

## SOMMAIRE

### EDITO

#### ACTUALITE

**Les soins palliatifs**, une reconnaissance qui tarde à venir

Interview **Dr Claire Fourcade**, responsable d'une unité de soins palliatifs à Narbonne

**Trois questions à JL Douroussat**, président de la FHP

#### LA VIE DES ETABLISSEMENTS

**Le match public-privé** : les cliniques du LR sur le podium, selon un sondage du Nouvel Observateur

## EN BREF

#### Le message vidéo de Roselyne Bachelot

Les 4 et 5 décembre se sont tenues à Nantes les « Rencontres » annuelles de la FHP. Dépassant les préoccupations de l'hospitalisation privée relatives au financement ou à l'organisation de l'offre de soins, ces « Rencontres » ont conduit les participants à réfléchir sur l'évolution du système de soins, à la place de nos établissements et sur leur organisation en se posant la question « : « Quel avenir pour quelle clinique ? » En déplacement à l'Outre-Mer, la ministre de la santé **Roselyne Bachelot** a tenu à adresser un message aux participants dans une vidéo de 7 minutes diffusée en ouverture du congrès. Elle y fait part de son « intérêt et de son attention pour cette profession », un « acteur important dans le système de soins », selon elle.

#### Dépenses de santé

Les dépenses d'assurance maladie ont progressé de 3,8 % sur les 10 premiers mois de 2007 par rapport à la même période de 2006, vient d'annoncer la CNAMTS. Les remboursements de soins de ville ont augmenté de 4,8 %. Les taux de croissance des versements aux établissements d'hospitalisation ont en revanche diminué. Pour les cliniques privées, la progression n'est que de 1%. Pour les hôpitaux, le taux de croissance s'établit à 2,3 %".

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cdp\\_201107\\_depsante.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cdp_201107_depsante.pdf)

## ÉDITO



### Complaintes

Depuis plusieurs mois, nous ne cessons de faire part de notre inquiétude quant à la pérennité de nos établissements. Inquiétude partagée par l'ensemble des acteurs, qu'ils soient médecins, dirigeants ou même salariés et largement relayée dans les médias. Depuis plusieurs mois nous ne cessons de dénoncer des salaires de 20% inférieurs à ceux pratiqués dans les hôpitaux, des tarifs trop bas - 1 500 € par exemple remboursés par l'Assurance Maladie à une maternité privée pour un accouchement, contre plus de 3 000 € à une maternité publique -, des subventions qui n'arrivent jamais (plan Hôpital 2007, Migac...), des autorisations – en soins palliatifs notamment – bloquées sans que l'on sache réellement pourquoi...

Seulement voilà ! Cette réalité dérange. Mal en point les cliniques ? Allons donc. Personne ne veut y croire. Les vieux clichés ont la vie dure. Récemment, à l'issue d'une conférence de presse très médiatisée, des voix se sont élevées pour dire qu'il y en avait assez de ces plaintes du privé. On s'interroge. Le secteur public aurait-il seul le droit de se plaindre ?

Dans quelques jours, nous dévoilerons avec fierté un partenariat entre notre fédération et l'association biterroise Passerelle dont l'objectif est l'ouverture, en mars prochain, d'un centre de nutrition en Mauritanie. Des élèves de notre Institut d'élèves infirmières se rendront même sur place pour un voyage d'étude. Y aura-t-il quelqu'un pour mettre en doute la fibre humanitaire de nos personnels médicaux et paramédicaux ? Et j'oubliais... Que dire de la création du Comité du développement durable en santé (C2DS), émanation à 100% de notre secteur ? Des années que tous ces professionnels œuvrent dans leurs coins et surtout dans l'ombre, récoltent du matériel, prennent sur leurs congés et sur leurs deniers personnels pour aller soigner qui en Afrique, qui en Asie... Du bénévolat pur et simple en somme.

