

ENQUETE OCCITANIE
« REDEVANCES » MEDECINS SPECIALISTES
DANS LES ETABLISSEMENTS
MCO ET PSYCHIATRIE

ANALYSE ET PRECONISATIONS

RAPPORT DE
Frédéric Bizard & Corinne Daver

Pour



FÉVRIER 2021

Sommaire

Synthèse.....	3
Partie I	8
Analyse des enjeux de la redevance	8
1.1/ Définition de la redevance.....	9
1.2/ Les fondements juridiques de l'exercice entre les médecins et les cliniques (<i>contrat d'exercice libéral</i>)	9
1.3.1/ <i>Le principe de la licéité de la facturation d'une redevance et ses conditions.</i>	22
1.3.2/ <i>Que dit la réglementation concernant le contenu du GHS et ce qu'il finance ?</i>	24
1.4.3/ <i>Evaluation et versement de la redevance : le contrat, rien que le contrat</i>	26
1.4/ Les 5 fondamentaux juridiques à connaître	28
1.5/ Situation des cliniques privées en France	29
Partie II.....	33
Évaluation de la situation réelle de la redevance médicale dans les cliniques en France depuis 2000.....	33
2.1/ Les enseignements de l'enquête menée en Occitanie	34
2.1.1/ <i>Modalités et contenus de l'enquête</i>	34
2.1.2/ <i>Résultats de l'enquête</i>	35
2.1.4/ <i>Les spécificités de la redevance dans les cliniques de psychiatrie</i>	50
2.1.5/ <i>Analyse des principaux résultats de l'enquête auprès des médecins</i>	51
2.1.6/ <i>Les principaux résultats des interviews menés auprès des directions d'établissements</i>	55
2.2 Les enquêtes menées avant celle de l'Occitanie.....	58
2.2.1/ <i>Enquête sur la redevance médicale du SYMHOP en 2006</i>	58
2.2.2/ <i>Enquête de la cour des comptes sur 16 cliniques</i>	59
2.2.3/ <i>Enquête du BLOC en 2019</i>	61
2.3/ Principaux enseignements des enquêtes	64
Partie III.....	67
Cinq préconisations sur l'avenir de la redevance médicale.....	67
<i>Préconisation 1</i>	69
<i>La redevance se construit nécessairement « à la carte », sur la base des prestations servies aux médecins par la clinique</i>	69
<i>Préconisation 2</i>	70
<i>La gestion des honoraires, prestation la plus courante et présente dans plus de 80% des redevances, est aussi à la carte</i>	70
<i>Préconisation 3</i>	72
<i>Etre vigilant sur le respect de la règle de droit qu'aucune prestation liée à des soins remboursés par la sécurité sociale ne peut être incluse dans la redevance</i>	72
<i>Préconisation 4</i>	73
<i>Les seuls coûts liés aux soins pouvant être inclus dans la redevance sont ceux liés à des innovations technologiques non remboursées par la sécurité sociale ou des demandes spécifiques des médecins</i>	73
<i>Préconisation 5</i>	74
<i>Tout paiement de prestations au titre de la redevance doit se faire sur facture accompagnée de justificatifs afin de garantir sa facturation au coût réel</i>	74

ANNEXES	75
Annexe 1 : Compte des cliniques privées en France de 2011 à 2018	75
Annexe 2 : Observations sur le coût de gestion des honoraires	76

Synthèse

La redevance en général est un concept marqué par une pluralité de sens qui en fait un terme plutôt générique. La redevance médicale n'en est pas moins floue et ne dispose d'aucune définition juridique précise. Sa parfaite définition comme sa compréhension par les parties au contrat est pourtant une composante essentielle dans la bonne relation entre le médecin libéral et l'établissement de santé dans lequel il exerce. Il est donc légitime autant qu'urgent en considération des enjeux financiers et relationnels, de tenter de mieux maîtriser les contours de cette redevance.

La redevance correspond à cette somme versée par des professionnels de santé en contrepartie de prestations prodiguées par l'établissement de santé au sein duquel le praticien exerce dans le cadre de l'exécution de son contrat d'exercice, prestations par définition ne donnant pas lieu à la perception de financements par les caisses.

En l'absence de régime juridique strictement défini, le travail des juges partant de litiges qui leur étaient soumis, a permis de disposer en premier lieu de la délimitation de sa licéité, puis, en second lieu des conditions de facturation opposables aux prestations concernées.

La question de sa licéité se posait en effet légitimement à la seule lecture de l'article L.4113-5 du CSP prohibant tout simplement le partage des honoraires médicaux avec toute « *personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession* ».

La jurisprudence a posé le principe de sa licéité en conditionnant sa facturation aux seules prestations effectivement servies et non couvertes par les financements dont disposent les établissements tout en liant alors cette licéité à leur strict coût réel.

Une évolution historique assez cohérente mais contrariée par la T2A

Suite à l'influence croissante des progrès techniques, à la forte hausse des dépenses hospitalières et des litiges soumis aux juridictions, plusieurs recommandations et accords ont été établies dans les années 1990. C'est le cas des recommandations de 1994 du CLAHP qui proposaient des principes de gestion et de facturation des honoraires.

L'introduction de la tarification à l'activité en 2004 change la donne et a des effets non anticipés sur le contenu et l'évolution des relations clinique/praticiens concernant la facturation de redevances. Un certain flou juridique entoure la délimitation des moyens et l'évolution du panier de produits et services contenus dans le paiement du séjour (GHS). L'impact de l'insuffisance de précisions sur la détermination de la redevance facturable ne semble pas avoir été appréhendé à l'époque, créant une confusion que l'on se doit de tenter d'éclaircir.

La loi définit le GHS comme un « *forfait tout-compris* » des « *anciennes prestations journalières* ». La mise en place de la T2A n'a pas vocation à changer le périmètre de recettes établissement/praticien. Il est clairement indiqué dans le code de la sécurité

sociale dans les dispositions organisant le versement des forfaits aux établissements que les établissements privés, en dehors d'exceptions, reçoivent un forfait incluant « *le séjour et les soins avec la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la prise en charge de l'hospitalisation du patient* »¹.

Le contrat, rien que le contrat

Lorsque les conditions du versement de la redevance sont organisées contractuellement, ces conditions doivent être respectées selon les clauses définies par leurs soins, par les deux parties. S'il n'existe pas de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques pour la facturation des redevances, il existe des usages dégagés de la jurisprudence qui peuvent s'appliquer à défaut de règles contractuelles écrites.

Jurisprudence comme usages professionnels se rejoignent s'agissant d'un principe essentiel : aucune redevance ne peut être facturée au-delà du coût réel des prestations effectivement servies.

En règle générale, les conditions de fixation de la redevance résultent d'une négociation qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'exercice mais devant alors nécessairement s'inscrire dans la cohérence des prestations servies.

A ce stade il existe donc 2 premières règles « fondamentales » juridiques à connaître :

- Aucune redevance ne peut être facturée si pour la prestation concernée par la facturation, l'établissement dispose de financements perçus par les caisses de sécurité sociale ;
- La redevance ne peut dépasser le coût réel des prestations servies.

D'où nous pouvons tirer 4 premières conséquences :

- Si un praticien ne dispose d'aucune prestation servie effectivement par la clinique, en théorie, il ne devrait pas y avoir de redevances ;
- La redevance doit être précisée dès le début de l'engagement contractuel ;
- La redevance doit être précisée par écrit dans le cadre d'une clause dédiée dans le contrat d'exercice libéral ;
- Les prestations servies dans le cadre de la redevance doivent être précisées afin d'éviter tout doute quant à ce qui est intégré dans le montant généralement prélevé/facturé chaque mois.

Un secteur de l'hospitalisation privée très hétérogène.

Les cliniques privées représentent un quart de la capacité d'accueil hospitalière nationale avec 116 173 lits et places, un nombre stable depuis 2013. Si seulement 25% des professions médicales hospitalières exercent en libéral au global, les

¹ Art. R.162-33-1 Code de la sécurité sociale.

médecins libéraux pèsent plus de 80% de la démographie médicale dans les cliniques privées. L'enjeu des redevances est donc déterminant pour le bon fonctionnement de l'exercice libéral d'une part et des cliniques d'autre part, comme de la bonne relation entre les praticiens et les établissements.

Si l'activité des cliniques privées a été dynamique de 2011 à 2018, avec une croissance annuelle moyenne du chiffre d'affaires de 3,5% et un résultat net moyen en hausse de 2,3% par an, la situation financière est très hétérogène d'un secteur à l'autre.

En 2018, la part des cliniques privées avec un résultat net négatif a atteint 30% de l'ensemble du réseau contre 23% en 2017. Cette hausse concerne tous les secteurs mais est plus prononcée dans le secteur MCO (34%), à rentabilité globale plus faible.

A cette hétérogénéité sectorielle s'ajoute une divergence des situations selon le caractère indépendant des cliniques ou l'appartenance à de grands groupes financiers. Les tensions financières sur les cliniques privées ont un impact sur la gestion des redevances, qui vont être gérées différemment en fonction de l'organisation capitaliste et managériale des cliniques.

Enquête sur la situation de la redevance en Occitanie

Cette enquête a été menée auprès de l'ensemble des médecins spécialistes exerçant en établissements privés hospitaliers MCO et psychiatrie dans la région Occitanie. Avec près de 20% de taux de réponses, c'est la plus grosse enquête jamais menée en France sur ce sujet.

Le taux de redevance moyen est de 7,6% HT et le taux médian de 7,3% HT. Dans 30% des cas, la redevance porte sur les compléments d'honoraires. Le contenu de la redevance porte pour 82% des médecins sur la gestion des honoraires, pour 44% sur les frais de lingerie, pour 35% sur le parking et pour 33% sur les locaux mis à disposition.

41% des médecins salarient directement du personnel paramédical (infirmières aide opératoire, infirmière instrumentiste, manipulateur radio...) ou autres, en plus du paiement de leur redevance. 84% des médecins salarient leur secrétaire et 25% ont d'autres personnels salariés que leur secrétaire et personnel infirmier.

Pour les trois quarts des médecins, le taux et le contenu de la redevance n'ont fait l'objet d'aucune négociation. Ainsi, 83% des médecins ne connaissent pas les modalités d'évaluation de la redevance. Pour 6 médecins sur 10, le taux de redevance est supérieur selon eux à la valeur du coût réel des prestations couvertes.

Si 88% des médecins ont un contrat d'exercice signé avec la clinique, pour 32% de ceux qui ont un contrat signé, la redevance et a fortiori ses modalités de facturation (assiette, taux, prestations concernées, ...) n'est pas mentionnée dans le contrat. Ainsi, 44% des médecins exercent sans avoir aucun accord écrit a fortiori préalable à la mise en œuvre de la facturation d'une redevance.

Une diversité des taux de redevance perdure dans les cliniques.

Dans 58% des cas, il existe plusieurs taux de redevances dans la clinique : dans 15% des cas entre praticiens de même spécialité, dans 66% entre praticiens de spécialités différentes.

Les directions d'établissements reconnaissent un certain flou dans les redevances

Selon les directions qui ont été interviewées, un des enjeux de la redevance est celui de sa cohérence réelle avec le périmètre précis des services concernés. L'absence de clarté du contenu de la redevance et des prestations effectivement facturées conduit à une véritable confusion qui nuit à la lisibilité, à la compréhension et donc à l'acceptation par les médecins de la redevance.

La diversité des taux entre établissements est souvent liée à la diversité des périmètres des services couverts. Dans la réalité, il apparaît, d'après les structures interrogées, très difficile de tout valoriser au coût réel, d'où l'intérêt de limiter la redevance à la gestion des honoraires.

La non revalorisation des GHS depuis plusieurs années de suite aurait mis en difficulté les cliniques. D'autant plus que les matériels évoluent et leurs coûts également sans pour autant que les établissements ne puissent disposer d'une revalorisation des GHS pour couvrir cette majoration de coûts.

L'imputabilité de la hausse des coûts des technologies et de la prise en charge du personnel nécessaire à la réalisation d'un acte opératoire sont au cœur des discussions et des litiges selon les directions.

Il est indéniable que la redevance médicale, a fortiori suite aux baisses tarifaires, serait pourtant devenue pour certains groupes d'établissements, une source de recherche de revenus supplémentaires potentiels.

Juridiquement et nous le verrons, il s'agit d'une dérive, la redevance n'ayant en aucun cas cette finalité.

Cette dérive des redevances médicales comme variable d'ajustement financière éloigne de la fonction première de la redevance en générant des tensions inutiles au sein des établissements d'une part et du cadre de leur licéité, d'autre part.

5 préconisations stratégiques sur la redevance médicale

- 1- Par définition, la redevance se construit nécessairement « à la carte », sur la base des prestations effectivement servies aux médecins par la clinique.
- 2- Le taux de redevance ne peut dépasser le coût réel des prestations fournies par la clinique.

Si le médecin ne dispose d'aucune prestation servie par la clinique où il exerce en libéral, il ne peut donc y avoir lieu à facturation d'une redevance.

- 3- Une facturation doit correspondre à des prestations servies et non rémunérées à l'établissement par les caisses.

Il est essentiel de demeurer vigilant sur l'absence de financement pour cette prestation par la sécurité sociale.

Les parties doivent comprendre que les moyens humains et matériels qui sont nécessaires à l'hospitalisation ne peuvent donner lieu à cette facturation, car ils sont a priori (sauf exception listées par les textes) financés précisément par les forfaits versés par les caisses.

Les seuls coûts liés aux soins pouvant être inclus dans la redevance sont ceux liés à des innovations technologiques non remboursées par la sécurité sociale ou des demandes spécifiques des médecins. Dans ces deux cas, une prise en charge à un niveau qui est établi par négociation et basée sur les coûts réels peut être intégrée dans la redevance.

- 4- La gestion des honoraires par la clinique pour le compte des praticiens libéraux, qui constitue la prestation la plus courante et présente dans plus de 80% des redevances, est aussi à la carte.

Dans les cliniques où les relations avec la clinique sont difficiles, voire marquées par un pouvoir de négociation très déséquilibré, le paiement direct des honoraires par la caisse primaire d'assurance maladie est recommandé.

- 5- Une facture doit pouvoir être justifiée. Toute demande de paiement de prestations au titre de la redevance doit pouvoir être accompagnée de justificatifs afin de garantir la livraison effective des prestations et sa facturation au maximum du coût réel.

Partie I

Analyse des enjeux de la redevance

1.1/ Définition de la redevance

Les redevances dues par les médecins (ou « redevance médicales ») correspondent à une somme facturée par l'établissement au sein duquel ils exercent en contrepartie de prestations qui leur sont servies. Par définition, il s'agit de prestations pour lesquelles l'établissement ne dispose d'aucun financement versé par les caisses.

En pratique, ces redevances peuvent concerner diverses prestations telles que la gestion par l'établissement de la facturation des honoraires des praticiens et de leur recouvrement, la mise à disposition de personnels (secrétariat, ...), voire de certains matériels (informatique, téléphone,...).

La facturation de redevances concerne, dans la grande majorité des cas, les praticiens qui exercent en libéral dans une clinique privée, mais une telle facturation existe également dans le cadre de l'exercice par des praticiens hospitaliers en secteur libéral sur le site de l'établissement public de santé.

A la différence des redevances susceptibles d'être dues dans un établissement de santé privé, à l'hôpital, les conditions de leur facturation sont strictement organisées par des dispositions réglementaires.

Nous n'envisagerons cependant dans ce qui suit, que les redevances dues par des médecins libéraux en établissements de santé privé MCO et psychiatrie.

1.2/ Les fondements juridiques de l'exercice entre les médecins et les cliniques (contrat d'exercice libéral)

Quel est le lien entre le contrat d'exercice libéral et la redevance ?

Il n'existe aucune définition juridique de la redevance : aucune disposition législative ou réglementaire ne vient préciser clairement ce qu'elle est, a fortiori dès lors le régime juridique qui la concerne. Nous savons en revanche que sa facturation est liée à la relation juridique tissée entre un médecin et une clinique. C'est donc sur le fondement de cette relation clinique/médecin libéral matérialisée juridiquement par le contrat d'exercice libéral que la redevance s'inscrit.

Nous pouvons en revanche identifier, au fil des décisions de justice qui ont jalonné des conflits entre des praticiens libéraux et les établissements au sein desquels ils exerçaient, les contours de la définition de la redevance grâce aux travaux des magistrats².

Nous savons que la redevance serait, la somme versée par des professionnels de santé en **contrepartie de prestations prodiguées par l'établissement de santé privé au sein duquel le praticien exerce dans le cadre de l'exécution de son contrat d'exercice**.

² Notamment Cass. civ. 1, 3 février 2004, n°01-14650 inédit ; Cass. civ. 1, 30 juin 2004, n°01-14888, publié au *Bulletin de la Cour de Cassation*.

Cette redevance est très souvent calculée en pourcentage des honoraires réalisés par le praticien et souvent prélevée sur un compte mandataire sur lequel transitent les honoraires reçus des caisses en paiement des prestations réalisées par le professionnel libéral, ...

Toutefois, dans la mesure où la redevance est facturée à des médecins « à la source », il est légitime de s'interroger sur la **licéité du procédé**.

En effet, rappelons que l'article L.4113-5 du CSP mentionne ainsi :

Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une des professions régies par le présent livre.

Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémedecine telle que définie à l'article L. 6316-1 et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-4.

Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé »

Il n'était donc pas « naturel » juridiquement qu'une clinique puisse ainsi facturer des sommes à des médecins, sans au préalable que les conditions d'établissement de cette facturation ne soient rigoureusement examinées au regard justement de cette prohibition « de principe ».

La Cour de cassation s'est prononcée en ce sens et donc favorablement, mais dans des conditions strictes qui vont constituer les fondamentaux de la définition des contours de la licéité du procédé, comme du régime juridique propre à la redevance.

Il convient donc de retenir d'ores et déjà que « oui » une redevance est licite au sens de l'article L.4113-5 du CSP, mais à la condition qu'elle ne vise à **facturer que des prestations servies aux professionnels effectivement et au « maximum » de leur coût réel**.

Ajoutons que la Cour de cassation a eu l'occasion de préciser en 2016³ lors de l'examen d'une question prioritaire de constitutionnalité⁴, que cet article L.4113-5 du CSP « *qui interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice d'une profession médicale de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une des professions médicales, sans faire obstacle au paiement à un établissement de santé privé d'une redevance par un médecin, exerçant une activité libérale en son sein, correspondant exclusivement par sa nature*

³ Arrêt n° 1163 du 5 octobre 2016 (16-12.323) - Cour de cassation - Première chambre civile - ECLI:FR:CCASS:2016:C101163.

⁴ <https://www.conseil-etat.fr/ressources/questions-prioritaires-de-constitutionnalite>

et son coût à la valeur des services rendus au praticien, permet, en protégeant celui-ci contre une atteinte à la rémunération de son activité médicale, de préserver son indépendance professionnelle et de contribuer à la qualité des soins ;

Que, dès lors, si cette disposition est susceptible de porter atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle des établissements de santé privés, ayant une mission de soins justifiant un encadrement spécifique, cette atteinte est manifestement justifiée par l'exigence constitutionnelle de protection de la santé, sans être disproportionnée, et une clause contractuelle méconnaissant une telle interdiction ne saurait être appliquée (...) »

L'exercice en établissement de santé privé « impose » la conclusion d'un contrat avec chaque médecin, le contrat d'exercice libéral.

