

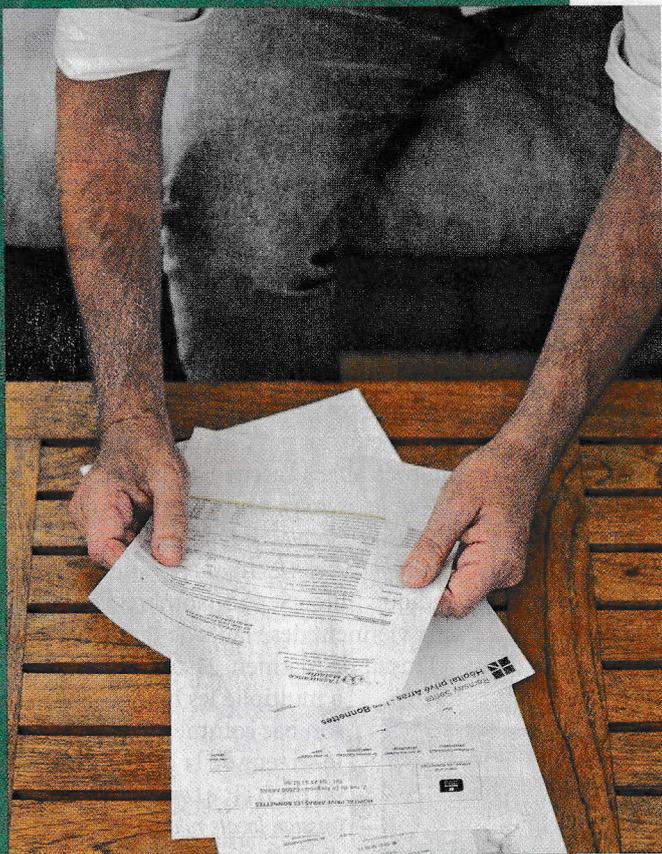
CHRISTIAN L.

a participé à une réunion d'information avant la pose de sa prothèse de genou. Un rendez-vous désigné comme une journée d'hospitalisation et deux consultations...



Des prestations facturées par les cliniques prennent les patients par surprise. Elles peuvent même être illégales.

— Par ANNE-SOPHIE STAMANE



Les relevés de facturation de la Sécurité sociale prouvent des pratiques plus que limites !

NOUS AVONS BESOIN DE VOUS

Communiquez-nous vos expériences de vie quotidienne, heureuses ou malheureuses

Adressez vos courriers au 233, bd Voltaire, 75555 Paris cedex 11

Par e-mail courrierdeslecteurs@quechoisir.org



SANTÉ

Drôles de calculs à la clinique

L'histoire commence en octobre 2022, quand des douleurs au genou gauche poussent Christian L., un septuagénaire d'Arras (Pas-de-Calais), à consulter un chirurgien de la clinique privée Les Bonnettes (groupe Ramsay). L'arthrose a eu raison de son cartilage: l'articulation doit être opérée, pour être remplacée par une prothèse. Christian L., pressé de remonter sur son vélo, donne son accord pour l'intervention. Lors d'une consultation, fin décembre, elle est fixée au 8 février 2023. «Le chirurgien a été clair, prévenant, et a répondu à toutes mes interrogations», se souvient-il, n'attendant rien d'autre jusqu'à l'opération. Toutefois, en sortant du rendez-vous, l'assistante lui tend une convocation à une «réunion de pré-visite» le 23 janvier à 12 h 30, indiquée comme «obligatoire». Le jour dit, une bonne quinzaine de personnes sont rassemblées dans une salle, toutes en attente d'une prothèse de genou ou de hanche. «Le chirurgien était présent, ainsi que l'anesthésiste, un kiné et une infirmière, raconte le retraité. La pharmacienne de la clinique est également passée.» Les explications portent sur le déroulé et les suites de l'opération. En somme, rien qu'il ne savait déjà, et d'ailleurs, «personne n'a posé de questions», ajoute-t-il. En partant, il récupère ses cartes Vitale et de mutuelle. L'intervention aura finalement lieu le 9 février, sans complications.

— Un citoyen vigilant

Ancien comptable, Christian L. jette un œil à son relevé de Sécurité sociale, fin février. Et là, surprise! Plusieurs facturations figurent à la date du 23 janvier: deux consultations (53 €), un acte de kinésithérapie (16,34 €) et un «GHS» (467,01 €), pour un total de 536,35 €. Le patient tique: ce jour-là, «c'était une réunion, et le document qu'on m'avait donné ne mentionnait aucuns frais. Je pensais que c'était gratuit». Ni une ni deux, notre homme s'adresse au service facturation de la clinique. Sans succès. Ses requêtes auprès de la secrétaire du chirurgien n'aboutissent pas non plus. Ce n'est que six mois plus tard, lors d'une visite de suivi, que le médecin se justifie: dans le privé, la Sécurité sociale rémunérerait moins bien l'activité que dans le public. Une lettre à la direction des Bonnettes obtient cette réponse peu éclairante: «La rencontre avec nos professionnels est en hôpital de jour de médecine, qui fait partie intégrante du parcours de soins en orthopédie [...]»