Lamine GHARBI, Président de la FHP-LR

## ACTUALITÉ

### Les Soins palliatifs, une reconnaissance qui tarde à venir

**Chaque jour, les cliniques privées accueillent des dizaines de patients en fin de vie. Sans aucune aide financière ou presque, sans reconnaissance ni volonté politique. Une situation paradoxale aux multiples conséquences humaines et économiques**

Cinquante quatre lits. Pas un de plus. Après des années de courriers officiels rédigés par les dirigeants et les médecins des cliniques privées de la région et restés sans réponse, de demandes ignorées et de décisions reportées, c'est là toute la place que les tutelles ont fini par accorder à ces mêmes établissements privés sur la question et le traitement des soins palliatifs. Des années de lobbying pour en arriver là. « On se moque de nous », lâche le **Dr Jean-Gabriel Béchier**, algologue rattaché aux **cliniques PGS et les Franciscaines**, à Nîmes. La lassitude et la colère de ce spécialiste de la douleur, pourtant corps et âme dévoué à sa tâche, en dit long sur le malaise qui se propage aujourd'hui dans les cliniques privées et bien au-delà.

A peine élu, Nicolas Sarkozy a certes fait des soins palliatifs une des trois priorités nationales avec la lutte contre le cancer et la maladie d'Alzheimer. Une priorité parce qu'il y a urgence. Les soins palliatifs, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la seule disponible à ce jour, sont des soins qui cherchent à « améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance (...) ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques qui lui sont liés ». Une définition très générale, dont le prolongement sur le terrain a bien du mal à se traduire dans les faits. Et il n'y a qu'à citer « les perspectives » pour 2007 de la politique de santé concernant les soins palliatifs – 1 réseau de soins palliatifs pour 400 000 habitants, une équipe mobile pour 200 000 habitants, une unité de soins palliatifs par pôle régional de cancérologie – pour mesurer l'ampleur de ce qu'il reste à accomplir.

Dans une société où l'excellence des personnels médicaux le dispute à une technicité toujours plus poussée et maîtrisée, la fin de vie est un sujet tabou. « Les médecins ont été éduqués pour soigner, pas pour accompagner la mort », résume **Dominique Morandi**, directeur de la **Polyclinique Médipôle Saint-Roch**, à **Cabestany** (Pyrénées-Orientales). « Ce sujet est le reflet d'une véritable acculturation, dit-il. Les soins palliatifs n'ont jamais été jusqu'ici une demande médicale. Car il est bien souvent difficile d'admettre pour les médecins qu'un patient est au bout de la thérapie ».

**Le PLFSS 2008 (1)**

La commission mixte paritaire (CMP) entre députés et sénateurs a validé fin novembre la version du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2008. A propos du futur DMP, la CMP a opté pour une rédaction affirmant le droit des patients à masquer certaines informations, mais aussi la possibilité pour les médecins d'avoir connaissance de l'existence de ce masquage. Le texte n'impose plus aux médecins en secteur II d'effectuer un quota d'actes au tarif opposable. L'article sur les dépassements d'honoraires impose au médecin un devis écrit précisant au patient le tarif des actes, la nature et le montant du dépassement, "dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté", devis qui devient obligatoire quel que soit le montant de leur dépassement, lorsqu'un acte doit être effectué au cours d'une 2e consultation. Le projet de loi définitif : [http://ameli.senat.fr/publication\\_pl/2007-2008/87.html](http://ameli.senat.fr/publication_pl/2007-2008/87.html)

**PFLSS 2008 (2)**

Le PLFSS prévoit l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour les médecins, dont une alternative au paiement à l'acte. Les Missions régionales de santé (MRS) seront chargées d'encadrer des expérimentations, menées auprès de médecins volontaires pendant 5 ans. Par ailleurs, le PLFSS prévoit la possibilité pour les médecins qui le souhaitent, de conclure avec l'assurance maladie des contrats d'"engagements complémentaires d'amélioration de la pratique professionnelle", en matière de prescriptions, de participation à des actions de prévention ou de dépistage de leurs patients ou au dispositif de permanence des soins. De tels contrats pourraient donner lieu à une rémunération forfaitaire complémentaire de leur paiement à l'acte, qui serait versée directement par les caisses d'assurance maladie.

**PFLSS 2008 (3)**

Le PLFSS 2008 a supprimé l'étape de convergence des tarifs des cliniques privées et des hôpitaux. Par cette initiative, le gouvernement met directement en cause la crédibilité du dispositif de convergence. Les cliniques, résolument engagées dans la réforme T2A, se sentent aujourd'hui trahies. La FHP a défendu en vain sa position auprès des parlementaires qu'elle a rencontrés.

