

## COMMUNICATION

# Hôpital public et exercice libéral : une complémentarité nécessaire ?

MOTS-CLÉS : MÉDECINE HOSPITALIÈRE. PRATIQUE PROFESSIONNELLE PRIVÉE

KEY-WORDS: HOSPITAL MEDICINE. PRIVATE PRACTICE

Pierre GODEAU \*

**L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.**

## RÉSUMÉ

*L'auteur qui a bénéficié d'une expérience médicale professionnelle de 60 années (1948-2008) à la fois en secteur public et en secteur privé, expose ses réflexions personnelles sur les avantages et inconvénients des deux systèmes. Même si la médecine s'est transformée au cours du xx<sup>e</sup> siècle, l'expérience acquise garde valeur d'actualité. La complémentarité de secteur public et du secteur privé est une nécessité qui offre aux patients les meilleures garanties d'une prise en charge de qualité. Le risque de la coexistence d'un secteur libéral ambulatoire et d'un secteur public hospitalier sans interpénétration ne doit cependant pas être sous-estimé.*

## SUMMARY

*The author, with a 60-year medical experience of both public and private sectors, puts forward his personal thoughts about the pros and cons related to these two systems. Although medicine has changed over the xx<sup>th</sup> century, the value of experience retains its current relevance. The complementarity between the public and private sectors is a must that offers patients the best guarantees of a quality medical care. The risk of a coexistence between a liberal ambulatory sector and public sector hospitals without interplay, should however not be underestimated.*

---

\* Membre de l'Académie nationale de médecine

Tirés à part : Professeur Pierre GODEAU, même adresse

Article reçu le 23 février 2016, accepté le 2 mai 2016

À l'invitation de Jean DUBOUSSET à participer à une Table Ronde consacrée à évaluer le rôle de l'activité publique et de l'exercice privé dans une organisation rationnelle des soins j'ai répondu favorablement et ceci pour deux raisons :

J'ai eu une expérience personnelle de l'activité libérale à côté de mon activité hospitalière ; j'ai eu la charge de présider la Commission XVI, exercice libéral et médecine générale en prenant le relai de notre regretté confrère Pierre Ambroise-Thomas. Cependant, mon expérience concerne une période révolue et, même si beaucoup de problèmes restent d'actualité, une vision prospective nécessite l'intervention de médecins qui sont encore en activité.

Un bref rappel de mon cursus professionnel est indispensable. Cette activité s'est déroulée sur la deuxième moitié du xx<sup>e</sup> siècle — les premières années du xxi<sup>e</sup>. En effet, depuis mes premiers pas en médecine à 16 ans en 1946 et ma nomination à l'externat en 1948, à l'internat en 1954 interrompu par deux ans et demi de guerre d'Algérie, j'ai pris officiellement ma retraite fin 1999 mais j'ai gardé une activité bénévole de consultation jusqu'en 2008 ce qui représente donc plus de 60 ans d'exercice médical.

Il convient de rappeler qu'à la fin de l'internat, la fonction de chef de clinique n'était pas rémunérée et que l'installation libérale était une nécessité et non un choix délibéré. Reçu au concours d'assistantat à 31 ans et au Médicat des Hôpitaux à 32 ans, j'ai exercé à temps partiel jusqu'en 1965 suivant l'exemple de mes Patrons dont je ne citerai que 5 noms : Fred Siguier, Pierre Soulié, Yves Bouvrain qui furent mes maîtres à penser avec Jean Hamburger et Georges Brouet.

Cette expérience libérale a été pour moi extrêmement riche et formatrice. Elle m'a permis d'avoir un contact étroit avec les patients dans leur environnement familial et socio-professionnel et une collaboration plus suivie avec les médecins généralistes et les autres spécialistes libéraux. Je ne puis entrer dans le détail de ces six années d'exercice à temps partiel. Une plongée rétrospective dans cette médecine d'un autre siècle et même d'un autre millénaire peut être retrouvée dans mon livre « Les Héritiers d'Hippocrate » paru chez Flammarion en 2000 qui peut être consulté à la bibliothèque.

