

Et quand ces centres ne ferment pas, leur situation financière fragile ne leur laisse guère de visibilité. Le diagnostic est toujours le même : un « *sous-financement chronique des structures* », analyse Hélène Colombani, médecin et présidente de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS). Au premier rang des établissements en difficulté, « *il y a les centres pluriprofessionnels. Et plus on est gros, plus on est en déficit* », résume la présidente de la FNCS, qui rassemble 400 centres de santé.

En cause : la tarification à l'acte

Celle qui travaille dans un centre de santé de Nanterre veut pour preuve de ce sous-financement chronique une étude, que sa fédération a commandée, sur la réalité économique de ces structures. « *Plus de trois quarts des centres analysés présentent un déséquilibre d'exploitation situé entre 0 et 20 %* », explique l'étude, ajoutant que « *même optimisé, le modèle économique demeure déséquilibré pour les centres de santé polyvalents et polymédicaux* ».

En cause, la tarification à l'acte, qui ne permettrait de rendre le modèle viable qu'en optimisant au maximum le nombre de patient·es pris·es en charge. « *Ce ne serait pas du tout en accord avec nos missions, et incompatible avec la population que nous prenons en charge* », analyse Hélène Colombani. Sans trop d'espoir, la médecin espère tout de même quelques avancées, dans les négociations en cours entre les représentants de centres de santé et l'assurance-maladie.

Ces établissements jouent pourtant un rôle de plus en plus central dans l'offre de soins. « *En santé publique, on nous demande d'en faire toujours plus, parce qu'il n'y a plus de service public* », explique Frédéric Villebrun, président de l'Union syndicale des médecins des centres de santé. « *Et nos actions en faveur de la santé publique, d'accompagnement des patients, de prévention, ne sont presque pas rémunérées* », malgré le temps qu'elles nécessitent, souligne le médecin. « *La dernière campagne de vaccination HPV (contre les papillomavirus humains) a été en très grande partie portée par nos centres* », explique celui qui travaille dans un centre de santé francilien.

« *Ce qui est lassant, c'est que beaucoup de responsables politiques et institutionnels font des discours très valorisants sur nos missions et notre travail, mais il n'y a pas de solutions* », estime Jérémy Poulard, directeur du Groupe des œuvres sociales de Belleville (GOSB). Dans son centre, au cœur du quartier populaire de Belleville, 13 000 patientes et patients sont pris en charge tous les ans et il s'avoue « *inquiet* » de la situation financière de l'établissement associatif. Tous les ans, le centre connaît un déficit, mais il a pu compter jusqu'ici sur l'appui d'un groupe associatif solide pour emprunter. « *On n'a pas de mécène qui éponge nos pertes tous les ans, ça n'existe pas. Sans béquille, je ne vois pas comment tout cela pourrait tenir* », s'inquiète le directeur.

Alors, face à ce contraste entre un modèle utile mais sous-financé par l'assurance-maladie, « *les centres de santé sont de plus en plus portés et financés par des collectivités territoriales* », explique Frédéric Villebrun, de l'Union syndicale des médecins des centres de santé.

« *Je me fais beaucoup moins de soucis pour nos deux centres parisiens que pour les autres, installés dans des villes qui ne seraient pas en mesure de prendre en charge ces dépenses* », affirme de son côté Renaud Mandel, délégué CGT central à la Croix-Rouge française. À Paris, en effet, la municipalisation de ces deux centres est en question, confirme la majorité municipale à Mediapart. « *Pour nous, il est hors de question que ces centres soient cédés à un organisme privé commercial* », annonce Anne-Claire Boux, adjointe à la maire de Paris chargée de la santé.

La mise au point n'est pas anodine. Il y a deux ans, la Croix-Rouge était en effet en discussion avec le groupe privé lucratif Ramsay, leader européen de la santé privée, pour reprendre le centre. Devant la levée de boucliers d'élu·es, de professionnel·les de santé et de syndicalistes,

c'est Ramsay qui retirera finalement son offre. Interrogée par Mediapart sur l'opportunité de céder ses centres à un acteur privé lucratif, la direction de la Croix-Rouge française explique être dans « *l'obligation de recherche de repreneur* », et avoir « *mandaté un cabinet spécialisé qui a débuté la recherche d'un repreneur dès l'information du comité social et économique central. Par respect du dialogue social, nous ne sommes pas en mesure de partager plus d'informations* ».

Je n'ai pas fait médecine pour voir un patient toutes les dix minutes.

Élodie Malvezin, médecin au centre de santé de Belleville

« *Les acteurs privés lucratifs se lancent de plus en plus dans les soins primaires* », confirme Hélène Colombani, de la FNCS, pour justifier sa vigilance. Selon l'ensemble des acteurs associatifs, la tentation du lucratif semble manifeste, et agace. « *Parfois, lors d'échanges avec des administrations comme l'Agence régionale de santé (ARS), on nous vante son fonctionnement* », se souvient Jérémy Poulard. Pour le directeur du GOSB, « *il y a une petite musique, un soupçon désagréable de ces entités publiques, qui revient à dire qu'on ne fait pas ce qu'il faut pour nous maintenir tout seuls à flot* ».