**Soins palliatifs (suite)**

Au-delà des questions philosophiques, l'aspect économique ne peut être occulté. « *Des patients en fin de vie, nous en accueillons tous les jours*, explique **Danièle Duriez**, infirmière à la **Polyclinique Saint-Roch, à Montpellier, mais sans moyen financier, sans structure réellement adaptée. Certes, nous avons trois lits dédiés à Saint Roch, mais que pouvons-nous faire lorsque comme cet été nous avons dû accompagner en même temps 21 personnes en phase terminale ? » Les autorisations d'ouvrir des lits supplémentaires continuent d'être accordées au compte goutte. Pas question pour autant d'abandonner les patients. « *Nous poursuivons notre mission sans en avoir la reconnaissance* », déplore **Christian Nys**, directeur de la clinique de soins de suite et de réadaptation (SSR) **Christina, à Chalabre, dans l'Aude.****

**En attendant, les cliniques s'organisent**

En attendant cette reconnaissance, considérée comme l'apanage du secteur public, deux médecins de la clinique Christina ont passé le diplôme universitaire (DU) de soins palliatifs, une infirmière un DU sur la douleur. Mais sans les fameuses autorisations et l'apport financier qui va avec, il n'est pas possible d'aller plus loin. « *L'absence d'autorisation crée une surcharge de travail pour l'ensemble du personnel qui n'est pas qualifié* », observe Christian Nys. Et à cette surcharge de travail s'ajoute un autre problème, celui du manque de formation des équipes paramédicales. « *Notre système de fonctionnement relève actuellement plus de la débrouille, admet cette infirmière. Conséquence, on « casse » notre personnel qui n'est pas préparé et fini par démissionner*».

A la polyclinique Saint-Roch, à Montpellier, on s'organise. « *Nous travaillons en réseau*, explique Danièle Duriez. *Notre but est avant tout d'accompagner le patient. Lorsque cela est possible, on choisit l'accompagnement à domicile. L'hospitalisation n'est pas un objectif systématique* ». Saint-Roch a, comme 19 autres cliniques de la région, participé à la création en octobre 2003 de l'association *Accompagner la Vie en Languedoc-Roussillon (Avie-LR)* afin de faire entendre sa voix. En vain. Et ce n'est pas l'étude commandée à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) qui met elle aussi en avant le manque significatif de lits pour la prise en charge de cette activité, qui changera quelque chose dans l'immédiat. En attendant, **Jean-Loup Durosset, président de la FHP**, suggère une autre piste : « *Pourquoi ne pas créer de petites structures, dites de « répit », des structures alternatives entre l'hospitalisation, souvent trop lourde, trop contraignante et le domicile. Les familles auraient là l'impression d'être comme à la maison. L'hospitalisation privée, qui soigne un cancer sur deux en France, se doit de tout faire pour enfin jouer un rôle dans le domaine des soins palliatifs* ».

**« Il y a beaucoup de choses à copier chez les Anglais, comme la relation médecin-patient »****Interview**

**Dr Claire FOURCADE, responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs à la clinique les Genêts, à Narbonne.**

**Qu'est-ce qu'une équipe mobile de soins palliatifs ?**

C'est une équipe pluridisciplinaire qui est là pour conseiller le corps médical dans l'accompagnement des patients en fin de vie. Nous sommes une équipe de deuxième ligne. Nous n'intervenons directement que sur demande du patient ou du médecin, pour un soutien psychologique, une aide sociale ou une prise en charge globale. Notre équipe est composée de trois médecins et de trois infirmières spécialisés et formés à l'algologie et aux soins palliatifs, d'une psychologue, d'une aide-soignante et d'une secrétaire. Le fonctionnement annuel d'une équipe mobile est d'environ 300 000 €, en partie financés en 2005 par l'enveloppe MIGAC.

**Selon vous la prise en charge est suffisante et répond aux besoins de la population ?**

Rien que pour le département de l'Aude, nous possédons trois équipes mobiles, dont deux pour le secteur privé. Et s'il n'y a pas d'équipe mobile, on peut faire appel au réseau de soins palliatifs qui va orienter la demande de prise en charge vers des équipes compétentes. Car l'objectif des équipes est de prendre en charge le patient là où il est, soit dans un service d'hospitalisation, soit à domicile.

