient portés à la connaissance des populations . . .»
- Art. 13 «La législation devrait habiliter les coopératives à se fédérer».

**L'A.C.I.** a récemment adoptée une "Déclaration sur l'identité coopérative. Déclaration approuvée par l'assemblée générale de l'ACI lors du congrès de Manchester - septembre 1995", Réseau coop, vol. 3, no. 2, novembre-décembre 1995, p. 11. "International co-operative alliance: Statement on the co-operative identi-

ty". Cette déclaration internationale regroupe une définition, l'affirmation de valeurs communes et énumère 7 principes fondateurs de la coopération. La définition est la suivante : «Une coopérative est une association autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise dont la propriété est collective et où le pouvoir est exercé démocratiquement.»

On peut résumer l'approche coopérative en matière de sociétés de production de biens et services en un noyau dur des règles coopératives qui se ramène à quatre puisqu'il s'agit de réguler non seulement le groupement de personnes et l'entreprise mais également les rapports de ces deux éléments de manière à ce qu'ils demeurent interdépendants. Ces quatre règles sont :

- une règle relative au groupement de personnes : l'égalité : un membre, un vote,
- une règle relative aux rapports membres-entreprise : la détermination de l'activité de l'entreprise par l'activité des personnes,
- une règle relative aux rapports entreprise-membres : la distribution des résultats proportionnelle aux opérations faites avec l'entreprise,
- une règle relative à l'entreprise : la propriété durablement collective des résultats réinvestis.

Ces quatre règles assurent la stabilité de la combinaison quand des forces centrifuges, liées à leurs environnements respectifs, tendent à les dissocier<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Alberto ZEVI, José-Luis MONZON-CAMPOS (éds) ; *Coopératives, marchés, principes coopératifs* (p. 10) ; Ciriec - De Boeck Université - Bruxelles 1995

### 3.2) En quoi le droit coopératif facilite-t-il la levée des obstacles cités ?

La loi de 1947 prévoit expressément sa déclinaison en "**lois particulières**" afin d'adapter les principes qu'elle décline aux spécificités des professions qui la sollicitent.

On l'a vu, la coopérative facilite, par nature, l'activité interprofessionnelle des membres, puisque c'est celle-ci qui la constitue. C'est bien cela que les pouvoirs publics essayent de développer au sein des établissements de santé et des réseaux de soins pour répondre aux impératifs de la médecine scientifique et interventionnelle moderne.

Une difficulté pourrait se présenter du fait que la logique de la coopérative est que les prestations hospitalières et médicales qu'elle délivre le sont en **qualité d'Etablissement de santé et de médecin**. Il se trouve qu'un article peu commenté de la loi de 1991 ne dit pas autre chose : Art. L. 711-2. (L n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1er) «Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

*1° Avec ou sans hébergement :*

- a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;*
- b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;*  
*[...]*»

L'article précédent précise : Art. L. 711-1. (L. n° 91-748 du 31 juill. 1991, art. 1er) «*Les établissements de santé publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance, et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.*

*Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.*

(L. n° 98-535 du 1er juill. 1998, art. 4) *Ils participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés, à l'article L. 793-1*



*et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire.*

*Les établissements de santé mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.»*

La spécificité est ici que la coopérative, outil du médecin, prolongation du cabinet médical, est aussi un des instruments de son indépendance. Le **sociétariat** de la coopérative hospitalière sera donc, par nature, réservé aux praticiens de la coopérative et donc fermé à tout autre intervenant non médical.

L'objet de la coopérative hospitalière pourra facilement être adapté de l'objet général de la loi de 1947 et prendra en compte les évolutions et les contraintes de la médecine moderne tout en se situant dans le cadre fixé par la loi de réforme hospitalière de 1991. Ainsi la coopérative hospitalière sera l'outil commun dont se dote librement un groupe de médecins libéraux volontaires afin de protéger le caractère indépendant de leur exercice et de favoriser leur articulation dans le cadre d'une prise en charge globale et évaluée du patient hospitalisé.

Les grands principes de la coopération doivent eux aussi être traduits pour prendre en compte les spécificités de la médecine hospitalière, mais leur simple évocation montre combien ils sont facilitateurs des réformes en cours et facteurs de déblocage par rapport aux verrous évoqués plus haut.

- **Démocratie des hommes.** Un homme = une voix  
Ce principe correspond à la tradition et à la culture médicale d'"égalité" entre médecins. Globalement, la démocratie du capital (une action = une voix) est mal comprise par le corps médical lorsqu'il s'agit de son métier, car elle ne correspond à aucune logique professionnelle.
- **Au delà du principe de liberté d'adhésion, conditions d'adhésion, de retrait et d'exclusion fixées par les statuts.** Cela n'est pas spécifique de la société coopérative, sauf qu'ici on ne peut travailler dans ou avec la structure que si on en est "sociétaire". Il s'agit bien d'une société de personnes liées par

un projet professionnel, ici un projet médical. Ces conditions d'adhésion, de retrait et d'exclusion sont spécifiques du projet professionnel et de sa logique (et non pas de la logique du détenteur du capital). En tout état de cause l'adhésion est subordonnée à l'utilisation des services offerts par la structure, à la possibilité pour la structure de les lui fournir et à la signature d'un "engagement d'activité".

- **Double qualité d'associé et d'usager.** Tout membre doit être usager, tout usager doit être membre. Cela n'interdit pas les opérations avec des tiers, mais interdit a priori la qualité de membre à ceux dont l'objectif principal est l'obtention d'une rentabilité pour le capital investi. La coopérative est une entreprise de service créée pour développer une activité économique particulière. Ici, il s'agit de production de soins. La forme de l'entreprise et les modalités d'activité de ses membres sont adaptées, par la loi et par ses statuts, à son objet.
- **Détermination de l'activité de la société par l'activité de ses membres.** On sort du mythe juridique anachronique selon lequel la clinique ne soigne pas car seul le médecin individuel "soigne". C'est bien l'ensemble indissociable structure, personnels non-soignants, personnels soignants qui "soigne", même si les spécificités du "colloque singulier" et du champ des responsabilités respectives demeurent. Le médecin libéral renforce son indépendance car il contrôle son outil - l'établissement de santé - constitué en prolongement de son cabinet, et cet outil soigne dans la mesure où il prend en charge le patient et où il articule les intervenants médicaux selon l'organisation qu'ils se sont choisis. Les statuts de la coopérative hospitalière sont donc déposés au Conseil de l'Ordre des Médecins.
- **Exclusivisme.** Il n'y a plus de bonne médecine sans approche collective, pluridisciplinaire et sans implication dans le bon fonctionnement de la structure (organisation, plateau technique et coordination des métiers).

Il ne peut y avoir implication professionnelle que si l'activité, la carrière sont liées au choix de la structure dans laquelle elles s'exercent, sans un minimum de présence et d'attachement à la structure.

L'ancien "privilège" d'exclusivité était le signe d'un rapport à la structure dominé par l'économie de rente. Il est devenu non seulement anachronique mais, aussi, mortifère pour les établissements. L'exclusivisme est, au contraire, le signe de l'attachement à la structure et du primat donné à son organisation interne pour

des raisons de qualité et de sécurité du service rendu.

Il faudra résoudre la question de la transition en matière de "clientèle". La médecine libérale est fondée sur une économie de "rente" et non sur une économie de production. Le passage de l'un à l'autre suppose des mesures spécifiques pour la génération qui a "acheté" une clientèle et qui ne pourra la "vendre"...

- **Capital bien de main morte, impartageabilité des réserves.**

Le médecin actionnaire de sa clinique n'en est plus le capitaliste, souvent plus ou moins forcé de faire un placement risqué et peu rémunérateur. Il en est l'associé qui, proportionnellement à son activité, contribue au capital de l'établissement "prolongement de son cabinet médical", sans espoir spéculatif, mais sans risque d'être dépossédé lors de sa cessation d'activité.

Pas d'intérêt, ou intérêt maximal fixé par décret : le capital n'a pas ici de rationalité spéculative. Il est un droit d'accès à l'outil de travail. Cela est compris par les médecins propriétaires de cliniques.

Le capital est légalement remboursé dès la cessation d'activité : cela serait considéré comme une sécurité majeure, une garantie d'équité, les médecins actionnaires ayant souvent beaucoup de mal à récupérer leur capital lorsqu'ils partent en retraite, alors même qu'ils en ont alors besoin.

- **Société à capital variable : le versement en capital se fait en proportion des "apports".**

Cela est souhaité : le jeune médecin a moins de faculté contributive aujourd'hui qu'hier. Tous souhaitent un versement proportionnel à leur activité. Cela n'est légalement pas possible aujourd'hui.

Pourtant cela facilite la nécessaire recapitalisation des cliniques et permet la pérennisation d'Etablissements de santé contrôlés par les soignants, les besoins en capitaux restant, de fait, dans les normes des facultés contributives professionnelles (de l'ordre d'une annuité maximum)

Cela résout la question de la déductibilité fiscale de la charge liée. Cette question, actuellement mal résolue est souvent un frein au versement. Resterait le problème qui vient du fait qu'à rémunération égale, certains médecins doivent acheter leur outil de travail pour assurer l'indépendance et la qualité de leurs prestations, d'autres pas.

- **Rémunération aux "apports".**

C'est, par nature, la logique du paiement global, à l'activité, à la "pathologie". L'"apport" est un tout, bien ou service, avec ses caractéristiques, prix, qualité, délai.

Ce principe s'applique dans les relations entre la structure et l'organisme payeur comme dans les relations entre la structure et les médecins libéraux sociétaires. Mais c'est ici la structure qui paye le médecin, selon ses règles propres et non plus l'organisme payeur.

Le débat sur le niveau relatif des honoraires entre spécialités peut quitter le niveau national pour se placer au cœur du débat démocratique au sein de la structure.

La fonction qualité est mise au cœur du fonctionnement de l'institution.

Les Tutelles bénéficient, sans risque, d'expérimentations en matière de rémunération de l'activité médicale.

- **Prix provisoires**

Ce principe rejoint la logique de fonctionnement de l'ONDAM.

Ce principe permet de sortir du débat récurrent sur le "profit" dans l'activité hospitalière. Les principes de saine gestion ne sont pas amoindris, mais le lieu de l'imposition se déplace du profit de la structure (qui n'existe plus puisque le prix définitif est aussi conçu pour ajuster le résultat de l'exercice à 0) aux revenus individuels des "sociétaires". Cela est considéré comme équitable par le corps médical puisque les charges liées à la structure sont par définition déductibles : le médecin paye des impôts dans la mesure où il a des revenus nets qui les justifient.

- **Obligation de formation**

Ce principe est de pleine actualité en matière médicale, y compris en matière d'organisation et de participation à un fonctionnement collectif.

### 3.3) Le nécessaire passage par le vote d'une loi

La loi de 1947 le prévoit. Ce vote est donc indispensable. Il permet l'adaptation aux professions visées. Dans tous les pays ces lois particulières ont été prévues car elles permettent aux pouvoirs publics de vérifier l'adéquation des principes professionnels ainsi reconnus aux impératifs de service public ou d'intérêt géné-

ral. Ce point de vue est ici tout à fait justifié, pus en tout cas que dans bien des professions pour lesquels le législateur a déjà procédé au vote de "lois particulières". De plus, s'agissant d'une création et l'association des médecins au sein des coopératives restant libre, les pouvoirs publics ont un terrain propice à la prise en compte de ce qui apparaît ailleurs comme réforme difficile et parfois douloureuse.

Le groupe de travail qui est à l'origine de ce résumé de proposition est disponible pour participer aux nécessaires travaux préparatoires et tient ses propres travaux à la disposition des autorités compétentes.

Il lui apparaît qu'un dispositif de travail devrait regrouper les services concernés du Ministère de la Santé, et en premier lieu la DHOS, mais aussi :

- des représentants du Ministère de la Justice (droit des sociétés),
- du Ministère des Finances (mesures permettant la transition, prise en compte des spécificités, définitions des "avantages" justifiés par une participation objective à des impératifs ou des priorités d'intérêt national),
- du Conseil National de l'Ordre des Médecins (déontologie)
- des parlementaires (Commission Sociale) qui pourraient être soutiens d'un projet de loi ou porteurs d'une proposition de loi,
- et bien sûr des représentants des professions concernées.

Le groupe de travail s'accorde pour considérer qu'il s'agit d'une création législative :

- indispensable à ses yeux pour les médecins qui veulent constituer leur clinique en prolongement de leur cabinet médical, en renonçant à toute visée spéculative au profit d'une logique de métier. Pour eux il s'agit d'un choix qui facilite leur volonté d'assurer la qualité, l'organisation et la sécurité de leurs prestations et l'indépendance de leur exercice hospitalier tout en en assurant la pérennité.
- qui ne génère aucun danger d'opposition de la part du corps médical, contrairement à beaucoup des "réformes"

qui lui sont proposées, car il s'agit d'une nouveauté qui est offerte à ceux qui, comme eux, en voudront, et qui ne lèse en rien ceux, individus et structures hospitalières qui ne seront pas intéressés,

- qui est pourtant représentative d'un enjeu politique et organisationnel majeur : celui de la survie d'un secteur d'activité qui a fait la preuve du rapport qualité/prix de sa contribution au service public de la santé en France et dont l'exigence de pérennité est à la mesure de l'importance quantitative de sa contribution,
  - qui ouvre des perspectives fécondes en matière de structuration de personnalisation morale des réseaux de soins et de santé que les pouvoirs publics cherchent à développer et qui manquent cruellement de structures juridiques adaptées à la volonté de "coopération" de leurs membres.
-



## **Document N° 6**

**Coopératives hospitalières de médecins ;**

**Réseaux coopératifs de santé :**

**Amendement à la loi  
relative aux droits des malades  
et à la qualité du système de santé**

**22/9/01**

- **Exposé des motifs**
- **Présentation des articles**
- **Amendement à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**



*Les Rencontres 2001 de la Cancérologie Libérale*

## **Coopératives hospitalières de médecins Réseaux coopératifs de santé**

**Amendement à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**

22/9/01

### **Exposé des motifs**

#### **Les établissements de santé n'ont pas d'accès spécifique, aujourd'hui en France, au droit coopératif.**

La médecine salariée existe depuis longtemps en établissement de santé. Quant à la médecine libérale, la dimension "métier" et ses spécificités professionnelles ont toujours été reconnues, voire promues au moyen notamment de sociétés d'exercice professionnel.

On peut considérer que la médecine libérale exercée sous contrat avec un établissement de santé, est une forme du droit de la sous-traitance qualifiée, de production déléguée. Elle ne dispose pourtant pas aujourd'hui d'un cadre juridique plus vaste, véritablement adapté.

Comme toute activité de production, l'activité de production de soins en établissement devrait pouvoir se faire selon trois approches : celle du salariat, celle de la sous-traitance contractuelle, celle de la coopération. Cette dernière, qui lie de manière étroite et cohérente l'exercice individuel d'un métier et l'articulation collective de professionnels indépendants dans un but de production, lui conviendrait tout particulièrement.

Si la loi a consacré depuis longtemps la notion de coopérative agricole "prolongement de la ferme", curieusement l'établissement de santé "prolongement du cabinet médical" n'a pas encore de fondement juridique. Pourtant la continuité des soins est inhérente à la médecine. Le respect de cette continuité exige de plus en plus souvent l'organisation de la coordination des professionnels.

**La loi de 1947 portant statut de la coopération prévoit son adaptation aux différentes spécificités professionnelles.** Du point de vue du droit des sociétés, c'est bien là une des caractéristiques de cette loi. De très nombreuses professions ont déjà profité de cette opportunité et bénéfi-

cient d'une "loi particulière" adaptée. **Face à la présente demande des professionnels, il faut donc veiller à ce que les particularités retenues facilitent l'exercice du droit coopératif**

- **par leur adaptation aux caractéristiques de ces professions et aux exigences de leur évolution d'une part,**
- **par leur adéquation aux objectifs recherchés par la collectivité nationale quant à l'utilité sociale de ces professions d'autre part.**

La médecine libérale occupe en France une place déterminante : plusieurs dizaines de milliers de médecins, plus de 20 % des capacités hospitalières totales, mais aussi, par exemple, la plus grosse part de la chirurgie, près de 50 % des prises en charge en cancérologie.

En matière hospitalière, dans les établissements et les cabinets médicaux à plateaux techniques lourds où elle exerce, l'efficiencia dont elle fait preuve est une contribution décisive au bon classement de la France dans les comparaisons internationales.

Pourtant, **en matière d'exercice libéral en établissements privés**, l'accord existe aujourd'hui sur un certain nombre de **constats de difficultés** :

- la contradiction ou à tout le moins la difficulté grandissante à coordonner les différentes sources de droit dans les cliniques privées : le droit de la santé et des professionnels libéraux d'une part, le droit commercial d'autre part : la médecine n'est pas un commerce, mais la médecine libérale s'exerce très majoritairement dans des sociétés commerciales,
- le caractère incompréhensible, pour beaucoup, de la tradition juridique française lorsqu'elle affirme encore parfois, malgré le changement opéré par la loi hospitalière de 1991, que l'hôpital "soigne" mais que la clinique ne "soigne" pas, alors que les pratiques et les normes de fonctionnement y sont les mêmes,
- l'évolution des tribunaux et de la jurisprudence qui condamnent de plus en plus souvent les directions des cliniques pour manquements sur la sphère du médical (défaut d'organisation des soins, défaut de compétence...) alors même que les dites directions n'ont pas le pouvoir juridi-

- que leur permettant d'organiser et de maîtriser effectivement l'activité des médecins libéraux réputés indépendants,
- la difficulté corrélative que rencontrent les cliniques à organiser les fonctions transversales qui, pourtant, deviennent de plus en plus importantes en terme de sécurité, de qualité, d'organisation, de pluridisciplinarité, d'évaluation des soins,
  - l'exigence de responsabilisation des médecins en matière de fonctionnement des établissements de santé, pour des raisons de sécurité, d'organisation, de coordination, de gestion. Cette exigence débouche sur la nécessaire implication du corps médical dans le fonctionnement des établissements quels que soient la durée de l'activité et le nombre d'actes pratiqués,
  - la volonté de beaucoup de médecins libéraux de s'impliquer dans la marche de leur établissement pour assurer, aussi, la défense de leur indépendance au regard du contrat qu'ils passent avec chaque patient, indépendance qu'ils lient à la maîtrise de leur outil ;
  - l'inadéquation de la forme de la "société anonyme" à la culture de beaucoup d'entre eux, d'où la difficulté qu'ils ont à coordonner les nécessités d'une participation au capital et les contraintes de la gestion d'exploitation avec l'exercice de leur art.