La réglementation impose à chaque médecin et à chaque établissement de santé, qu'un contrat d'exercice libéral soit établi par écrit entre les parties afin de définir les conditions de leurs engagements et leurs obligations.

Le praticien est **en droit d'exiger de l'établissement la conclusion d'un contrat par écrit**.

Cette obligation est posée par le code de santé publique et le code de déontologie médicale :

- **L'article L.4113-9 du code de la santé publique** impose la conclusion d'un contrat écrit entre chaque praticien et notamment chaque établissement de santé où il va exercer, puis le principe de sa communication au Conseil départemental de l'ordre ;
- **L'article 83 (R.4127-83 du CSP) du code de déontologie médicale** prévoit l'obligation d'un écrit dans cette relation médecin/clinique, qui « définit les obligations respectives des parties et doit préciser les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du présent code ».

Mais il n'existe aucune disposition dans le code de la santé publique (notamment aucune disposition issue du code de déontologie médicale tel qu'inséré dans les dispositions réglementaires du CSP) qui fixe un régime juridique organisant strictement le contrat d'exercice libéral et, a fortiori, le contenu de ses clauses.

Or, ce que nous savons aujourd'hui de la redevance médicale et du tissage de son régime juridique au fil des années, est étroitement lié à celle des contrats d'exercice.

Un contrat d'exercice libéral est ce lien juridique établi entre le praticien libéral et l'établissement de santé privé au sein duquel il exerce précisément son activité médicale en « libéral ».

Ce type de relation juridique est bien évidemment distinct de la relation entre un établissement de santé privé et le praticien qui serait alors « salarié » de la l'établissement.

Il n'existe pas de régime juridique propre à la construction du contrat d'exercice, ou encore à son exécution, permettant de connaître précisément les conditions de son exécution, de sa formation à la fin de l'exercice libéral dans l'établissement de santé.

Il n'existe pas plus de « contrat type » auquel les partenaires cliniques et médecins devraient se plier impérativement sans aucune latitude pour en modifier une virgule.

En revanche, il existe de chaque côté des partenaires au contrat des conditions juridiques encadrant leur exercice :

- L'un est médecin, donc exerçant une profession réglementée, avec des principes et des règles encadrant l'activité, comme les relations avec tout partenaire contractuel ;
- Tandis que l'autre est une clinique, donc un établissement de santé privé devant répondre au cadre réglementaire des activités autorisées, comme de son fonctionnement.

L'absence de cadre juridique spécifique et clair, susceptible d'être opposable à ce type de relation contractuelle a conduit les juridictions à devoir statuer sur de nombreux litiges portant très souvent sur les ruptures du contrat, les indemnités susceptibles alors d'être dues, ou encore évidemment sur les relations financières entre cliniques et médecins,

Une des grandes difficultés pour statuer dans ces conflits rencontrés était liée à l'absence très souvent de contrat écrit, complexifiant alors l'identification de la volonté des « parties » lors de leur engagement.

Pour autant, l'absence de contrat s'imposant dans son contenu, comme dans ses conditions d'exécution, notamment concernant les relations financières, ne signifie pas qu'il n'existe pas de règles à respecter et loin s'en faut.

Le contenu du contrat à établir, comme ses conditions d'exécution, implique le respect de dispositions qui sont liées au lien juridique établi avec un établissement de santé au sein duquel il va exercer, mais également à l'exercice d'une profession de santé réglementée, le tout dans un environnement « tarifé », placé sous le contrôle également des caisses de sécurité sociale.

Nous pouvons notamment illustrer le giron réglementaire dans lequel chaque contrat d'exercice libéral s'inscrit nécessairement en citant notamment le cadre issu respectivement :

- De la réglementation opposable à tout établissement de santé et à tout professionnel de santé dont notamment, sans être exhaustif :
 - La réglementation encadrant le fonctionnement des établissements et l'exercice des activités autorisées, comme des professions réglementées concernées par l'établissement du contrat ;
 - La réglementation concernant la tenue des dossiers médicaux et de leur éventuel partage et communication ;

- Les conditions d'information du patient, de la tenue et communication éventuelle du dossier médical (son « partage ») ;
 - La réglementation fixant les principes et les conditions de la certification et de l'évaluation de l'activité médicale ;
 - Les obligations liées à la mise en œuvre de l'ensemble des vigilances et de lutte contre les infections nosocomiales ;
 - ...
- De la réglementation opposable par le code de déontologie médicale aux praticiens qui exercent une profession réglementée, peuvent être ainsi rappelées les dispositions qui concernent :
- Leurs principes d'exercice, dont l'indépendance professionnelle du praticien, le respect de son autonomie et sa liberté dans la prescription et l'organisation des soins ;
 - La nature de la relation juridique avec les patients et le contenu précis de leurs obligations : respect du libre choix du patient, le respect de la confidentialité (secret médical) ;
 - Le contenu et le régime de leur responsabilité, comme leurs obligations d'assurance ;
 - Mais également les conditions de sa rémunération sous forme d'honoraires et les conditions de leur fixation ;
 - ...

Le respect des conditions d'exercice de l'activité médicale dans ce cadre réglementé relève de la compétence du conseil départemental de l'Ordre des médecins en charge notamment de vérifier la conformité de ces clauses dans les contrats d'exercice, au code de déontologie.

Sous réserve du respect de ces cadres réglementaires respectifs et des principes s'imposant à chaque partie, il convient par ailleurs de respecter les conditions de conclusion, puis d'exécution applicable à tout contrat.

Or, il existe dans le code civil un ensemble de dispositions qui encadre la conclusion d'un contrat, puis les conditions de son exécution jusqu'à ce que les parties soient amenées à se, ou être séparées (les règles du « droit commun ») : le champ laissé à la « liberté contractuelle » des parties dépend dès lors nécessairement de la prise en compte, préalablement, de ces marges de manœuvres.

Ainsi, certaines clauses du contrat pourront être définies conventionnellement, entendons « librement » entre les parties, car relevant par hypothèse de la « liberté contractuelle » de l'établissement et du praticien, nous pouvons notamment citer :

- La durée du contrat déterminée ou indéterminée ;
- L'existence et la durée de la période d'essai ;
- La nature des **moyens mis à disposition (locaux, personnel, équipement, ...) en dehors de ceux nécessaires à la réalisation de l'art** ;
- **Les clauses financières : prestations servies et conditions de facturation** ;
- Le droit d'exercice privilégié,

- Le droit de présenter un éventuel successeur,
- Le droit de pouvoir ou non s'associer,
- La durée du préavis,
- Les éventuelles indemnités,
- ...

Il est donc nécessaire de bien appréhender l'ensemble des dispositions qui vont venir régir ce contrat tissé entre un établissement de santé privé et un praticien pour comprendre, ensuite, comment va pouvoir s'inscrire cette relation financière spécifique qui concerne la facturation des prestations servies au moyen d'une redevance.

Comment fixer la redevance, quelles règles doivent être respectées ?

Face à l'absence d'un cadre réglementé dédié aux contrats d'exercice et à l'influence croissante des progrès techniques, aux coûts croissants des dépenses hospitalières publiques et privées et surtout à l'augmentation du nombre de litiges, les acteurs de l'hospitalisation privée et des représentants de cette profession médicale réglementée ont décidé de mener ensemble des travaux de réflexion dédiés plus spécifiquement aux relations juridiques médecin/clinique.

Le Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée a ainsi été créé en 1978 (CLAHP).

Suite aux premiers travaux, il est leur est apparu nécessaire de revoir certaines dispositions liées à la redevance contenues dans de premières recommandations.

Ainsi et après deux ans de réflexion, le CLAHP, a proposé de nouvelles recommandations **adoptées le 24 février 1994⁵**.

C'est l'avenant n°1 signé le 15 septembre de la même année 1994 qui porte sur la facturation et le recouvrement des honoraires, en modifiant le chapitre 6 du document original du 24 février 1994.

Par cet avenant n°1, le CLAHP s'est conformé aux nouvelles dispositions conventionnelles en rappelant **les principes de gestion et de facturation** des honoraires qui comportaient alors trois étapes :

- La **facturation proprement** dite (collecte de l'information, saisie informatique sur le Bordereau 615 et envoi aux Caisses par courrier ou liaison CETELIC) ;
- Le **suivi des dossiers** avec les relances et un deuxième traitement pour les dossiers refusés ;
- Le **recouvrement des honoraires** selon l'une des deux alternatives conventionnelles, sachant que **l'informatique des caisses permet les virements au compte bancaire professionnel de chaque praticien.**

⁵ *Cahiers de chirurgie* N° 90-2/1994, p 58-61

Avec la **généralisation du bordereau 615 intervenue en 1980**, les cliniques recevaient des caisses la totalité des montants des frais de séjour (partie haute du bordereau) et des honoraires médicaux (partie basse du bordereau).

Elles se chargeaient ensuite de leur ventilation vers les différents praticiens et un compte mandataire pouvait avoir été créé à cet effet pour recevoir ces sommes et permettre leur ventilation ensuite, sans transiter par les comptes de la clinique.

Mais il est vrai que certains établissements ne disposaient pas de ce compte (en dépit pourtant de la prohibition du partage des honoraires) et une certaine confusion aux conséquences pouvant être dramatiques, en résultait nécessairement, avec par ailleurs de nombreux retards dans les « re »-versements aux praticiens.

Ces honoraires pouvaient même conduire à l'obtention de garanties bancaires. Les caisses se « disculpaient » des retards de paiement en apportant la preuve de la simultanéité de leurs versements globaux aux cliniques, allant jusqu'à proposer de **verser directement le montant des honoraires à chaque praticien, sous réserve d'en faire la demande.**

Cette situation ne pouvant perdurer a été réglée par **l'article 7 de la convention nationale des médecins du 21 octobre 1993** (JO du 26/11/1993) prévoyant que lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance de frais (cas le plus fréquent), la part garantie par la Caisse peut être versée, selon son choix, soit globalement à un médecin désigné par ses confrères, exerçant dans l'établissement, soit individuellement à chaque praticien.

Dans les recommandations du CLAHP de 1994, il était expressément indiqué (article 5) que la redevance devait être évaluée sur **la base du coût réel et seulement sur la partie des honoraires conventionnels** :

*"Les prestations sont évaluées sur la base du **coût réel**. La clinique devra fournir les justificatifs correspondants aux sommes dues par les praticiens. Ces sommes pourront être exprimées en pourcentage d'honoraires **conventionnels** après accord des praticiens, avec régularisation en fin d'exercice. Le remboursement des prestations devra être effectué dans les meilleurs délais et en tout état de cause, dans un délai qui ne saurait excéder un mois à dater de sa facturation".*

Ces recommandations avaient pour finalité, sans disposer de fondement réglementaire, de fournir aux parties un premier « cadre consensuel » auquel elles pouvaient ainsi se rattacher.

Plus tard, les juridictions ont pu retenir qu'à défaut de s'être clairement exprimé sur le sujet du contenu de leur contrat d'exercice libéral, alors les co-contractants avaient choisi « implicitement » de se référer à ce que les magistrats avaient pu qualifier d'usages applicables à leur situation (en ayant identifié ces recommandations du CLAHP comme tels, ainsi que le modèle de contrat du CNOM).

Leur application reste donc uniquement supplétive (si rien n'a été prévu par les cocontractants)

Aujourd'hui, leur contenu est ancien et marqué par les conditions juridiques applicables lors de leur élaboration s'agissant notamment des recommandations du CLAHP, elles ont été rédigées notamment avant la T2A...

Elles n'ont jamais été actualisées depuis.

De nombreuses questions liées à la redevance concernent les conditions de facturation et principalement les prestations qui peuvent être effectivement facturées aux médecins.

Le décret du 23 avril 2001⁶ précisait que les établissements privés reçoivent un forfait incluant « *le séjour et les soins avec la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la prise en charge de l'hospitalisation du patient* ».

Les recommandations du CLAHP relatives aux relations établissements-praticiens et aux remboursements des prestations en exercice libéral actualisées ont été modifiées **le 17 décembre 2003**.

Selon ces recommandations, les cliniques sont tenues de mettre à la disposition des praticiens :

- Un bloc opératoire équipé conformément aux normes réglementaires et conventionnelles, ainsi que le personnel de ce bloc et l'instrumentation nécessaires à la réalisation d'interventions chirurgicales courantes ;
- Un environnement de sécurité pour la réalisation d'actes d'endoscopie ;
- Dans les établissements d'obstétrique, le personnel, l'installation et l'instrumentation nécessaires pour tenir compte des normes techniques en vigueur.

Mais l'introduction de la tarification à l'activité (dite T2A) en 2004 change la donne et a des effets non anticipés sur le contenu et les conditions de facturation de la redevance

Lancée en 2004⁷ dans le cadre du plan Hôpital 2007, la T2A repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.

Cette évolution a pour finalité de médicaliser le financement, d'introduire plus d'équité dans l'allocation des ressources financières, d'unifier les modalités d'allocation de ressources entre les secteurs publics et privés et de responsabiliser les acteurs.

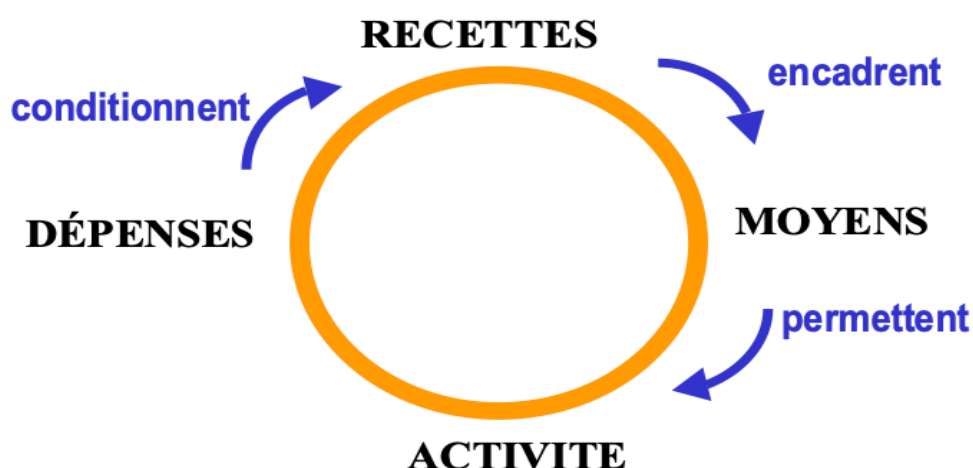
⁶ Décret n°2001-356 du 23 avril 2001 pris en application de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale.

⁷ Loi n° 2003-1199 de Financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2003, articles 22 à 34

Avant la T2A.

Les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente (moyens déconnectés de l'évolution de l'activité).

L'autorisation de dépenses conditionnait les recettes attendues, encadrait les moyens, permettait la réalisation d'un certain niveau d'activité, ce niveau n'ayant aucune influence sur l'autorisation de dépenses de l'année suivante.



Source : La tarification des établissements de santé- Hôpital 2007- MT2A

Les établissements de santé privés à but lucratif facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Les forfaits de prestations étaient encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité.

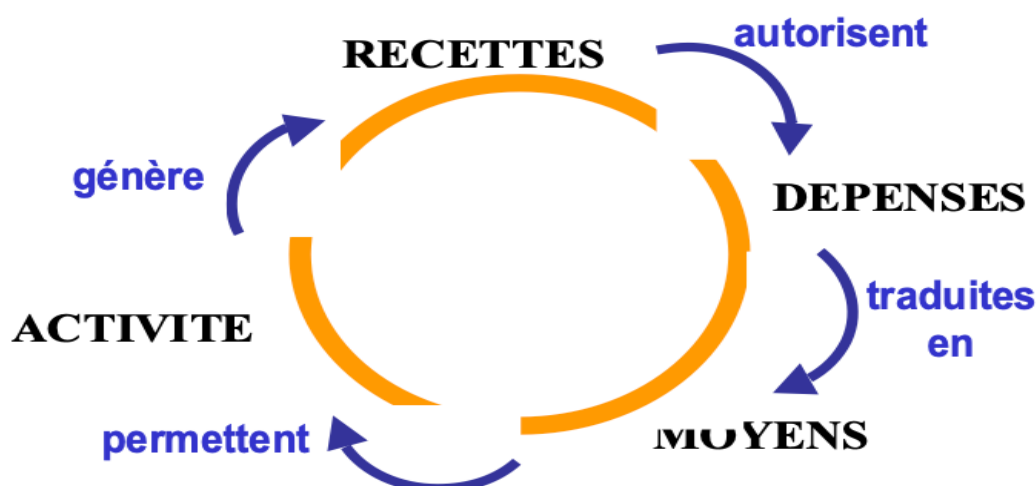
Ces établissements bénéficiaient donc, d'ores et déjà de paiements à l'activité, sur la base de **tarifs régionaux variables** et non sur celui d'un tarif national unique.

Avec la T2A.

Les ressources sont calculées à partir **d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes**. Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministère chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades »

(GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « *groupe(s) homogène(s) de séjour* » (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.



Source : La tarification des établissements de santé- Hôpital 2007- MT2A

Les tarifs sont calculés à l'aide d'une étude nationale de coûts à partir d'un échantillon d'établissements pour le secteur public, alors que pour les cliniques les GHS sont obtenus par valorisation des données antérieures de facturation à l'assurance maladie.

Le principe du GHM/GHS est **le paiement des séjours sur des tarifs établis statistiquement et donc valorisés à la moyenne.**

Alors qu'avant la T2A, les recettes étaient issues de dépenses réalisées par les établissements, la T2A introduit un paiement à l'activité qui n'est possible **que grâce à la mise à disposition de moyens.**

Le flou qui entoure la délimitation des moyens et l'évolution du panier de services et produits constituant ces moyens au cours du temps, génère une confusion non appréhendée au lancement de la T2A, a minima dans ses conséquences sur la redevance aujourd'hui.

Cette réforme a donc impacté indirectement les conditions de facturation de la redevance du fait du mode de calcul des séjours.

Que dit la réglementation concernant le contenu du GHS ?

Pour une prestation de séjour d'hospitalisation dans le secteur des cliniques :

- L'établissement privé à but lucratif reçoit le financement via le GHS obtenu à partir du GHM (minoré/majoré selon la durée de séjour), d'éventuels suppléments (Réa, USI, USC, forfait dialyse...) et des prestations en sus (MO, DMI...),
- Le médecin reçoit les honoraires des actes CCAM qu'il effectue selon les règles de facturation en vigueur,

Pour le Dr Marion Fages⁸: « Il est important de préciser que la mise en place de la T2A n'a pas eu vocation à changer le périmètre des recettes établissement/praticien dans le secteur privé à but lucratif ».