**Où situez-vous les carences du système ?**

Dans l'absence de lits. Il y a bien des lits identifiés, mais le concept reste très flou. Nous avons par exemple 5 lits identifiés à la clinique des Genêts, avec des moyens alloués insuffisants pour couvrir les charges. Ces lits ne sont que des autorisations administratives, rien de plus. Une reconnaissance de l'activité soins palliatif dans une clinique, sans moyen supplémentaire. Ce qu'il faudrait également, ce sont des Unités de soins palliatifs (USP). Un service capable d'accueillir les patients les plus lourds. Le Languedoc-Roussillon est la seule région à ne pas en avoir. Nous sommes obligés d'envoyer ces patients-là vers Toulouse ou Marseille.

**Vous rentrez d'Angleterre où vous avez visité des unités de soins palliatifs. La France est vraiment très en retard dans ce domaine ?**

J'ai effectivement visité la 1<sup>ère</sup> unité du pays, créée à Londres il y a 40 ans. Avec 48 lits, une grosse équipe médicale et 600 bénévoles pour la faire fonctionner, on mesure le retard énorme. Une telle structure n'existe pas chez nous. En France, la mort fait peur. Et il n'y a que très peu de médecins qui demandent à être formés sur la douleur ou l'accompagnement des malades en fin de vie. Tant et si bien que ma formation, il a fallu que j'aie la faire au Canada au début des années 1990, le seul pays avec l'Angleterre à former des médecins sur ces questions-là. Il a fallu ensuite que j'attende 2000 pour pouvoir exercer. Les Anglais sont plus pragmatiques et se posent moins de questions philosophiques. Il y a beaucoup de choses à copier chez eux, comme la relation médecin-patient. Chez nous, la mort faisant peur, le patient n'est pas informé de la gravité de son état. En Angleterre oui. Il est immédiatement responsabilisé. Nous devons donc faire évoluer nos mentalités.

### Soins palliatifs

Roselyne Bachelot a présenté mi-novembre en Conseil des ministres, une communication relative au plan de développement des soins palliatifs, l'une des priorités du président de la République dans le domaine de la santé. L'objectif affiché est de doubler en cinq ans les capacités d'accueil des patients en fin de vie. Une enveloppe de 30 millions d'euros est inscrite dans le PLFSS pour 2008. A cette somme s'ajouteront des dotations réservées à la création de lits dans les services de soins de suite et de réadaptation. Le plan comporte trois grands axes : améliorer la gradation des soins pour permettre aux personnes en fin de vie de disposer de l'accompagnement adapté ; favoriser l'essor d'une culture des soins palliatifs à travers une meilleure formation des professionnels de santé ; faire mieux connaître au public et aux professionnels de santé les principes qui garantissent la dignité et les droits des malades.

### Un scanner à la clinique Pasteur de Pézenas

Pour les patients de Pézenas, de Clermont-l'Hérault et de l'ensemble du bassin piscenois, au nord de Béziers, l'arrivée d'un scanner à la clinique Pasteur, début octobre et inauguré le 19 décembre, est un plus indéniable. Ce scanner nouvelle génération, beaucoup plus performant que ses prédécesseurs notamment en radiologie traditionnelle et sur les coupes natives, a vu le jour grâce à l'association des radiologues du centre d'imagerie médicale Galilée et les radiologues de Pézenas qui se relaient 24h/24 pour faire fonctionner l'appareil. Outre le scanner, Pasteur, appartenant au groupe Cap Santé, vient d'inaugurer un nouvel espace de 2500 m<sup>2</sup> comprenant un service de chirurgie ambulatoire plus vaste et doté de véritables chambres (15) en remplacement des boxes, permettant d'accueillir au mieux les 4000 patients chaque année.

### La FHP-LR en Mauritanie

La FHP-LR et l'Association Educative de l'Hospitalisation Privée (AEHP), en d'autres termes l'Institut de formation pour infirmières et aides-soignantes vont signer fin décembre un partenariat avec l'association Passerelles, installée à Béziers et dont le président est Olivier Toma, directeur de la clinique Champeau. Ce partenariat a pour objectif l'ouverture, en mars 2008, d'un 2<sup>e</sup> centre de nutrition à Atar, en Mauritanie. Huit étudiants de l'école d'infirmières, ainsi que deux profs se rendront sur place pour effectuer une mission d'évaluation des besoins en soins des populations locales.