**Les principes qui fondent le droit coopératif** dans les pays développés démocratiques répondent en grande partie à ces difficultés. En cela leur application participe à la modernisation recherchée de notre système hospitalier. De plus, ils **apportent des réponses souvent proches** :

- **de la culture médicale dominante** :
  - responsabilité des membres,
  - société définie par l'activité de ses membres,
  - double qualité d'associé et d'utilisateur,
  - capital bien de main morte,
  - devoir de formation permanente des associés,
  - démocratie des hommes et non démocratie du capital
  - rémunération en proportion des "apports"...

- **de l'évolution de la médecine** moderne, à la fois plus scientifique et plus risquée, qui implique des démarches plus coordonnées, des outils d'information communs, une organisation garantissant traçabilité et continuité, bref plus de "coopération".
- **de la nécessaire évolution de la médecine libérale** en établissements face aux évolutions de la société et de la médecine elle-même : concentration des moyens, recapitalisation des outils, coordination des intervenants de statuts divers - médecins, soignants, administratifs - émergence de la fonction de direction dans le cadre d'un projet d'entreprise fondé sur un projet médical.
- **des aspirations diverses** des médecins libéraux exerçant en établissement de santé :
  - sortir de l'opprobre ressenti lorsqu'on applique à eux seuls le vocable "d'activité à but lucratif" alors que leurs concurrents sont désignés par leur statut (public ou PSPH) ou par le mode de régulation auquel ils sont soumis (établissements "sous dotation globale"), et donc opérer le transfert de l'impôt sur les bénéfices à l'impôt sur les revenus ;
  - participer au capital de leur établissement mais à condition que la contribution soit à la mesure de leur activité et donc avoir accès à des formes de sociétés à capital variable ;
  - avoir la garantie de remboursement de ce capital au moment où ils partent à la retraite et donc appliquer au capital le statut de "main morte" ;
  - obtenir la déductibilité des charges financières des emprunts pour prise de participation, selon le principe des charges liées à l'activité professionnelle, et donc contractualiser le principe : pas d'accès au plateau technique sans participation à son financement ;
  - avoir la garantie que l'investissement reste dans la profession et ne passe pas aux mains d'intérêts extérieurs, selon le principe coopératif de la pro-

- priété durablement collective des résultats réinvestis et de détention du capital lié à l'activité...
- **d'une part importante des réformes** voulues par les tutelles et les organismes de sécurité sociale, plus ou moins consensuelles dans leur principe, mais qui peinent pourtant à se mettre en place :
    - articulation des sphères de responsabilités et émergence d'un interlocuteur unique capable d'engager à la fois l'établissement et le corps médical libéral dans leurs rapports avec les tutelles et les organismes payeurs,
    - articulation des sphères économiques et médicales, y compris en termes de régulation,
    - organisation des fonctions transversales par le corps médical lui-même,
    - évolution des formes de paiement par des approches souvent plus forfaitaires (paiement à la pathologie, au séjour, à la capitation...) en cohérence avec le caractère global de la prise en charge du patient,
    - émergence de terrains d'expérimentation de nouvelles formes de prise en charge plus concertées et plus globales,
    - unification des acteurs autour d'un projet médical pour combattre les blocages et les conflits rémanents entre "pouvoir médical" et "pouvoir administratif"...

Il faut noter enfin que la démarche coopérative a suscité l'**intérêt du Conseil National de l'Ordre** des Médecins qui y a vu un moyen de renforcer l'indépendance médicale.

**La demande des professionnels de santé libéraux d'une loi particulière formant "société coopérative hospitalière de médecins" est donc réellement motivée.**

Une telle loi permettant aux médecins l'accès au droit coopératif, facilitera leur organisation, l'évolution de leurs métiers vers une capacité plus

grande à organiser tout à la fois leur interdépendance et l'articulation de leur art avec le fonctionnement de leur outil collectif. Beaucoup d'entre eux y voient le moyen d'adapter l'exercice libéral aux exigences de la médecine moderne, d'assurer la régulation économique des activités, la pérennisation, voire la survie, de nombre de cliniques, le fonctionnement d'activités nouvelles. Ils y voient aussi une forme de droit facilitant le maintien de leur indépendance, leur donnant la responsabilité des outils hospitaliers ou de leurs outils collectifs, créant les conditions du rassemblement et de l'unification des acteurs autour d'un projet médical commun.

Ainsi, pour des raisons tant déontologiques que fonctionnelles, systémiques ou d'opportunités, l'exclusion de fait des médecins d'un droit coopératif adapté est une lacune qu'il faut combler. La qualité du système de santé, et du système hospitalier en particulier, tiennent pour partie à sa diversité et au libre choix des patients, dans un ensemble qui garantit la solidarité et l'égalité entre citoyens. Assurer aux médecins la liberté d'organisation de leur activité selon toutes les formes de droit établies (salariés, contractuels, indépendants responsables de leur outil collectif), est une des conditions du libre choix des patients et la garantie pour la société de bénéficier des avantages spécifiques de chacun de ces modes d'organisation au sein d'une réglementation commune. L'évolution des 1 300 cliniques privées, très largement sous propriété collective des médecins, indispensables au bon fonctionnement du système hospitalier français, en dépend largement.

Relativement au caractère professionnel des sociétés coopératives, la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération a, dans son article 2, formellement prévu son adaptation aux spécificités des professions concernées par des "lois particulières". La profession médicale a ses spécificités. Comme lors du vote de beaucoup de "lois particulières", l'État peut juger opportun de favoriser son évolution en considération de l'intérêt général et d'une conception de service public. Le vote d'une "loi particulière" à la médecine hospitalière, organisant l'établissement spécifique que sera la coopérative hospitalière de médecins est donc justifié. Son intégration, sous forme d'amendement à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est logique. Elle constitue un élément important de modernisation du système de santé.

**De façon plus générale**, la diversité croissante du nombre des spécialités médicales, l'évolution de l'éventail des prises en charge, le raccourcissement des durées de séjour, la montée en puissance des maladies chroniques, le vieillissement de la population et les exigences d'un suivi diversifié des populations précaires ou victimes de problèmes sociaux font émerger **l'exigence d'une organisation en "réseaux"**.

Ces réseaux sont souvent présentés comme une priorité. Ils correspondent à une nécessité, qu'il s'agisse de réseaux de pathologie, de réseaux ville-hôpital ou d'autres plus liées à des interventions à dominante sociale. L'exigence de décloisonnement est, à juste raison, dans tous les discours. Le partage de l'information, en particulier des données médicales, la gestion de ce système d'information, la nécessaire évaluation interne, en particulier l'évaluation des pratiques, la nécessité d'un réceptacle commun des financements souvent disparates et cloisonnés, la nécessaire coordination des professionnels et la non moins nécessaire "visibilité" institutionnelle du réseau sont autant de raisons, parmi d'autres, à la constitution d'un réseau en personne morale pérenne.

Si l'organisation des professionnels et des plateaux techniques en "réseaux" fait l'unanimité, leur fonctionnement effectif n'est pas facile, pour de multiples raisons. L'une d'entre elles tient à **l'inadéquation des formes juridiques que peuvent adopter les réseaux**. Cette inadéquation tient à la difficulté de regrouper au sein d'une même personnalité morale des acteurs de statut et d'importance économique ou institutionnelle très divers. Les formes de régulation du pouvoir doivent être adaptées pour que la confiance puisse s'établir entre acteurs de tailles différentes, entre acteurs personnes physiques et acteurs personnes morales. De plus, certaines formes récentes d'organisation sont interdites d'accès, parfois à cause du statut public des acteurs, parfois à cause de leur statut privé.

Pourtant le mot coopération est apparu ici aussi. A la fois comme une exigence (la coopération des professionnels) mais aussi comme une notion de droit (dans le GCS, groupement de coopération sanitaire par exemple). Ce n'est sans doute pas par hasard. Là encore, les fondements du droit coopératif - démocratie des hommes, détermination de l'activité de l'entreprise par l'activité de ses membres, distribution des résultats proportionnelle aux opérations faites avec l'entreprise, propriété collective des résultats réinvestis - sont en adéquation avec les aspirations des professionnels et les conditions qu'ils mettent à une collaboration confiante.



**Les règles du droit coopératif assurent la stabilité de la combinaison d'acteurs, de professionnels que les forces centrifuges liées à leur culture et à leur environnement respectif tendent à dissocier.**

**La création par une loi particulière d'une société coopérative nouvelle, le réseau coopératif de santé, est donc aussi une nécessité.**

**La proposition d'amendement ci-dessous comporte donc deux articles se rajoutant au projet de loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :**

- **le premier concerne la «société coopérative hospitalière de médecins»,**
- **le second le «réseau coopératif de santé».**

### **LA SOCIETE COOPERATIVE HOSPITALIERE DE MEDECINS**

**L'article 6163-1 - objet et dispositions légales -**, relatif aux sociétés coopératives hospitalières de médecins, introduit la loi particulière qui les fonde. Le cadre général qui préside à leur existence est celui de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération qui, dans son article 2, stipule que : *«Les coopératives sont régies par la présente loi sous réserve des lois particulières à chaque catégorie d'entre elles.»*

Il fixe l'objet des sociétés coopératives hospitalières de médecins. Il s'agit de sociétés d'exercice professionnel de la médecine. C'est, conformément à la spécificité du droit coopératif, cette activité qui fonde la société en qualité d'établissement de santé, tel que le définissent les articles L 6111 et suivants du code de la santé publique. La spécificité introduite ici n'est pas celle de l'exercice de la médecine en commun, c'est que cet exercice se fait en qualité d'établissement de santé.

Ainsi les médecins dont l'activité est centrée sur un établissement de santé, mais aussi certains cabinets médicaux désireux d'acquérir le caractère d'établissements de santé, comme par exemple des cabinets de radiothérapie ou de radiologie ou un regroupement de professionnels de santé à dominante médicale, peuvent se constituer en société coopérative hospitalière de médecins.

Cet article rappelle l'impératif de libre choix des associés et l'égalité de leurs droits.

Il précise les dispositions légales auxquelles sont soumises les sociétés coopératives hospitalières de médecins : la loi sur les sociétés, et la loi de 1947 portant statut de la coopération, ainsi que les articles du Code de commerce relatifs à l'organisation sous forme de directoire et de conseil de surveillance et les dispositions de la loi hospitalière de 1991 qui régit, en particulier, les établissements de santé.

**L'article 6163-2 - inscription et dénomination -**, fait obligation aux sociétés coopératives hospitalières de médecins de s'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins. Cette obligation découle de l'article précédent : il s'agit d'une société d'exercice professionnelle qui exerce la médecine. L'inscription à l'Ordre est donc ici un préalable aux deux procédures habituelles d'autorisation de l'établissement de santé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et d'inscription de celui-ci au registre du commerce et des sociétés. Elle emporte toutes les conséquences de toute inscription au tableau du Conseil de l'Ordre. Cette caractéristique des sociétés coopératives hospitalières de médecins lie l'établissement de santé à son objet : le soin aux personnes. Car l'établissement est médecin. Ce concept nouveau a suscité l'intérêt du Conseil national de l'Ordre des médecins qui y voit une évolution de l'exercice libéral en établissement propre à renforcer l'indépendance médicale. Il ouvre de larges perspectives en matière d'évolution des établissements, de décloisonnement, d'organisation interne, d'accomplissement des fonctions transversales (sécurité, qualité, coordination), de mise en adéquation des champs de responsabilité avec l'évolution de la jurisprudence, d'organisation de la prise en charge globale du patient et d'évaluation volontaire des pratiques.

Cet article précise aussi la dénomination que les sociétés coopératives hospitalières de médecins doivent obligatoirement adopter pour les actes et documents qui en sont issus.

**L'article 6163-3 - forme juridique -**, précise que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sont des sociétés à capital variable qui peuvent prendre toutes les formes juridiques classiques. La variabilité du capital correspond à la logique d'activité de la société coopérative et permet d'ajuster la contribution des sociétaires à leur faculté contributive réelle. Elle est aussi une mesure d'équité : il est bon, dans une société d'exercice professionnel, de contribuer à hauteur de son activité dans la mesure où

les besoins de financement de la coopérative sont inévitablement en relation avec cette activité. Elle est réaliste : le niveau de contribution obligatoire sera d'autant mieux accepté qu'il sera lié à la faculté contributive réelle. Cette opportunité, classique pour d'autres professions, était souhaitée par les professionnels concernés, les médecins libéraux en particulier, mais ne leur était pas ouverte jusqu'à maintenant.

Il est précisé que les sociétés coopératives hospitalières de médecins peuvent être constituées sous forme de société à responsabilité limitée, de société anonyme ou de société par actions simplifiée, ces dernières n'existant pas encore lors du vote de la loi de 1947.

**L'article 6163-4 - catégories d'associés -**. Cet article définit les deux catégories d'associés des sociétés coopératives hospitalières de médecins : les associés coopérateurs et les associés non coopérateurs. Numériquement les médecins libéraux seront majoritaires, mais les professionnels de santé libéraux intervenant dans la coopérative hospitalière peuvent aussi être associés coopérateurs.

Les associés coopérateurs sont tenus d'apporter leur activité à la société, sauf dérogation prévue par les statuts. De façon classique en droit coopératif, ils ne peuvent travailler que s'ils ont versé leur part de capital. Ainsi le droit coopératif crée l'obligation d'une participation équitable de tous les intervenants au capital de la société. Les modalités de mise en œuvre sont d'ordre statutaire, mais devront être basées sur l'activité.

Les sociétés coopératives hospitalières de médecins peuvent avoir des associés non coopérateurs. Ces derniers peuvent être des salariés de la coopérative, de ses filiales ou des organismes auxquels elle adhère, ou toute personne physique ou morale contribuant à son objet. Ainsi la création de réseaux bâtis autour d'un plateau technique lourd et désireux d'avoir le caractère d'établissements de santé sera-t-elle facilitée. Les organisations de prise en charge du cancer sont un bon exemple d'application possible.

Les droits de vote sont aménagés dans le respect de la loi de 47 et de la majorité médicale pour ne pas contrevenir au caractère de société d'exercice médical. Le principe "un homme une voix" est imposé ; il exclut donc le maintien de sociétés de médecins, personnes morales, au titre d'associé. Le nombre de voix que peut représenter un associé est plafonné afin de faciliter le respect du jeu démocratique.

**L'article 6163-5 - tiers non associés -**. Cet article prévoit l'admission de tiers non associés dans les sociétés coopératives hospitalières de médi-

ns, disposition souple et dérogatoire, justifiée par les interventions ponctuelles de professionnels d'origines diverses. Il peut s'agir par exemple de représentants d'une spécialité rare, de remplaçants, de consultants, de médecins en période d'essai,... L'activité des tiers non associés n'est pas soumise à versement en capital. Elle est plafonnée à 20 % du chiffre d'affaires annuel de la société.

**L'article 6163-6 - capital social** -. Le capital, variable, est distingué selon qu'il est détenu par des associés coopérateurs ou par des associés non coopérateurs. La variabilité du capital est attendue par beaucoup de médecins actionnaires de cliniques car elle permettra d'ajuster équitablement la contribution de chacun à son activité.

Le même article prévoit, comme il est d'usage en société coopérative, le remboursement du capital lors de la cessation d'activité. C'est une garantie du contrôle de la société par les professionnels qui y sont actifs.

Ces deux dispositions sont complémentaires. L'impossibilité de telles dispositions dans les formes juridiques traditionnelles crée de grandes difficultés de capitalisation pour l'actionariat médical. Le risque est grand en effet de soumettre la récupération de la valeur des parts aux aléas d'un "marché", pour des médecins souhaitant garder un caractère professionnel à leur société, valoriser leur patrimoine et garantir leur niveau de vie lors du départ à la retraite. A cet égard les règles de capitalisation en société coopérative offrent plus de cohérence avec le cycle de vie professionnelle des médecins libéraux et devraient faciliter leur participation

Dans la logique coopérative, le principe posé est que le capital n'est pas rémunéré, sauf dérogation statutaire, dans le cadre de la loi portant statut de la coopération. La participation au capital n'a pas de but spéculatif ; elle est une contribution à l'investissement collectif.

Les revenus obtenus sont tirés de l'activité professionnelle, non d'un placement en capital. La logique professionnelle et la logique coopérative sont respectées et facilitent la confiance entre associés.

Les règles de détermination du montant à verser en capital sont publiques et assises sur l'activité ou les revenus générés par l'activité professionnelle. La logique voudrait que les statuts prévoient qu'elles ne pourront varier qu'à échéances fixées, relativement longues. Ce n'est pas l'histoire ou la personne qui fixeront le montant de la contribution, mais une règle décidée en assemblée générale. Le montant peut varier en fonction des besoins de la société et des choix d'investissement, mais l'assiette sera connue et fixée pour tous.