Le GHS étant **un forfait « tout-compris »** comment ne peut en déduire alors qu'il ne peut que réunir dans le cas des cliniques, après cette réforme, ces « anciennes prestations journalières » en vigueur antérieurement à cette T2A à savoir notamment :

- Les prestations d'accueil et d'hébergement (ENT, PJ, PHJ, FAS, ANP,) ;
- Les prestations d'environnement technique (FSO, FST, ARO,...) ;
- Les prestations relatives aux produits sanguins (5SNG, TNG) ;
- Les prestations relatives aux DM d'ophtalmologie (PII)...

Qui finance quoi ?

Nous savons aujourd'hui en partant des dispositions du code de la sécurité sociale :

Article R.162-33-1 du Code de la sécurité sociale :

Les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article [L. 162-22-6](#) sont les suivantes :

1° Le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés par séance, journée ou séjour. Ils peuvent être minorés ou majorés notamment en fonction de la durée de séjour.

Les forfaits correspondant aux prestations d'hospitalisation à domicile font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit soit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au I de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article [L. 313-3](#) du même code, ou hébergé dans une structure expérimentale relevant de l'article [L. 162-31](#) du code de la sécurité sociale, soit d'un patient bénéficiant de prestations de soins infirmiers réalisées par un service de soins infirmiers à

⁸ Dr Marion Fages- Médecin de santé publique, Adjoint au chef de département de l'information médicale de APHP- Université Paris Sorbonne- Présentation au Congrès du Bloc du 26/10/2019

domicile mentionné à l'article [D. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles ou d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile mentionné à l'article [D. 312-7](#) du même code ;

2° Les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, à l'exception des soins dispensés au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'accueil et au traitement du patient à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés pour chaque passage non programmé dans un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences autorisé, dès lors que ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement ;

3° Les prélèvements d'organes ou de tissus, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires au prélèvement d'organes ou de tissus et, le cas échéant, à la conservation, à la restauration et à la restitution du corps à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque prélèvement d'un ou plusieurs organes ou tissus ;

4° Les soins non programmés non suivis d'une hospitalisation dans les établissements qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences, représentatifs de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits ;

Ces forfaits sont facturés dès lors que certains actes nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation sont effectués lors des soins non programmés ;

5° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier. La prise en charge des frais résultant de l'utilisation de ces moyens est assurée par des forfaits facturés pour chaque passage à l'exception des cas où le passage est réalisé dans les conditions du 2° ou du 4° du présent article ;

6° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article [R. 5121-82](#) du code de la santé publique ou de produits et prestations mentionnés à l'article [L. 165-1](#), à l'exception des moyens faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque administration d'un ou plusieurs produits, prestations ou spécialités pharmaceutiques mentionnées au précédent alinéa ;

7° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la prise en charge d'affections dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui impliquent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs en présence du patient ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale.

La prise en charge des frais résultant de l'utilisation de ces moyens est assurée par des forfaits facturés pour chaque passage à l'exception des cas où le passage est réalisé dans les conditions du 2° ou du 4° du présent article

L'article R162-33-2 du Code de la sécurité sociale ajoute :

1° Sont exclus de tous les forfaits mentionnés à l'article R. 162-33-1 et font l'objet d'une prise en charge distincte les frais afférents à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article [L. 162-22-7](#) ;

2° Sous réserve des dispositions du 4°, sont exclus des forfaits des établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, à l'exception des établissements mentionnés à l'[article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996](#) :

a) Les honoraires des praticiens, y compris ceux afférents aux examens de biologie médicale, et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement ;

b) Les honoraires des auxiliaires médicaux, à l'exclusion de ceux afférents aux soins infirmiers ;

3° Sont exclus des forfaits mentionnés aux 2°, 4°, 5°, 6° et 7° de l'article R. 162-33-1 des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article [L. 162-22-6](#) les frais afférents aux consultations et aux actes réalisés dans ces établissements à l'exclusion de ceux afférents aux soins infirmiers ;

4° Sont exclus des forfaits mentionnés au 1° de l'article R. 162-33-1 couvrant l'activité d'hospitalisation à domicile et font l'objet d'une prise en charge distincte les honoraires des praticiens à l'exception :

a) De ceux afférents aux examens de biologie médicale ;

b) Pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, de ceux du praticien désigné par le patient pour assurer de façon continue sa prise en charge à domicile.

1.3. / Etat des lieux juridiques sur les redevances médicales

L'exercice en libéral au sein d'un établissement de santé privé ne dispose d'aucune disposition dédiée organisant strictement les conditions notamment de facturation des prestations servies aux médecins.

C'est avant tout, dans ce contexte, l'analyse de la jurisprudence et naturellement des textes réglementaires susceptibles de concerner les relations établissements/médecins libéraux, qui permet de mettre en relief les grands principes concernant en premier

lieu la licéité de la seule facturation d'une redevance à des médecins, mais également son montant, les conditions de facturation, etc....

1.3.1/ Le principe de la licéité de la facturation d'une redevance et ses conditions.

La question de la licéité de la redevance devait bien sur être posée, comme nous l'avons déjà précisé (partie 1.2), essentiellement en raison de la rédaction des articles L.4113-5 du CSP organisant des règles communes d'exercice de certaines professions réglementées de santé et, naturellement, les dispositions du Code de déontologie dédiées spécifiquement aux médecins (notamment art. R.4127-22, R.4127-94 du CSP).

Article L.4113-5 CSP (règles communes à plusieurs professions de santé réglementées)

Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une des professions régies par le présent livre.

Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télé médecine telle que définie à l'article [L. 6316-1](#) et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles [L. 4011-1](#) à [L. 4011-4](#).

Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de la [loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990](#) relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.

Article 22 du code de déontologie médicale (art. R.4127-22 du code de la santé publique)

Tout partage d'honoraires entre médecins est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus à l'article 94.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

Article 94 du Code de déontologie médicale (article R.4127-94 du code de la santé publique)

Dans les associations de médecins et les cabinets de groupe, tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre praticiens est interdit, sauf si les médecins associés pratiquent tous la médecine générale, ou s'ils sont tous spécialistes de la même discipline, et sous réserve des dispositions particulières relatives aux sociétés civiles professionnelles et aux sociétés d'exercice libéral.

Nous devons déduire de ces dispositions et des décisions rendues par les juridictions qu'en pratique, les conditions de sa licéité, imposaient alors effectivement cette

distinction entre les honoraires « bruts » et les honoraires « nets » perçus par un praticien libéral.

Ainsi, toute retenue sur ces honoraires qui serait effectuée sur les honoraires encaissés directement par la clinique, comme tout calcul et facture présentée, effectué proportionnellement aux honoraires encaissés par le praticien, ne serait considérée comme licite que si et seulement si, la somme prélevée ou facturée au médecin **ne porte pas atteinte à la rémunération de l'activité médicale.**

A défaut de respecter cette règle, il s'agirait potentiellement d'un partage illicite d'honoraires tel que prohibé par le premier alinéa de l'article L 4113-5 du CSP précité :

« Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou la quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle ».

Rappelons que cette disposition a pour finalité de **protéger le praticien qui doit exercer dans le respect de son indépendance** : il ne doit pas être porté d'atteinte de quelque nature que ce soit à son indépendance via un prélèvement notamment de la rémunération de son activité.

Aussi le principe même du paiement de cette redevance à un établissement de santé ne peut avoir lieu que si certaines conditions principales sont réunies et justifiables :

- Cette redevance facturée correspond bien à un service effectivement fourni au médecin par la clinique ;
- Cette redevance est facturée au maximum⁹ du coût réel de la charge générée pour la clinique¹⁰ : si son coût dépasse les frais engagés, alors les conséquences du non respect de l'article L.4113-5 du CSP seraient encourues ;
- L'établissement ne bénéficie d'aucun financement pour couvrir la charge de la prestation facturée¹¹, aucune double facturation ne peut être acceptée.

Si un magistrat doit examiner ce type de question, sous réserve de la rédaction du contrat, la possibilité de justifier d'une facturation des prestations à leur coût réel sera déterminante : nécessairement, cela suppose non seulement de définir ensemble le détail très précis dans le contrat d'exercice de l'ensemble des prestations délivrées, mais encore de disposer de la capacité contractuelle de pouvoir revoir le montant si l'augmentation des frais, ou leur diminution, s'avère justifiée.

Or, précisément une des difficultés importantes lorsqu'il s'agit de facturer une redevance repose sur l'identification précise des prestations facturables : cela suppose alors de pouvoir distinguer et identifier celles qui ne sont pas financées via des financements perçus par les établissements de santé, principalement via les GHS.

⁹ Cass Civ 1^{ère} 13/03/2007 n°06-10.229

¹⁰ Cass. 1^{ère} civ., 28 avr. 2011, no 10-16.738 ; Cass, Civ 1^{ère} 5/02/2020 n°19/12.473_

¹¹ Cass. 1^{ère} civ., 13 mars 2008, no 07-11.544. ; CA Colmar 19/09/2019 n°18/00819.

1.3.2/ Que dit la réglementation concernant le contenu du GHS et ce qu'il finance ?

Les dispositions organisées par l'article R.162-33-1 du CSS posent le principe d'un financement par les caisses de **l'ensemble des moyens nécessaires** tant matériels qu'humains au bénéfice des opérateurs du bloc opératoire :

- Les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article [L. 162-22-6](#) sont les suivantes :

1° Le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés par séance, journée ou séjour. Ils peuvent être minorés ou majorés notamment en fonction de la durée de séjour.

Les forfaits correspondant aux prestations d'hospitalisation à domicile font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit soit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au I de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article [L. 313-3](#) du même code, ou hébergé dans une structure expérimentale relevant de l'article [L. 162-31](#) du code de la sécurité sociale, soit d'un patient bénéficiant de prestations de soins infirmiers réalisées par un service de soins infirmiers à domicile mentionné à l'article [D. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles ou d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile mentionné à l'article [D. 312-7](#) du même code ;

2° Les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, à l'exception des soins dispensés au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'accueil et au traitement du patient à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés pour chaque passage non programmé dans un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences autorisé, dès lors que ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement ;

3° Les prélèvements d'organes ou de tissus, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires au prélèvement d'organes ou de tissus et, le cas échéant, à la conservation, à la restauration et à la restitution du corps à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque prélèvement d'un ou plusieurs organes ou tissus ;

4° Les soins non programmés non suivis d'une hospitalisation dans les établissements qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences, représentatifs de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits ;

Ces forfaits sont facturés dès lors que certains actes nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation sont effectués lors des soins non programmés ;

5° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier. La prise en charge des frais résultant de l'utilisation de ces moyens est assurée par des forfaits facturés pour chaque passage à l'exception des cas où le passage est réalisé dans les conditions du 2° ou du 4° du présent article ;

6° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article [R. 5121-82](#) du code de la santé publique ou de produits et prestations mentionnés à l'article [L. 165-1](#), à l'exception des moyens faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque administration d'un ou plusieurs produits, prestations ou spécialités pharmaceutiques mentionnées au précédent alinéa ;

7° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la prise en charge d'affections dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui impliquent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs en présence du patient ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale.

La prise en charge des frais résultant de l'utilisation de ces moyens est assurée par des forfaits facturés pour chaque passage à l'exception des cas où le passage est réalisé dans les conditions du 2° ou du 4° du présent article.

Puis l'article R162-33-2 du Code de la sécurité sociale ajoute :

- 1° Sont exclus de tous les forfaits mentionnés à l'article R. 162-33-1 et font l'objet d'une prise en charge distincte les frais afférents à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article [L. 162-22-7](#) ;

2° Sous réserve des dispositions du 4° , sont exclus des forfaits des établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, à l'exception des établissements mentionnés à l'[article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996](#) :

- a) Les honoraires des praticiens, y compris ceux afférents aux examens de biologie médicale, et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement ;
- b) Les honoraires des auxiliaires médicaux, à l'exclusion de ceux afférents aux soins infirmiers ;

3° Sont exclus des forfaits mentionnés aux 2° , 4° , 5° , 6° et 7° de l'article R. 162-33-1 des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article [L. 162-22-6](#) les frais afférents aux consultations et aux actes réalisés dans ces établissements à l'exclusion de ceux afférents aux soins infirmiers ;

4° Sont exclus des forfaits mentionnés au 1° de l'article R. 162-33-1 couvrant l'activité d'hospitalisation à domicile et font l'objet d'une prise en charge distincte les honoraires des praticiens à l'exception :

- a) De ceux afférents aux examens de biologie médicale ;
- b) Pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, de ceux du praticien désigné par le patient pour assurer de façon continue sa prise en charge à domicile.

Nous pouvons donc relever que les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 par des forfaits sont notamment le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-33-2.

1.4.3/ Evaluation et versement de la redevance : le contrat, rien que le contrat

Les conditions de paiement de la redevance, lorsque les conditions en sont organisées contractuellement, doivent être respectées.

Il n'existe pas de dispositions législatives ou réglementaires dédiées rappelons-le en dehors des règles précitées qui légitiment sa facturation licite et en délimite les conditions.

Il existe, nous l'avons relevé, des usages dégagés par la jurisprudence qui peuvent s'appliquer à défaut de règles contractuelles écrites : tel est le cas de certaines recommandations professionnelles, comme celles précitées du CLAHP sur le sujet, comme des clauses proposées par le modèle de contrat du CNOM.

Mais la référence à ces recommandations-usages ne se conçoit que si un contrat n'a pas prévu ces conditions de facturation¹².

Toutefois, jurisprudences comme usages professionnels se rejoignent s'agissant d'un principe essentiel : aucune redevance ne peut être facturée au-delà du coût réel des prestations servies.

D'ailleurs, **les recommandations du CLAHP de 1994** préconisaient déjà que les prestations soient évaluées sur la base du coût réel justifié, avec régularisation en fin d'année du pourcentage appliqué : mais de nombreuses relations contractuelles n'ont pas intégré ces recommandations (ce qui était et reste tout à fait le choix des parties), voire ne respectent pas, ou plus, le cadre défini initialement.

En règle générale, les conditions de fixation de la redevance résultent **d'une négociation qui s'inscrit dans celle du contrat d'exercice dans sa globalité** (dans la mesure où celui-ci est écrit, ce qui n'est pas encore le cas dans toutes les situations indépendamment de l'obligation qui existe).

La redevance fixée entre les parties doit correspondre au coût réel des prestations fournies au praticien sans que le montant recouvré par l'établissement ne puisse être supérieur ou encore conduire à **un double paiement** des prestations qu'il a donc servies effectivement (notamment : honoraires versés au praticien et forfaits remboursés à l'établissement par la Sécurité Sociale).

¹² Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 13 mars 2007, 06-10.229, Clinique du grand large du 13 mars 2007, [disponible ici](#)

Le montant versé par le praticien à la clinique **peut cependant être inférieur au coût réel¹³**. Mais dans ce cas, des enjeux liés alors à une facturation en deçà des frais réels peuvent emporter des conséquences, notamment fiscales.

En revanche, si la redevance est surévaluée et sous réserve exclusivement de l'examen très précis des termes du contrat et du contenu des engagements des parties, un praticien peut avoir alors la faculté de demander sa réduction, voire le remboursement des sommes indûment perçues.

¹³ Cour de Cassation Ch. Civ. 1 – 20 mai 2003, clinique du grand large, [disponible ici](#)

1.4/ Les 5 fondamentaux juridiques à connaître

La redevance ne peut avoir de caractère obligatoire, elle est légitime si une prestation servie peut être légitimement facturée par l'établissement (identifiée, valorisée, justifiée)

- 1- Par définition, la redevance se construit nécessairement « à la carte », sur la base des prestations effectivement servies aux médecins par la clinique.
- 2- Le taux de redevance ne peut dépasser le coût réel des prestations fournies par la clinique.
Si le médecin ne dispose d'aucune prestation servie par la clinique où il exerce en libéral, il ne peut donc y avoir lieu à facturation d'une redevance.
- 3- Une facturation doit correspondre à des prestations servies et non rémunérées à l'établissement par les caisses.
Il est essentiel de demeurer vigilant sur l'absence de financement pour cette prestation par la sécurité sociale.
Les parties doivent comprendre que les moyens humains et matériels qui sont nécessaires à l'hospitalisation ne peuvent donner lieu à cette facturation (en dehors des exceptions visées par les textes), car ils sont a priori financés précisément par les forfaits versés par les caisses.
Les seuls coûts liés aux soins pouvant être inclus dans la redevance sont ceux liés à des innovations technologiques non remboursées par la sécurité sociale ou des demandes spécifiques des médecins. Dans ces deux cas, une prise en charge à un niveau qui est établi par négociation et basée sur les coûts réels peut être intégrée dans la redevance.
- 4- Si vous le pouvez, privilégiez la gestion de vos honoraires par vos soins.
La gestion des honoraires par la clinique pour le compte des praticiens libéraux, qui constitue la prestation la plus courante et présente dans plus de 80% des redevances, est aussi à la carte.

Dans les cliniques où les relations avec la clinique sont difficiles, voire une marge de négociation très déséquilibrée, le paiement direct des honoraires par la caisse primaire d'assurance maladie est recommandé.
- 5- Une facture doit pouvoir être justifiée. Toute demande de paiement de prestations au titre de la redevance doit pouvoir être accompagnée de justificatifs afin de garantir la livraison effective des prestations et sa facturation au maximum du coût réel.

Le simple fait que les prestations servies puissent être différentes d'un praticien à un autre, explique les raisons de disparités entre les praticiens au sein d'un même établissement de santé.

Mais cela ne devrait pas expliquer les disparités entre établissements en dehors du coût des charges afférentes (sociales notamment) entre régions par exemple.

1.5/ Situation des cliniques privées en France

Le nombre de cliniques privées a été relativement stable depuis 2013, avec une baisse de 2% à 1002 établissements en 2017, contre 1022 en 2013.

Cette relative stabilité du nombre de cliniques a été permise grâce à la hausse de 5% du nombre de SSR, qui a compensé la baisse de 6% de MCO. Les cliniques représentent un tiers de la totalité des établissements en 2017, contre 22% pour les établissements privés non lucratifs et 45% pour les hôpitaux publics.

Un quart de la capacité d'accueil hospitalière nationale

Concernant la capacité d'accueil, les cliniques privées apportent un quart de la capacité d'accueil avec 116 173 lits et places sur un total de 475 317. Ce nombre a été stable depuis 2013 avec une baisse de 1% du nombre de lits et une hausse de 11% du nombre de places.

Au global, la capacité d'accueil hospitalière en France a **diminué de 2% en 4 ans de 2013 à 2017**, à 475 317 lits et places en 2017 contre 485 148 en 2013.