### Trois questions à :

**Jean-Loup DUROUSSET, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)**

### « Les médecins sont au cœur de notre métier et il serait temps de les valoriser »



#### Dans quel état avez-vous trouvé la fédération lors de votre arrivée à la présidence, il y a quatre mois ?

J'ai trouvé une fédération sans projet. Or, avoir un projet c'est avoir une ambition. Mon élection correspond selon moi à une volonté de changement de la part de nos adhérents. Le programme sur lequel j'ai été élu s'articule autour de 4 axes : social, économique, médical (ou sanitaire) et dans la relation avec le corps médical. Je souhaite que la FHP soit une fédération responsable et engagée. Être responsable cela signifie sur le volet social, être créateur d'avenir pour nos salariés, (de) leur offrir des possibilités d'évolution dans leurs carrières, des passerelles.

Sur le plan médical, cela veut dire prendre conscience que ce sont eux, les médecins, qui sont au cœur de notre métier et qu'il serait temps de les valoriser. En accueillant et en soignant chaque année 7 millions de personnes dans nos cliniques, notre responsabilité sanitaire est évidente. Nous ne pouvons plus nous désintéresser des questions de santé publique qui préoccupent nos concitoyens.

#### Les personnes âgées et les futures mamans sont également au cœur de votre projet.

Concernant les personnes âgées, je m'interroge : en quoi l'hospitalisation privée répond à l'évolution et au traitement de leurs pathologies ? Une première réponse consisterait à jouer un rôle essentiel dans le plan Alzheimer. Il en va de même pour la cancérologie. Nous avons beau être leader dans le traitement chirurgical en prenant en charge plus d'un cancer sur deux, que faisons-nous pour améliorer la prévention ? Et à l'heure où l'hospitalisation privée se rétracte dans le secteur de la maternité, quelles réponses peut apporter notre fédération aux décès inutéro, dont les dernières statistiques nous placent parmi les mauvais élèves européens ? Je compte enfin engager l'hospitalisation privée sur le plan de l'éducation thérapeutique, un enjeu majeur pour notre profession.

#### Qu'elles vont être vos priorités concernant les médecins ?

Dès mon élection à la présidence, la nouvelle équipe en place a immédiatement repris contact avec les syndicats médicaux, contacts qui avaient été rompus. Nous en sommes là, à tisser de nouveaux liens. Nous nous réunissons désormais régulièrement. Nous avons réactivé le Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée (CLAHP) et mis en place trois nouvelles instances : le forum des métiers de la naissance, le forum de la chirurgie et le forum de la cancérologie.

Nous avons besoin de ces trois lieux de discussion pour aborder au mieux les problèmes des médecins et défendre leurs intérêts sur des questions essentielles telles que la tarification ou les fonctions transversales... Concernant les métiers de la naissance, les discussions se feront non pas avec un syndicat, mais avec l'ensemble des syndicats représentant toutes les professions, de l'anesthésiste, aux sages-femmes, sans oublier les pédiatres, chirurgiens, gynécologues...

## LA VIE DES ÉTABLISSEMENTS

### Le match public-privé : les cliniques tirent leur épingle du jeu

*Un palmarès publié dans Le Nouvel Observateur fin octobre opposant secteurs privé et public dans 72 spécialités, montre la compétence des cliniques régionales si souvent maltraitées. De quoi leur mettre du baume au cœur. Décryptage*

Le match public-privé n'en finit pas de faire couler de l'encre en Languedoc-Roussillon comme partout ailleurs en France. Beaucoup d'encre. Au niveau des tutelles régionales ou nationales, le match semble joué depuis longtemps si l'on s'en tient aux subventions allouées chaque année aux hôpitaux publics au titre ici des Migac, là du plan hôpital 2007 (en attendant le plan hôpital 2012)... Sur ce terrain, point de match. L'hôpital gagne chaque année à plate couture et finit toujours par rafler la mise. Toute la mise.

D'autres matches ont eu lieu. Tous perdus. La convergence, les salaires, les soins palliatifs, les maternités... La liste est longue.