**L'article 6163-7 - direction salariée** -. Cet article traite de la direction salariée dans les sociétés coopératives hospitalières de médecins. Le titre de directeur existe dans les hôpitaux comme dans les cliniques, mais la fonction a du mal à s'implanter. Les pouvoirs constitués y sont nombreux, la séparation entre le médical et l'administratif traditionnelle. Pour parer à ces difficultés, la culture de comités est favorisée par une réglementation qui y voit l'occasion d'aider au dialogue transversal entre professionnels. Mais cette multiplication des comités alourdit la gestion, rallonge les délais et n'améliore pas toujours la gestion du risque. La fonction de direction apparaît donc de plus en plus comme une aspiration commune, une exigence de bon fonctionnement. Le manuel d'accréditation de l'ANAES en est l'illustration.

La coopérative hospitalière de médecins rassemble, articule les mondes dits "médicaux" et "administratifs" au sein d'une même entité médicale. En cela elle facilite l'organisation de la médecine et donc sa qualité potentielle. La stratégie de l'établissement est centrée sur le projet médical. Rien ne s'oppose donc au développement de cette fonction de direction. Pourtant, dans la coopérative hospitalière, le médecin a la double qualité d'associé et d'usager. C'est l'exercice médical qui constitue la société coopérative. Cet exercice se fait dans les locaux mêmes de la société, avec le personnel de la société. Le risque de confusion des rôles et des responsabilités entre sociétaires et directeur est donc potentiellement fort. Y succomber paralyserait la société. Il faut donc tout à la fois promouvoir une véritable fonction de direction et faciliter son articulation avec les instances représentatives des sociétaires, dans le respect du rôle de chacun.

C'est pourquoi, dans les sociétés coopératives hospitalières de médecins, le rôle et le champ des responsabilités de la fonction de direction doivent être définis de façon forte et spécifique, afin de garantir, autant que faire se peut, les conditions de son exercice. Les coopératives agricoles, pour d'autres motifs, ont déjà posé les mêmes exigences. Cet article définit ce qui apparaît comme un minimum pour que cette fonction puisse se situer au niveau qui doit être le sien : nomination par l'instance décisionnelle, participation de droit aux instances délibératives, autorité sur le personnel, pouvoirs de représentation.

**L'article 6163-8 - projet d'établissement** - fait obligation à l'assemblée générale d'adopter un projet d'établissement. En clinique la rédaction d'un projet d'établissement n'est pas réglementaire. En coopérative hospitalière de médecin l'affectio societatis est constitué par l'adhésion à un projet

médical commun. Il n'y a plus de conflit d'intérêt au sein de la conférence médicale puisqu'elle est, de fait, l'assemblée générale. Le projet médical est le cœur du projet d'établissement. Il est donc logique de l'écrire pour marquer le consensus afin, entre autres, que les nouveaux associés ou les associés potentiels puissent s'y référer. Il en est de même pour la direction de la société coopérative hospitalière de médecin : elle sera d'autant plus forte dans ses missions qu'elle s'appuiera sur un projet médical et d'établissement clairement exprimé.

Afin de ne pas en multiplier les définitions, cet article renvoie à l'article L. 6143-2 du code de la santé qui précise le contenu du projet d'établissement dans un établissement public de santé, sa compatibilité avec le schéma d'organisation sanitaire et sa durée maximale de cinq ans. Il est complété ici d'une obligation de traduction dans le règlement intérieur de l'établissement afin de donner aux instances responsables la capacité de le faire respecter.

**L'article 6163-9 - honoraires versés aux associés coopérateurs -**. Cet article définit les flux de revenus dans les sociétés coopératives hospitalières de médecins. L'activité des médecins libéraux constitue leur apport à la société coopérative de médecins qu'ils forment. Tous les règlements sont versés à la coopérative hospitalière. Cependant, afin de bien connaître ces apports individuels, correspondant par exemple aux honoraires versés par la Sécurité Sociale, ils sont regroupés sur des comptes nominatifs. A la différence des cliniques, les honoraires versés aux médecins libéraux associés le sont donc par leur propre société, selon leurs propres règles. Le compte mandataire n'a plus d'objet.

L'assemblée générale doit fixer les règles qui président aux versements de ces honoraires ou de ces revenus, en prix des apports faits par ses sociétaires. Ils ont la liberté de changer ou de ne pas changer ces règles, de payer à l'acte, ou sous forme de forfaits décidés en assemblée générale ou sous tout autre forme encore. L'assemblée générale étant souveraine, la coopérative hospitalière de médecins constitue, de fait, le terrain d'expérimentation de nouvelles formes de rémunération des médecins libéraux en établissement. S'agissant de la rémunérations des médecins, seuls les associés coopérateurs ont droit de vote.

Ces règles doivent avoir un minimum de stabilité. Elles sont communiquées à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et au Conseil Départemental des Médecins.

Comme il est d'usage en régime coopératif, ces prix payés par la coopérative hospitalière de médecins sont de fait des prix provisoires tant que l'arrêté des comptes n'a pas eu lieu. Ils ne deviennent définitifs qu'après. Si un excédent est constaté, il donne lieu, après constitutions des réserves, à versement d'une éventuelle ristourne aux associés coopérateurs. Ainsi le lieu de l'imposition des résultats de l'activité n'est plus le "bénéfice" de la société, il est le revenu de l'associé coopérateur. La logique coopérative rationalise la logique d'évolution des revenus nets résultant du cycle d'activité du médecin et des charges professionnelles corrélatives.

**L'article 6163-10 - continuité de la personnalité morale -**. Cet article affirme la continuité de personnalité morale entre la société d'origine et la société transformée en société coopérative hospitalière de médecins. Cet article, traditionnel en matière de loi coopérative, revêt ici une importance particulière. Les établissements de santé sont en effet soumis au droit des autorisations et il est pratiquement impossible d'en créer de nouveaux. Sans cette continuité de personnalité morale, les droits de mutation et l'accès aux autorisations interdiraient de fait aux sociétés coopératives de médecins de se créer. Pas plus que dans les autres secteurs d'activité, les questions relatives à la transformation de ces établissements et à leur changement de statuts ne sont pas entièrement résolues par cet article. D'autres formes de mutation pourront être développées. Il y faudra aussi d'autres mesures d'accompagnement. Par exemple, l'évolution en matière de patrimoine est ici décisive. Le passage en société coopérative hospitalière de médecins est le signe, pour le médecin libéral, du passage d'une économie de spéculation, fondée sur la gestion d'un patrimoine, à une économie de production fondée sur les revenus de cette production. La "clientèle" n'a donc plus, ici, de sens économique. Ce qui a un sens économique et ce qui crée un revenu pour le médecin libéral, c'est sa capacité de production au travers de l'établissement de santé qu'il constitue par son activité. Il y a donc un problème de génération de transition : comment éteindre le problème du remboursement équitable de ceux qui ont acheté une clientèle autrement que par un rachat de cette clientèle par la structure elle-même ? Seul ce rachat supprimera définitivement la gestion patrimoniale d'une clientèle qui n'a plus de sens économique pour les médecins libéraux en établissement. Seul ce rachat par la structure préservera la faculté contributive des jeunes médecins puisqu'ils pourront la consacrer entièrement à leur établissement et la faire ainsi participer à

l'amélioration de leur exercice au lieu de la voir constituée en contribution externe à l'amélioration de la retraite de ceux qui l'ont précédé.

La continuité de personne morale instituée ici est la première condition indispensable à la mutation des sociétés existantes. Deux conditions de conformité et d'équité de valorisation sont posées à la transformation d'un établissement de santé exploité sous forme de société commerciale :

- que le montant de la situation nette soit au moins égal au montant du capital social
- que l'intégralité des réserves légales ou conventionnelles ait été incorporée au capital préalablement à la transformation.

### **LE RESEAU COOPERATIF DE SANTE**

**L'article 6321-2 - réseaux coopératifs de santé -**. Les réseaux de santé tels que définis par la présente loi en son article 6321-1 ont besoin d'être dotés d'une personnalité morale adaptée à leurs spécificités. Le droit coopératif leur est ici ouvert, selon les principes de la loi de 1947.

Leur objet correspond à ce qui est recherché par les pouvoirs publics lorsqu'ils incitent au développement de ces réseaux comme cela est le cas depuis plusieurs années. De plus en plus en effet, en médecine (particulièrement dans le cas des maladies chroniques) ou pour des prises en charge de populations ou des actions à caractère social, la multitude des intervenants exige un minimum de concertation, de coordination, d'organisation et de financement communs. Le droit coopératif, en ce qu'il fonde l'organisation sur l'apport de chacun à l'activité commune, dans le respect du statut de chacun, est particulièrement adapté.

Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé pourront adhérer à toute structure de coopération publique ou privée concourant au développement de l'organisation en réseaux. Ainsi la constitution de réseaux de santé est-elle doublement facilitée : ils trouvent dans le droit coopératif une personnalité morale adaptée, mais le droit coopératif permet aussi à des acteurs qui ne pouvaient se rejoindre à cause de leur différence de statuts de le faire maintenant, à condition, pour les acteurs de statut privé ou libéral, de se grouper préalablement en société coopérative.



Les règles particulières aux sociétés coopératives de médecins s'appliquent sauf :

- celles concernant l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins. Compte tenu de la diversité de fait des réseaux et des professions qu'ils fédèrent, les réseaux ne peuvent pas être constitués, aujourd'hui, en société d'exercice professionnel. Il s'agit pourtant de créer une société qui permette de faciliter l'exercice de leur art ou de leur activité à des intervenants personnes physiques ou personnes morales de statuts différents mais qui concourent ensemble à une prise en charge coordonnée de personnes.

Si la dimension médicale est première ou très dominante, ils peuvent, dans certaines conditions, se constituer en société coopérative hospitalière de médecins. Mais, le plus souvent, en l'état du droit, il s'agira d'une société se rapprochant d'une société de moyens juxtaposant les champs de responsabilité. Cette société de moyens devrait logiquement évoluer vers ce qui pourrait être une société d'exercice interprofessionnelle ou pluriprofessionnelle, mais il y faudra une autre intervention du législateur.

- celles concernant l'engagement d'activité. Il y a là une règle particulière car la diversité d'activité des acteurs est telle que certains d'entre eux ne sont, de fait, engagés avec leur réseau que pour un faible nombre de personnes ou de patients pris en charge. Un médecin généraliste, par exemple, n'a à prendre en charge sur une année que quelques cas de malades atteints du cancer. Il n'en demeure pas moins que la qualité de cette prise en charge exige qu'elle se fasse dans le cadre concerté d'un réseau. L'engagement ne peut donc porter sur la totalité de l'activité, mais doit être libellé de façon appropriée aux professions concernées, compte-tenu de l'objet spécifique de chaque réseau.

L'expérience acquise par ces réseaux et surtout leur montée en charge effective amènera à revoir et à compléter ce texte pour l'adapter aux difficultés rencontrées et à leurs exigences spécifiques. Au moins les acteurs concernés trouveront-ils ici un outil qui leur manquait et qui leur permet de se constituer en personnalité morale apte à les rassembler sur une base démocratique et pérenne. Le fonctionnement sur une base de démocratie des hommes est une nécessité compte tenu de la diversité des origines, des statuts et du poids économique des acteurs. La pérennité de la structure est nécessaire tout à la fois pour recueillir les financements et pour justifier les engagements.

## **Coopératives hospitalières de médecins Réseaux coopératifs de santé**

### **Amendement à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**

ARTICLE 57 de loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Après l'article L. 6162-13 du code de la santé publique est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre III : Les coopératives hospitalières de médecins.

Art. L. 6163-1 :

Les sociétés coopératives hospitalières de médecins sont des sociétés d'exercice professionnel qui ont pour objet d'exercer en commun la médecine en qualité d'établissements de santé tels que définis par les articles L 6111 et suivants du code de la santé publique, et ce par la mise en commun de l'activité médicale de ses associés.

Elles sont régies par loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, soumises aux dispositions du présent chapitre, et, en ce qu'elles ne sont pas contraires à celui-ci, par les dispositions des articles L. 231-1 à L.231-8 et L.210-1 à L.247-9 du Code de commerce.

Elles sont constitués entre médecins spécialistes ou généralistes, régulièrement inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, ou entre médecins et d'autres acteurs de santé.

Les associés se choisissent librement et, sauf dérogation prévue par la présente loi, disposent de droits égaux quelle que soit l'importance de la part du capital social détenue par chacun d'eux.

## Art. L. 6163-2 :

Les sociétés coopératives hospitalières de médecins doivent être inscrites au tableau de l'Ordre départemental des Médecins du lieu de leur siège social.

Les actes et documents émanant de la coopérative et destinés aux tiers, notamment les lettres, factures, annonces et publications diverses, doivent indiquer lisiblement la dénomination sociale de la coopérative, précédée ou suivie des mots : «société coopérative hospitalière de médecins à capital variable», accompagnée de la mention de la forme sous laquelle la société est constituée ainsi que du numéro d'inscription au tableau de Conseil départemental de l'Ordre.

## Art. L. 6163-3 :

Les sociétés coopératives hospitalières de médecins sont des sociétés à capital variable constituées sous forme de société à responsabilité limitée, de société anonyme ou de société par actions simplifiée.

## Art. L. 6163-4 :

Seuls peuvent être associés d'une société coopérative hospitalière de médecins,

- en tant qu'associés coopérateurs :
  - des médecins libéraux, personnes physiques, régulièrement inscrits au Tableau du Conseil de l'Ordre des médecins ;
  - des professionnels de santé libéraux non médecins contribuant à la réalisation de l'objet de la société coopérative.

Les statuts fixent les règles relatives à l'obligation qui est faite à chaque associé coopérateur d'apporter son activité hospitalière à la société et d'utiliser exclusivement les services de la société pour une durée déterminée, sauf dérogation expresse accordée selon une procédure définie par les-dits statuts et, corrélativement, de souscrire une quote-part du capital en fonction de cette activité, chaque coopérateur ayant ainsi la double qualité d'associé et d'utilisateur.

- en tant qu'associés non coopérateurs,
  - des salariés de la société coopérative, de ses filiales et des organismes coopératifs de santé auxquels elle adhère, directement ou par l'intermédiaire d'un fonds commun de placement gérant l'épargne salariale ;
  - des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé, à caractère professionnel ou interprofessionnel contribuant à la réalisation de l'objet de la société coopérative, dans le cadre de l'économie de santé.

Les associés coopérateurs non médecins et les associés non coopérateurs ne peuvent détenir ensemble plus de 49 % des droits de vote. Les associés non coopérateurs seuls, ne peuvent détenir plus de 35 % des droits de vote. En outre, aucun associé non coopérateur ne peut disposer ou représenter de plus de 10 p. 100 des voix.

Chaque associé dispose d'une seule voix dans les assemblées sous réserve des dispositions statutaires permettant d'assurer le respect du présent article.

Art. L. 6163-5 :

Les sociétés coopératives hospitalières de médecins peuvent admettre des tiers non associés à bénéficier de leurs services ou à participer à la réalisation des opérations entrant dans leur objet. Cette faculté doit être mentionnée dans les statuts.

Ce choix de tiers non associés s'effectuera à titre complémentaire et dans l'intérêt économique de la coopérative et de ses associés.

Les opérations réalisées avec des tiers non associés font l'objet d'une comptabilité séparée. Elles ne peuvent excéder 20% du chiffre d'affaires total annuel de la coopérative. Si les comptes font apparaître un dépassement de cette proportion, la société dispose d'un délai d'un an pour régulariser la situation.

## Art. L. 6163-6 :

Le capital social des sociétés coopératives hospitalières ayant des associés non coopérateurs est partagé en deux fractions distinguant les parts des associés coopérateurs et celles des associés non coopérateurs.

Le capital des sociétés coopératives hospitalières de médecins est représenté par des parts sociales nominatives. Leur valeur nominale est uniforme et ne peut être inférieur à un montant fixé par décret.

Le capital est variable. Le capital ne peut être rémunéré sauf disposition expresse des statuts, dans le cadre fixé par la loi, et qui ne pourra s'appliquer qu'aux associés non coopérateurs.

Dans les statuts, les règles relatives à la détermination des parts sociales que doivent souscrire les associés coopérateurs sont fixées en proportion de leurs apports ou des honoraires qui leur sont versés par la coopérative en rémunération de leurs apports. Le retrait d'un associé ou son exclusion oblige la société coopérative au remboursement des parts sociales à leur valeur nominale éventuellement réévaluée dans la limite fixée à l'article 18 de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et selon une règle qui ne peut être modifiée qu'après 5 ans de mise en œuvre.

## Art. L. 6163-7 :

Le conseil d'administration ou le directoire nomment un directeur salarié sous contrat. Le directeur salarié assiste de droit aux réunions du Bureau, du Conseil d'Administration ou, selon le cas, du Directoire ou du Conseil de Surveillance ainsi qu'aux Assemblées Générales. Il a autorité sur les personnels salariés. Il représente le conseil d'administration ou le directoire vis à vis des tiers, dans la limite des pouvoirs qui lui sont concédés. Ses autres pouvoirs sont précisés dans les statuts.

## Art. L. 6163-8 :

Les établissements de santé privés constitués sous forme de coopératives hospitalières de médecins établissent un projet d'établissement tel que défini à l'article L. 6143-2.

Il devra faire l'objet d'une traduction dans le règlement intérieur de la société coopérative hospitalière.

Art. L. 6163-9 :

L'exercice de la médecine par les associés coopérateurs constitue leur apport à la société coopérative de médecins qu'ils forment. Quel que soit le payeur, le paiement ou le mode de paiement de cette activité médicale, les versements sont effectués à la société coopérative de médecins sur un compte nominatif ouvert à cet effet.