Tableau 1 : Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et 2017

	Entités				Nombre de lits				Nombre de places				Nombre de lits & places				
	2013	2017	Evol en %	Part du total en % en 2017	2013	2017	Evol en %	Part du total en % en 2017	2013	2017	Evol en %	Part du total en % en 2017	2013	2017	Evol en %	Part du total en % en 2013	Part du total en % en 2017
Secteur public	1458	1364	-6%	45%	256 957	246 395	-4%	62%	41794	42 385	1%	56%	298 751	288 780	-3%	61,6%	60,8%
CH/CHU	183	178	-3%	6%	73 656	71 082	-3%	18%	9 808	10 510	7%	14%	83 464	81 592	-2%	17,2%	17%
CH, hors anciens hôpitaux locaux	721	716	-1%	24%	134 776	132 804	-1%	33%	16 715	17 041	2%	23%	151 491	149 845	-1%	31,2%	32%
CH, anciens hôpitaux locaux	261	231	-11%	8%	10 631	9 555	-10%	2%	175	53	-70%	0%	10 806	9 608	-11%	2,2%	2%
CH spécialisés en psychiatrie	98	95	-3%	3%	25 904	23 944	-8%	6%	14 648	14 331	-2%	19%	40 552	38 275	-6%	8,4%	8%
Établissements de SLD	174	127	-27%	4%	8 935	7 050	-21%	2%	0	0	0%	0%	8 935	7 050		1,8%	1%
Autres établissements publics	21	17	-19%	1%	3 055	1 960	-36%	0,5%	448	450	0%	1%	3 503	2 410	-31%	0,7%	1%
Secteur privé non lucratif	712	680	-4%	22%	58 241	56 482	-3%	14%	12 903	13 882	8%	18%	71 144	70 364	-1%	14,7%	15%
CLCC	21	21	0%	0,7%	2 887	2 732	-5%	1%	891	671	-25%	1%	3 778	3 403	-10%	0,8%	1%
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	155	143	-8%	5%	19 423	18 805	-3%	5%	2 573	2 847	11%	4%	21 996	21 652	-2%	4,5%	5%
Établissements de soins de SSR	366	371	1%	12%	25 367	25 669	1%	6%	4 051	4 652	15%	6%	29 418	30 321	3%	6,1%	6%
Établissements de SLD	46	19	-59%	1%	2 185	850	-61%	0,2%	0	0	0%	0%	2 185	850		0,5%	0%
Autres établissements à but non lucratif	124	126	2%	4%	8 379	8 426	1%	2%	5 388	5 712	6%	8%	13 767	14 138	3%	2,8%	3%
Secteur privé à but lucratif	1 022	1 002	-2%	33%	98 008	96 988	-1%	24%	17 245	19 185	11%	25%	115 253	116 173	1%	23,8%	24%
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	532	498	-6%	16%	58 105	53 629	-8%	13%	13 387	13 816	3%	18%	71 492	67 445	-6%	14,7%	14%
Établissements de soins de SSR	334	350	5%	11%	26 954	29 396	9%	7%	2 661	3 597	35%	5%	29 615	32 993	11%	6,1%	7%
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	145	1%	5%	12 447	13 568	9%	3%	1 197	1 687	41%	2%	13 644	15 255	12%	2,8%	3%
Établissements de SLD	12	7	-42%	0,2%	502	377	-25%	0,1%	0	50		0%	502	427		0,1%	0%
Autres	0	2		0,1%	0	18		0,0%	0	35		0%	0	53		0,0%	0%
Ensemble	3 192	3 046	-5%	100%	413 206	399 865	-3%	100%	71 942	75 452	5%	100%	485 148	475 317	-2%	100,0%	100%

Sources >DREES, SAE 2013 et 2017, traitements DREES; Calculs Frédéric Bizard

Plus de 80% des emplois médicaux dans les cliniques sont des libéraux

Les redevances médicales concernant la relation contractuelle entre des médecins libéraux et leurs établissements, il est utile d'étudier la démographie médicale des médecins à statut libéral dans ces établissements de santé.

Le nombre de médecins libéraux dans les établissements de santé a augmenté de 2% au total et représente un cinquième de l'ensemble des emplois médicaux des établissements, avec **41 511 médecins libéraux hospitaliers en 2017**. Leur part est de 1,3% à l'hôpital public, 20% dans les établissements privés à but non lucratif et **81% dans les cliniques**.

Le poids des libéraux dans les cliniques révèle l'importance des enjeux de la redevance pour le bon fonctionnement et la bonne compétitivité des cliniques dans le secteur hospitalier.

Les cliniques privées regroupent **85% de la démographie médicale libérale** exerçant dans l'ensemble des établissements hospitaliers (35 115 sur 41 571).

Tableau 2 : Evolution des emplois médicaux et les statuts dans les établissements de santé de 2014 à 2017

	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif			Établissements privés à but lucratif			Ensemble des établissements		
	2014	2017	Ecart en %	2014	2017	Ecart en %	2014	2017	Ecart en %	2014	2017	Ecart en %
Médecins, odontologistes, pharmaciens	98 599	99 106	0,5%	17 782	18 695	5%	39 424	40 312	2%	155 805	158 113	1%
Salariés	96 766	97 195	0,4%	13 444	14 150	5%	4 740	5 197	10%	114 950	116 542	1%
Libéraux	1 833	1 911	4,3%	4 338	4 545	5%	34 684	35 115	1%	40 855	41 571	2%
Internes et FFI	28 680	31 532	9,9%	2 105	2 336	11%	218	234	7%	31 003	34 102	10%
Internes	26 632	28 628	7,5%	1 909	2 081	9%	217	230	6%	28 758	30 939	8%
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 048	2 904	41,8%	196	255	30%	1	4	300%	2 245	3 163	41%
Sages-femmes	11 422	12 769	11,8%	1 058	1 262	19%	2 328	2 626	13%	14 808	16 657	12%
Total	138 701	143 407	3,4%	20 945	22 293	6%	41 970	43 172	3%	201 616	208 872	4%
Part des libéraux dans le total	1,3%	1,3%	125%	21%	20%	74%	83%	81%	43%	20%	20%	49%
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.												
Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.												

Un équilibre démographique entre les spécialités médicales et chirurgicales dans les cliniques

L'analyse de la répartition des spécialités dans les cliniques donne une idée de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble de la démographie médicale

hospitalière. On observe que les spécialités médicales regroupent **56% des médecins et les spécialités du bloc opératoire 43%**.

A l'échelle des spécialités individuelles, les chirurgiens représentent la plus importante spécialité en nombre avec près de **30% de la démographie médicale en clinique** et 16,4% dans l'ensemble des établissements.

Tableau 3 : Les emplois médicaux salariés et libéraux dans les établissements de santé à fin 2017

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Répartition (en %)	Total	Répartition (en %)
Biologie médicale	3 568	186	501	1,2%	4 255	2,7
Pédiatrie	4 598	538	583	1,4%	5 719	3,6
Autres	4 683	611	598	1,5%	5 892	3,7
Psychiatrie	8 558	1 508	1 251	3,1%	11 317	7,2
Pharmacie	5 361	1 141	1 325	3,3%	7 827	5,0
Gynécologie-obstétrique	3 938	622	1 682	4,2%	6 242	3,9
Médecine générale	17 171	2 822	3 333	8,3%	23 326	14,8
Anesthésie-réanimation	7 736	1 204	3 822	9,5%	12 762	8,1
Spécialités chirurgicales	11 608	2 419	11 891	29,5%	25 918	16,4
Autres spécialités médicales	31 885	7 644	15 326	38,0%	54 855	34,7
Total	99 106	18 695	40 312	100%	158 113	100
Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.						
Lecture > 14,8 % des emplois médicaux (hors internes et sages-femmes) en établissement de santé concernent la médecine générale en 2017.						
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.						

Une activité en croissance mais une rentabilité sectoriel hétérogène

Le secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif a vu son chiffre d'affaires s'accroître de 25% de 2011 à 2018, soit une hausse moyenne de 3,5% par an (voir annexe 1). Avec un EBITDA moyen de 6,3% par an et un résultat net moyen de 2,3% du chiffre d'affaires sur la période, le secteur a fait preuve d'une forte résilience dans un environnement réglementaire et tarifaire compliqué.

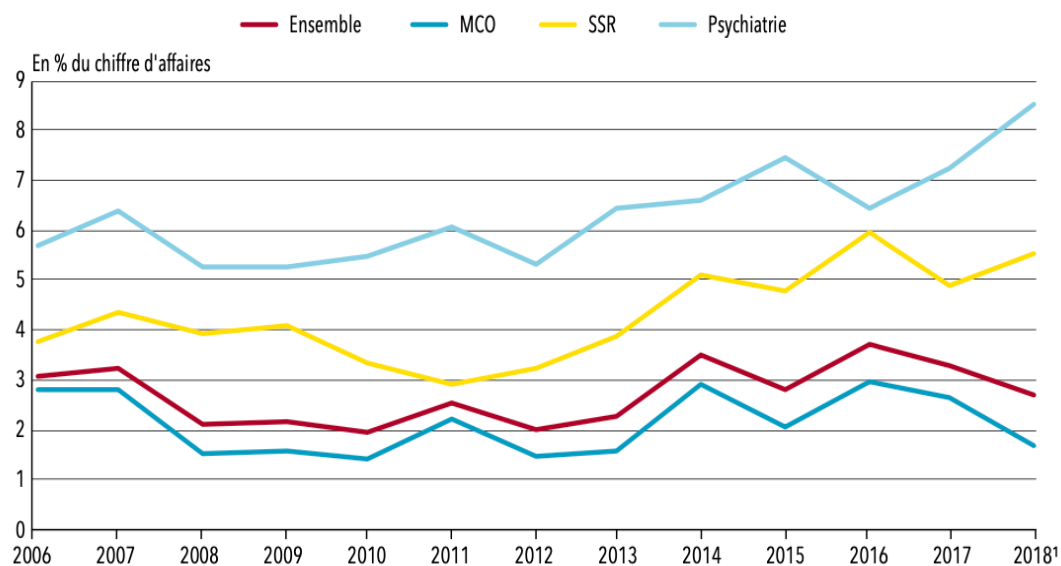
Cette situation financière est loin d'être homogène au sein du secteur et doit être interprétée avec prudence. Les cliniques MCO ont vu leur rentabilité baisser de 1 point à 1,7% du chiffre d'affaires alors que les cliniques SSR ont amélioré leur rentabilité à 5,5% du CA en 2018 (contre 4,9% en 2017). La rentabilité des cliniques psychiatriques a connu sa plus forte rentabilité en 2018, avec une rentabilité de 8,5%.

Cette hétérogénéité est aussi forte tous secteurs confondus. En 2018, la part des cliniques privées avec un résultat net négatif a augmenté pour atteindre 30%, soit une hausse de 7 points par rapport à l'année précédente. Cette augmentation concerne aussi bien les cliniques de MCO (34 % en 2018, après 28 % en 2017) que celles du secteur de psychiatrie (19 % en 2018, après 9 % en 2017) et du secteur de SSR (27 % en 2018 après 19 % en 2017).

Cette dégradation des comptes financiers d'une partie des cliniques a un

impact non négligeable sur la question des redevances du fait d'un climat moins serein pour déterminer leur valeur.

Graphe 1 : Evolution de la rentabilité nette des cliniques privées depuis 2006



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Données provisoires.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2018, traitements DREES.

Partie II

Évaluation de la situation réelle de la redevance médicale dans les cliniques en France depuis 2000

2.1/ Les enseignements de l'enquête menée en Occitanie

2.1.1/ Modalités et contenus de l'enquête

L'enquête a été réalisée auprès de deux cibles principales :

- Les médecins spécialistes exerçant dans les cliniques de l'Occitanie ;
- Les directeurs des cliniques d'Occitanie.

Enquête auprès des médecins spécialistes

Le questionnaire destiné aux médecins spécialistes comportait des questions regroupées dans trois grands thèmes :

- Taux et composition de la redevance médicale ;
- Cas du personnel paramédical et non paramédical ;
- Politique de l'établissement sur la redevance médicale.

Une version adaptée a été envoyée aux psychiatres des cliniques de psychiatrie. Elle s'est déroulée du 1^{er} juin au 31 août 2020 auprès de quelques 2000 médecins spécialistes exerçant en clinique en Occitanie et a permis de recevoir le retour de 396 questionnaire remplis, soit un taux de retour de 19,8%.

Plusieurs interviews ont été menées auprès de directeurs d'établissement.

2.1.2/ Résultats de l'enquête

En reprenant les questions posées aux médecins, nous indiquerons les réponses obtenues.

Spécialité :

- Orthopédie: 25,6%
- Chirurgie viscérale et digestive: 11,1%
- Gynécologie-Obstétrique: 6,2%
- Anesthésie-Réanimation: 4,9%
- Ophtalmologie: 6,4%
- Hépato-gastro-entérologie: 4%
- ORL: 5%
- Urologie: 4,2%
- Radiologie & imagerie médicale: 3,3%
- Chirurgie maxillo-faciale: 4,2%
- Pédiatrie: 3,8%
- Neurologie: 2,4%
- Médecine vasculaire: 2,7%
- Chirurgie esthétique: 4,5%
- Autres: 17,2%

Secteur d'exercice :

Secteur 1 ☐

Secteur 1 OPTAM ☐

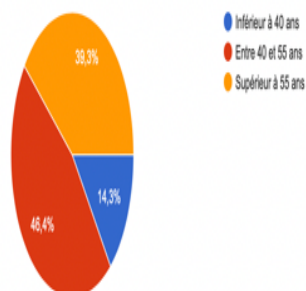
Secteur 1 OPTAM-CO ☐

Secteur 2 ☐

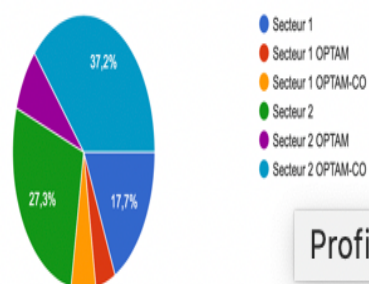
Secteur 2 OPTAM-CO ☐

Secteur 2 OPTAM-CO ☐

Quel est votre tranche d'âge?



Quel est votre secteur d'exercice?



Profil de

Taux et composition de la redevance

1/ Quel est aujourd'hui le pourcentage de redevance mensuel qui vous lie à votre établissement, en précisant HT ou TTC ?

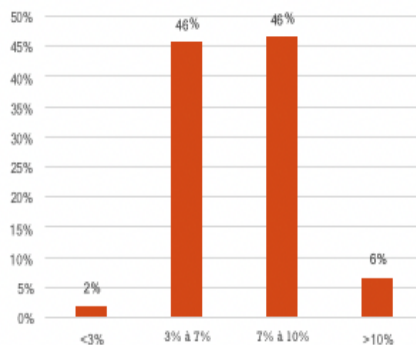
■ **Taux de redevance moyen:**

- 7,6% HT
- 9,1 % TTC

■ **Taux de redevance médian:**

- 7,4% HT
- 8,9% TTC

Répartition des taux de redevance HT en % du total des répondants



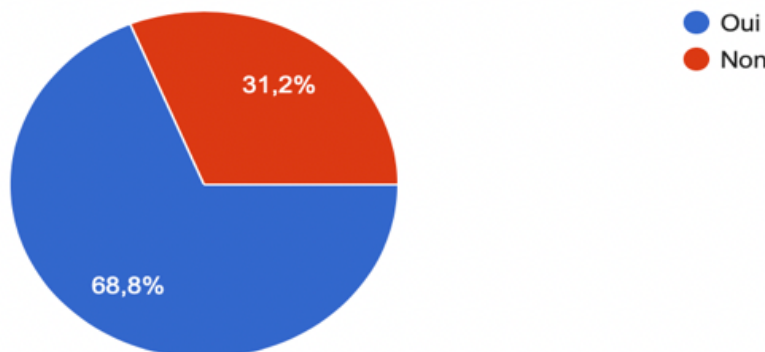
2/ Est-ce que le pourcentage de redevance s'applique :

- **Uniquement sur vos tarifs de sécurité sociale :**

- ☐ Oui
- ☐ Non

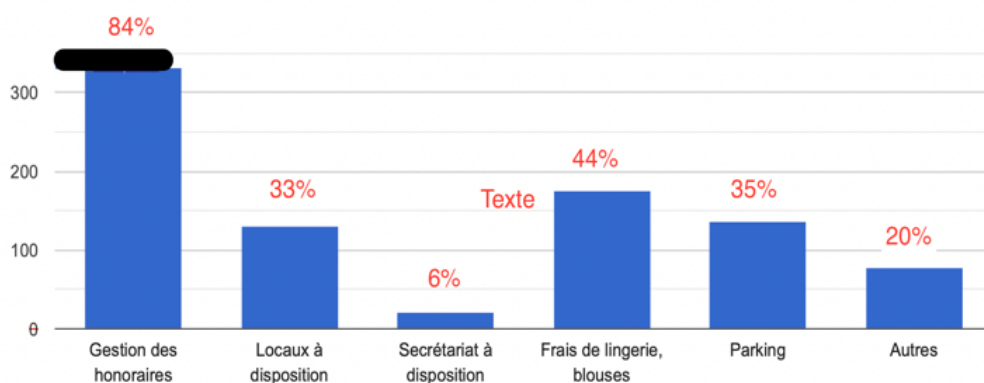
- **Aussi sur vos compléments d'honoraires :**

- ☐ Oui
- ☐ Non



3/ Quels services sont financés à travers cette redevance ?

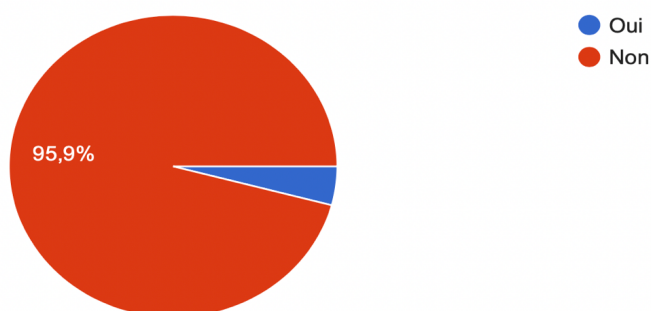
- Gestion des ☐ honoraires
- Locaux à disposition ☐
- Secrétariat à dispo ☐
- Frais de lingerie, blouses ☐
- Parking ☐
- Autres à préciser :
-



4/Avez-vous, dans le cadre de la redevance, une facturation pour le matériel suivant :

Amplificateur de brillance :

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui à quel tarif / taux : Euros/%

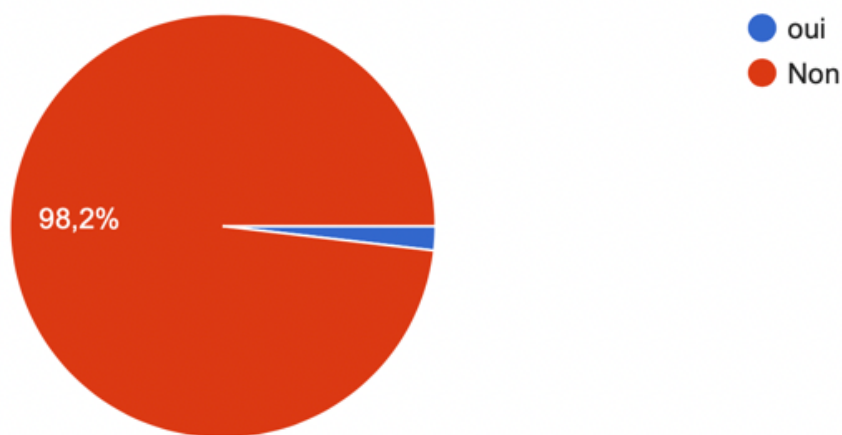


▪Trois types de formules:

- Redevance moyenne de 12% HT
- Tarif horaire de 10 à 15€/heure
- Tarif mensuel de 15 000 € / mois

Matériel endoscopique :

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui à quel tarif / taux : Euros/%



▪ 4 types de formules :

- Redevance de 15% HT
- Achat personnel du matériel
- Location de 153€/personne/mois
- Location de 5000€ /an

Autres :

- Matériel :
 - Si oui à quel tarif / taux : Euros/%
- Matériel :
 - Si oui à quel tarif / taux : Euros/%
- Matériel :
 - Si oui à quel tarif / taux : Euros/%
- Matériel :
 - Si oui à quel tarif / taux : Euros/%

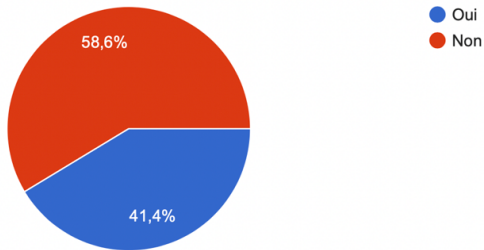
▪ **Plusieurs formules existent:**

- **Mise à disposition d'un robot:**
 - 300€ ou 550€/intervention
 - 40% ou 50%HT
- **Maintenance et mise à disposition matériel informatique: 180€ /mois**
 - **Bloc opératoire: 25% HT**
 - **Echo de stress et ETO: 30% HT**
- **Salle d'intervention: 53 à 71€ TTC par salle interventionnelle**
 - **Scanner acte technique: 93€**

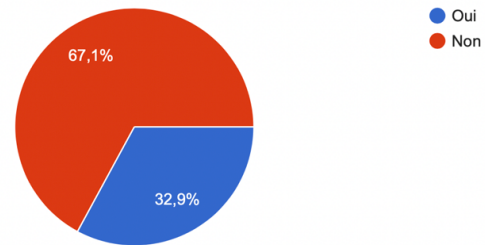
4/ Avez-vous, en plus de la redevance, des charges à payer pour du personnel paramédical (infirmières aide opératoire, infirmière instrumentiste, manipulateur radio...) ou autres.