Selon le médecin, la Sécurité sociale rémunère moins bien l'activité dans le privé que dans le public

L. HINI

Une enquête est en cours
sur les pratiques tarifaires
singulières des Bonnettes.



Il existe bien, dans la nomenclature de l'Assurance maladie, «un dispositif de facturation d'hospitalisation de jour, détaille la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), à qui nous avons soumis la situation. Le patient est convoqué en amont d'une intervention orthopédique au cours d'un rendez-vous où il voit, dans le même temps, différents professionnels de santé [...]: chirurgien, médecin anesthésiste et auxiliaire médical. Cela est alors facturé comme une hospitalisation de jour (GHS)». Voilà qui semble correspondre au dispositif imaginé par la clinique des Bonnettes... à une notable différence près: il doit s'agir d'une «prise en charge individuelle, et non collective», souligne la Cnam. Qui conclut qu'une réunion avec une quinzaine de patients n'entre pas dans ce cadre.

— Une visite des plus avantageuses

En clair, c'est hors des clous. Certes, réunir plusieurs malades est plus profitable que de les recevoir individuellement: là où il faudrait dégager 30 heures de travail afin d'accueillir un à un, par exemple, 15 individus, deux suffisent. Et au lieu de n'encaisser sur ce créneau que 467,01 € (tarif pour une seule personne), l'établissement empoche cette somme multipliée par 15 (soit 7 005,15 €). Sans compter les consultations supplémentaires, facturées elles aussi à chacun des 15 participants reçus en une seule fois. Et qu'importe le secret médical et le «colloque singulier avec le patient», deux principes de base de la déontologie médicale! Peu satisfait, Christian L. relate son histoire au quotidien *La Voix du Nord*. Le référent régional santé de l'UFC-Que Choisir et administrateur national de l'association, Didier Vanquelef, lit son récit. Il accompagne l'homme à un rendez-vous de médiation à la clinique, en présence du représentant des usagers de l'association locale de l'Artois. L'établissement reste sur sa position, persuadé du bien-fondé de ses pratiques. Quelques semaines plus tard, en février 2024, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Artois, également informée du litige, donne signe de vie: «Une déléguée de la Sécu est venue chez moi à l'improviste, se remémore Christian L., pour vérifier les documents en ma possession. Elle m'a confié avoir 80 dossiers similaires.» Au niveau national, la Cnam nous a confirmé que la procédure de contrôle suivait son cours aux Bonnettes. Contactée par nos soins, la direction répond que ces «prises en charge collectives» contribuent à la «satisfaction du patient» et à «l'optimisation des coûts de santé». Elle précise que «les éléments couverts par le secret médical ne peuvent être évoqués lors des interventions collectives d'hospitalisation de jour». Ce qui devrait donc interdire de facturer une consultation. ♦

Signaler une anomalie de facturation

Dans les cliniques privées, tout est tenté pour ramener de l'argent dans les caisses...

De nombreuses dérives

Une récente enquête de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) le montre: les cliniques du secteur privé lucratif ne manquent pas d'imagination quand il s'agit d'optimiser la facturation, voire de gonfler la note. Tout est bon pour alimenter les caisses. Ainsi, certaines comptabilisent un forfait administratif au prétexte de devoir contacter la complémentaire santé pour s'informer sur la couverture des soins! D'autres imposent un forfait ambulatoire supposé améliorer le confort d'une hospitalisation à la journée. L'astuce consiste à faire croire qu'il s'agit d'une dépense inévitable, alors qu'elle est facultative.

Hors périmètre de la Sécu

Dans tous les cas, mieux vaut être vigilant, car ces coûts ne sont ni pris en charge par l'Assurance maladie ni par la mutuelle. La chambre individuelle fait aussi l'objet d'interprétations fantaisistes de la part des établissements. C'est pourtant simple: si elle est attribuée faute de chambre double, ou par nécessité liée à l'état de santé, elle ne peut pas être facturée. Cela n'arrange pas du tout les cliniques, qui ont tendance à la compter quand même, surtout si la complémentaire couvre la dépense... La règle à retenir, pour ne pas être berné: seule une prestation expressément demandée au préalable peut être facturée. La société Happytal, prestataire de nombreux hôpitaux, en sait quelque chose. Elle a été condamnée à un total de 300 000 € d'amende pour pratiques commerciales trompeuses: elle dépêchait ses agents au chevet de patients placés d'office en chambre particulière pour qu'ils signent, a posteriori, une demande présentée comme une formalité administrative. La DGCCRF a bien établi qu'une telle démarche, visant à faire passer la signature de formulaires de chambres individuelles comme une simple régularisation, alors qu'il s'agit d'un contrat commercial, était interdite. La société s'est engagée à stopper ses agissements.