L'Assemblée Générale fixe règles de détermination des honoraires payés et les modalités de versement, par la dite société, aux coopérateurs en prix de leurs apports, seuls les associés coopérateurs ayant droit de vote.

Ces règles sont communiquées à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et au Conseil départemental des Médecins.

Les honoraires ainsi déterminés le sont à titre provisoire et ne deviennent définitifs qu'à la clôture des comptes, après imputation des résultats de l'exercice.

Art. L. 6163-10 :

La décision régulièrement prise par toute société, quelle qu'en soit la forme, ou tout groupement d'intérêt économique, de modifier ses statuts pour les adapter aux dispositions du présent titre n'entraîne pas création d'une personne morale nouvelle.

En cas de transformation d'un établissement de santé exploité sous forme de société commerciale, la décision de transformation est subordonnée au respect de deux conditions :

- que le montant de la situation nette soit au moins égal au montant du capital social
- que l'intégralité des réserves légales ou conventionnelles ait été incorporée au capital préalablement à la transformation.»

---

ARTICLE 57 de loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Réseaux coopératifs de santé

Après l'article L. 6321-1 du code de la santé publique est inséré un article ainsi rédigé :

«Art. L. L. 6321-2 :

Régis par loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent article, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant à aux critères de la définition des réseaux de santé tels que définis l'article 6321-1 du présent code.

Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des GIE, des GIP ou des associations ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sauf :

- celles concernant l'inscription au tableau de l'Ordre départemental des médecins ;
  - celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société, tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs. Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements par un membre.»
-

## **Document N° 7**

***L'accès au droit coopératif  
pour les professionnels de santé,  
genèse des  
sociétés coopératives hospitalières de médecins  
et des réseaux coopératifs de santé***

Article à paraître dans la revue du centre de droit JuriSanté, Actualités JuriSanté n° 34-35, Dec 2001-Jv 2002, numéro consacré au Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Nous remercions madame Claudine ESPER, Directeur de la rédaction, pour son autorisation de reproduction.





***L'accès au droit coopératif  
pour les professionnels de santé,  
genèse des  
sociétés coopératives hospitalières de médecins  
et des réseaux coopératifs de santé***

Gérard Parmentier, Philippe Bergerot<sup>11</sup>

Le droit coopératif<sup>12</sup> arrive dans le monde de la santé. La question de son origine se pose donc légitimement. Ce droit coopératif adapté à la production de soins n'est pas d'abord le fruit d'une dynamique collective unanime, justifiant son élaboration par un impératif de survie collective. Il n'est pas plus le fruit d'une volonté affichée de l'Etat d'aider à l'évolution ou à la réforme de l'organisation du système de santé ou du système hospitalier dont il a la charge.

D'où vient-il alors ?

---

<sup>11</sup> Respectivement Secrétaire National et Président de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC)

<sup>12</sup> «On peut résumer l'approche coopérative en matière de sociétés de production de biens et services en un noyau dur des règles coopératives qui se ramène à quatre puisqu'il s'agit de réguler non seulement le groupement de personnes et l'entreprise mais également les rapports de ces deux éléments de manière à ce qu'ils demeurent interdépendants. Ces quatre règles sont :

- une règle relative au groupement de personnes : l'égalité : un membre, un vote,
- une règle relative aux rapports membres-entreprise : la détermination de l'activité de l'entreprise par l'activité des personnes,
- une règle relative aux rapports entreprise-membres : la distribution des résultats proportionnelle aux opérations faites avec l'entreprise,
- une règle relative à l'entreprise : la propriété durablement collective des résultats réinvestis.

Ces quatre règles assurent la stabilité de la combinaison quand des forces centrifuges, liées à leurs environnements respectifs, tendent à les dissocier.»  
Alberto ZEVI, José-Luis MONZON-CAMPOS (Eds) ; *Coopératives, marchés, principes coopératifs* ; Ciriec - De Boeck Université - Bruxelles 1995, p. 10

Il faut tout d'abord répondre à la question : pourquoi donc une «loi particulière» ?

La loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 qui fonde le droit coopératif<sup>13</sup> en France précise dans son Article 2 que «*les coopératives sont régies par la présente loi sous réserve des lois particulières à chaque catégorie d'entre elles*». Il y a là une logique imparable : puisque les sociétés coopératives sont, de fait, assimilables à ce que nous appelons en médecine des sociétés d'exercice professionnel, il est logique que le législateur ait prévu l'adaptation des grands principes qui fondent le droit coopératif aux spécificités de chacune des professions qui sollicitent leur accès à ce droit.

Dans le monde médical, on ne peut citer qu'un décret de 1965<sup>14</sup> au contenu assez maigre et resté sans grand effet. Pourquoi, à l'inverse de ce qui s'est produit dans de très nombreuses professions, personne ou presque ne s'est attelé plus tôt à la tâche d'organiser ce droit coopératif pour l'adapter aux spécificités et besoins des professions de santé ? L'initiative aurait pu venir des organismes représentatifs des professionnels eux-mêmes, de l'Etat, des Caisses, du monde coopératif ou mutualiste lui-même... Non, malgré l'intérêt suscité, il n'y a pas eu d'initiative collective significative. Nombreux sont les auteurs qui s'interrogent sur le peu d'attention que suscite l'organisation du système de santé en général. La question de ce retard dans l'adaptation ou l'ouverture du droit coopératif, d'un droit somme toute classique demeure. Déjà, elle s'était posée pour l'ANAES : il est rare en effet d'assister à la naissance d'un organisme d'évaluation et d'accréditation placé sous la responsabilité des professionnels concernés sans que les institutions rassemblant ces professionnels n'en soient à l'origine... Soucieux de leur indépendance, les libéraux en particulier, auraient dû, logiquement, revendiquer de longue date un droit qui est conçu pour préserver leur indépendance de producteurs utilisant un plateau technique commun... Beau sujet d'investigation de sociologie comportementale et institutionnelle, sans doute.

---

<sup>13</sup> La Documentation Française a publié un ouvrage fort utile qui rassemble dans un seul et même document les dispositions générales régissant le statut de la coopération et celles particulières propres à chaque forme ou domaine de coopération. Sociétés coopératives, textes législatifs et réglementaires, la Documentation Française, n° 1660.

<sup>14</sup> Décret N° 65-920 du 2 novembre 1965 relatif aux sociétés coopératives entre médecins (Journal officiel du 4 novembre 1965)

Quel est donc le point de départ de cette initiative ? Avant tout la volonté conjugée de divers professionnels de surmonter un certain nombre de blocages auxquels ils se heurtent et qui, parfois, proviennent ou sont renforcés par l'inadaptation du droit des sociétés aux spécificités de leurs activités. Plus largement, ces blocages ont parfois aussi pour origine les conflits entre les différents droits auxquels les professionnels sont soumis. Pour les médecins actionnaires, la capitalisation des cliniques reste soumise à une économie de spéculation alors qu'ils la souhaiteraient souvent régie par une économie de production. La qualité de l'organisation devient en médecine comme dans les autres activités de production, un des paramètres clef de la qualité de la prestation. L'émergence d'une véritable fonction de direction - au sens de capacité d'animation autour d'un projet collectif - est donc ressentie comme une nécessité plus forte que les réticences du milieu. Traditionnellement en effet, dans le monde hospitalier, la "direction" est souvent coupée de la "médecine", ce qu'il est convenu d'appeler "l'administratif" et le "médical", ont du mal à s'articuler. Par ailleurs, la pression se fait forte sur les professionnels de la part de secteurs entiers qui ne comprennent rien à l'organisation juridique de nos professions. En termes de responsabilités, les tribunaux confondent celles des médecins et celles des cliniques. En termes de revenus, de nombreux commentateurs, pas tous de mauvaise foi, confondent revenu et chiffre d'affaires, honoraires conventionnels et salaire versé par la clinique. Contrat et lien de subordination sont souvent confondus eux aussi alors même qu'il s'agit de professions libérales soumises au devoir d'indépendance. La transversalité, la pluridisciplinarité, la coopération, l'organisation en réseaux font partie du jargon indispensable à tout professionnel qui veut paraître "dans le coup", mais la réalité est souvent plus maigre que les discours. Pourtant, chacun sent confusément que ces mots recouvrent des exigences fondatrices de notre avenir et qu'il faudra bien un jour les traduire dans nos organisations et dans le droit.

Bref, les professionnels, libéraux en particulier, se responsabilisent sur la question des conditions qui leur sont faites en terme d'organisation de leurs propres métiers, sur la question de la sortie des contradictions du droit auxquelles ils sont souvent soumis.

C'est dans ce cadre général que l'accès au droit coopératif se pose, 50 ans à 100 ans après d'autres professions, aux professions de santé.

De façon plus immédiate, il aura fallu la conjonction sur ces dernières années, de plusieurs expériences dont quelques-unes sont relevées ici :

- Celle, au début des années 90, d'un groupe de médecins hospitaliers privés dotés d'un projet médical fort et, à l'époque, souvent combattu, car fondé sur des exigences de maîtrise de leur outil de travail, d'évaluation, d'innovation. Ces médecins avaient du mal à se doter de structures juridiques conformes à leurs valeurs et aux exigences de leur projet. Il s'agit du Groupe Ponscarron au Mans. Ses responsables et en particulier le docteur Guy Bazin qui fut son premier Président cherchèrent longtemps à conceptualiser leurs intuitions et à trouver des formes juridiques aptes à organiser et à donner confiance à un actionariat médical nombreux (plus de 90 médecins) et très éclaté. Leurs nombreuses questions, interventions, demandes de confrontations ont fait ressortir que les pratiques de très nombreuses cliniques détenues par des médecins libéraux étaient, de fait, des pratiques de type "coopérative". Or il se trouve que la majorité des cliniques, en France, est détenue par un collectif de médecins au capital éclaté. Plusieurs colloques reprennent ces interrogations et en débattent, à l'initiative d'organisations médicales (CSMF en avril 1994 par exemple), ou de réunions organisées par ou autour des questions relatives aux cliniques et à leurs fédérations. La question de fonds est celle de la volonté collective des médecins face à l'outil de travail, celle des conditions de leur indépendance, celle d'une organisation juridique adéquate à une volonté de régulation démocratique et favorisant la pérennité d'un projet d'entreprise subordonné à un projet médical.
- Celle, en septembre 1995, du nouveau Syndicat Unifié des Chirurgiens Français regroupant les syndicats de spécialité de deux grandes centrales. Il s'empare de l'idée sous forme de revendication. L'intention est la même, mais l'initiative est d'origine différente et la question est, pour la première fois, portée au niveau institutionnel. Lors de leur rencontre avec Elisabeth Hubert, Ministre de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie, ses représentants (entre autres les Dr. Didier Lambert et Jacques Meurette) demandent la création d'une société coopérative hospitalière adaptée aux conditions d'exercice des chirurgiens libéraux. Leur syndicat en fait une de ses revendications les plus pressantes et laisse une note au Cabinet. Cette note a été publiée peu après. La revendication a été rediscutée début 1996 avec les Cabinets

Juppé, Barrot et Gaymard qui lui ont fait un accueil favorable.

- Fin 1995 toujours, Claire Bazy-Malaurie est nommée Directrice des Hôpitaux. Elle découvre le monde de la santé et reçoit les organisations représentatives de son nouveau secteur. Recevant la CSMF, elle fait le tour des questions d'actualité touchant à la médecine libérale. Elle découvre l'importance de l'hospitalisation privée, interroge ses invités sur les relations entre les cliniques et les médecins. "A qui faut-il que je m'adresse ?" demande-t-elle plusieurs fois, espérant à chaque fois qu'on lui désigne un interlocuteur unique pouvant répondre de "l'administratif" comme du "médical"... La question restera célèbre. Au bout d'un moment ses interlocuteurs (en particulier les Dr. Claude Maffioli et Serge Larüe-Charlus) lui répondent que ce n'est pas juridiquement possible d'avoir une réponse univoque. "Il faudrait que nous ayons accès au droit coopératif..." Loin de se trouver troublée par une telle réponse, elle s'inquiète elle-même de ce sujet et demande à son Chargé de Mission, Bruno Maquart de creuser la question. Bruno Maquart organise plusieurs réunions au Ministère, mais se heurte à l'incredulité des services. Pour autant, le dossier n'est pas abandonné. Il est trop tard pour mettre au point et insérer un texte dans le dispositif des ordonnances, mais il est décidé d'insérer un texte dans un prochain DMOS. On peut trouver une trace de ces réflexions dans le titre donné à une structure créée alors, le "C" de GCS, Groupement de Coopération Sanitaire n'est pas là par hasard... Certains commencent en effet à s'interroger sur le droit de la coopération public-privé, sur un corps de droit adapté aux pratiques de réseaux, sur la mise en synergie d'acteurs de statuts différents.
- Celle de médecins impliqués dans la gestion de plateaux techniques lourds, radiologie, radiothérapie, laboratoires... et de certaines de leurs organisations représentatives. L'approche est ici différente. La culture et la pratique sont souvent de type coopératif, le succès des sociétés d'exercice en commun, la pratique de la "masse commune" en matière d'honoraires en témoignent, entre autres. La question est plutôt ici celle de la relation du groupe de professionnels concernés, de la société qui les regroupe, avec l'entité clinique. Souvent l'histoire est lourde de conflits. Cette histoire pousse au maintien de l'indépendance des structures. Pourtant la pratique médicale comme celle du droit des autorisations, poussent à la révision des conditions du "vivre ensem-

ble". C'est ainsi que l'UNHPC a, de longue date, par ses Présidents successifs, les docteurs Pierre Cojan, Antoine Saris puis Philippe Bergerot, poussé à la réflexion collective sur les conditions d'articulation juridique, sur les conditions juridiques d'une saine "coopération" entre plateaux techniques de radiothérapie et cliniques. La question avait ainsi été posée à un organisme conseil juridique, par exemple, à la fin des années 90.

Ainsi, au fil du temps, l'idée fait son chemin et nombreuses sont les personnalités qui l'évoquent, soit pour la travailler lors de nombreux colloques ou au travers d'articles, soit pour la mettre en œuvre comme si le droit était déjà ouvert, soit pour la railler, ce qui est une forme de prise en compte ("il y a encore des médecins qui croient qu'on peut gérer une clinique comme le prolongement du cabinet médical..."). Certains grands responsables de la profession y voient, eux, un des aboutissements d'une vie consacrée à la reconnaissance de la spécificité de la médecine exerçant sur plateaux techniques lourds. Les revues professionnelles (revues spécialisées sur les plateaux techniques, ou sur les cliniques privées - Hospitalisation Nouvelle, la revue de l'UHP par exemple -...) se font l'écho de ces réflexions.

Les cliniques restent majoritairement à capital médical éclaté et le droit reste peu adapté à leur culture, à leur pratique du pouvoir, à leur volonté d'organisation. Les problèmes de l'inadéquation du droit, de ses contradictions, les questions de l'impossibilité d'être en capital variable, de la déductibilité automatique des frais d'emprunt liés au versement en capital, de la récupération de son capital au moment du départ à la retraite, la question de la défense du caractère professionnel de l'actionnariat demeurent... Les réseaux se créent et ne trouvent pas la structure juridique, la personnalité morale, qu'il leur faut pour assurer tout à la fois pérennité, maintien des statuts d'origine et approche démocratique scellant la dynamique d'un projet entre personnes physiques et morales plutôt qu'un simple rapprochement de structures.

Nous arrivons donc à l'actualité.

Au tout début de l'année 2000 Claude Evin consulte pour son futur rapport parlementaire sur les questions de décentralisation-déconcentration du système de santé. C'est dans ce cadre qu'il reçoit les responsables de

l'UNHPC et qu'il les interroge sur l'utilité de l'organisation en réseaux et sur la réalité des pratiques. En cancérologie, il est clair que l'organisation en réseaux est nécessaire, non comme un instrument au service des Tutelles pour "restructurer" le paysage hospitalier, mais comme condition du développement des bonnes pratiques médicales. Claude Evin interroge alors sur les difficultés concrètes de développement de tels réseaux. Très vite l'inadéquation du droit est évoquée, et tout naturellement la question de ce que serait un droit adapté. C'est alors que le corps de droit coopératif est évoqué : seul il permet à des membres de garder leur indépendance et leurs statuts, avec la garantie que l'existence de la société est suspendue à l'activité de ses membres, avec une organisation du pouvoir assise non sur le capital ou le poids des structures, mais sur un principe démocratique et sur l'importance relative de l'activité réellement faite avec la société. Tout cela apparaît à Claude Evin comme a priori assez évident. Dès lors, il se pose lui aussi la question de savoir pourquoi ce droit n'a jamais été ouvert aux professionnels de santé. Après avoir procédé à quelques vérifications et aux consultations nécessaires il décide de prendre le dossier en charge. Au cabinet Aubry, Bruno Maquart lui confirme connaître le dossier et les réflexions de la Direction des Hôpitaux. Le dossier est relancé avec l'appui des Ministres de Tutelle et de leurs Cabinets.

Les mêmes causes produisent les mêmes effets. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a maintenant la Tutelle des Etablissements privés sous OQN, mais cela est récent. Ce secteur reste mal connu des services, celui de la médecine libérale encore plus. L'intérêt des services est donc tout relatif. Même s'il y a réel débat, beaucoup ne voient pas bien l'opportunité offerte par la mise au point de ce droit coopératif. Pourtant, à l'inverse des autres droits des sociétés, à accès direct, il faut ici qu'une profession sollicite son accès au droit et le vote d'une "loi particulière". Il y aurait donc là, du seul point de vue de la Tutelle, une occasion rare de susciter une confrontation d'intérêts entre les professionnels et elle-même. La procédure oblige à se mettre d'accord sur une conception du métier et donc sur les perspectives de réforme de ce, de ces métier(s), sur leur articulation avec leur utilité sociale, ici avec une conception du service public. De tradition longue, les ministères de l'agriculture, de l'industrie, des transports, de l'artisanat savent cela, et ils en ont usé. Ici, la transformation de la Direction des Hôpitaux en Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins est encore récente...