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui :
 - C'est facturé à l'heure par la clinique :
 - Oui ☐
 - Non ☐
 - Si oui, à quel tarif horaire : Euros

Avez-vous, en plus de la redevance, des charges à payer pour du personnel paramédical?



Si oui, est-ce facturé à l'heure par la clinique?



■ Tarif horaire moyen:

■ : 28,25 € par heure

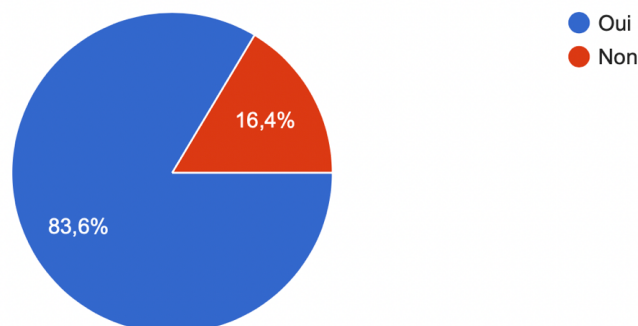
■ Extrêmes :

■ 11€ à 55€

○ Vous salariez votre personnel :

■ Non infirmière (secrétaire) : précisez

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui à quel tarif horaire : euros



▪ **Tarif horaire moyen:**

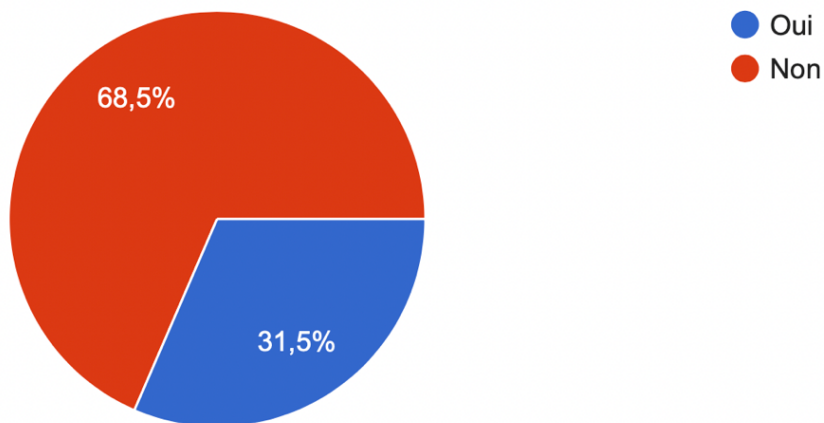
- 16,8 euros net soit l'équivalent de 2 * SMIC

▪ **Extrêmes:**

- SMIC (8,03€ net) à 49 euros net par heure

▪ Infirmière de diplôme général

- Oui ☐
- Non ☐
- Si ☐ oui à quel tarif horaire : euros

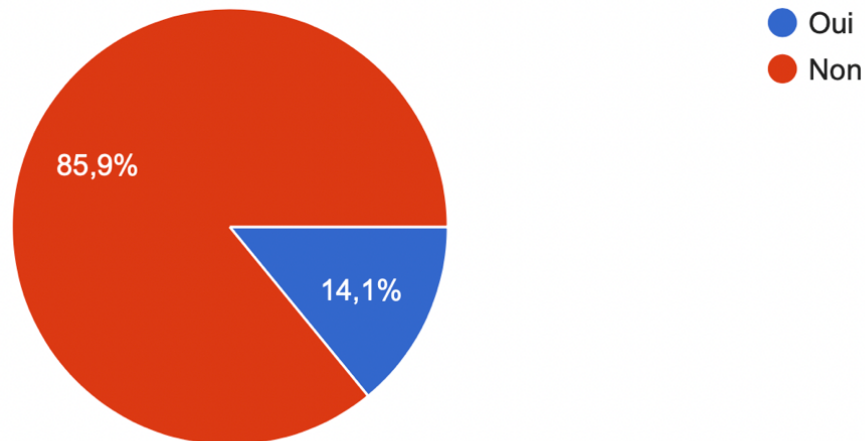


▪ **Salaire moyen net mensuel: 20,28€**

▪ **Extrêmes: 10,9€ à 42€**

▪ Infirmière IBODE

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui à quel tarif horaire : euros

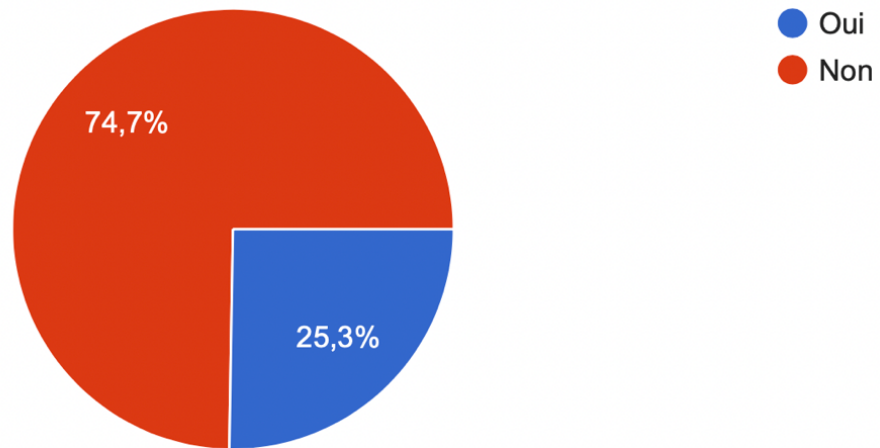


▪ **Salaire moyen net mensuel: 20,3€**

▪ **Extrêmes: 14€ à 30€**

▪ Autres personnels :

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui à quel tarif horaire : euros

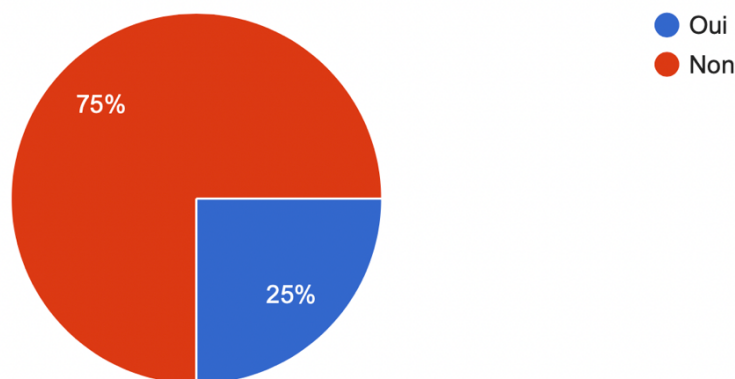


- Audiométriste
- Femme de ménage: 8,03€ à 15€ net
- Auxiliaire explo fonctionnelle : 8,03€ net
- IADE: 23€ à 29€ net
- Secrétaire aide opératoire
- Physiciens médicaux,
- Aide comptable
- Aide opératoire
- Orthoptiste: 15€ à 19€ net
- Manipulateur radio: 16 à 22,8€ net
- MERM: 14€ net
- Kiné réadaptation
- Attaché de recherche clinique: 25€ net
- DRH

Politique de votre établissement sur la redevance médicale

5/ Y a-t-il eu une négociation du taux et de son contenu entre votre établissement et vous-même ?

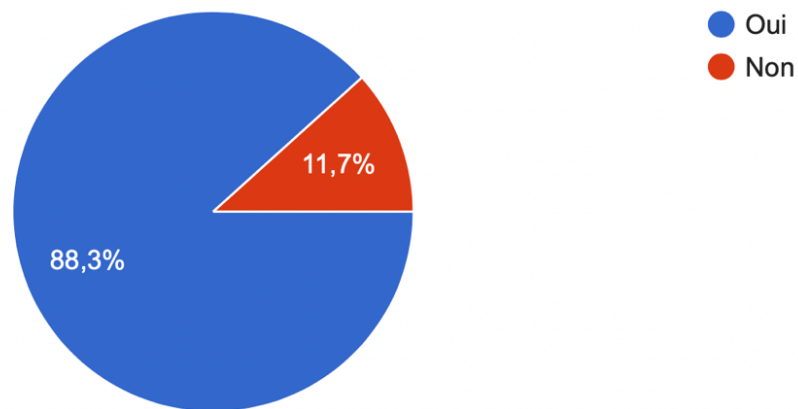
- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui, sur quelles bases s'est déroulée cette négociation ?



- | | |
|---|--|
| ▪ Comparaison « taux national moyen » | ▪ Réglementaire |
| ▪ Calcul Coûts prestations | ▪ Calcul de rentabilité |
| ▪ Amortissement du matériel et volume d'activité | ▪ Tarif moyen |
| ▪ Taux des prédécesseurs avec négo à la baisse | ▪ Su les bases des autres spécialistes |
| ▪ Activité lucrative GHM pour la clinique (donnant-donnant) | ▪ Coopération public-privé/ GCS |
| ▪ Diminution de 10% à 3% pour rester | ▪ Avec l'ensemble des médecins et chirurgiens |
| ▪ Celle des autres chirurgiens | ▪ Augmentation du taux avec prise en charge de l'aide opératoire |
| ▪ Négociation CME | ▪ Audit et expertise contradictoire |

6/ Avez-vous un contrat d'exercice signé avec votre clinique ?

- Oui ☐
- Non ☐



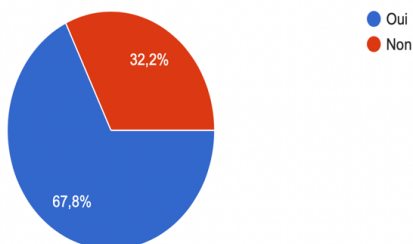
- Si oui, le taux de redevance est-il inscrit dans votre contrat ?

- Oui ☐
- Non ☐

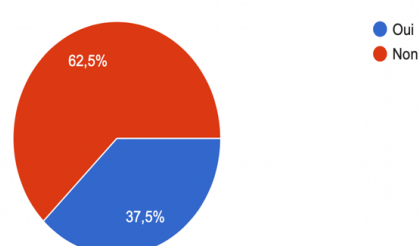
- Si non, ce taux de redevance a t-il été précisé dans un accord écrit (annexes/avenant, ...) ?

- Oui ☐
- Non ☐

Si oui, le taux de redevance est-il inscrit dans votre contrat ?



Si non, ce taux de redevance a t-il été précisé dans un accord écrit (annexes/avenant, ...) ?

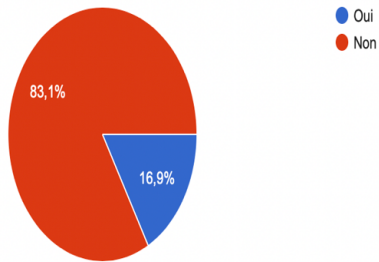


7/ Savez-vous comment a été évaluée cette redevance ?

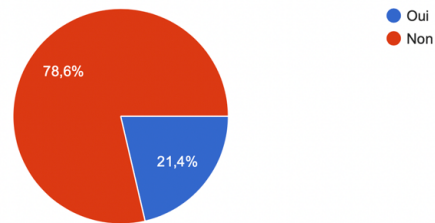
- **Est-elle fixée au coût réel ?** (Voir votre contrat, annexe, avenant, factures, ou tout autre échange écrit avec la clinique)

- Oui ☐
- Non ☐

Savez-vous comment a été évaluée cette redevance ?

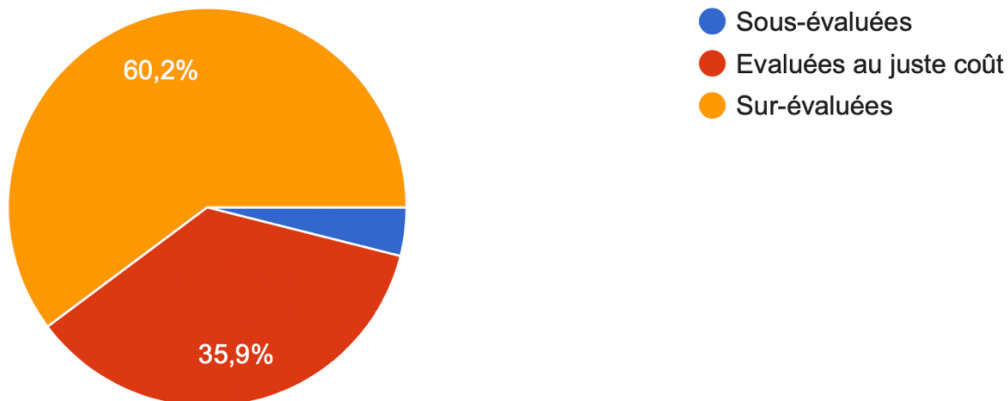


Si oui, est-elle fixée au coût réel des prestations concernées ?



Estimez-vous que votre redevance est ?

- Sous-évaluée ☐
- Evaluée au juste coût ☐
- Sur-évaluée ☐



Avez-vous une clause dans le contrat de renégociation du coût des prestations servies ?

- Oui ☐
- Non ☐

8/ Comment a été fixé le taux de la redevance initialement ou suite à une renégociation ?

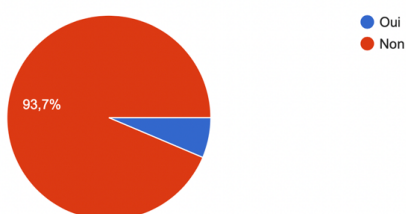
Cabinet d'expertise comptable ☐

Expert désigné par un tribunal ☐

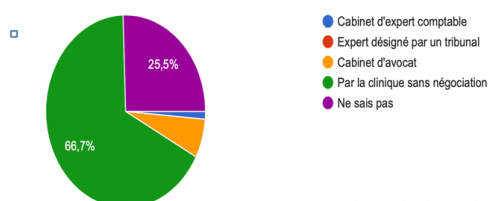
Cabinet d'avocat ☐

Autres (précisez) ☐

Avez-vous une clause dans votre contrat de renégociation du taux de la redevance ?



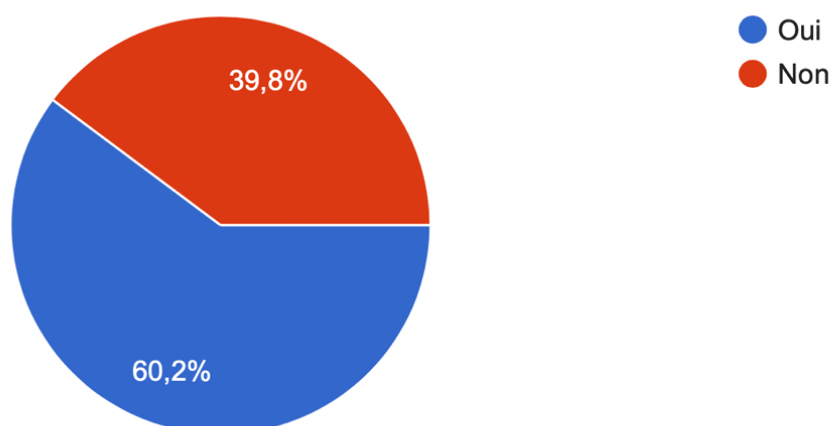
Par qui a été fixé le taux de votre redevance ?



9/ Facturation de la redevance à tous les praticiens de la Clinique :

Existe t'il d'autres pourcentages de redevance dans votre établissement que celui qui vous est facturé ?

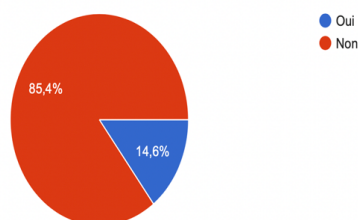
- Oui ☐
- Non ☐



Entre praticiens de même spécialité disposant des mêmes prestations

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui, lesquels, pour quels profils de praticiens, la différence est-elle justifiée ?

Existe t'il différents pourcentages de redevances entre praticiens de même spécialité disposant des mêmes prestations ?



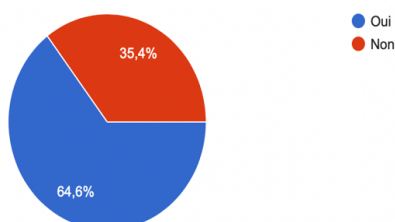
Si oui, la différence est-elle justifiée selon vous ?

- Non dans 91% des cas
- Oui car
 - Ancienneté des contrats
 - Présence ou non de l'aide opératoire
 - Présence de matériel spécifique

Entre praticiens de spécialité différentes

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui, lesquels, pour quels profils de praticiens, la différence est-elle justifiée ?

Existe t'il différents taux de redevances entre praticiens de spécialités différentes ?