Une fois, une seule, le privé a battu sèchement le public. C'était en janvier 2006, sur le terrain de l'efficience économique. Un rapport officiel de l'IGAS avait alors mis en avant les tarifs des cliniques privées très inférieurs - de plus de 30% (jusqu'à 50% pour certaines pathologies) - à ceux des hôpitaux publics. La victoire fut sans appel. Mais bien vite passée sous silence. Et le public, mauvais perdant, n'a eu de cesse, depuis, de trouver des excuses pour expliquer cette contre-performance.

## Humanitaire (2)

Une quinzaine de salariés des **cliniques Saint Privat et Champeau**, à Béziers, ainsi que des bénévoles de l'association **Passerelles**, ont expédié fin novembre un semi-remorque contenant des lits, des brancards, des respirateurs, des tables d'examen, des compresses ou encore des seringues, à destination du Bénin. Ce matériel servira à rendre opérationnel le bloc opératoire construit avec les deniers de l'association biterroise. Le conteneur a embarqué à Fos-Sur-Mer le 29 novembre et devait arriver à Cotonou, la capitale du Bénin, le 15 décembre 2007.

## Chalabre fête les 50 ans de la clinique Christina

Un demi-siècle, cela compte dans la vie d'une clinique. Pour fêter l'événement, **Christian Nys**, président du conseil de surveillance de la clinique Christina, également **président du syndicat national des soins de suite et de réadaptation (SSR)**, a convié médecins, élus, représentants de l'hospitalisation privée et publique, à Chalabre, petite ville audoise d'un millier d'habitants, à participer à la manifestation qui s'est tenue le 8 novembre 2007. Créée en 1956, cette maison de repos n'accueillait alors que des femmes, âgées de plus de 16 ans, en provenance pour la plupart de la région parisienne. Cinquante ans après, la mutation est complète. Dans les locaux modernes, spacieux et adaptés à une convalescence, la clinique Christina est aujourd'hui une clinique de soins de suite et réadaptation dotée de 64 lits et 72 salariés. Grâce à son plateau technique très performant, du matériel et des dispositifs médicaux de tout premier plan, le Christina peut accueillir tous types de patients y compris en gériatrie ou en soins palliatifs. Ce très haut niveau de technicité a été récompensé, en 2005, par une certification sans réserve.

### SYNERGIES

Directeur de la publication  
Lamine GHARBI

Responsable de la rédaction  
Dominique TREZEGUET

Ont collaboré à ce numéro :  
Cécile Beltran, Lamine Gharbi,  
Christian Guichard et Pascal  
Delubac

Conception et réalisation :  
**SYMAPS**

Impression :  
JF Impression

Abonnement (en cours)  
N° de CPPAP (en cours)  
ISSN (en cours)

Tirage : 5 000 ex

## Le match public-privé (suite)

Nous en étions là, à compter nos défaites lorsque, fin octobre, Le Nouvel Observateur publia sous le titre « le match public-privé » un classement des hôpitaux et des cliniques privées. Pour la première fois, une équipe de spécialistes (deux médecins et un statisticien) ont comparé, région par région, les performances des hôpitaux et des cliniques. L'hebdomadaire a choisi, plutôt que d'aligner les classements généraux de chaque structure sans signification, de présenter les cinq ou les dix meilleures unités dans 72 spécialités.

Surprise ! Sur ce terrain de la compétence, le public ne fait plus cavalier seul. Sans pouvoir crier pour autant victoire, les cliniques privées de LR – qui ont été associées aux régions Rhône-Alpes et PACA et Corse) - tirent remarquablement leur épingle du jeu.

L'hyperspécialisation réussit à nos structures qui montent à 5 reprises sur la plus haute marche du podium : la clinique Le Millénaire (chirurgie du rachis – Montpellier) ; la clinique du Dr Causse (Amygdales et végétations - Troubles de l'équilibre / Béziers) ; la polyclinique St Jean (chirurgie des hémorroïdes – Montpellier) ; la polyclinique Saint-Roch (Cataracte – Montpellier). Au total, ce sont 13 cliniques sur les 33 cliniques MCO de la région (seuls les établissements MCO étaient concernés par ce classement) qui apparaissent dans ce palmarès.