Il reste que ce dossier crée de fait une occasion de peser sur l'organisation de système de santé, une occasion de montrer que la contribution au service public de la santé n'est pas affaire de statut, mais au contraire que l'adaptation de tous les statuts, dans leur diversité, participe de la nécessaire évolution de notre système de santé.

Bref, devant ce constat, les cabinets concernés et Claude Evin pressent leurs interlocuteurs de constituer un groupe de travail informel qui fasse avancer le sujet en faisant des propositions. Un groupe informel de travail se constitue donc, librement, à partir de personnalités s'étant rencontrées sur le sujet, qui, à l'origine, ne se connaissent pas toutes, mais qui toutes ont eu à exercer des responsabilités dans l'organisation du système hospitalier. Leur volonté commune est de confronter leurs expériences concrètes, en dehors de tout pré-supposé politique ou idéologique. Leur ancrage professionnel est volontairement très diversifié : chirurgiens, anesthésistes, radiothérapeutes, spécialistes, membres d'organismes de Tutelle, juristes, présidents et directeurs de cliniques, ayant eu ou ayant des responsabilités variées de mandataires sociaux, de syndicalistes, de représentation dans des structures hospitalières ou dans leurs organismes de Tutelle. L'idée leur est a priori séduisante, pour la majorité. Elle suscite de grandes craintes pour d'autres (le risque de l'agora médicale, l'incapacité collective à réguler le pouvoir, le risque démocratique de favoriser les médiocres... sont exprimés dès l'origine). L'UNHPC fédère l'ensemble, l'UHP prête ses locaux avec sympathie et participe parfois aux échanges. Trois juristes tiennent une place particulière dans ces travaux : Maître Michel Guérin, Directeur Associé en charge du Service Sociétés, Avocat au barreau des Hauts de Seine, Responsable National du Département Santé de la FIDAL, en particulier sur le droit des sociétés ; Maître Yves Lachaud, en particulier sur les questions de responsabilité médicale ; très rapidement aussi, monsieur Francisco Jornet, juriste au Conseil National de l'Ordre des Médecins, en particulier sur le droit relatif à l'exercice médical. La richesse de ce groupe informel et la diversité d'origine de ses membres avaient un autre avantage : ces personnalités pouvaient soumettre les questions et les conclusions du groupe à leur environnement, les faire retravailler, consulter au sein même de leurs structures d'appartenance et ainsi démultiplier les avis.

Après s'être plongé dans le droit coopératif, le groupe s'est fixé pour premier travail d'exprimer la liste des contradictions du droit du point de vue

de l'exercice en clinique et en réseau de santé, des blocages juridiques de tous ordres auxquels se heurtent les professionnels. Puis il a examiné l'apport éventuel du droit coopératif : permet-il de résoudre ces contradictions, de dénouer les blocages auxquels se heurtent les professionnels et leurs structures, facilite-t-il l'exercice des professions concernées ? Dans bien des cas, la réponse du groupe est oui.

Le groupe de travail n'avait aucune légitimité à saisir Bercy ou le Conseil d'Etat. Il le souhaitait pourtant. Cela aurait sans doute permis d'améliorer et de compléter le projet. Certainement sa mise en œuvre sera l'occasion de nouveaux développements, de la prise en charge de questions nouvelles et sur lesquelles le projet n'a pas pu aller aussi loin que ses promoteurs l'auraient souhaité.

A cours de ces premiers travaux, le groupe de travail avait par contre pris directement contact avec le Conseil National de l'Ordre. Son Président, le professeur Bernard Glorion, avait déjà entendu parler du projet, au cours de sessions des JEPU des anesthésistes, par exemple. Mais il ne s'agissait encore que d'une idée. Dans la mesure où il s'agissait maintenant de toucher au droit, il fallait consulter le Conseil de l'Ordre sur son champ de compétence. Les travaux ont été menés avec Messieurs Bernard Glorion et Pierre Haehnel, Secrétaire Général, dès l'automne 2000. C'est grâce à eux qu'à partir de ce moment là le groupe de travail a pu bénéficier de l'apport régulier de Francisco Jornet, déjà cité. Les principaux responsables du Conseil National de l'Ordre ont très vite montré leur intérêt pour cette ouverture au droit coopératif. Ils y voyaient un des instruments modernes susceptibles de contribuer à l'adaptation et au maintien de l'indépendance professionnelle et ils ont donc encouragé le groupe à poursuivre son travail. Ce sont eux qui ont amené le groupe de travail à pousser sa logique jusqu'au bout et à mettre dans la loi l'inscription des sociétés coopératives hospitalières de médecins au tableau du Conseil départemental de l'Ordre. Puisque la structure de médecins soigne, c'est donc qu'elle est médecin, avec toutes les conséquences que cela a et toutes les perspectives que cela ouvre.

Le 2 novembre 2000, dans un article du journal *Le Monde* intitulé «Assurance-maladie, médecine libérale : deux chantiers à ouvrir», Claude Evin écrit : *"Face à l'évolution des tâches qui incombent aux médecins de ville, il deviendra de plus en plus utile d'avoir divers modes d'organisation de l'activité médicale. Le statut libéral ne permet pas d'apporter des*

*réponses toujours satisfaisantes à ces nouvelles exigences. Entre le statut libéral et la Société commerciale, il y a des solutions à inventer, qui ne soient pas la fonctionnarisation de la médecine. A titre d'exemple, le statut de la coopération adapté à l'activité médicale pourrait être examiné."*

En conclusion de la première phase de ses travaux, les membres du groupe de travail ont pu vérifier leur très large consensus. Ils rédigent alors un document de synthèse intitulé "Document de travail pour une loi permettant la création de sociétés coopératives hospitalières". Ce document, remis à Claude Evin le 9 février 2001 a permis à ce dernier de vérifier l'accord des Cabinets des Ministres de Tutelle, de confirmer le chantier législatif éventuel, de relancer le Ministère.

La question de l'ouverture du droit coopératif aux professionnels de santé libéraux a aussi, par exemple, été portée devant le groupe dit des "Sages" qui prépare, sur la même période, son rapport de proposition à Elisabeth Guigou. Le support de la future loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qu'on appelait encore à l'époque "loi de modernisation", a alors été confirmé. Dès lors le chantier est définitivement piloté, de concert, par Claude Evin et par le cabinet Kouchner.

Le groupe ainsi relancé fait alors deux choix :

- tout d'abord, compte tenu de l'évolution du droit des sociétés, de la déréglementation de fait, et de l'apparition des sociétés par actions simplifiées (SAS), par exemple, faut-il vraiment se lancer dans la mise au point d'un droit coopératif spécifique ? Dit en termes non juridiques, le cousu main étant maintenant possible en droit des sociétés, tout ce travail est-il vraiment utile ? Après examen, le groupe s'est dit que oui, pour des raisons très pragmatiques. Rien n'empêche ceux qui le peuvent de faire du cousu main avec leur conseil juridique. Mais notre milieu est très dépendant des conseils juridiques, et la multiplicité des avis trouble souvent les assemblées de médecins, pour ne pas dire qu'elle alimente parfois les conflits au lieu d'aider à les résorber. Si un droit coopératif adapté voit le jour, au moins les professionnels concernés n'auront pas à faire ce gros travail de création, au moins auront-ils dès le départ un corps de droit cohérent. Il leur sera plus facile de se mettre d'accord sur son adéquation à leur projet que de se mettre d'accord sur une construction juridique ex nihilo.

- la demande qui est à l'origine du groupe de travail et la présence de certains de ses membres est beaucoup plus justifiée par l'approche "réseaux" que par l'approche "établissement". Pourtant le groupe décide de s'attaquer d'abord à la question des cliniques. Il lui apparaît en effet plus facile et plus réaliste d'adapter un droit qui a fait ses preuves en matière de sociétés de production de biens et de services que de créer un droit nouveau en matière de réseaux de santé. Si le groupe fait la preuve de l'apport du droit coopératif en matière de production de soins dans les établissements, il lui apparaît que son travail sur les réseaux en sera facilité, plus réaliste et plus fondé.

Toujours pour coller aux pratiques, le groupe travaille alors sur des projets de statuts. Cela lui permet de se confronter aux problèmes concrets de la vie des sociétés cliniques. Puis, ayant passé en revue toutes les questions ressortant du statut d'une société clinique, il lui est apparu plus clairement ce qui pourrait ou ce qui devrait faire l'objet d'une "loi particulière", telle qu'elle est prévue par la loi de 1947 et ainsi que de nombreuses professions en ont profité. Le groupe s'est donc attaché à rédiger une véritable loi. Comme pour de nombreuses professions, il est arrivé à une loi relativement fournie puisque comportant 35 articles. La "navette" entre le groupe, Claude Evin et les deux Cabinets avait pourtant fixé l'objectif : jamais une loi aussi "particulière" ne pourrait être prise en charge dans les plannings déjà chargés du Parlement. Il fallait donc passer par amendement. C'était pur réalisme. Ce fut donc l'avant dernier travail du groupe : extraire ce qui paraissait indispensable dans son projet pour tenir dans les limites d'un "amendement", le support de la future loi relative "aux droits des malades et à la qualité du système de santé" étant rapidement apparu comme idéal.

Le dernier travail du groupe était bien sûr relatif aux réseaux de santé. Autant la matière était riche sur le chantier de cliniques, des plateaux techniques et de l'exercice médical, autant elle était maigre en matière de pratique de réseaux reconnus. C'est ce contexte qui explique les choix faits en la matière : il s'agissait plus d'ouvrir une porte que de codifier des pratiques nombreuses et stabilisées. Mais, des réseaux aux maisons médicales, nombreuses étaient les expériences qui pourraient bénéficier de ce corps de droit. Il s'agit d'une vraie structure juridique de société de production regroupant des producteurs, personnes physiques et personnes morales indépendantes, avec les sécurités que cela apporte. Elle man-

quait. Pour les Etablissements publics il n'y a pas de "délégation" ni de perte d'identité, pas plus que pour les autres intervenants. Seuls les acteurs du réseau en font partie, il ne peut y avoir détournement au profit d'intérêts étrangers. La mythique fongibilité des enveloppes se réalise dans les faits, par la base, sans attendre des réformes certes annoncées depuis longtemps, mais toujours retardées. La régulation démocratique permet ou facilite la confiance entre acteurs de statut, de taille ou de puissance très différentes et toujours suspectes donc, de vouloir manger l'autre. Bref, la porte méritait d'être ouverte, sans attendre. Il faut bien un jour essayer de traduire dans le droit les exigences de coopération des professionnels, exigences qui sont, elles, rappelées sans cesse. Si l'amendement passe, les réseaux pourront choisir le statut de coopérative hospitalière de médecins ou celui de réseaux coopératifs de santé plus adapté aux réseaux qui ne sont pas à dominante médicale.

Le texte de l'amendement, de l'exposé des motifs et des commentaires d'article étant bouclé, les membres du groupe de travail se sont attachés à le faire connaître et à consulter plus largement. C'est ainsi que l'UNHPC et la FCLH ont consacré à ce projet une très large part de leurs Rencontres annuelles le 20 septembre dernier. Elles s'apprêtent à publier les actes de ces Rencontres et les documents support qui avaient été distribués aux participants. Ces Rencontres permettent par exemple à Edouard Couty (DHOS) de déclarer publiquement son intérêt pour le dossier en ces termes : *"ce projet nous a paru a priori intéressant, car il nous semble qu'il est important d'offrir aujourd'hui des possibilités alternatives. Tout ce qui peut participer à la réalisation de l'axe majeur de la politique hospitalière, qui consiste dans le décloisonnement entre les offreurs et les établissements de soins, la ville et l'hôpital, est a priori intéressant. Ensuite, nous voyons bien s'agissant des établissements qu'il est nécessaire de trouver des solutions alternatives en termes de montage juridique et d'organisation du fonctionnement. Or, toute solution alternative ou tout montage susceptible de se substituer au montage actuel qui permettrait une réappropriation par les professionnels de leur fonction et une meilleure maîtrise de leur outil de travail ainsi qu'une plus grande responsabilité dans la conduite du management de l'établissement est considéré par tous comme bienvenu."*

De façon générale, l'accueil, à de très rares exceptions près, a été bon, pour ne pas dire excellent. Ce texte semble correspondre à l'attente de ceux pour qui il est fait, l'actionnariat médical de cliniques dans lesquel-

les un actionnariat médical éclaté est majoritaire, les cabinets de médecins gérant des plateaux techniques lourds, les professionnels et les sociétés de tous statuts impliqués dans des activités en réseau de santé. Il ne nuit à personne. Il ouvre seulement une possibilité de plus aux professionnels qui en étaient étrangement privés. Pourtant cette période montre qu'entre l'évidence et la compréhension il y a place pour de longues explications techniques. Parfois l'actualité ne favorise pas non plus la compréhension. "Quel est l'intérêt si ce projet ne change rien à la tarification insuffisante des cliniques ?" ; "méfiez-vous c'est encore un coup pour faire payer les médecins..." entend-on par exemple. Parmi les rares objections sérieuses entendues, citons la crainte de certains que l'Administration n'en fasse un modèle qu'elle serait tentée de faire adopter par des cliniques qui ne le souhaitent pas ; le reproche de n'être pas allé plus loin, en particulier en ne prévoyant pas un troisième volet permettant le regroupement de médecins en coopératives, en dehors même des cliniques, plateaux techniques ou réseaux. Les politiques quant à eux, en dehors de l'intérêt marqué par beaucoup de ceux qui s'intéressent aux problèmes du système de santé, se sont vite ralliés à ce qu'ils constataient être un projet très largement consensuel. Certains ont été plus loin, en particulier le Dr. Jean-Luc Prével, responsable santé de l'UDF, qui s'est personnellement et très rapidement engagé à soutenir l'initiative.

La suite est connue : l'amendement a été déposé par Claude Evin au nom du Parti Socialiste, avec l'accord du Gouvernement et par Jean-Luc Prével au nom de l'UDF, puis voté à l'unanimité en première lecture par l'Assemblée Nationale. Le texte sera discuté au Sénat au début de l'année prochaine.

Ses promoteurs ont bien conscience de n'être qu'au début d'une histoire dont nul ne peut prévoir l'ampleur. Ils ont conscience que ce projet aurait pu aller plus loin sur bien des points. Leur travail le permettait d'ailleurs souvent, et le permettra sans doute, sur des points qui leur paraissaient et leur paraissent encore importants.

L'accès à un droit classique chez d'autres était fermé aux acteurs du système de santé. Il fallait que des professionnels de santé le sollicitent, ainsi que cela avait été fait fait bien avant eux par de nombreux autres secteurs d'activité. Il n'a jamais été question d'imposer un modèle, juste d'ouvrir l'accès à ce droit pour offrir une opportunité à ceux qui veulent s'en saisir.

Au moins les promoteurs de cette ouverture ont-ils le sentiment du devoir accompli dans ce début de reconquête d'un droit destiné aux professionnels. Ils sont persuadés que ces nouveaux outils pourront faciliter un exercice de qualité pour ceux de leurs collègues qui voudront en faire usage, en particulier ceux qui lient cette qualité à l'implication dans l'organisation de leurs structures, qu'ils aideront à passer outre à de nombreux obstacles juridiques qui freinent les initiatives et handicapent l'action, qu'ils faciliteront la mise en cohérence de leurs organisations, de leurs structures, des pratiques et du droit, qu'ils aideront au développement et à la modernisation des exigences d'indépendance et de responsabilité que ce droit, plus que d'autres, permet d'articuler. Depuis le vote à l'Assemblée, certains se préparent déjà à la mise en pratique.