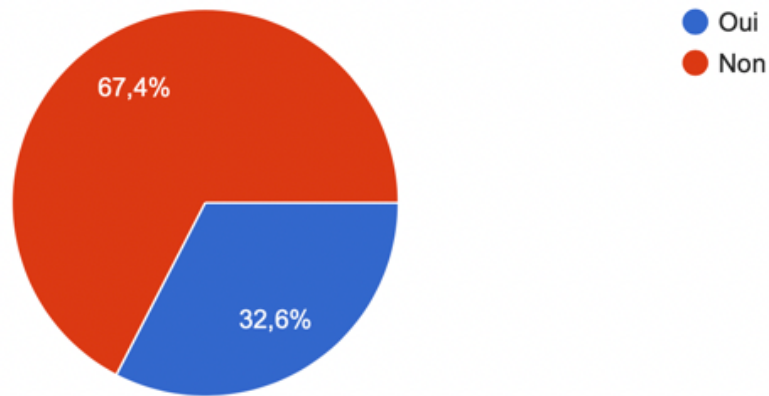


Si oui, la différence est-elle justifiée selon vous ?

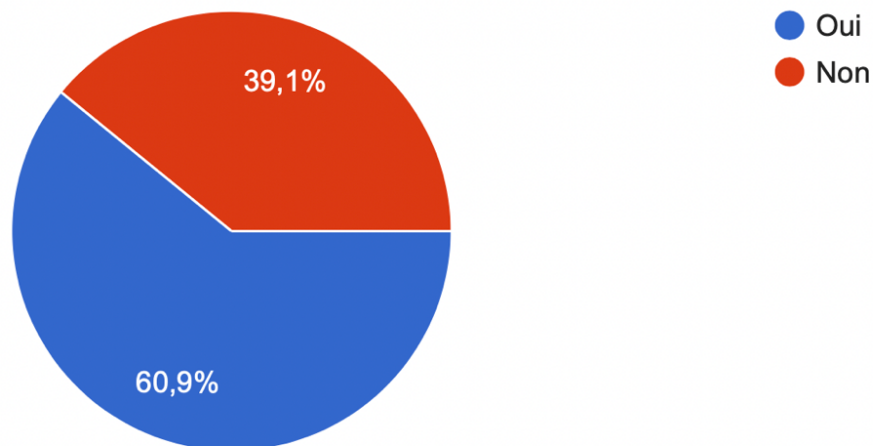
- Non à 73%
- Oui à 27%
 - Robot pour l'urologie
 - Différence de matériel utilisé
 - Actionnaire ou pas
 - Mise à disposition de locaux pour les anesthésistes
 - Pas les mêmes prestations
 - Ancienneté des contrats

10/ Votre établissement (ou le groupe auquel il appartient) a t'il fait évoluer cette redevance ces dernières années :

- **Oui** ☐
- **Non** ☐
- Si oui, à quelle (date environ) ces changements ont été initiés :
- Si oui, quelle a été cette évolution :



11/ Pensez-vous que les moyens humains et matériels indispensables à la prise en charge d'un patient, quel que soit le type d'hospitalisation, sont inclus dans le tarif GHS ?



2.1.4/ Les spécificités de la redevance dans les cliniques de psychiatrie

Les résultats de l'enquête sur la psychiatrie font apparaître un taux moyen de redevance de 9% HT, soit sensiblement plus élevé que pour les autres spécialités.

Ceci s'explique en partie par l'inclusion de certaines prestations qu'on ne retrouve pas dans les autres spécialités comme la rémunération d'un médecin de garde. Cette dernière peut faire l'objet de litige entre les psychiatres et les cliniques. Contrairement aux autres spécialités, les locaux à disposition sont très fréquemment intégrés dans le calcul de la redevance.

Dans la majorité des cas, la redevance n'a pas été négociée entre le psychiatre et l'établissement. Si tous les répondants affirment disposer d'un contrat d'exercice, la redevance n'est pas toujours inscrite dans le contrat.

Comme pour les autres spécialités, la majorité des psychiatres déclarent ne pas connaître les modalités de valorisation de la redevance et la jugent surévaluée.

Globalement, les préconisations proposées en partie III peuvent s'appliquer aussi aux psychiatres.

2.1.5/ Analyse des principaux résultats de l'enquête auprès des médecins

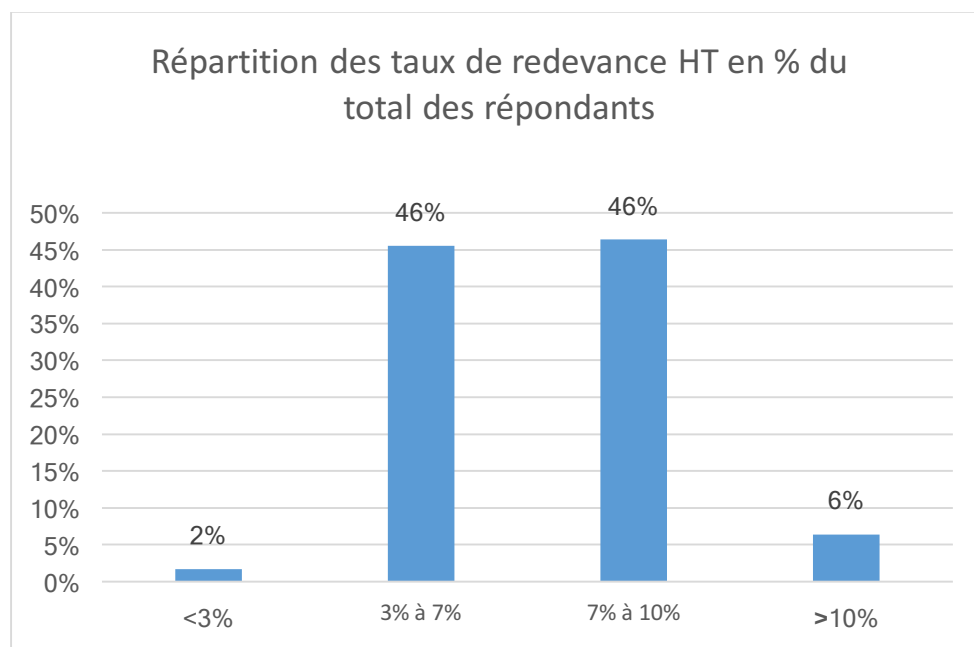
Un échantillon de répondants très représentatif de la démographie réelle des spécialistes

Les réponses au questionnaire sont issues de médecins représentant une grande diversité des spécialités médicales et chirurgicales. Près de la moitié des répondants (48%) ont entre 40 et 55 ans, 37% on plus de 55 ans et 15% moins de 40 ans. En termes de secteurs tarifaires, **29% sont en secteur 1 et 71% en secteur 2** :

- 28% secteur 2
- 35% secteur 2 optam CO
- 7% secteur 2 optam
- 20% secteur 1
- 5% secteur 1 optam CO
- 4% secteur 1 optam

Le taux de redevance moyen appliqué sur les médecins répondeurs de l'enquête est **7,6% HT** et le **taux médian est de 7,3% HT**. On a donc dans 50% des cas un taux de redevance supérieur à 7%.

Graph 4 : Schéma de la répartition du taux de redevance médicale



Source : Enquête URPS ML Occitanie-2020

La redevance médicale s'applique dans 31% des cas sur les compléments d'honoraires et dans 70% uniquement sur les tarifs de sécurité sociale.

Un panel large et hétéroclite de services dans la redevance médicale

Les 4 types de services les plus couramment financés par la redevance sont :

- La gestion des honoraires pour 84% des répondants ;
- Les frais de lingerie pour 44% ;
- Le parking pour 35% ;
- Les locaux mis à disposition pour 33%.

La mise à disposition d'un secrétariat est aussi intégrée dans la redevance pour 6% des répondants. Une faible minorité de répondants a une facturation pour l'utilisation d'un matériel médical qui peut être un robot, un endoscope, un amplificateur de brillance, un électrocardiogramme...

41% des médecins salarient directement du personnel paramédical (infirmières aide opératoire, infirmière instrumentiste, manipulateur radio...) ou autres.

Concernant le personnel paramédical (infirmières aide opératoire, infirmière instrumentiste, manipulateur radio ou autres), 41% des répondants ont des charges à payer en plus de la redevance. Ce personnel paramédical est payé à l'heure pour seulement 34% des cas, selon un tarif horaire net moyen de 28,21€ (allant de 11 à 55€).

84% des répondants salarient leur secrétaire pour un tarif horaire moyen net de 16,8€ (=2 SMIC), ce tarif allant de 8,03€ à 49€. Pour les IDE, 31,5% des médecins ont des salariés IDE à leur charge pour un salaire net horaire de 20,26€ en moyenne.

14% des répondants salarient des IBODE (tarif moyen de 20,1€), ce qui représentent une proportion non négligeable, considérant que toutes les spécialités médicales et chirurgicales ont été interrogées pour cette enquête.

25% des répondants ont d'autres personnels salariés que les secrétaires et personnels infirmiers. Il peut s'agir selon les cas d'un physicien médical, d'une aide comptable, d'un orthoptiste, d'un manipulateur radio, d'un kiné, d'un attaché de recherche clinique, d'un DRH...

La redevance est le plus souvent non négociée et valorisée sur des bases méconnues ou incomprises

Pour les trois quarts des médecins répondants, le taux et le contenu de la redevance n'ont pas fait l'objet d'une négociation entre l'établissement et les médecins. Pour le quart ayant connu une phase de négociation, les bases de discussion ont été diverses et variées :

- Comparaison du « taux national moyen » ;
- Calcul des coûts des prestations ;
- Amortissement du matériel et du volume d'activité ;
- Taux des prédécesseurs avec négociation à la baisse ;

- Celle des autres chirurgiens ou des autres spécialistes ;
- Calcul de rentabilité ;
- Audit et expertise contradictoire.

Concernant les modalités d'évaluation de la redevance, 83% des médecins ne les connaissent pas. Les 17% qui les connaissent affirment à une très large majorité (79%), qu'elle ne serait pas fixée aux coûts réels des prestations concernées. Pour 36% des médecins spécialistes, les prestations valorisées sont évaluées au juste coût et pour 60% elles sont surévaluées.

Ainsi, selon l'enquête, pour **6 médecins spécialistes sur 10 exerçant en clinique, le taux de redevance serait supérieur à la valeur réelle des prestations couvertes !**

Les raisons évoquées par les médecins répondants pour expliquer le décalage entre les taux et la valeur des prestations sont multiples : absence de justificatifs des coûts réels, sujet de *casus belli* avec la direction entraînant une absence de discussion sur le sujet, redevance à géométrie variable selon les individus, compensation avec le prix du loyer, flou juridique sur le contenu du GHS...

Si une majorité des médecins a un contrat, nombreux sont ceux qui ne prévoient pas de clause de renégociation

88% ont signé un contrat d'exercice avec la clinique et 12% ne l'ont pas fait. Pour ceux qui ont un contrat signé, le taux de redevance est précisé dans le contrat pour 68% des cas. Pour ceux qui n'ont pas de contrat signé, le taux de redevance n'est précisé dans aucun « écrit » dans les deux tiers des cas.

32% des contrats signés ne mentionnent pas le taux de redevance.

Initier une négociation portant sur la redevance en cours d'exécution du contrat est aussi difficile à instaurer pour un médecin spécialiste car déjà **94% des contrats signés ne comportent pas de clause de renégociation du taux.**

Même si contractuellement les parties peuvent à tout moment décider de renégocier ensemble (ce type de clause n'est pas en tant que telle « obligatoire » mais cohérente avec le principe du coût réel et de la fixation d'un pourcentage pour facturer, en lien avec les honoraires).

La négociation de la redevance fait intervenir un avocat dans 7% des cas. Dans plus des deux tiers des cas, la clinique fixe unilatéralement le taux de redevance.

Une diversité de taux de redevances perdure dans une même clinique

Dans 58% des cas, il existe plusieurs taux de redevances dans la clinique : dans 15% des cas entre praticiens de même spécialité, dans 66% des cas entre praticiens de spécialités différentes.

Pour une majorité de praticiens (67%), la redevance n'a pas évolué ces dernières années et il n'est pas prévu qu'elle évolue. Pour les 33% des cas où elle a évolué ces dernières années, les points suivants sont évoqués : recherche d'une harmonisation entre les spécialités ou suite à la fusion entre 2 cliniques, procédure juridique en cours, hausse générale dans le groupe auquel la clinique « appartient »...

61% seulement des médecins spécialistes estiment que les moyens humains et matériels indispensables à la prise en charge d'un patient sont inclus dans le tarif GHS !

Enfin, parmi les commentaires et souhaits des médecins sur la redevance, on retiendra les points suivants :

- « Une comptabilité analytique devrait être imposée aux établissements ;
- Plus de transparence est nécessaire ;
- La redevance devrait se calculer sur une base négociée claire ;
- Le calcul est trop peu encadré et les critères peu lisibles ;
- Elle devrait être la même pour tous ;
- Une renégociation sur la base des frais réels s'impose ;
- Un objectif majeur pour l'avenir de la médecine libérale ».

2.1.6/ Les principaux résultats des interviews menés auprès des directions d'établissements

Les interviews ont été menés sur un panel représentatif de directeurs par rapport au secteur des cliniques privées et la diversité des modèles capitalistiques (indépendants, groupes régionaux, « grands groupes »). Les éléments évoqués ci-dessous sont tirés de propos tenus par des directeurs et viennent nourrir la réflexion.

Taux de redevance

Le taux de redevance « minimal » constaté est généralement calibré entre 4% et 6% HT des honoraires : mais il correspond alors à la facturation des actes et au recouvrement des honoraires pour le compte des médecins par la clinique.

La redevance est liée au montant des honoraires géré par la clinique. Si le contrat prévoit la facturation des prestations de gestion et recouvrement de « tous » les honoraires (sans exclusion), alors le recouvrement des dépassements d'honoraires qui sont gérés par la clinique, devraient être inclus également selon les directeurs.

Contenu de la redevance

Un des principaux enjeux de la redevance est celui de sa cohérence « réelle » avec le périmètre précis des services concernés. L'absence de clarté de son contenu et des prestations effectivement facturées conduit à une véritable confusion qui nuit à la lisibilité, à la compréhension et donc à l'acceptation par les médecins de cette redevance.

La diversité des taux entre établissements est souvent liée à la diversité des périmètres de services couverts. On peut considérer que le contenu de la redevance se limite à la gestion des honoraires et que tout autre service effectivement servi doit également être facturé selon les mêmes principes d'un coût réel maximum. Cependant, dans la réalité, il est très difficile, voire presque impossible, de tout valoriser au strict « coût réel », d'où l'intérêt de limiter le champ couvert par la redevance.

Le contenu du GHS

Même si le GHS est « sensé » comprendre l'ensemble des moyens humains et matériels nécessaires pour la prise en charge d'un patient, dont notamment l'ensemble de tels moyens pour réaliser un acte au bloc opératoire, la non revalorisation des GHS conformément à l'évolution des coûts réels de ces moyens, place très certainement en situation de difficulté les cliniques : à titre d'illustration, les matériels évoluent, leur coût également, sans pour autant que les établissements ne puissent disposer d'une revalorisation des GHS permettant d'en intégrer les coûts.

Dans les établissements publics de santé, le GHS contient l'ensemble des « coûts opératoires » et les honoraires des praticiens.

Dans les établissements de santé privé, le contenu respectif du GHS et des honoraires doit être clarifié.

Le sujet notamment de la prise en charge du personnel nécessaire à la réalisation d'un acte opératoire n'est pas réglé et au cœur de premiers litiges importants. D'ailleurs, selon l'histoire contractuelle entre les parties, leur coût peut encore être pris en charge intégralement par les médecins qui salarient alors directement leur personnel pour réaliser les actes d'aide opératoire ; dans d'autres c'est l'établissement qui prend tout en charge. Le taux de redevance en est évidemment impacté.

Dans la mesure où la facturation d'une prestation et donc sa licéité, repose sur l'absence de financement perçu par les établissements, revenons aux sources de ces financements.

Il existe trois sources distinctes de financements dans le « secteur privé » liées à la prise en charge d'un patient :

- Le GHS perçu par l'établissement,
- Les honoraires conventionnels perçu par les médecins,
- Les dépassements d'honoraires perçus uniquement par des médecins qui y sont autorisés ;
- La facturation des prestations hôtelières et chambres particulières.

Or, lorsque se pose la question de l'imputabilité de certaines hausses de coûts, comment déterminer « qui » doit l'assumer entre la clinique, le patient, le médecin ou l'assurance maladie ?

Il est indéniable que la valeur du GHS ne suit pas les évolutions liées aux innovations technologiques, ces dernières n'étant souvent pas comptabilisées dans la revalorisation des GHS.

En urologie par exemple, le coût du robot Da Vinci n'est pas compris dans le GHS.

Il ressort de l'enquête que ces consommables utilisés pour les interventions « au robot » sont généralement financés par le patient et un « coût d'usage » du robot peut même être facturé aux médecins. Quelle est la logique derrière cela ? Existe-t-il des règles précises sous-tendant la légitimité du destinataire de la facturation à honorer ?

En dehors de la nécessité de répercuter ces augmentations, la question doit être posée car aucune règle ne permet d'y répondre.

Lors de la négociation des contrats avec les médecins, l'investissement de l'établissement et/ou celui des praticiens dans les nouvelles technologies est au cœur des débats car cela représente souvent une condition *sine qua non* de leur entrée et de leur implication dans le développement d'une activité au sein de l'établissement : il ne serait pas acceptable pour eux de ne pas disposer des dernières technologies sur lesquelles ils ont été d'ailleurs le plus souvent formés.

Cette problématique rejoint celle de la nécessité de refonder l'architecture de financement des dépenses de santé en général.

Une tentation de faire converger les taux dans les « groupes » d'établissements

Les grands groupes de cliniques se sont constitués essentiellement à partir de rachat de cliniques existantes, la plupart du temps historiquement créées par des médecins.

Selon leurs pratiques, les redevances recouvraient différents services. Dans la plupart des cas, il s'agissait avant tout de la gestion des honoraires.

Cependant, l'exercice de convergence des taux recherchés et a fortiori la question de sa légitimité juridique dans les groupes, ne peut qu'être très souvent mal appréhendés puis vécus par les médecins dans leur quotidien. A juste titre.

Un risque de variable d'ajustement financière pour les actionnaires ?

Selon les directeurs interrogés, il est indéniable que la redevance médicale, notamment suite aux baisses tarifaires de la décennie 2010, est devenue pour certains groupes une des sources de recherche de revenus supplémentaires. Ce phénomène est une source majeure des tensions fortes suscitées par ce sujet entre les directions et les médecins libéraux.

Une analyse financière précise serait utile car il n'est pas évident que les enjeux financiers soient si importants. Il semblerait (à confirmer par une évaluation plus précise) que la part de la redevance médicale dans le chiffre d'affaires des cliniques soit de l'ordre de 1,5%.

Si on considère l'aspect « fourre-tout » de certaines redevances et l'absence de comptabilité analytique dans la plupart des cas, la marge nette véritable de ces redevances médicales est mal connue et pourrait être surestimée par les directions.

Que ce soit dans les établissements qui ne connaissent pas précisément la « rentabilité » de ces redevances, comme chez les médecins qui n'ont pas accès aux données précises concernant le « coût réel » des prestations rendues (voire quelquefois au contenu précis des services effectivement rendus, et tels que définis contractuellement préalablement), on est en présence d'un voile d'ignorance qui nourrit les spéculations et la défiance entre les parties.