Permettez-moi d'évoquer quelques épisodes de cette activité libérale illustrant ce qui fut dans ce demi-siècle un parcours de soins :

— 1958-1959

Deux remplacements très différents : 1 mois à l'été 1958, 15 jours l'hiver suivant, chez un médecin généraliste de Cachan — clientèle de quartier très importante, exercice en vase clos, les urgences adressées à l'Hôpital Broussais, aucun parcours de soin et peu de contact avec des spécialistes.

À l'opposé : remplacement à deux reprises 15 jours en 1959 et 1960 du professeur Henri Gras, ancien major d'internat de Paris, Chef de Service de Cardiologie à Clermont-Ferrand qui m'a initié au rôle de médecin consultant en cardiologie —

important réseau de médecins généralistes dans un rayon de 40 km autour de Clermont-Ferrand. La cardiologie interventionnelle n'existait pas et la plupart des problèmes cardiologiques devaient se résoudre à domicile ou en consultation privée, les paysans auvergnats refusant en principe l'hospitalisation. Heureusement les médecins généralistes de la région étaient tous très compétents, capables de prendre des décisions et restaient en contact téléphonique régulier avec le Professeur de cardiologie ou son remplaçant. C'était chaque soir, après une journée de consultation chargée, un déplacement au domicile d'un patient pour un électrocardiogramme et une consultation à deux.

— 1959-1965

Cabinet libéral à Paris intra-muros, quartier de la Bastille. Exercice en cardiologie puis en médecine interne. Réseau d'une trentaine de médecins généralistes ; rapports professionnels suivis et pour certains amicaux ; hospitalisation à La Pitié si nécessaire en secteur public (pas de secteur privé en hospitalisation).

Cabinet secondaire à Arnouville-lès-Gonesse dans un centre radiologique (la seule imagerie médicale qui existait). Deux consultations par semaine avec le même nombre d'une trentaine de généralistes et la même orientation de consultant — Cardiologie et Médecine Interne. Les cas à hospitaliser pour la routine à l'Hôpital de Gonesse, pour les cas difficiles à l'Hôpital de La Pitié.

Pour ces deux pôles d'activité, ce réseau informel fonctionnait très bien mais supposait de ma part une disponibilité totale en dehors de la matinée exclusivement réservée à l'activité hospitalière dans le service de Fred Siguier dont j'étais l'assistant. Les appels en urgence, y compris nocturnes, soit à Paris, soit à Gonesse n'étaient pas exceptionnels (un par semaine environ), la circulation automobile restait fluide et permettait ce type d'exercice.

En dehors de ces activités principales, d'autres types d'activité en relation avec le secteur privé s'exerçaient dans le cadre de cliniques chirurgicales à Paris et dans la couronne périphérique comme consultant de cardiologie puis de médecine interne. Ces Centres étaient parfois mixtes avec un secteur médical souvent tenu par des anesthésistes. Ces cliniques fonctionnaient non seulement comme Centres Chirurgicaux mais également comme Centre d'Orientation et Conseil Médical pour les généralistes du secteur. J'étais sollicité au début pour examen cardiologique préopératoire, travail de routine peu intéressant, mais rapidement comme consultant tant en cardiologie qu'en médecine interne et pour des EPU qui regroupaient souvent les généralistes du secteur. Exemple : la clinique de Champigny à Saint-Maur où chirurgien généraliste, digestif, orthopédiste, urologue, tous anciens chefs de cliniques de ma génération et d'excellente compétence chirurgicale faisaient régulièrement appel à mes services. Là encore les cas difficiles étaient pris en charge au CHU Pitié-Salpêtrière ou Cochin où je fus en fonction entre 1965 et 1974.

Outre les rapports avec les nombreux hôpitaux privés d'Ile de France, Saint-Joseph, Foch, Saint-Michel, Centre Chirurgical de la Porte de Choisy, Centre Marie-

Lannelongue, Centre Cardiologique du Nord, Institut Mutualiste Montsouris, Hôpital de la Croix Saint-Simon, etc., je voudrais évoquer deux expériences intéressantes mettant l'accent sur la complémentarité Public-Privé.