Le 7 décembre 2001

**Document N° 8**

**LOI N° 47-1775 DU 10 SEPTEMBRE 1947  
portant statut de la coopération**

MAJ Juillet 2001





## Document N° 8

# LOI N° 47-1775 DU 10 SEPTEMBRE 1947 portant statut de la coopération

(Journal officiel du 11 septembre 1947)

(Table et titres UNHPC - 8/2001)

MAJ Juillet 2001

-----

### TITRE Ier : DISPOSITIONS GENERALES

- Article 1er : objet
- Article 2 : lois particulières
- Article 3 : tiers
- Article 3 bis : associés
- Article 4 : droits des associés
- Article 5 : unions de coopératives

### TITRE II DE L'ORGANISATION ET DE L'ADMINISTRATION DES COOPERATIVES

- Article 6 : mandataires
- Article 7 : statuts
- Article 8 : assemblée générale
- Article 9 : répartition des voix
- Article 10 : vote par correspondance ; sections
- Article 11 : parts sociales
- Article 11 bis : parts à intérêt prioritaire
- Article 12 : libération des parts sociales
- Article 13 : réduction du capital variable par reprise des apports
- Article 14 : intérêt du capital
- Article 15 : excédents ; rémunérations des directeurs et gérants
- Article 16 : disponibilités, réserves
- Article 17 : résultat insuffisant et intérêt statutaire
- Article 18 : capital bien de main morte
- Article 19 : dissolution

### TITRE II bis (Loi n° 85-703 du 12 juillet 1985, art. 1er) UNION D'ECONOMIE SOCIALE

- Article 19 bis : objet ; associés
- Article 19 ter : tiers non associés ; participations
- Article 19 quater : révision coopérative

**TITRE II ter** (Loi n°2001-624 du 17 juillet 2001, art. 36) **SOCIETE COOPERATIVE D'INTERET COLLECTIF**

- Article 19 quinquies : sociétés coopératives d'intérêt collectif
- Article 19 sexies : tiers non sociétaires
- Article 19 septies : associés
- Article 19 octies : vote
- Article 19 nonies : réserve statutaire, intérêt aux parts
- Article 19 decies : subventions des collectivités territoriales
- Article 19 undecies : associé directeur, gérant ou administrateur
- Article 19 duodecies : examen de la situation financière et de la gestion
- Article 19 terdecies : agrément
- Article 19 quaterdecies : mutation
- Article 19 quindecies : agréments, habilitations et conventions

**TITRE II quater** (Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III) **CERTIFICATS COOPERATIFS D'INVESTISSEMENT**

- Article 19 sexdecies : certificats coopératifs d'investissement
- Article 19 septdecies : émission des certificats
- Article 19 octodecies : droits des titulaires
- Article 19 novodecies : durée
- Article 19 vicies : rémunération des certificats ; prix d'émission
- Article 19 unvicies : droit de souscription préférentiel
- Article 19 duovicies : droit sur l'actif net

**TITRE II quinquies** (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 16) **CERTIFICATS COOPERATIFS D'ASSOCIES**

- Article 19 tervicies : certificats coopératifs d'associés

**TITRE III CONTROLE ET SANCTIONS**

- Article 20 : dépôt au greffe du tribunal d'instance
- Article 21 : récépissé ; communication
- Article 22 : dénomination sociale
- Article 23 : contrôle ministériel
- Article 24 : emploi abusif du terme de coopérative
- Article 25 : perte de la qualité de coopérative
- Article 26 : escroquerie

**TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES**

- Article 27 : dispositions applicables aux sociétés commerciales
  - Article 27 bis : délai d'application de dispositions de la loi de 92
  - Article 28 : délai de mise en conformité
  - Article 28 bis: associations loi 1901 du Bas-Rhin, du Haut-Rhin ou de la Moselle
  - Article 29 : applicabilité à l'Algérie et aux DOM-TOM
  - Article 30 : codification
-

## **TITRE Ier**

### **DISPOSITIONS GENERALES**

#### **Article 1er : objet**

Les coopératives sont des sociétés dont les objets essentiels sont :

1. De réduire, au bénéfice de leurs membres et par l'effort commun de ceux-ci, le prix de revient et, le cas échéant, le prix de vente de certains produits ou de certains services, en assurant les fonctions des entrepreneurs ou intermédiaires dont la rémunération grèverait ce prix de revient ;
2. D'améliorer la qualité marchande des produits fournis à leurs membres ou de ceux produits par ces derniers et livrés aux consommateurs ;
3. (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art.1er) "Et plus généralement de contribuer à la satisfaction des besoins et à la promotion des activités sociales et économiques de leurs membres ainsi qu'à leur formation."

Les coopératives exercent leur action dans toutes les branches de l'activité humaine.

#### **Article 2 : lois particulières**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 2)

Les coopératives sont régies par la présente loi sous réserve des lois particulières à chaque catégorie d'entre elles.

#### **Article 3 : tiers**

Les coopératives ne peuvent admettre les tiers non sociétaires à bénéficier de leurs services, à moins que les lois particulières qui les régissent ne les y autorisent.

Si elles font usage de cette faculté, elles sont tenues de recevoir pour associés ceux qu'elles admettent à bénéficier de leur activité ou dont elles

utilisent le travail et qui satisfont aux conditions fixées par leurs statuts. (Dernière phrase abrogée par loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 3)

**Article 3 bis : associés**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 4)

Les coopératives peuvent admettre comme associés, dans les conditions fixées par leurs statuts, des personnes physiques ou morales qui n'ont pas vocation à recourir à leurs services ou dont elles n'utilisent pas le travail mais qui entendent contribuer par l'apport de capitaux à la réalisation des objectifs de la coopérative.

Ces associés ne peuvent en aucun cas détenir ensemble plus de 35 p. 100 du total des droits de vote. Les statuts peuvent prévoir que ces associés ou certaines catégories d'entre eux disposent ensemble d'un nombre de voix proportionnel au capital détenu qu'ils se répartissent entre eux au prorata de la part de chacun dans ce dernier.

Toutefois, lorsqu'au nombre de ces associés figurent des sociétés coopératives, la limite ci-dessus est portée à 49 p. 100 sans que les droits de ces associés autres que les coopératives puissent excéder la limite de 35 p. 100.

Lorsque la part de capital que détiennent les associés définis au premier alinéa excède, selon le cas, 35 p. 100 ou 49 p. 100 du total des droits de vote, le nombre de voix est réduit à due proportion.

Les statuts fixent la quotité maximale du capital que peuvent détenir les associés mentionnés au premier alinéa.

**Article 4 : droits des associés**

Sauf dispositions contraires des lois particulières, présentes ou futures, les associés d'une coopérative disposent de droits égaux dans sa gestion et il ne peut être établi entre eux de discrimination suivant la date de leur adhésion.

**Article 5 : unions de coopératives**

Les coopératives peuvent constituer entre elles, pour la gestion de leurs intérêts communs, sous le titre d'unions de coopératives, des sociétés régies par la présente loi.

## **TITRE II DE L'ORGANISATION ET DE L'ADMINISTRATION DES COOPERATIVES**

### **Article 6 : mandataires**

Les coopératives sont administrées par des mandataires nommés pour six ans au plus par l'assemblée générale des membres et révocables par elle.

### **Article 7 : statuts**

Les statuts des coopératives déterminent notamment le siège de la société, son mode d'administration, en particulier les décisions réservées à l'assemblée générale, les pouvoirs des administrateurs ou gérants, les modalités du contrôle exercé sur ses opérations au nom des associés, les formes à observer en cas de modification des statuts ou de dissolution. Ils fixent les conditions d'adhésion, de retraite et d'exclusion des associés, l'étendue et les modalités de la responsabilité qui incombe à chacun d'eux dans les engagements de la coopérative.

### **Article 8 : assemblée générale**

L'assemblée générale se réunit au moins une fois l'an pour prendre notamment connaissance du compte rendu de l'activité de la société, approuver les comptes de l'exercice écoulé et procéder, s'il y a lieu, aux élections d'administrateurs ou gérants et de commissaires aux comptes. (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 5) "Les statuts peuvent prévoir que ces désignations doivent être prononcées au scrutin secret."

### **Article 9 : répartition des voix**

Chaque associé dispose d'une voix à l'assemblée générale, à moins que les lois particulières à la catégorie de coopératives intéressée n'en disposent autrement.

Les statuts des unions de coopératives peuvent attribuer à chacune des coopératives adhérentes un nombre de voix déterminé en fonction soit de l'effectif de ses membres, soit de l'importance des affaires traitées avec l'union et qui leur soit au plus proportionnel.

(Loi n° 56-745 du 30 juillet 1956, art. 1er) "Néanmoins, des associés ont la faculté de se grouper afin de donner pouvoir à un mandataire pour les représenter."

#### **Article 10 : vote par correspondance ; sections**

Sauf disposition contraire de la législation spéciale, les statuts peuvent admettre le vote par correspondance. Ils peuvent également décider que les associés seront répartis en sections délibérant séparément dont les délégués formeront l'assemblée générale de la coopérative.

#### **Article 11 : parts sociales**

Les parts sociales sont nominatives. Leur cession est soumise à l'approbation soit de l'assemblée générale, soit des administrateurs ou gérants, dans les conditions fixées par les statuts.

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 6) "Les statuts peuvent prévoir l'émission par la coopérative de parts sociales qui confèrent à leurs détenteurs des avantages particuliers.

Ils déterminent les avantages attachés à ces parts, dans le respect des principes coopératifs.

Ces parts ne peuvent être souscrites que par les associés. Elles sont librement négociables entre eux.

#### **Article 11 bis : parts à intérêt prioritaire**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 7)

Les statuts peuvent prévoir la création de parts à intérêt prioritaire sans droit de vote susceptibles d'être souscrites ou acquises par les associés visés à l'article 3 bis ou par des tiers non associés. Ils déterminent les avantages pécuniaires conférés à ces parts.



Lorsque ces avantages ne sont pas intégralement versés pendant trois exercices consécutifs, les porteurs de ces parts acquièrent un droit de vote dans les limites fixées à l'article 3 bis de la présente loi.

Les titulaires de parts à intérêt prioritaire sans droit de vote sont réunis en une assemblée spéciale dans des conditions fixées par décret.

Tout titulaire de parts à intérêt prioritaire sans droit de vote peut participer à l'assemblée spéciale. Toute clause contraire est réputée non écrite.

L'assemblée spéciale peut émettre un avis avant toute décision de l'assemblée générale. Elle statue alors à la majorité des voix exprimées par les porteurs présents ou représentés. L'avis est transmis à la société. Il est porté à la connaissance de l'assemblée générale et consigné à son procès-verbal.

L'assemblée spéciale peut désigner un, ou si les statuts le prévoient, plusieurs mandataires chargés de représenter les porteurs de parts à intérêt prioritaire sans droit de vote à l'assemblée générale des coopérateurs et, le cas échéant, d'y exposer leur avis avant tout vote de cette dernière. Cet avis est consigné au procès-verbal de l'assemblée générale.

Toute décision modifiant les droits des titulaires de parts à intérêt prioritaire sans droit de vote n'est définitive qu'après approbation par l'assemblée spéciale à la majorité des deux tiers des voix exprimées par les porteurs présents ou représentés.

#### **Article 12 : libération des parts sociales**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 8) "Les parts sociales des coopératives qui sont constituées sous le régime de la présente loi doivent être libérées d'un quart au moins au moment de leur souscription et la libération du surplus doit être effectuée dans les délais fixés par les statuts sans pouvoir excéder cinq ans à partir de la date à laquelle la souscription est devenue définitive.

"Les parts émises en contrepartie d'apports en nature sont intégralement libérées dès leur émission."

La société a la faculté de renoncer à poursuivre le recouvrement des sommes exigibles à l'égard d'un associé. En ce cas, l'associé est exclu de plein

droit après mise en demeure par lettre recommandée et à défaut de paiement dans les trois mois.

### **Article 13 : réduction du capital variable par reprise des apports**

Dans les coopératives constituées sous forme de sociétés à capital variable régies par les dispositions du titre III de la loi du 24 juillet 1867, la somme au dessous de laquelle le capital ne saurait être réduit par la reprise des apports des associés sortants ne peut être inférieure au quart du capital le plus élevé atteint depuis la constitution de la société.

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 9) "Toutefois, par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, dans les établissements de crédit coopératifs ou mutualistes constitués sous forme de sociétés à capital variable, le capital social ne peut être réduit par le remboursement des apports des sociétaires sortants au dessous des trois quarts du capital le plus élevé atteint depuis la constitution de la société sans l'autorisation préalable de l'organe central auquel l'établissement de crédit est affilié."

### **Article 14 : intérêt du capital**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 10)

Les coopératives ne peuvent servir à leur capital qu'un intérêt dont le taux, déterminé par leurs statuts, est au plus égal au taux moyen de rendement des obligations des sociétés privées publié par le ministre chargé de l'économie.

### **Article 15 : excédents ; rémunérations des directeurs et gérants**

Nulle répartition ne peut être opérée entre les associés si ce n'est au prorata des opérations traitées avec chacun d'eux ou du travail fourni par lui.

Les excédents provenant des opérations effectuées avec des clients ne doivent pas être compris dans ces distributions.

Les directeurs ou gérants ne pourront être rémunérés au prorata des opérations effectuées ou des bénéfices réalisés que si ce mode de rémunération est prévu aux statuts qui, dans ce cas, devront préciser que le conseil d'administration fixera, pour une durée n'excédant pas cinq ans, le maximum de rétribution annuelle.

**Article 16 : disponibilités, réserves**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-II) "Dans les limites et conditions prévues par la loi et les statuts, les sommes disponibles après imputation sur les excédents d'exploitation des versements aux réserves légales (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 11-I) "ainsi que des distributions effectuées conformément aux articles 11 bis, 14, 15, 18 et 19 viciés" sont mises en réserve ou attribuées sous forme de subvention soit à d'autres coopératives, soit à des oeuvres d'intérêt général ou professionnel."

Sauf dispositions contraires d'une législation particulière, tant que les diverses réserves totalisées n'atteignent pas le montant du capital social, le prélèvement opéré à leur profit ne peut être inférieur aux trois vingtièmes des excédents d'exploitation.

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 11-II) "Les statuts de la coopérative peuvent autoriser l'assemblée générale à incorporer au capital des sommes prélevées sur les réserves et à relever en conséquence la valeur des parts ou à procéder à des distributions de parts gratuites.

"La première incorporation ne pourra porter que sur la moitié des réserves disponibles existant à la clôture de l'exercice précédant la réunion de l'assemblée générale extraordinaire ayant à se prononcer sur l'incorporation, les incorporations ultérieures ne pouvant porter que sur la moitié de l'accroissement desdites réserves enregistré depuis la précédente incorporation."

**Article 17 : résultat insuffisant et intérêt statutaire**

Les statuts peuvent prévoir qu'en cas d'insuffisance des résultats d'un exercice, les sommes nécessaires pour parfaire l'intérêt statutaire afférent à cet exercice seront prélevées soit sur les réserves, soit sur les résultats des exercices suivants sans toutefois aller au-delà du quatrième.

**Article 18 : capital bien de main morte**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 12)

L'associé qui se retire ou qui est exclu, dans le cas où il peut prétendre au remboursement de ses parts, a droit au remboursement de leur valeur nominale.

Lorsqu'ils ne prévoient pas le recours aux dispositions de l'article 16, les statuts peuvent prévoir que l'associé ayant cinq ans d'ancienneté révolus a droit, en outre, en proportion de sa part de capital social et dans la limite du barème en vigueur fixant le taux de majoration applicable aux rentes viagères, à une part de la réserve constituée à cet effet.

Le remboursement des parts de l'associé sortant et la part de la réserve visée à l'alinéa précédent sont réduits à due concurrence de la contribution de l'associé aux pertes inscrites au bilan. Toutefois, les statuts peuvent prévoir, préalablement à cette réduction, l'imputation des pertes, en premier lieu sur la réserve mentionnée ci-avant, et en second lieu sur les réserves statutaires.

**Article 19 : dissolution**

En cas de dissolution et sous réserve des dispositions des lois spéciales, l'actif net subsistant après extinction du passif et remboursement du capital effectivement versé, (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 13) "sous réserve de l'application des dispositions des articles 16 et 18" est dévolu, par décision de l'assemblée générale, soit à d'autres coopératives ou unions de coopératives, soit à des oeuvres d'intérêt général ou professionnel.

**TITRE II bis**

(Loi n° 85-703 du 12 juillet 1985, art. 1er)

**UNION D'ECONOMIE SOCIALE****Article 19 bis : objet ; associés**

(Loi n° 85-703 du 12 juillet 1985, art. 1er)

Les unions d'économie sociale régies par les dispositions de la présente loi sont des sociétés coopératives qui ont pour objet la gestion des intérêts communs de leurs associés et le développement de leurs activités.

Elles peuvent admettre comme associé toute personne physique ou morale. Toutefois, dans (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 14-I) "ces unions, 65 p. 100 au moins des droits de vote doivent être détenus par des sociétés coopératives", des mutuelles régies par le code de la mutualité, (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 14-II) "des organismes de mutualité agricole", des sociétés d'assurance à forme mutuelle, des sociétés d'assurance mutuelles et les unions de mutuelles régies par le code des assurances, des associations déclarées régies par la loi du 1er juillet 1901 ou par les dispositions applicables dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, des unions ou fédérations de ces sociétés ou associations.

(Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993, art. 64) "Toutefois, les statuts peuvent admettre parmi les associés détenant 65 p. 100 des droits de vote des personnes morales à but non lucratif autres que celles visées à la deuxième phrase du deuxième alinéa.

"La moitié au moins des administrateurs ou des membres du conseil de surveillance doit être élue parmi les représentants des personnes morales visées à la deuxième phrase du deuxième alinéa ci-dessus."

Les statuts des unions d'économie sociale peuvent attribuer à chaque associé un nombre de voix au plus proportionnel à l'effectif de ses membres ou à l'importance des affaires qu'il traite avec l'union.

**Article 19 ter : tiers non associés ; participations**

(Loi n° 85-703 du 12 juillet 1985, art. 1er)

Les unions d'économie sociale peuvent admettre, dans les conditions fixées à l'article 3 de la présente loi des tiers non associés à bénéficier de leurs services ou à participer à la réalisation de leurs opérations. Cette faculté doit être mentionnée dans les statuts. Les opérations effectuées avec des tiers non associés font l'objet d'une comptabilité séparée et ne peuvent excéder le cinquième du chiffre d'affaires de l'union. (Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 15) "Toutefois, l'obligation de comptabilité séparée et le plafond du cinquième ne s'appliquent pas aux adhérents des personnes morales membres de l'union."

Si les comptes font apparaître un dépassement de cette proportion, l'union dispose d'un délai d'un an pour régulariser la situation.

Ces unions peuvent prendre des participations dans des sociétés ayant la forme commerciale ou un objet commercial.

**Article 19 quater : révision coopérative**

(Loi n° 85-703 du 12 juillet 1985, art. 1er)

Les unions d'économie sociale font procéder périodiquement à l'examen analytique de leur situation financière et de leur gestion.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil supérieur de la coopération, détermine les modalités de mise en oeuvre de la procédure, dite de révision coopérative, définie à l'alinéa précédent ainsi que les conditions d'agrément garantissant le pluralisme de son exercice et le respect des principes coopératifs.