En toute hypothèse, cette dérive s'agissant de ce qui devrait demeurer dans le périmètre de légitimité des redevances médicales et non devenir une variable d'ajustement financière, nous éloigne non seulement de la fonction première de ces redevances en générant des tensions inutiles au sein des établissements, mais surtout du cadre strict de sa licéité.

2.2 Les enquêtes menées avant celle de l'Occitanie

Deux enquêtes terrain ont été menées par des syndicats de médecins en 2006 et en 2019 sur le thème de la redevance médicale.

Parallèlement en 2016, la Cour des Comptes a aussi enquêté sur le sujet.

2.2.1/ Enquête sur la redevance médicale du SYMHOP en 2006

Le syndicat des médecins de l'hospitalisation privée (SYMHOP) a effectué une enquête en avril 2006 auprès d'un échantillon de 1000 médecins et Présidents de CME de l'hospitalisation privée à partir duquel **une centaine de réponses** ont été analysées.

Cette enquête a révélé **une grande hétérogénéité des pratiques** dans les paiements de redevances et surtout une **absence de corrélation entre les redevances et les prestations fournies par les établissements**. Malgré les réformes de la T2A et de la CCAM, la pratique des redevances, qui relève d'une relation contractuelle, est **restée identique** à celle d'avant la mise en place de la T2A.

L'enquête a aussi révélé le non-respect de la réglementation (et par ailleurs des recommandations) et le faible soutien des établissements pour le fonctionnement des CME comme des fonctions dites transversales (présidence de CME, comité de lutte contre les infections nosocomiales...).

Dans 35% des cas, la redevance s'applique aux compléments d'honoraires.

C'est seulement dans **4%** des cas que les établissements facturent des prestations **aux coûts réels**.

Dans **63% des établissements interrogés**, la redevance est comprise **entre 4% et 10%**. Parmi les prestations fournies par l'établissement, figurent au minimum la prise en charge et la gestion de la facturation des honoraires puis, selon les établissements, les frais liés au personnel de secrétariat et de bloc opératoire (personnel infirmier en charge de la réalisation d'actes d'aides opératoires, infirmiers anesthésistes diplômés d'état), la mise à disposition des locaux de consultation et du matériel spécifique.

Lorsque la redevance est **entre 11% et 14% des honoraires**, elle comprend les frais de personnel 8 fois sur 10, la mise à disposition des locaux de consultation une fois sur 5 et celle de matériel spécifique une fois sur deux.

Lorsque la redevance est **supérieure à 15%**, elle comprend les frais de personnel de secrétariat dans 75% des cas, ceux du personnel du Bloc une fois sur deux, la mise à disposition des locaux de consultation et de matériel spécifique une fois sur deux.

Lorsque la redevance ne couvre que la gestion des honoraires, elle est en moyenne de **6,7% des honoraires**.

Selon le SYMHOP, les différentes analyses d'experts chiffrent la gestion des honoraires entre 1,5% et 3% en moyenne¹⁴.

2.2.2/ Enquête de la cour des comptes sur 16 cliniques

Le législateur a initié en 2016 un contrôle par la Cour des Comptes et les chambres régionales des comptes sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social.

Sur cette base, les juridictions financières ont réalisé une enquête sur la situation économique et financière des cliniques privées, à partir **d'un panel de 16 cliniques privées à but lucratif de court séjour** en médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), dont la clinique de l'Union à St Jean en Occitanie, représentant un chiffre d'affaires globale de 800 M€ et réparties dans 11 régions.

Dans une lettre adressée à la Ministre Agnès Buzyn¹⁵, le Premier Président de la Cour des Comptes rapporte les constats de cette enquête dont une partie concerne les redevances payées par les médecins.

Une situation juridique et financière mal connue des autorités sanitaires

La Cour des Comptes constate que la situation financière des cliniques privées s'inscrit dans un **environnement juridique complexe**. La structuration juridique des cliniques privées est plus complexe que celle des établissements publics, du fait de l'existence d'un ensemble de sociétés satellites, difficiles à cartographier.

Aux côtés de la société d'exploitation, gravitent généralement :

- **Une société civile immobilière (SCI)** pour la gestion des murs (il n'existe pas de règles spécifiques pour l'immobilier de santé),
- **Un Groupement d'intérêt économique (GIE)** pour la mutualisation des prestations entre cliniques,
- **Des sociétés civiles de moyens (SCM) ou des sociétés d'exercice libéral (SEL)** pour les honoraires médicaux.

Les contrôles ont montré **l'absence fréquente de comptabilité analytique en coûts complets** dans les cliniques du panel, ce qui ne permet pas toujours une comparaison objectivée avec le secteur public.

¹⁴ Fiche Symhop en 2007

¹⁵ Cour des Comptes, Lettre du Premier Président à la Ministre Agnès Buzyn, Réf : S2019-0885, le 26 mars 2019

A l'inverse, les cliniques ont fait le choix **d'un suivi d'activité fin et resserré à l'égard des médecins pour s'assurer d'un volume d'activité suffisant** de leur part. Ainsi, la Cour des Comptes met en évidence **une certaine opacité dans le suivi des flux financiers (charges et produits) des cliniques**, à l'exception de ceux concernant le suivi d'activité des médecins libéraux. Cette situation participe à la difficulté d'évaluer précisément le coût réel de certaines prestations incluses dans la redevance médicale.

Un cadre d'exercice libéral pour les médecins comprenant une redevance établie contractuellement

La Cour des Comptes note que l'activité des médecins en clinique est réalisée dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral, le plus souvent élaboré à partir d'un « modèle » de contrat. Ce dernier donne lieu au versement par **le praticien à la clinique d'une redevance d'un niveau très variable**.

L'enquête a établi, à travers les clauses des contrats, un niveau de **4,6% du montant total des honoraires perçus**. Cependant, la réalité de ce que versent les praticiens aux établissements peut être différente. La grande disparité des situations des médecins au sein de chaque clinique, entre les cliniques elles-mêmes, mais aussi selon l'ancienneté du contrat, empêche une connaissance claire des reversements effectués par les praticiens.

La Cour des Comptes indique que rien ne garantit que les redevances effectives reflètent **la réalité des coûts supportés par les établissements, ce qu'exige pourtant la jurisprudence de la Cour de Cassation, tel est le prix de sa licéité rappelons-le**. Il en va de même de la location des cabinets médicaux situés au sein des cliniques, sources de revenus annexes théoriquement non négligeables pour les cliniques, mais en réalité mal suivis selon la Cour des Comptes.

2.2.3/ Enquête du BLOC en 2019

La plus grande enquête menée avant 2020 sur la redevance médicale est celle du syndicat Le Bloc, réalisée de juillet à octobre 2019 par internet et courrier sur un échantillon national de 5000 praticiens du bloc opératoire, suscitant près de 400 réponses (soit un taux de réponse de 8%).

Le tableau suivant montre la répartition des participants à l'enquête selon leur spécialité. Parmi les répondants, **90% étaient en secteur 2 dont 49% en Optam Co.** Les spécialités les plus représentées sont l'orthopédie (31%), suivies par l'urologie et le digestif.

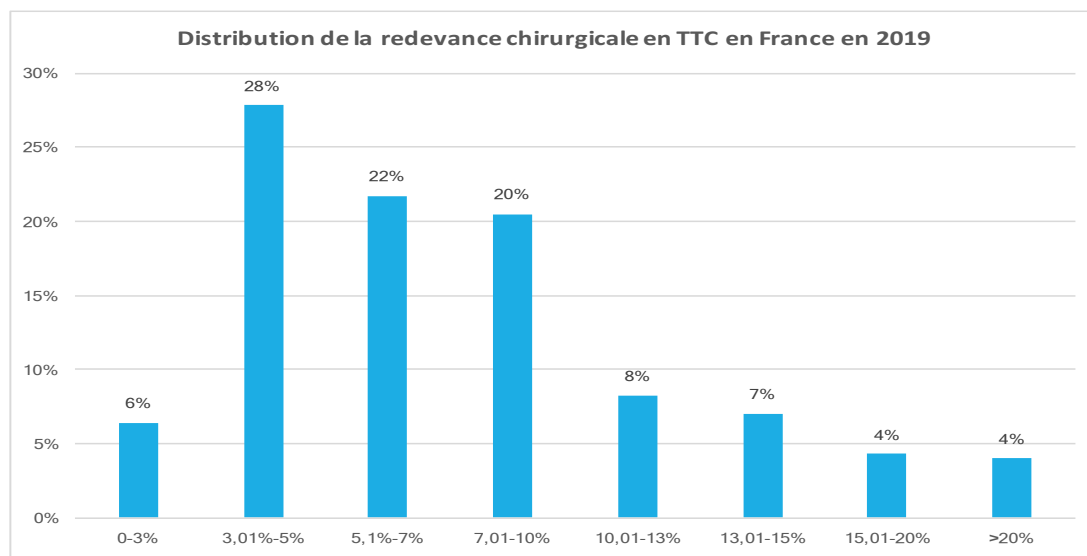
Tableau 4 : Répartition des participants à l'enquête du Bloc de 2019

Spécialités chirurgicales	Part dans la clinique (en %)	Spécialités chirurgicales	Part dans la clinique (en %)
Chirurgie orthopédique	31%	Chirurgie générale & digestive	7%
Urologie	14%	Gynécologie	6%
Chirurgie viscérale & digestive	12%	Chirurgie cardiaque	1%
Chirurgie esthétique, plastique, et reconstructive	10%	Chirurgie pédiatrique	1%
Chirurgie maxillo-faciale	8%	Neurochirurgie	1%
Chirurgie vasculaire	8%	Ophtalmologie	1%

Source : Enquête menée par le Bloc en 2019

La redevance moyenne payée par les praticiens dans cette enquête était de **8,1% en HT (9,7% en TTC) sur les honoraires**. Le tableau suivant montre que dans 50% des cas, cette redevance est comprise entre **3% et 7% en TTC, avec une médiane autour de 6%**. La différence entre la moyenne et la médiane montre qu'une minorité non négligeable de redevances est très élevée, au-delà de 15%.

Graphe 2 : Répartition de la redevance des praticiens du bloc opératoire en TTC



Source : Enquête menée par le Bloc en 2019

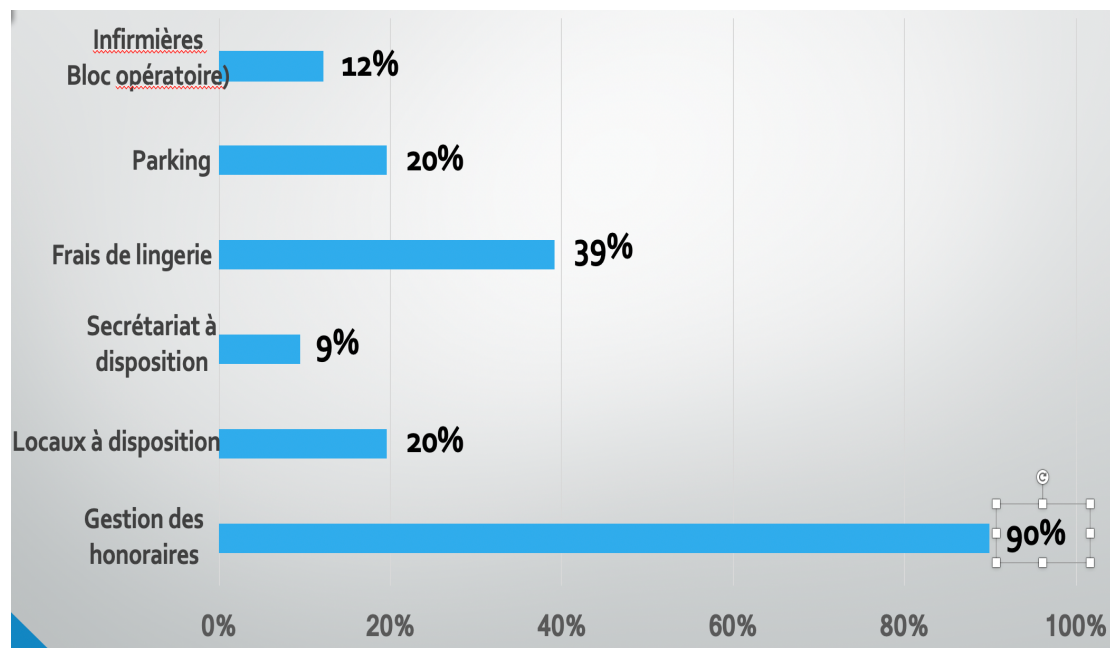
Cette enquête a aussi révélé que dans **42% des cas**, la redevance s'appliquait sur les compléments d'honoraires, soit une hausse de 7 points par rapport aux résultats de 2006.

La redevance couvre avant tout la gestion des honoraires

Dans 90% des cas, la redevance finance le service de recouvrement des honoraires par la clinique. D'autres services comme les frais de lingerie (39%), la location de parking (20%), la mise à disposition de locaux (20%), la prise en charge d'infirmières du bloc (12%) sont inclus dans certaines redevances.

Près **des trois-quarts des praticiens (73%)** ont des charges à payer pour les infirmières du bloc opératoire en supplément de la redevance.

Graphe 3 : Contenu de la redevance médicale



Source : Enquête menée par le Bloc en 2019

Les infirmières du bloc opératoire sont salariées dans 42% des situations et ont un statut d'IDE dans 57% des cas, d'IBODE dans 19% ou du personnel non infirmier dans 23% des cas.

Dans presque un établissement sur deux (47%), il existe plusieurs niveaux de redevances en fonction des praticiens et dans 26% des cas cette redevance a évolué ces dernières années.

2.3/ Principaux enseignements des enquêtes

L'enquête d'Occitanie révèle que dans un cas sur deux, un médecin spécialiste a un taux de redevance supérieur à 7% HT (8,4% TTC), le taux moyen étant de 7,6% HT (9,12%TTC).

Si la grande majorité des redevances (83%) comprend la gestion des honoraires, on observe une grande hétérogénéité des services financés dans la redevance, allant des frais de parking, aux frais de lingerie, ou encore s'agissant des frais de mise à disposition de locaux. La redevance est devenue un vrai « pot-pourri » de services « inclus » pour tenter de justifier un taux qui se rapproche à grand pas des 10%.

Un taux de redevance élevé malgré le paiement du paramédical par le médecin

En plus de la redevance, l'enquête révèle que près d'un médecin sur deux salarie du personnel paramédical, en sus d'une secrétaire médicale qui est salariée par leurs soins pour presque tous les spécialistes.

La question de l'imputabilité de la charge liée au personnel infirmier nécessaire lors de la réalisation d'actes au bloc opératoire est centrale dans la réflexion sur l'évolution des redevances, sachant que les moyens matériels et humains nécessaires à l'hospitalisation est précisé dans les dispositions précitées du code de la sécurité sociale, comme financé par les forfaits versés aux établissements via le GHS.

Pour les trois-quarts des spécialistes, la redevance n'a pas fait l'objet de négociation au préalable pour définir le contenu et le taux, voire les conditions de leurs modifications éventuelles.

Les médecins ne connaissent pas les modalités de valorisation des services pas plus que le contenu précis de ces prestations, ce qui les conduit, pour une majorité, à considérer les redevances surévaluées par rapport aux services rendus.

Si près de 9 spécialistes sur 10 ont signé un contrat avec leur clinique, moins de 6% de ces contrats prévoient une clause de renégociation du taux, ce qui génère des difficultés importantes sources de potentiels litiges difficiles à résoudre.

Pour près de 6 médecins sur 10, il existe plusieurs taux de redevance dans une même clinique.

Des directions d'établissements sur une ligne de crête

Du point de vue des directeurs d'établissement, le principe de la redevance est celui de la rémunération de services rendus valorisés aux coûts réels. Les directeurs interrogés reconnaissent que le périmètre de ces services s'est sensiblement étendu ces dernières années pour devenir un véritable « fourre-tout ».

Ils observent que bon nombre de médecins salarient leur aide-opératoire. La non revalorisation des GHS sur plusieurs années a réduit la marge de manœuvre des

directions sur les redevances, les directeurs confirmant que cela conduit parfois certains groupes à en faire une variable d'ajustement financière.

A partir du moment où le GHS ne suit pas l'évolution des coûts, notamment liés à l'évolution des techniques nécessaires à la réalisation des actes, la question est de savoir quel acteur doit payer entre le médecin, le patient, l'assurance maladie.

La dérive des redevances accélérée par la financiarisation du secteur

La concentration du secteur de l'hospitalisation privé, dominée par les grands groupes détenus par des fonds d'investissement français ou étrangers a généré un mouvement vers une « harmonisation » des taux de redevance entre les cliniques du même « groupe ». Ce mouvement accentue le risque de déconnection de cette redevance avec la valorisation aux coûts réels des services rendus d'une part et le risque de faire de cette redevance une variable d'ajustement pour garantir un niveau cible de profits d'autre part.

C'est surtout contraire au principe même encadrant sa licéité.

Cette évolution conduit à une forme d'hystérisation du débat sur les redevances aux détriment d'une discussion dépassionnée à partir du cadre juridique strict de sa facturation, sur la base de données financières fiables justifiant du coût réel évidemment par ailleurs dans le respect des engagements définis contractuellement.

Les établissements font de la redevance un enjeu capital de leur rentabilité, sans connaître précisément la rentabilité de celle-ci. L'élargissement du périmètre de cette redevance accentue ce phénomène. Il semblerait que l'apport massif en trésorerie représentée par ces redevances soit un point de sensibilité majeur pour les directions.

Pour autant cette redevance ne serait-elle pas surtout pour les candidats se présentant aux établissements, un véritable enjeu en termes d'attractivité et de sérénité d'exercice également ?

Des constats confirmés par l'analyse de la Cour des Comptes

La Cour des Comptes a constaté dans son rapport de 2019 la grande complexité de la situation juridique et financière des cliniques. Si l'activité des médecins est suivie de façon fine par les cliniques, afin de s'assurer d'un volume d'activité suffisant, la Cour a mis en évidence une certaine opacité dans le suivi des flux financiers (charges et produits).

La Cour révèle que rien ne garantit que les redevances effectives reflètent la réalité des coûts supportés par les établissements, ce qu'exige pourtant la jurisprudence de la Cour de Cassation.

Des risques de dérive identifiés dans les années 2000

L'enquête du syndicat des médecins de l'hospitalisation privée en 2006 avait déjà révélé la grande hétérogénéité des pratiques dans le paiement des redevances et une absence de corrélation avec les coûts réels des prestations fournies. Malgré la mise en place de la T2A, l'enquête montre que les pratiques sont restées identiques à celles d'avant la T2A.

Des dérives plus marquées pour les médecins du bloc opératoire

L'enquête de 2019 auprès des médecins du bloc opératoire montre que cette approche « fourre-tout » des redevances est bien installée, même si le paiement par les médecins de leur(s) aide(s)-opératoire reste très fréquent. Si le taux médian est à 6% HT, la redevance moyenne est à 8,1% au bloc du fait de cas extrêmes de plus en plus nombreux.