L'une fut relativement brève, 5 ou 6 ans dans les années 60, celle du CEF (Centre d'Explorations Fonctionnelles) à la Fédération Mutualiste de la Seine. C'était un centre de consultation où les généralistes adressaient leurs patients pour un bilan complet. Le système fonctionnait de la façon suivante :

Première consultation d'un médecin orienteur-interniste — compte-rendu détaillé fait lors de cette consultation, dicté à une secrétaire expérimentée, adressé immédiatement au médecin traitant ; examens complémentaires prévus en fonction de cette consultation et si nécessaire une ou plusieurs consultations auprès de spécialistes *in situ*. Synthèse terminale faite par l'interniste orienteur. Les médecins du Centre étaient tous du niveau médecins des Hôpitaux. Les rémunérations correctes à la vacation et non à l'acte. Le système était très efficace pour les patients et leur généraliste. Sans en connaître les raisons, l'équilibre financier avait, semble-t-il, posé des problèmes et l'expérimentation fut close.

Ma participation hebdomadaire comme cardiologue puis comme interniste orienteur m'a laissé un excellent souvenir de l'efficacité de ce système.

L'autre système plus informel est celui de l'Hôpital de Coulommiers avec lequel j'avais instauré un partenariat. Ce partenariat eut lieu pendant 40 ans de 1960 à 2000 et 4 chefs de service successifs des deux services de l'Hôpital de Coulommiers y participèrent. Le processus était le suivant :

Les médecins de l'Hôpital de Coulommiers assistaient régulièrement au staff hebdomadaire du service de la Pitié (Fred Siguiet puis moi-même) et soumettaient les dossiers litigieux. Les cas complexes ou nécessitant des explorations complémentaires étaient éventuellement hospitalisés ou revus à ma consultation publique ou privée. En amont du secteur hospitalier, un réseau informel d'une quarantaine de généralistes était régulièrement en contact avec les services de l'hôpital de Coulommiers. Une fois par mois j'exerçais une consultation privée « avancée » rémunérée correctement à la vacation. Plusieurs généralistes y assistaient et cette demi-journée se terminait par une mise au point improvisée et une réponse aux questions de l'auditoire. Une journée annuelle d'EPU plus structurée avec des ateliers de travail couronnait le tout.

Cette collaboration public/privé amicale et harmonieuse était unanimement appréciée et elle se poursuivit après mon départ à la retraite.

De cette expérience de la médecine privée et de la médecine publique hospitalière, je voudrais évoquer quelques considérations personnelles sur les avantages et les inconvénients du secteur privé en concluant à la nécessité d'une complémentarité indispensable et non d'une opposition stérile.

Quels sont les avantages et les inconvénients de la médecine libérale ?

Dans le secteur privé, hôpital ou clinique :

- une plus grande facilité d'accès aux soins ;
- un accueil personnalisé ;
- un contact direct avec le médecin et son secrétariat et, en cas d'un suivi à moyen terme ou à long terme, l'assurance d'être revu par le même médecin ;
- une plus grande souplesse de fonctionnement mieux adapté aux besoins des patients.

Les travaux de modernisation de ces hôpitaux ou cliniques privés, l'acquisition de matériel adéquat étaient en règle générale plus facilement réalisable que dans le cadre de l'APHP où plusieurs années de procédures complexes et d'atermoiements s'écoulaient avant que des innovations programmées de longue date soient enfin finalisées.

À titre d'exemple, c'est seulement en 1981, avec 7 ans de retard, que disparaissaient les dernières salles communes à la Pitié-Salpêtrière et c'est seulement ces dernières années que des chambres à 2 ou 3 lits ont été remplacées par des chambres individuelles.

L'absence d'hôtesse d'accueil et les difficultés extrêmes d'organisation d'un secrétariat compétent dans le secteur public ont été pour les chefs de service de ma génération des préoccupations permanentes, parallèlement à l'obtention de cadres hospitaliers compétents et d'infirmières diplômées d'état en nombre suffisant.

Les contacts avec les médecins exerçant en hôpital privé ou clinique qui, à l'époque bénéficiaient d'une gestion autonome pouvaient susciter une certaine amertume. La désertion du secteur public pour le secteur privé de certains hospitalo-universitaires s'inscrit dans ce contexte.