**TITRE II ter**

(Loi n°2001-624 du 17 juillet 2001, art. 36)

**LA SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE D'INTÉRÊT COLLECTIF****Art. 19 quinquies. - Sociétés coopératives d'intérêt collectif**

Les sociétés coopératives d'intérêt collectif sont des sociétés anonymes ou des sociétés à responsabilité limitée à capital variable régies, sous réserve des dispositions de la présente loi, par le code de commerce.

Elles ont pour objet la production ou la fourniture de biens et de services d'intérêt collectif, qui présentent un caractère d'utilité sociale.

**Art. 19 sexies. - Tiers non sociétaires**

Les tiers non sociétaires peuvent bénéficier des produits et services de la société coopérative d'intérêt collectif.

**Art. 19 septies. - Associés**

Peuvent être associés d'une société coopérative d'intérêt collectif :

- 1° Les salariés de la coopérative ;
- 2° Les personnes qui bénéficient habituellement à titre gratuit ou onéreux des activités de la coopérative ;
- 3° Toute personne physique souhaitant participer bénévolement à son activité ;
- 4° Des collectivités publiques et leurs groupements ;
- 5° Toute personne physique ou morale qui contribue par tout autre moyen à l'activité de la coopérative.

La société coopérative d'intérêt collectif comprend au moins trois des catégories d'associés mentionnées ci-dessus, parmi lesquelles figurent obligatoirement celles figurant aux 1° et 2°.

Les statuts déterminent les conditions d'acquisition et de perte de la qualité d'associé ainsi que les conditions dans lesquelles les salariés pourront être tenus de demander leur admission en qualité d'associé.

Les collectivités territoriales et leurs groupements ne peuvent pas détenir ensemble plus de 20 % du capital de chacune des sociétés coopératives d'intérêt collectif.

**Art. 19 octies. - Vote**

Chaque associé dispose d'une voie à l'assemblée générale ou, s'il y a lieu, dans le collège auquel il appartient.

Les statuts peuvent prévoir que les associés sont répartis en fonction de leur participation à l'activité de la coopérative ou de leur contribution à son développement, en trois ou plusieurs collèges.

Chaque collège dispose d'un nombre égal de voix à l'assemblée générale, à moins que les statuts n'en disposent autrement.

Dans ce cas, les statuts déterminent la répartition des associés dans chacun des collèges et le nombre de leurs délégués à l'assemblée générale, ainsi que le nombre de voix dont disposent ces délégués au sein de cette assemblée en fonction de l'effectif des associés ou de la qualité des engagements de chaque associé au sein de la coopérative, sans toutefois qu'un collège puisse détenir à lui seul plus de 50 % du total des droits de vote ou que sa part dans le total des droits de vote puisse être inférieure à 10 % de ce total et sans que, dans ces conditions, l'apport en capital constitue un critère de pondération.

**Art. 19 nonies. - Réserve statutaire, intérêt aux parts**

Les statuts déterminent la dotation annuelle à une réserve statutaire. Celle-ci ne peut être inférieure à 50 % des sommes disponibles après dotation aux réserves légales en application de l'article 16.

Le montant total de l'intérêt servi aux parts sociales ne peut excéder les sommes disponibles après les dotations prévues au premier alinéa du présent article.

Les subventions, encouragements et autres moyens financiers versés à la société par les collectivités publiques, leurs groupements et les associations ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'intérêt versé aux parts sociales et, le cas échéant, des avantages ou intérêts servis en application des articles 11 et 11 bis.



L'article 15, les troisième et quatrième alinéas de l'article 16 et le deuxième alinéa de l'article 18 ne sont pas applicables.

**Art. 19 decies. - Subventions des collectivités territoriales**

Les collectivités territoriales peuvent accorder des subventions aux sociétés coopératives d'intérêt collectif en vue de participer à leur développement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

**Art. 19 undecies. - Associé directeur, gérant ou administrateur**

Tout associé peut être nommé en qualité de directeur ou de gérant, membre du conseil d'administration, du directoire ou du conseil de surveillance, sans perdre, le cas échéant, le bénéfice de son contrat de travail. Les dispositions des articles L. 225-22 et L. 225-85 du code de commerce ne sont pas applicables aux sociétés coopératives d'intérêt collectif.

**Art. 19 duodecies. - Examen de la situation financière et de la gestion**

La société coopérative d'intérêt collectif fait procéder périodiquement à l'examen de sa situation financière et de sa gestion dans des conditions fixées par décret.

**Art. 19 terdecies. - Agrément**

Les sociétés coopératives d'intérêt collectif doivent être agréées par décision administrative dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

**Art. 19 quaterdecies. - Mutation**

La décision régulièrement prise par toute société, quelle qu'en soit la forme, de modifier ses statuts pour les adapter aux dispositions du présent titre n'entraîne pas la création d'une personne morale nouvelle.

**Art. 19 quindecies. - Agréments, habilitations et conventions**

La société coopérative d'intérêt collectif est éligible aux conventions, agréments et habilitations mentionnés à l'article L. 129-1, aux I et II de l'article L. 322-4-16, aux articles L. 322-4-16-3 et L. 322-4-18 du code du travail, au dernier alinéa de l'article L. 121-2, aux articles L. 222-3, L. 344-2 à L. 344-6, L. 345-1 à 345-3 et au 2o de l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 851-1 du code de la sécurité sociale et à l'article 140 de la loi no 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Les agréments, habilitations et conventions mentionnés à l'alinéa ci-dessus, ainsi que, s'il y a lieu, les aides et avantages financiers directs ou indirects auxquels ils donnent droit, sont délivrés à la société coopérative d'intérêt collectif ou conclues avec celle-ci, sous réserve de la conformité de son objet statutaire et de ses règles d'organisation et de fonctionnement aux conditions législatives et réglementaires requises.

**TITRE II quater**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III)

**CERTIFICATS COOPERATIFS D'INVESTISSEMENT****Article 19 sexdecies : certificats coopératifs d'investissement**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III)

Sauf disposition contraire des lois particulières à chaque catégorie de coopératives, l'assemblée générale extraordinaire des associés peut décider, sur le rapport du conseil d'administration ou du directoire, selon le cas, et sur celui des commissaires aux comptes ou, à défaut de commissaires aux comptes, dans les conditions prévues par l'alinéa 3 de l'article 53 de la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit, l'émission de certificats coopératifs d'investissement représentatifs de droits pécuniaires attachés à une part de capital. Ces certificats sont des valeurs mobilières sans droit de vote.

**Article 19 septdecies : émission des certificats**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III)

L'émission des certificats coopératifs d'investissement s'effectue par augmentation du capital atteint à la clôture de l'exercice précédant cette émission.

Les certificats coopératifs d'investissement ne peuvent représenter plus de la moitié du capital atteint à la clôture de l'exercice précédent.

**Article 19 octodecies : droits des titulaires**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III)

Les titulaires des certificats coopératifs d'investissement peuvent obtenir communication des documents sociaux dans les mêmes conditions que les associés.

Toute décision modifiant les droits des titulaires des certificats coopératifs d'investissement n'est définitive qu'après approbation de ces titulaires réunis en assemblée spéciale dans des conditions fixées par décret.

**Article 19 novodecies : durée**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III)

Les certificats coopératifs d'investissement sont émis pour la durée de la société et sont librement négociables.

**Article 19 vicies : rémunération des certificats ; prix d'émission**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III)

En fonction des résultats de l'exercice, l'assemblée générale annuelle fixe la rémunération des certificats coopératifs d'investissement.

Cette rémunération est au moins égale à celle versée aux parts sociales.

(Loi n° 91-5 du 3 janvier 1991, art. 32) L'assemblée générale annuelle peut offrir aux titulaires de certificats coopératifs d'investissement, pour tout ou partie de la rémunération visée au premier alinéa, une option entre le paiement en numéraire et le paiement en certificats coopératifs d'investissement.

L'offre de paiement de la rémunération en certificats coopératifs d'investissement doit être faite simultanément à tous les titulaires de certificats coopératifs d'investissement.

Le prix d'émission des certificats coopératifs d'investissement émis dans les conditions prévues aux deux alinéas précédents ne peut être inférieur au nominal.

Dans les sociétés dont les certificats coopératifs d'investissement sont inscrits à la cote officielle ou à la cote du second marché, le prix d'émission ne peut être inférieur à 90 p. 100 de la moyenne des cours cotés aux vingt séances de la bourse précédant le jour de la décision de mise en distribution diminuée du montant de la rémunération.

(Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993, art. 66) "Dans les autres sociétés, le prix d'émission est fixé soit à dire d'expert, soit en divisant" (Loi n° 91-5 du 3 janvier 1991, art. 32) "par le nombre de certificats coopératifs d'investissement existants la fraction de l'actif net visée à l'article 19 duovicies et calculée d'après le dernier bilan approuvé par l'assemblée générale. L'application des règles de détermination du prix d'émission est vérifiée par le commissaire aux comptes qui présente un rapport spécial à l'assemblée générale annuelle.

Lorsque le montant de la rémunération à laquelle il a droit ne correspond pas à un nombre entier de certificats coopératifs d'investissement, le titulaire peut recevoir le nombre de certificats coopératifs d'investissement immédiatement inférieur complété d'une soulte en numéraire ou, si l'assemblée générale l'a autorisé, le nombre de certificats coopératifs d'investissement immédiatement supérieur, en versant la différence en numéraire.

La demande du paiement de la rémunération en certificats coopératifs d'investissement, accompagnée le cas échéant du versement prévu à l'alinéa qui précède, doit intervenir dans un délai fixé par l'assemblée générale, sans excéder trois mois à compter de la date de ladite assemblée générale.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article 19 octodécies ne sont pas applicables lorsque l'assemblée générale décide d'accorder simultanément à chaque titulaire de certificats coopératifs d'investissement et à chaque porteur de parts sociales, pour toute rémunération qui leur est due, une option entre le paiement en numéraire ou le paiement respectivement en certificats coopératifs d'investissement ou en parts sociales.

#### **Article 19 unvicies : droit de souscription préférentiel**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III)

En cas de nouvelles émissions de certificats coopératifs d'investissement, les titulaires de certificats déjà émis bénéficient d'un droit de souscription préférentiel à titre irréductible qui peut être supprimé par l'assemblée spéciale prévue à l'article 19 octodécies.

#### **Article 19 duovicies : droit sur l'actif net**

(Loi n° 87-416 du 17 juin 1987, art. 64-III)

Par dérogation à l'alinéa 3 de l'article 16 et à l'article 19 de la présente loi, les titulaires de certificats coopératifs d'investissement disposent d'un droit sur l'actif net dans la proportion du capital qu'ils représentent.

**TITRE II quinquies**  
(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 16)  
**CERTIFICATS COOPERATIFS D'ASSOCIES**

**Article 19 tervicies : certificats coopératifs d'associés**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 16)

Les statuts des établissements de crédit coopératifs ou mutualistes peuvent prévoir l'émission de certificats coopératifs d'associés émis pour la durée de la société et conférant à leurs titulaires un droit sur l'actif net dans la proportion du capital qu'ils représentent. Ces titres ne peuvent être détenus que par les associés et les sociétaires des coopératives associées.

Les dispositions du titre II quater s'appliquent à ces certificats coopératifs d'associés.

Ceux-ci ne peuvent être émis lorsque les statuts prévoient le recours aux dispositions des deux derniers alinéas de l'article 16.

Les certificats coopératifs d'investissement, les certificats coopératifs d'associés et les parts à intérêt prioritaire ne peuvent représenter ensemble plus de 50 p. 100 du capital.

### **TITRE III CONTROLE ET SANCTIONS**

#### **Article 20 : dépôt au greffe du tribunal d'instance**

Dans le mois de leur constitution définitive, et avant toute opération, les coopératives qui ne sont pas soumises par la loi à un autre mode de publicité doivent déposer au greffe du tribunal d'instance de leur siège social, sur papier libre et en double exemplaire, leurs statuts accompagnés de la liste de leurs administrateurs, directeurs ou gérants avec l'indication de leurs professions et domiciles.

Les modifications apportées ultérieurement aux statuts ou à la liste visée ci-dessus ainsi que les actes ou délibérations dont résulte la nullité ou la dissolution de la coopérative, ou qui fixent son mode de liquidation, sont soumis au même dépôt dans un délai d'un mois à partir de leur date.

En cas d'inobservation des formalités de dépôt, les actes ou délibérations qui auraient dû y être soumis sont inopposables aux tiers pour les actes antérieurs au dépôt.

#### **Article 21 : récépissé ; communication**

Il est donné sans frais récépissé des documents déposés. Un exemplaire en est transmis, par les soins du juge du tribunal d'instance, au greffe du tribunal de grande instance.

Les documents déposés aux greffes du tribunal d'instance et du tribunal de grande instance sont communiqués sans frais à tout requérant.

#### **Article 22 : dénomination sociale**

Dans tous les actes, factures, annonces, publications et autres documents émanant de sociétés qui se prévalent de la qualité de coopérative, la dénomination sociale, si elle ne comprend pas elle-même le mot de coopératif ou de coopérative, doit être accompagnée, outre les autres mentions éventuellement prescrites par la loi, des mots "société coopérative" suivis de l'indication de la nature de ses opérations et, éventuellement, de la profes-

sion commune des associés, le tout en caractères apparents et sans abréviation.

Toute contravention aux dispositions qui précèdent sera punie de la peine d'amende prévue pour les contraventions de la troisième classe.

#### **Article 23 : contrôle ministériel**

Les coopératives sont tenues de fournir, sur réquisition des contrôleurs ou des agents désignés par les ministres dont elles relèvent suivant leur nature, toutes justifications permettant de vérifier qu'elles fonctionnent conformément à la loi. Elles doivent, notamment, leur communiquer à cet effet leur comptabilité appuyée de toutes pièces justificatives utiles.

Toute entrave apportée à l'exercice de ce contrôle est punie de la peine d'amende prévue pour les contraventions de la troisième classe.

#### **Article 24 : emploi abusif du terme de coopérative**

L'emploi abusif du terme de coopérative ou de toute expression susceptible de prêter à confusion est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de la troisième classe.

En cas de récidive, les contrevenants seront punis d'un mois d'emprisonnement et d'une amende de 25.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement. Le tribunal pourra, en outre, ordonner la fermeture de l'établissement. Il pourra, de plus, ordonner la publication du jugement dans un journal d'annonces légales du département et son affichage à la mairie du lieu de l'établissement aux frais des condamnés.

#### **Article 25 : perte de la qualité de coopérative**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 17)

I. - Aucune modification entraînant la perte de la qualité de coopérative ne peut être apportée aux statuts, sauf lorsque la survie de l'entreprise ou les nécessités de son développement l'exigent.

Elle ne peut intervenir qu'après autorisation de l'autorité administrative donnée après avis du Conseil supérieur de la coopération et cons-



tant que les conditions mentionnées au premier alinéa sont remplies.

Les réserves qui, à la date de l'autorisation, ne sont pas distribuables aux sociétaires ou incorporables au capital en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou statutaires conservent ce caractère pendant une période de dix ans.

Ces dispositions s'appliquent aux opérations de fusion et de scission entraînant la dissolution de la coopérative sauf lorsqu'elles interviennent entre des sociétés régies par la présente loi.

II. - Par exception aux dispositions du deuxième alinéa du I :

1. Lorsque la coopérative est régie par la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit, l'autorisation de procéder aux opérations prévues aux premier et quatrième alinéas du I est donnée par l'organe central auquel l'établissement de crédit coopératif ou mutualiste est affilié, après avis du Conseil supérieur de la coopération.
2. Lorsque la coopérative fait l'objet d'une procédure de redressement judiciaire, l'autorisation de modifier les statuts, si elle est nécessaire à la survie de l'entreprise, est accordée par le tribunal saisi de cette procédure.

#### **Article 26 : escroquerie**

Sont punis des peines portées aux articles 313-1, 317-7, et 313-8 du code pénal, sans préjudice de l'application de cet article à tous les faits constitutifs du délit d'escroquerie :

1. Ceux qui, à l'aide de manoeuvres frauduleuses, on fait attribuer à un apport en nature une valeur supérieure à sa valeur réelle ;
2. Les administrateurs ou gérants qui ont sciemment publié ou communiqué des documents comptables inexacts en vue de dissimuler la véritable situation de la société ;
3. Les administrateurs ou gérants qui ont fait de leurs pouvoirs un usage contraire à l'intérêt de la société à des fins personnelles ou pour favoriser une autre société ou entreprise dans laquelle ils étaient intéressés de manière quelconque et, en particulier, ont disposés dans ces conditions de ses biens ou de son crédit ;

4. Les administrateurs ou gérants qui ont procédé à des répartitions opérées en violation des articles 14, 15, 16, 18 et 19 ci-dessus ou en vertu des dispositions insérées dans les statuts en violation de l'article 25 ;
5. Les administrateurs ou gérants qui, en l'absence d'excédents d'exploitation et hors le cas prévu à l'article 17, ont distribué aux sociétaires les intérêts ou ristournes prévus aux articles 14 et 15 ci-dessus.

#### **TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES**

**Article 27 : dispositions applicables aux sociétés commerciales**

(Loi n° 66-538 du 24 juillet 1966, art. 7) "Les dispositions des articles 75 (alinéa 2), 93 (alinéa 2), 180 (alinéa 4), 181, 182, 191 (alinéa 1er) et 285 (alinéa 3) de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales ne sont pas applicables aux sociétés coopératives constituées sous forme de sociétés par actions."

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 18) "Par dérogation aux dispositions de l'article 71 de la loi mentionnée à l'alinéa précédent, le capital des sociétés coopératives constituées sous forme de sociétés par actions ne peut être inférieur à la moitié du montant minimal prévu audit article.

"Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article 35 de la loi mentionnée au premier alinéa ci-dessus, le capital des sociétés coopératives constituées sous forme de sociétés à responsabilité limitée ne peut être inférieur à la moitié du montant minimal prévu audit article."

**Article 27 bis : délai d'application de dispositions de la loi de 92**

(Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992, art. 19)

Les sociétés coopératives existantes à la date de promulgation de la loi n° 92-643 du 13 juillet 1992 relative à la modernisation des entreprises coopératives disposent d'un délai de cinq ans à compter de cette date pour porter leur capital au montant minimal fixé à l'article 27.

Les sociétés coopératives dont le capital social serait inférieur à ce montant pourront être dissoutes à la demande de tout intéressé ou du ministère public. Le tribunal pourra accorder un délai maximal de six mois pour régulariser la situation, il ne pourra prononcer la dissolution si, au jour où il statue sur le fond, la régularisation a eu lieu.

### **Article 28 : délai de mise en conformité**

Les organismes qui se qualifient coopératives et ne satisfont pas aux prescriptions de la présente loi disposent d'un délai d'un an à partir de son entrée en vigueur pour apporter à leur organisation et à leurs statuts les modifications nécessaires ou renoncer à l'usage des mots ou expressions visés à l'article 24.

(Loi n° 48-1541 du 1er octobre 1948, art. 1er) "Pour les sociétés coopératives de commerçants, le délai d'un an prévu ci-dessus ne commencera à courir qu'à partir de la date de promulgation de la loi portant statut de la coopération commerciale. En tout état de cause, ce délai expirera le 31 décembre 1949."

Les assemblées convoquées en vue de la modification des statuts délibèrent valablement si elles réunissent les conditions requises pour les assemblées ayant pouvoir d'approuver les comptes annuels.

### **Art. 28 bis. - Associations loi 1901 du Bas-Rhin, du Haut-Rhin ou de la Moselle**

Les associations déclarées relevant du régime de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou de la loi du 19 avril 1908 applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin ou de la Moselle peuvent, dans les conditions fixées ci-dessous, se transformer en société coopérative, régie notamment par la présente loi, ayant une activité analogue. Cette transformation n'entraîne pas la création d'une personne morale nouvelle.

Les réserves et les fonds associatifs constitués antérieurement à la transformation ne sont pas distribuables aux sociétaires ou incorporables au capital.

Les dispositions des troisième et quatrième alinéas de l'article 16 et de l'article 18 ne leur sont pas applicables.

Les agréments, habilitations et conventions, ainsi que, s'il y a lieu, les aides et avantages financiers directs ou indirects auxquels ils donnent droit, sous réserve de la conformité de l'objet statutaire de la nouvelle société coopérative et de ses règles d'organisation et de fonctionnement aux conditions législatives et réglementaires requises, d'une part, ainsi que les

conventions d'apports associatifs, d'autre part, se poursuivent dans la société coopérative issue de la transformation.

**Article 29 : applicabilité à l'Algérie et aux DOM-TOM**

La présente loi est applicable à l'Algérie et aux départements et territoires d'outre-mer.

**Article 30 : codification**

Il sera procédé à une codification des textes législatifs intéressant la coopération. La présente loi formera, sous le titre "Des coopératives en général", le livre 1er de ce code.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 10 septembre 1947.

**Document N° 9**

**DECRET N° 65-920 DU 2 NOVEMBRE 1965  
relatif aux  
sociétés coopératives entre médecins**



## Document N° 9

### **DECRET N° 65-920 DU 2 NOVEMBRE 1965 relatif aux sociétés coopératives entre médecins**

(Journal officiel du 4 novembre 1965)

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des finances et des affaires économiques, du ministre de l'agriculture, du ministre du travail et du ministre de la santé publique et de la population,

Vu la constitution, et notamment son article 37;

Vu le code de la santé publique;

Vu les articles 1832 et suivants du code civil;

Vu le titre III de la loi du 24 juillet 1867 modifiée sur les sociétés;

Vu la loi du 10 septembre 1947 modifiée portant statut de la coopération, et notamment son article 2;

Vu le décret du 17 juin 1938 modifié instituant la caisse centrale de crédit coopératif, ensemble le décret du 31 octobre 1958 pris pour son application;

Vu le décret du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décète :

#### Article 1er

Sous réserve d'observer les règles du code de déontologie médicale, il peut être constitué soit entre médecins spécialistes, soit entre médecins généralistes, régulièrement inscrits au tableau de l'ordre des médecins, des sociétés civiles coopératives, régies par les chapitres I<sup>o</sup>, et II du titre IX du livre III du code civil, la loi du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et le présent décret.



Lorsqu'il est stipulé dans les statuts que le capital social est variable, ces sociétés sont en outre soumises aux dispositions du titre IR de la loi sus-visée du 24 juillet 1867.

#### Article 2

Les statuts des coopératives sont établis soit par acte authentique, soit par acte sous seing privé, signé de tous les associés fondateurs.

Dans le délai d'un mois à compter de la constitution de la coopérative, une expédition des statuts établis par acte authentique ou un original des statuts établis par acte sous seing privé est déposé au greffe du tribunal d'instance du lieu du siège social. Il est donné récépissé de ce dépôt.

Les modifications apportées aux statuts font également l'objet du dépôt prévu à l'alinéa précédent dans le délai d'un mois à compter de leur date.

#### Article 3

Les coopératives de médecins ont pour objet exclusif de faciliter l'exercice de la profession de leurs membres par la mise en commun de tous moyens utiles à cet exercice.

Chaque associé se présente à la clientèle sous son nom personnel. Il exerce son art en toute indépendance et sous sa responsabilité et perçoit ses honoraires conformément aux dispositions du code de déontologie.

#### Article 4

La dénomination de la coopérative ne doit comporter aucun nom de ville, quartier, rue, ni généralement aucun nom propre de caractère géographique.

Elle est suivie obligatoirement des mots « société civile coopérative de médecins », complétés, le cas échéant, par les mots « à capital variable ».

Article 5

Les parts sociales sont nominatives et indivisibles à l'égard de la société.

Il est tenu au siège social un registre coté et paraphé par le juge du tribunal d'instance, sur lequel sont inscrits, par ordre chronologique, les adhésions des associés et le nombre de parts souscrites par chacun d'eux.

Article 6

Les parts sociales sont librement cessibles entre associés. Elle ne peuvent être cédées à des tiers qu'avec le consentement de tous les associés. En cas de refus d'agrément du cessionnaire, les associés sont tenus, dans un délai de six mois, d'acquérir ou de faire acquérir les parts à un prix fixé par experts, en l'absence d'accord entre les parties. A défaut, l'associé cédant peut réaliser la cession initialement prévue.

Le transfert des parts est effectué par une inscription sur le registre prévu à l'article précédent, signée du cédant et du gérant de la coopérative.

Article 7

La condamnation d'un associé à une peine criminelle ou sa radiation du tableau de l'ordre des médecins emporte de plein droit son exclusion de la coopérative.

Lorsque la société comprend plus de deux membres, l'exclusion d'un associé pourra être prononcée par les autres associés statuant à l'unanimité si cet associé a commis une infraction grave aux statuts, au règlement intérieur de la coopérative ou s'il a été suspendu disciplinairement.

## Article 8

L'associé qui est exclu de la coopérative dans les conditions prévues à l'article précédent ou qui s'en retire n'a droit qu'au remboursement de son apport.

S'il y a des pertes, le remboursement n'a lieu que sous déduction de la quote-part de l'associé dans les pertes constatées par l'inventaire ayant précédé la retraite ou l'exclusion.

## Article 9

Sauf en cas de cession des parts à un associé ou à un tiers, l'associé qui perd cette qualité reste, pendant une période de cinq ans, tenu envers les tiers des dettes et engagements de la société contractés avant sa sortie (Décret no 78- 704 du 3 juillet 1978.) « conformément aux dispositions de l'article 1857 du code civil ».

Pour l'application des dispositions prévues à l'alinéa précédent, la société peut différer le paiement des sommes dues à l'intéressé pendant la même période.

## Article 10

Le décès d'un associé n'entraîne pas, par lui-même, la dissolution de la société. Toutefois, les héritiers et ayants droit de l'associé ne peuvent prétendre qu'à la rémunération de l'apport de leur auteur sous la forme des intérêts éventuellement stipulés dans les statuts, conformément à l'article 14 de la loi du 10 septembre 1947. Il disposent d'un délai d'un an pour céder leurs parts à un associé ou à un tiers dans les conditions prévues à l'article 6 ci-dessus.

A défaut, à l'expiration du délai d'un an, si la société comprend seulement deux membres elle est dissolue de plein droit; si la société comprend plus de deux membres, les coassociés sont tenus de racheter les parts de l'associé décédé dans les conditions fixées au même article 6.

Article 11

Les coopératives de médecins sont administrées par un gérant pris parmi les associés.

Le gérant est nommé par les associés statuant à l'unanimité. La durée de son mandat, qui ne peut excéder six ans, est fixée par les statuts. Le gérant est rééligible. Dans les sociétés comprenant plus de deux membres, la révocation du gérant peut être prononcée par les autres associés statuant à l'unanimité.

Article 12

Le gérant est responsable envers la société, envers les associés et envers les tiers, soit des infractions aux dispositions de la législation en vigueur, soit des violations des statuts, soit des fautes commises dans sa gestion.

Chaque associé supporte seul la responsabilité des actes professionnels qu'il accomplit.

Article 13

L'assemblée des associés se réunit au moins une fois par an. Chaque associé dispose d'une voix, quelle que soit la fraction du capital souscrite par lui.

Un associé ne peut être représenté à l'assemblée que par un autre associé, mais nul ne peut disposer de plus de deux voix.

Article 14

L'assemblée des associés fixe chaque année, dans les conditions et selon les modalités déterminées par les statuts, le montant des redevances que chaque associé est tenu de verser à la coopérative afin de permettre à celle-ci de couvrir ses frais et charges. La redevance est calculée en fonction des services rendus par la société à chaque associé.

## Article 15

Il est effectué annuellement, sur les excédents d'exploitation de la coopérative, un prélèvement d'un vingtième au moins, affecté à la formation d'un fonds de réserve.

Le reliquat des excédents d'exploitation est, par décision de l'assemblée des associés, mis en réserve, ou réparti entre les associés au prorata du montant des redevances qu'ils auront versées à la coopérative, ou attribué, sous forme de subvention, soit à d'autres coopératives de médecins ou unions de coopératives, soit à des œuvres d'intérêt général ou professionnel.

Les réserves ne peuvent en aucun cas être réparties entre les associés.

## Article 16

Lors de la dissolution de la société et sous réserve des dispositions de l'alinéa 2 ci-dessous, l'actif net subsistant après extinction du passif et remboursement du capital versé est dévolu par décision de l'assemblée des associés soit à une autre coopérative de médecins ou à une union de coopératives, soit à une œuvre d'intérêt général ou professionnel.

Toutefois, si des circonstances particulières le justifient, la répartition de l'actif net entre les associés peut être autorisée, après avis du conseil supérieur de la coopération, par arrêté conjoint du ministre de la santé publique et de la population et du ministre du travail.

## Article 17

Les coopératives de médecins peuvent constituer entre elles des unions de coopératives prévues par l'article de la loi du 10 septembre 1947.

Article 18

La Caisse centrale de crédit coopératif peut effectuer toutes opérations financières en faveur des sociétés coopératives de médecins et de leurs unions, notamment :

Mettre à leur disposition les fonds qui lui seraient spécialement attribués à leur bénéfice ou qu'elle pourrait se procurer au moyen d'emprunts ou par le réescompte d'effets souscrits;

Se porter caution pour garantir les emprunts;

Recevoir et gérer leurs dépôts de fonds.

Un arrêté du ministre de la santé publique et de la population, du ministre des finances et des affaires économiques et du ministre du travail détermine les modalités selon lesquelles les sociétés coopératives de médecins peuvent bénéficier de ce concours financier. Ce concours ne peut en tout état de cause être accordé si la coopérative assume l'hospitalisation des patients.

Article 19

Pour l'application des dispositions de l'article 23 de la loi du 10 septembre 1947, les sociétés coopératives visées au présent décret relèvent du ministre de la santé publique et de la population.

Article 20

Dans le cas où un groupement de médecin existant se transforme en société coopérative de médecins régie par le présent décret dans un délai de six mois à compter de sa publication, cette transformation n'entraîne pas la création d'une personne morale nouvelle.

## Article 21

Le ministre de la santé publique et de la population, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des finances et des affaires économiques, le ministre du travail et le ministre de l'agriculture 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 2 novembre 1965.

GEORGES POMPIDOU

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé publique et de la population  
RAYMOND MARCELLIN

Le garde des sceaux, ministre de la justice,  
JEAN FOYER

Le ministre des finances et des affaires économiques,  
VALÉRY GISCARD D'ESTAING

Le ministre de l'agriculture,  
EDGARD PISANI

Le ministre du travail,  
GILBERT GRANDVAL







## INDEX DES INTERVENANTS

<b>A</b>	AUCLERC	37, 49, 50, 57, 66, 76, 80, 91, 93
<b>B</b>		
	BERGEROT	18, 93, 141, 201, 203
	BORELLA	56
	BÜRKI	86, 91, 92, 93, 94, 200
	BURNEL	83
<b>C</b>		
	CHÉDRU	76
	CHÉRASSE	199
	COLIN	38, 63
	COMPAGNON	57, 62, 63, 65, 66
	COUTY	185
<b>D</b>		
	DESPAX	81
<b>E</b>		
	ÉCHARDOUR	80, 90
	ÉTIENNE	50, 57
	ÉVIN	181, 198, 199, 202
<b>G</b>		
	GANEM	46, 49
	GUÉRIN	174, 193, 197, 198, 201
<b>I</b>		
	Intervenants divers	85, 92, 93, 193, 199, 202

**J**

JORNET 166, 191

**K**

KESSLER 17, 25, 94

KOUCHNER 28

**L**

LACHAUD 168, 192, 193

LAMBERT 158

LARÛE-CHARLUS 188, 201, 202

LEROUX 199

**M**

MAHJOUBI 67

MARTIN 61, 63

**P**

PARMENTIER 142, 163, 164, 180, 195, 196, 200, 202

**R**

RÉGAL 191

REVEL 77, 83

**T**

TAÏEB 70

**U**

usager 233

**V**

VERNOUX  
VIENS

**161, 164**  
**65**

**W**

WAGNER

**64, 196, 198**



## QUELQUES PUBLICATIONS DE L'UNHPC

### Les Rencontres de l'UNHPC :

- Les actes des premières Rencontres ont été rassemblés dans : «**5 ans** de réflexion de l'UNHPC sur l'évolution de la cancérologie 1994-1998»
- Les **VIèmes Rencontres** Annuelles de l'UNHPC. «Soins palliatifs et phases terminales : quel financement pour une juste approche médico-psycho-sociale ?» Paris, 6 octobre 1999
- Les **VIIèmes Rencontres** Annuelles de l'UNHPC. «Accès au dossier médical» Paris, 12 octobre 2000 ; Hospitalisation Nouvelle n° 285, février 2001, p. 8-34

### Mais aussi :

- Dossier «Partage de l'**information**, transmission et confidentialité dans les réseaux de soins» Hospitalisation Nouvelle n° 253, décembre 1997, p. 1-2 & 9-32
- «Cancérologie privée : **qualité** et nouvelle organisation des soins» Hospitalisation Nouvelle n° 258, mai 1998, p. 1-2 & 13-35
- **Charte** des Centres et réseaux de la Cancérologie Libérale - UNHPC - mars 1999 - 2ème édition
- **Labellisation** des réseaux en cancérologie sur la base de principes d'organisation et d'indicateurs médicaux - UNHPC, 1999, 96 p.
- «**Cancérologie privée** : attentes et réalisations» Hospitalisation Nouvelle n° 276, mars 2000, p. 1-37













Les Rencontres Nationales annuelles de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC) ont lieu chaque année. Elles permettent des échanges entre tous les acteurs de la cancérologie.

Les Rencontres 2001 ont été organisées conjointement avec la Fédération de Cancérologie Libérale et Hospitalière (FCLH).

Deux thèmes prospectifs ont été privilégiés cette année :

## **L'évolution de la prise en charge des malades bénéficiant d'une chimiothérapie**

Le rythme d'apparition des nouvelles molécules, leurs associations, le rôle de plus en plus important des adjuvants, la maîtrise croissante des effets secondaires, les radio-chimiothérapies concomitantes créent une grande incertitude quant à l'évolution des métiers concernés, à leurs modes de tarification et de régulation. Il fallait tenter d'y voir plus clair.

## **Les «coopératives hospitalières de médecins» Les «réseaux coopératifs de santé»**

*Deux sociétés nouvelles bientôt à la disposition des acteurs de santé*

Le vote d'un amendement au projet de loi relatif aux "droits des malades et à la qualité du système de santé" va ouvrir le droit coopératif aux professionnels de santé. Des possibilités nouvelles d'organisation s'ouvrent pour les médecins propriétaires de cliniques ou de plateaux techniques lourds d'une part, pour tous les acteurs des réseaux de santé d'autre part. Il fallait donc en débattre.

Ce livre est la reprise des actes des **Rencontres 2001 de la cancérologie libérale**. Il est destiné à tous les professionnels de santé.



EDITÉ PAR  
L'UNHPC  
AVEC LE SOUTIEN  
DES LABORATOIRES  
AVENTIS  
ET

**BIOMÉRIEUX PIERRE FABRE**



**ONCOLOGIE**

Janvier 2002

20 €