Partie III

Cinq préconisations sur l'avenir de la redevance médicale

A partir des résultats de l'enquête et des interviews, considérant les questions juridiques fondamentales, nous sommes en mesure d'élaborer 5 préconisations stratégiques.

Ces préconisations ont été émises dans un objectif de consensus entre les établissements et les médecins libéraux. Elles visent à favoriser l'approche du plus juste équilibre entre les intérêts financiers des médecins, la viabilité de l'exercice libéral auquel les médecins des cliniques sont très attachés d'une part et la bonne santé financière des cliniques d'autre part, naturellement dans le respect des conditions strictes de la licéité des relations et des pratiques.

Elles se veulent facilitatrices dans une logique d'attractivité des établissements de santé et vecteur de clarification des conditions d'activité des nouveaux praticiens dans le secteur libéral : le prix de la sérénité est ici de respecter avant tout le cadre de la licéité et la communication transparente entre cliniques et médecins.

Suite à ces préconisations, nous proposerons deux arbres décisionnels destinés à aider à la prise de décision selon des situations d'exercice différentes.

Préconisation 1

La redevance se construit nécessairement « à la carte », sur la base des prestations servies aux médecins par la clinique

Alors que la tendance des dernières années est à l'harmonisation des taux de redevance au sein d'une clinique et entre les cliniques (en particulier dans les grands groupes), il est important de rappeler qu'un taux de redevance dépend uniquement du contenu des prestations qui y sont valorisées.

Si la recherche d'un taux unique de redevance au sein d'une même clinique, voire même entre plusieurs cliniques d'un même groupe, semble au premier abord une mesure pratique, l'unicité n'a de sens que si la redevance contient strictement les mêmes prestations de services pour chaque praticien. Il est alors peu probable qu'elle réponde aux aspirations individuelles de chacun.

Rappelons que si un praticien ne dispose d'aucune prestation servie effectivement par la clinique, en théorie, il ne devrait pas y avoir de redevances (voir 1.6).

L'unicité du taux est un piège à éviter et peut être source d'injustice et d'inexactitudes dans la valorisation des services. Il peut tout autant être révélateur de son illicéité.

Il augmente aussi le risque de faire de la redevance la variable d'ajustement pour augmenter la rentabilité d'un groupe ou pour équilibrer les comptes d'un établissement en difficulté.

Il n'est donc ni dans l'intérêt de l'établissement (risque fiscal) ni dans celui des médecins (risque de surévaluation des redevances par rapport aux services rendus).

Mais surtout, les règles encadrant sa licéité ne sont alors pas respectées.

Préconisation 2

La gestion des honoraires, prestation la plus courante et présente dans plus de 80% des redevances, est aussi à la carte

Alors que l'usage des comptes mandataires s'est largement répandu ces dernières années, l'émergence de grands groupes financiers et les constats effectués, exigent un changement de pratiques en la matière. La part de marché élevée de ces groupes dans certains territoires leur donne un pouvoir de négociation considérable qui déséquilibre structurellement toute négociation entre les médecins et ces groupes. L'enquête d'Occitanie montre bien que dans 75% des cas, la redevance ne fait l'objet d'aucune négociation et est donc imposée aux médecins.

Concernant les groupes indépendants, ayant une réelle proximité avec leurs médecins dans la détermination des redevances, comme dans l'organisation générale de l'activité médicale, le « risque » de faire gérer ses honoraires via un compte mandataire est moindre. L'enquête d'Occitanie révèle d'ailleurs que les médecins considèrent que dans 36% des cas, leur redevance est correctement évaluée. Elle fait l'objet de négociation dans 25% des cas.

Le point ici n'est pas d'installer une méfiance entre les médecins et les établissements mais de prendre en considération une réalité économique qui influence grandement l'équilibre des pouvoirs au sein plus spécifiquement des établissements de grands groupes financiers.

Indéniablement, dans les groupes où la facturation de la redevance est source de litiges, les médecins devraient privilégier un paiement direct par la caisse primaire d'assurance maladie. La procédure est très simple et se réduit à l'envoi d'une LRAR à sa caisse primaire, sollicitant le paiement direct.

Si rien ne s'oppose contractuellement à cette décision, le médecin peut le faire.

C'est d'ailleurs la règle pour la plupart des professionnels de santé libéraux de ville et pour un nombre croissant de médecins libéraux des cliniques qui ont opté pour cette solution.

Cette gestion autonome des honoraires serait susceptible d'être recommandée et à généraliser sur l'ensemble des honoraires pour au moins trois raisons (et a minima sur les DP) :

- **Indépendance et pouvoir de négociation** : faire gérer sa trésorerie par la clinique revient à transférer à la clinique un actif important de la santé financière de son exercice et de son pouvoir de négociation en général avec la direction des établissements ;

- **Païement trop souvent au-delà du strict coût réel d'un service à faible valeur ajoutée :** la gestion pure et simple des honoraires dans le contexte actuel est techniquement très simple et peu coûteuse. Le service a une valeur hypertrophiée aux yeux des acteurs car il sous-tend le bon paiement des prestations.
- **Valorisation aux coûts réels des prestations facturées par la clinique :** la gestion des honoraires n'étant pas estimée à partir d'une comptabilité analytique, elle peut masquer la valeur réelle des prestations facturées. Parce que la gestion des honoraires n'est que trop rarement valorisée au coût réel mais plus souvent selon un forfait approximatif, l'appréciation du juste niveau de la redevance au regard des services rendus effectivement, reste difficile à réaliser (cf annexe 2).

Lors de l'examen de litiges portant sur la redevance, des expertises peuvent être décidées pour évaluer et donc trancher sur la question du cout réel.

Ainsi certaines décisions ont pu mettre en exergue des travaux d'experts ayant retenu un taux moyen pour les redevances limitées à la gestion et au recouvrement des honoraires de l'ordre de **3,3% TTC (2,75% HT)**.

Si le médecin fait le choix d'être payé en direct, il peut être négocié un taux correspondant alors à la seule gestion des litiges de dossiers patients, sous réserve de la fourniture de justificatifs.

Préconisation 3

Etre vigilant sur le respect de la règle de droit qu'aucune prestation liée à des soins remboursés par la sécurité sociale ne peut être incluse dans la redevance

La finalité de la T2A est de financer par des forfaits dans les GHS tous les coûts standards liés aux moyens humains, matériels et techniques nécessaires à l'hospitalisation et donc à la prise en charge des patients.

Le code de sécurité sociale est clair sur le fait que les établissements privés reçoivent un forfait dans le GHS incluant le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte.¹⁶

Mais la rédaction des dispositions concernant les exceptions alimente un flou qui doit être clarifié s'agissant du personnel rémunéré par les praticiens.

En premier lieu, la référence aux aides-opérateurs ne peut plus être utilisée : seules des infirmières de bloc opératoire, personnel diplômé ou selon le décret en cours ayant validé une formation complémentaire, peuvent intervenir au bloc opératoire pour y exercer 3 fonctions : infirmière circulante, infirmière instrumentiste et infirmière aide-opératoire. Si le personnel est nécessaire pour la prise en charge du patient lors de l'hospitalisation, il ne doit plus y avoir de flou quant à son inclusion dans le GHS.

C'est le critère de **nécessité** de la ressource humaine engagée pour une prise en charge du patient en hospitalisation standard qui devrait seul alors déterminer son inclusion dans le GHS ou non.

En l'absence de ces clarifications devenues nécessaires par les juges ou la réglementation, il est recommandé de déterminer clairement les prestations de personnels qui sont facturées et les financements dont disposent la clinique.

¹⁶ Art. R. 162-33-2 Code de la sécurité sociale.

Préconisation 4

Les seuls coûts liés aux soins pouvant être inclus dans la redevance sont ceux liés à des innovations technologiques non remboursées par la sécurité sociale ou des demandes spécifiques des médecins

Les deux exceptions à la non inclusion dans la redevance des coûts inhérents à la prise en charge des patients (tels que représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient) sont les suivantes :

- Une exigence particulière du médecin qui, par convenance personnelle, souhaite disposer de moyens supplémentaires qui vont au-delà des normes standards peut être facturé dans la redevance (matériels et/ou humains) ;
- L'utilisation d'une innovation technologique telle que le robot qui n'est pas valorisée par le GHS, dont le calcul a été effectué avant la sortie de cette innovation. C'est le cas de tout matériel ou dispositif médical non valorisé dans les GHS.

Dans ces deux cas, une prise en charge à un niveau qui est établi par négociation et basée sur les coûts réels peut être intégrée dans la redevance.

Mais il est nécessaire d'en poser les conditions clairement dans le cadre contractuel.

Préconisation 5

Tout paiement de prestations au titre de la redevance doit se faire sur facture accompagnée de justificatifs afin de garantir sa facturation au coût réel

Parce que la loi prohibe explicitement tout partage des honoraires des médecins avec quiconque et dès lors avec un établissement de santé, l'établissement ne doit pas réaliser de marge bénéficiaire sur la facturation des prestations fournies et contenues dans la redevance.

Le coût réel légitime la production de justificatifs.

Le coût réel suppose la livraison effective des prestations facturables.

L'activité médicale peut générer au quotidien le paiement d'un certain nombre de services qui s'avèrent pour lui nécessaire à la réalisation de son activité et à son bon déroulement tels que de pouvoir disposer d'un secrétariat, de locaux de consultation dans la clinique, de pouvoir disposer d'une maintenance informatique ou encore de bénéficier de la mutualisation de frais généraux.

Toute demande de mise à sa disposition de tels services est à la libre appréciation du médecin en fonction de ses préférences individuelles, du contexte et de ses relations avec l'établissement. En tant qu'entrepreneur individuel, le médecin supporte effectivement des coûts d'exploitation comme tout autre entrepreneur et son intérêt peut conduire à envisager une mutualisation d'un certains nombres avec la clinique.

Mais l'identification de ces prestations s'impose comme pour la prestation de gestion des honoraires, comme la production de justificatifs de leur coût réel.

ANNEXES

Annexe 1 : Compte des cliniques privées en France de 2011 à 2018

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	13 176	13 550	13 901	14 103	14 588	14 785	14 957	15 373
Nombre de cliniques	1 076	1 064	1 031	1 021	1 020	1 020	1 014	1 012
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	12,2	12,7	13,5	13,8	14,3	14,5	14,8	15,2
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	-45,3	-45,1	-44,8	-45,3	-45,7	-45,9	-46,2	-46,8
achats consommés	-17,4	-17,1	-16,7	-17,2	-17,3	-17,4	-17,6	-17,8
autres achats et charges externes	-27,9	-28,0	-28,0	-28,0	-28,4	-28,4	-28,6	-29,1
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-43,9	-44,0	-43,3	-42,8	-42,6	-42,9	-42,9	-43,1
salaires bruts	-31,0	-31,3	-31,6	-31,2	-31,2	-31,6	-31,7	-32,0
charges sociales	-13,0	-12,8	-11,7	-11,6	-11,4	-11,3	-11,2	-11,1
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du chiffre d'affaires), dont :	-5,0	-5,3	-5,3	-5,1	-4,8	-4,6	-4,5	-4,5
impôts, taxes et versements assimilés	-5,7	-5,9	-5,9	-5,8	-5,6	-5,6	-5,6	-5,7
subvention d'exploitation	0,7	0,6	0,6	0,7	0,8	1,0	1,1	1,2
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	5,7	5,6	6,5	7,0	7,0	6,7	6,4	5,6
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	1,9	1,9	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8	2,2
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	-4,0	-4,0	-3,9	-3,8	-3,8	-4,0	-3,9	-3,9
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	3,6	3,5	4,2	4,9	4,8	4,5	4,2	3,9
Résultat financier (en % du chiffre d'affaires), dont :	-0,3	-0,2	0,1	0,0	-0,3	0,5	0,1	0,1
produits financiers	1,1	0,9	1,0	0,8	0,6	1,2	0,8	0,8
charges financières	-1,3	-1,1	-0,9	-0,7	-0,8	-0,8	-0,7	-0,7
Résultat courant - exploitation + financier (en % du chiffre d'affaires)	3,4	3,3	4,3	4,9	4,5	5,0	4,4	4,0
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	0,9	0,4	-0,8	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1
produits exceptionnels	2,9	2,5	1,8	1,8	1,9	1,3	1,8	1,7
charges exceptionnelles	-2,0	-2,1	-2,6	-1,8	-2,0	-1,3	-1,8	-1,8
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3
Impôts sur les bénéfices (en % du chiffre d'affaires)	-1,4	-1,4	-0,9	-0,9	-1,2	-0,9	-0,8	-0,9
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	2,5	2,0	2,2	3,5	2,8	3,7	3,3	2,7

1. Données provisoires.

Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2011-2018, traitements DREES.

Annexe 2 : Observations sur le coût de gestion des honoraires

Le coût réel de gestion des honoraires est variable selon la structuration du chiffre d'affaires

Une raison supplémentaire qui justifie de recevoir directement ses honoraires de la caisse primaire est que le coût de gestion est très dépendant de l'activité du médecin.

Le coût de gestion des honoraires est principalement composé d'un temps secrétariat qui dépend de plusieurs variables dont l'activité des médecins (nombre d'actes et valeur des actes), l'organisation des cliniques en ressources humaines, voire des technologies informatiques utilisées.

Seule une comptabilité analytique pointue, rarement présente pour ce type de facturation, peut permettre d'évaluer précisément ce coût. Celle-ci est largement encouragée par les Pouvoirs Publics, comme le révèle le rapport de la Cour des Comptes mentionné en deuxième partie.

En fonction du nombre d'actes réalisés par mois et la valeur moyenne de ces actes, le coût de gestion des honoraires varie. Les trois scénarii présentés ci-dessous illustrent la nécessité de réaliser un travail de comptabilité analytique (assez basique) dans chaque clinique pour estimer le plus précisément possible et donc le plus juste possible le coût exact de gestion des honoraires.

Un montant d'honoraires équivalent va générer des coûts de gestion de dossier hétérogènes selon la structuration de ces honoraires.

Scenario 1 : Un chirurgien effectue 60 interventions par mois à une valeur moyenne de 500€

Un taux de redevance à 4% signifie un temps de gestion par dossier de 20 euros soit un équivalent de 48 mn de temps de secrétaire¹⁷. A partir de 5%, on se situe à 1h et plus de temps de RH rémunéré.

Tableau 5 : Estimation du coût de gestion d'un dossier dans le scénario 1

¹⁷ Le coût chargé d'une secrétaire est estimé à 25 euros

Prix de la redevance par dossier d'intervention et équivalent temps de							
Taux de redevance	Nombre d'actes	Valeur moyenne des actes	Honoraires mensuels encaissés par la clinique	Montant mensuel de la redevance en euros	Coût de gestion d'un dossier en euro	Equivalent en temps de secrétariat (en mn) par dossier	Equivalent en temps de secrétariat (en heures) par dossier
2%	60	500	30 000	600	10,00 €	24	24 mn
3%	60	500	30 000	900	15,00 €	36	36 mn
4%	60	500	30 000	1 200	20,00 €	48	48mn
5%	60	500	30 000	1 500	25,00 €	60	1h
8%	60	500	30 000	2 400	40,00 €	96	1h36
10%	60	500	30 000	3 000	50,00 €	120	2h00
15%	60	500	30 000	4 500	75,00 €	180	3h
20%	60	500	30 000	6 000	100,00 €	240	4h

Sources : Calcul de Frédéric Bizard – Août 2020

Scenario 2 : Un chirurgien effectue 40 interventions par mois à une valeur moyenne de 750€

Un taux de redevance à 4% signifie un temps de gestion par dossier de 30 euros, soit 50% de plus que dans le scénario 1, soit un équivalent de 1h12 de temps de secrétaire. A partir de 5%, on se situe à 1h29 et plus de temps de RH rémunéré.

Tableau 6 : Estimation du coût de gestion d'un dossier dans le scénario 2

Prix de la redevance par dossier d'intervention et équivalent temps de							
Taux de redevance	Nombre d'actes	Valeur moyenne des actes	Honoraires mensuels encaissés par la clinique	Montant mensuel de la redevance en euros	Coût de gestion d'un dossier en euro	Equivalent en temps de secrétariat (en mn) par dossier	Equivalent en temps de secrétariat (en heures) par dossier
2%	40	750	30 000	600	15,00 €	36	36 mn
3%	40	750	30 000	900	22,50 €	54	53 mn
4%	40	750	30 000	1 200	30,00 €	72	1h12mn
5%	40	750	30 000	1 500	37,50 €	90	1h29
8%	40	750	30 000	2 400	60,00 €	144	2h22
10%	40	750	30 000	3 000	75,00 €	180	3h00
15%	40	750	30 000	4 500	112,50 €	270	4h27
20%	40	750	30 000	6 000	150,00 €	360	5h56

Sources : Calcul de Frédéric Bizard – Août 2020

Scenario 3 : Un chirurgien effectue 30 interventions par mois à une valeur moyenne de 1 000€

Un taux de redevance à 4% signifie un temps de gestion par dossier de 40 euros, soit 100% de plus que dans le scénario 1, soit un équivalent de 1h36 de temps de secrétaire. A partir de 5%, on se situe à 2h et plus de temps de RH rémunéré.

Tableau 7 : Estimation du coût de gestion d'un dossier dans le scénario 3

Prix de la redevance par dossier d'intervention et équivalent temps de							
Taux de redevance	Nombre d'actes	Valeur moyenne des actes	Honoraires mensuels encaissés par la clinique	Montant mensuel de la redevance en euros	Coût de gestion d'un dossier en euro	Equivalent en temps de secrétariat (en mn) par dossier	Equivalent en temps de secrétariat (en heures) par dossier
2%	30	1 000	30 000	600	20,00 €	48	48 mn
3%	30	1 000	30 000	900	30,00 €	72	1h12mn
4%	30	1 000	30 000	1 200	40,00 €	96	1h36mn
5%	30	1 000	30 000	1 500	50,00 €	120	2h
8%	30	1 000	30 000	2 400	80,00 €	192	3h12
10%	30	1 000	30 000	3 000	100,00 €	240	4h00
15%	30	1 000	30 000	4 500	150,00 €	360	6h
20%	30	1 000	30 000	6 000	200,00 €	480	8h

Sources : Calcul de Frédéric Bizard – Août 2020

Salamati | Frédéric BIZARD

Economiste, spécialiste des questions de protection sociale et de santé, Frédéric Bizard est aujourd'hui un spécialiste reconnu des questions de santé en France et à l'international. Il est Professeur à ESCP Europe et expert auprès du Sénat sur les questions de protection sociale depuis 2015. Il est Président fondateur de l'Institut Santé, un organisme de recherche dédié à la refondation du système de santé français.

Il conseille plusieurs pays étrangers, notamment de pays émergents, sur leur système de santé. Il dirige actuellement la société Salamati Conseil, société de conseil stratégique sur le secteur de la santé.

Fidal | Corinne DAVER

Avocat docteur en Droit, Directrice associé – Cabinet Fidal PARIS, spécialisée en droit de la santé, Corinne Daver travaille depuis plus de 20 années auprès des acteurs de la santé et du soin, dont plus spécifiquement sur les questions des relations contractuelles médecins/cliniques.