Toutefois, le secteur privé n'offre pas que des avantages. Il ne bénéficie pas généralement de la qualité de l'environnement multidisciplinaire de l'hôpital public universitaire ni de centre de réanimation polyvalente aussi efficaces. L'un des principaux inconvénients est, à mon sens, la fragilité du système en l'absence d'autorité hiérarchique et le risque d'une dérive financière prenant le pas sur les considérations techniques ainsi qu'un biais de recrutement tendant à éliminer tout ce qui n'est pas rentable en oubliant la mission essentielle et le versant humanitaire de l'art médical.

Ayant participé il y a une trentaine d'années, à la demande de Jean Bernard, à un groupe de réflexion concernant la réorganisation souhaitable d'un grand hôpital privé, nous nous sommes heurtés à un conseil d'administration qui n'était sensible qu'à l'aspect comptable et financier et non au fonctionnement harmonieux du circuit médical proprement dit.

En outre, les contacts que j'ai pu avoir avec de grands centres privés un peu partout en province, Ile de France, Roubaix, Aurillac, Rodez, Monaco etc.... m'ont permis

de constater que certains centres d'excellence dont le fonctionnement soulevait l'enthousiasme périlclitaient au départ à la retraite ou au décès d'un médecin promoteur exceptionnel par ses qualités d'organisateur, son dynamisme et sa compétence professionnelle.

En outre, le défaut d'une équipe hospitalière structurée, notamment d'internes compétents est un désavantage criant de ces centres privés.

En revanche, il faut reconnaître que très souvent l'innovation dans le secteur privé a précédé celle du secteur public :

- des centres de mammographie, d'échographie, d'exploration fonctionnelle respiratoire, d'explorations vasculaires périphériques, d'endoscopie digestive, de tomodensitométrie, d'IRM ont précédé parfois de plusieurs années leur installation dans le secteur public. Je me contenterai d'évoquer que j'ai pu accéder au scanner de l'Institut Gustave Roussy grâce à l'obtention d'une ATP INSERM dans l'exploration des Fièvres au long cours et que grâce à mes fonctions de consultant de la Principauté de Monaco, j'ai pu faire bénéficier quelques patients d'exams IRM qui n'existaient pas encore en Région Parisienne. Deux ou trois années supplémentaires s'écoulèrent avant l'installation de scanner et d'IRM au Groupe Pitié-Salpêtrière et c'est grâce à un groupe de radiologues libéraux que mon Service a pu accéder à ces examens.

Cette complémentarité indispensable est-elle facilitée par la présence d'un secteur privé à l'APHP. Il s'agit là d'une question conflictuelle qui a suscité de nombreuses controverses dans lesquelles je n'entrerai pas.

Pour ma part, je pense qu'un secteur de consultation privée est un avantage important pour l'hôpital public, l'afflux de patients exigeant de meilleures conditions d'accueil.

La condition essentielle est évidemment de respecter certains « garde-fous » et de ne pas perdre de vue les règles de l'éthique médicale :

- un accès dans le même laps de temps au secteur public ou privé ;
- des honoraires fixés avec tact et modération selon la formule consacrée ;
- un suivi en hospitalisation faisant bénéficier le patient de la même surveillance infirmière et médicale que dans le secteur public.

C'est pour cette dernière raison que j'ai refusé l'individualisation d'un secteur privé d'hospitalisation en précisant aux patients qu'ils bénéficieraient d'une prise d'observation réalisée par un externe, d'une surveillance médicale par un interne supervisé par l'un des séniors ou le chef de service lui-même, ce qui était le meilleur garant d'une prise en charge efficace et d'une réflexion collégiale indispensable.

À la sortie du patient, c'est à son médecin traitant de prendre le relais dans le respect de la déontologie avec son accord pour les consultations ultérieures ou les éventuelles réhospitalisations.