### Détail des classements :

- **Polyclinique Le Languedoc (Narbonne)** 5<sup>e</sup> pour les Prothèses de la hanche, 10<sup>e</sup> gastroplastie de l'obésité, 8<sup>ème</sup> adénome de la prostate
- **Polyclinique Grand Sud (Nîmes)** 5<sup>e</sup> en gastroplastie de l'obésité
- **Les Hauts d'Avignon (Les Angles)**, 6<sup>e</sup> en chirurgie des varices
- **Le Millénaire (Montpellier)** 4<sup>e</sup> en Angioplastie des coronaires par stent, 8<sup>e</sup> en cancer colorectal, 1<sup>er</sup> en chirurgie du rachis
- **Polyclinique Saint Jean (Montpellier)** 1<sup>er</sup> en chirurgie des hémorroïdes, 5<sup>e</sup> en intervention hernie ou éventration, 2<sup>e</sup> en chirurgie de l'épaule, 4<sup>e</sup> en chirurgie des varices
- **Clinique Causse (Béziers)** 1<sup>ère</sup> en Troubles de l'équilibre, 3<sup>e</sup> en Rhinoplasties, 1<sup>ère</sup> pour les Amygdales et végétations, 5<sup>e</sup> polypose naso-sinusienne
- **Saint Louis (Ganges)** 7<sup>e</sup> polypose naso-sinusienne
- **Clinique Pasteur (Pézenas)** 8<sup>e</sup> chirurgie des varices
- **Clémentville (Montpellier)** 8<sup>e</sup> cancer du col utérin
- **Clinique du Parc (Castelnau Le Lez)** 6<sup>e</sup> en Ophtalmologie – stomatologie
- **Saint-Roch (Montpellier)** 1<sup>er</sup> pour la cataracte, 4<sup>e</sup> en chirurgie de la rétine
- **Saint Roch (Cabestany)** 4<sup>e</sup> en cancer de la prostate, 8<sup>e</sup> en calculs rénaux
- **Saint Pierre (Perpignan)** 9<sup>e</sup> en Pontage aortocoronarien, 7<sup>e</sup> en Angioplastie des coronaires par stent, 3<sup>e</sup> en chirurgie artères membres inférieurs

## Aux portes de Béziers, la polyclinique Saint Privat inaugurée



Une nouvelle polyclinique implantée à Boujan-sur-Libron (Hérault), au nord-est de Béziers, et issue du regroupement de deux établissements, a été inaugurée fin août. La nouvelle polyclinique réunit les activités de deux établissements qui étaient situés en centre ville de Béziers : la polyclinique Saint-Privat et la clinique Marchand.

Le nouvel ensemble qui porte également le nom de Saint-Privat comprend 232 lits et places de médecine et de chirurgie avec une structure des urgences (17 000 passages par an) et un bâtiment pour la radiologie disposant notamment d'un scanner. Sa construction a duré 18 mois pour un coût de 30 millions d'euros, terrain compris mais hors équipements. Son financement a été assuré sans aucune aide de l'Etat, notamment du plan Hôpital 2007, "les crédits de ce plan étant déjà distribués entre différentes opérations lorsque la demande a été faite", a précisé Nicolas Daudé, directeur général.

### La fierté des Boujanais

« Extraordinaire », « magnifique », « unique », les Boujanais n'avaient pas de qualificatifs assez forts, lors de l'inauguration, pour dire toute leur admiration et leur fierté d'avoir sur leur commune un établissement de santé de cette qualité. Pour Françoise, infirmière, cette clinique posée là sur les hauteurs de la cité « devient probablement l'une des plus performantes de la région ». « C'est très rassurant, avoue une boujanaise, d'avoir cette qualité de soins tout près de chez nous ».

Maison de l'Hospitalisation Privée ● 55 avenue Clément Ader ● 34174 Castelnau-le-Lez Cedex  
Tél. : 04 99 51 22 35 ● Fax : 04 67 64 39 64 ● direction@fhp-lr.com

La MHP regroupe les organismes de formation de l'Hospitalisation Privée des métiers de la santé :  
Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aides Soignants : IFSI et IFAS (Castelnau-le-Lez et Perpignan)  
CFA : Centre de Formation des Apprentis ● FCS : Formation Conseil Santé