Dans la même optique, qu'il s'agisse du secteur public ou privé, tout malade venu en consultation de son propre chef était sensibilisé à une surveillance par un médecin libéral et en l'absence d'un médecin traitant désigné, de combler ce vide en proposant deux ou trois noms de médecins généralistes géographiquement accessibles. Ce contact entre l'hôpital public et la médecine libérale était incontestablement facilité par la présence d'attachés de consultation, jadis nombreux dans les services hospitaliers, qu'il s'agisse de généralistes ou de spécialistes libéraux, mais qui ont malheureusement progressivement disparu le nombre de vacations « à rendre » à l'Administration étant croissant pour l'obtention de poste de praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire. Si la multiplication de ces postes Temps Plein a été un facteur incontestable de progrès pour l'efficacité de l'hôpital public, on peut en revanche regretter que la plupart de nos jeunes collègues hospitaliers n'ont eu aucune expérience de la médecine libérale et de moins en moins de contact avec elle.

La structuration actuelle de la médecine ambulatoire au plan hospitalo-universitaire, hautement souhaitable, et enfin réalisée, ne résout pas le problème et l'écueil de voir se développer parallèlement un secteur libéral et un secteur public évoluant dans deux mondes parallèles et sans interpénétration comporte un risque qu'il faut à tout prix éviter.

La complémentarité du secteur public et du secteur privé dans le parcours de soins nous semble un objectif primordial centré sur l'intérêt du patient pour lui assurer la meilleure prise en charge souhaitable. Cette stratégie s'inscrit dans le contexte général de la pertinence des soins comme l'a rappelé René Mornex (rapport du 8 avril 2013, Académie Nationale de Médecine, Améliorer la pertinence des stratégies médicales), le but de tout praticien est d'assurer « une médecine sobre qui dans une approche humaniste soigne mieux au moindre coût »

C'est dans la même optique que s'inscrit la collaboration public/privé avec la possibilité d'effectuer pour l'hôpital public des examens « externalisés » en profitant de l'expérience personnelle ou de la possession d'un plateau technique adéquat de médecins libéraux avec l'avantage de délais de rendez-vous raccourcis et d'une durée d'hospitalisation réduite.

En conclusion, l'exposé d'un cas clinique me permettra d'illustrer ce dont peut actuellement bénéficier un patient de cette complémentarité bien conçue :

Il s'agit d'un médecin interniste qui entre 2000 et 2003 assiste à l'élévation progressive du PSA hautement suspecte corroborée par le dosage du PSA libre et combiné. Ceci justifie une consultation en urologie à Cochin où il est conclu à la nécessité de poursuivre les investigations. Elles sont réalisées dans un centre privé ou après biopsies prostatiques et IRM est discutée l'indication du traitement d'un cancer prostatique confirmé. Après discussion collégiale est proposé au patient, qui l'accepte, une curie thérapie en ambulatoire qui sera réalisée au centre Curie avec un excellent résultat et l'absence de tout effet secondaire. Pendant dix ans, une surveillance semestrielle s'avère satisfaisante sous le contrôle d'un oncologue. À partir de 2013, une remontée progressive du PSA justifie un nouvel avis urologique à

l'Hôpital Cochin. Une nouvelle discussion collégiale avec participation du patient (lui-même médecin) débouche sur l'intérêt d'une évaluation plus précise par Petscan fluorocholine réalisée à 3 reprises en 2013-2014 et enfin septembre 2015, toujours dans un centre privé disposant d'un plateau technique. En définitive, sont mises en évidence deux métastases osseuses en l'absence de récurrence prostatique *in situ*. Une nouvelle concertation pluridisciplinaire aboutit à l'indication d'une radiothérapie disposant de la nouvelle technique cyber-knife qui, en Ile de France, n'est disponible qu'au Centre Hartmann depuis mi-2014. Trois séances sur chacune des deux métastases permettent de résoudre, au moins transitoirement, le problème sous réserve d'une double surveillance urologique et oncologique en hôpital public (urologie) et en centre privé (oncologie). Le patient n'a jamais interrompu ses activités professionnelles et grâce à cette complémentarité du secteur public et privé, il est un avocat convaincu de la ligne de conduite que je préconise dans la communication que j'ai eu le privilège de vous présenter aujourd'hui.