Le mode d'emploi pour arriver à l'équilibre tient en une phrase : réaliser plus d'actes. « *On est volontaires pour le faire, mais il faut un certain équilibre* », explique le directeur du centre installé dans le quartier de Belleville. Car si l'équipe médicale a accepté de prendre un peu plus de patient·es par jour, le risque à appliquer une organisation trop déshumanisée, c'est de perdre l'équipe. « *Si je travaille ici et pas en libéral ou en hôpital, c'est pour une raison. Parce qu'on prend le temps de voir nos patients, et d'aborder leurs problèmes de santé de manière large, y compris sociale. Je n'ai pas fait médecine pour voir un patient toutes les dix minutes* », lance Élodie Malvezin, médecin du centre de santé de Belleville.

Comme beaucoup de ses collègues, l'appétit du privé lucratif l'inquiète. « *Parmi les patients que l'on prend en charge, il y a 20 % de bénéficiaires de la CMU [complémentaire santé solidaire – ndlr], 5 % de l'aide médicale d'État, et 40 % sans mutuelle* », s'inquiète la médecin. Hélène Colombani, présidente de la Fédération nationale des centres de santé, voit tous les jours que le privé ne joue pas le jeu. « *Ces centres ne prennent que des rendez-vous par Internet, cela instaure déjà un tri. On voit alors davantage de patients jeunes, à l'aise avec le numérique, qui ont moins de problèmes* », avance la médecin.

Nombre de centres dentaires privés lucratifs, par exemple, se sont montés dans les centres-villes. Une mauvaise idée selon Hélène Colombani, car au-delà des [scandales sanitaires liés à certains de ces centres](#), où des patient·es par dizaines ont fini mutilé·es entre les mains de dentistes sommés de faire le plus possible d'actes, ces centres spécialisés ne joueraient pas non plus le jeu. « *J'ai vu beaucoup de ces établissements fermer le mercredi pour ne pas prendre en charge les enfants, moins rentables* », explique la présidente de la FNCS. « *L'important en dentaire pour être très rentable, c'est de faire le plus possible de prothèses et le moins de soins. Alors on a vu certains centres voisins nous envoyer des patients nécessitant des soins, car, encore une fois, pas assez rentables* », s'étrangle la médecin.

« *Et ces centres nous ont pris des professionnels, car ils rémunèrent mieux* », analyse Hélène Colombani. Dans le centre de Belleville, cette concurrence se fait sentir. « *On connaît une baisse de notre activité dentaire, mais ce n'est pas parce qu'il n'y a plus de besoins. C'est à cause des postes non pourvus* », dénonce Jérémy Poulard, directeur du GOSB. Or, les actes dentaires sont beaucoup plus rémunérateurs que les autres, et pouvaient alors participer d'un certain équilibre dans les structures associatives.

Les médecins spécialistes de centres de santé sont eux aussi de plus en plus rares, alors qu'ils sont essentiels. « *Il y a un problème très connu à Paris, c'est que les spécialistes libéraux*

pratiquent largement des dépassements d'honoraires. Par exemple, 90 % des ophtalmologues en pratiquent, et globalement, seuls 20 % des spécialistes à Paris ne font pas de dépassements d'honoraires », égrène Anne-Claire Boux, adjointe à la maire de Paris chargée de la santé. Face aux difficultés des centres associatifs, la municipalité compte créer sept nouveaux centres municipaux, dont les pertes seraient alors prises en charge par le budget de la ville. Mais partout ailleurs en France, en particulier dans les zones rurales, la crainte des organisations de professionnels de santé est claire : toutes les collectivités territoriales ne pourront pas se le permettre, et des patients et patientes resteront sur le carreau.

[Manuel Magrez](#)

À lire aussi

[Santé : entre public et privé, les dés sont pipés](#)

24 octobre 2023

Santé : entre public et privé, les dés sont pipés

Les débats débutent au Parlement sur un budget d'austérité de la Sécurité sociale. L'hôpital devrait creuser sa dette, déjà colossale. Le privé a, lui, les armes pour maintenir ses bénéfices : des patients choisis et une activité centrée sur les actes les plus rémunérateurs.

Caroline Coq-Chodorge

24 octobre 2023 à 19h45

Ce mardi 24 octobre 2023, les député·es débutent l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2024. Pour le faire passer, le gouvernement devrait avoir recours de nouveau au 49-3. En commission des affaires sociales, une majorité des parlementaires ont d'ores et déjà refusé de voter son volet dépenses.

Car le gouvernement propose un budget pour les établissements de santé en hausse de + 3 %, très loin de compenser les effets de l'inflation – à l'hôpital public, les factures d'électricité auraient augmenté de 300 à 400 % – et le milliard d'euros de primes et d'augmentations de salaires accordées aux soignant·es pour leur pouvoir d'achat et leur travail de nuit et de week-end.

Toutes les fédérations hospitalières – qui représentent l'hôpital public, les cliniques privées et les établissements privés non lucratifs – ont écrit conjointement à la première ministre, le 16 octobre, l'alertant sur un projet de budget auquel il manque, selon eux, 1,5 milliard d'euros. Un tel budget affecterait jusqu'à « leurs capacités de paiement », estiment-elles.



Dans un couloir du CHU de Bordeaux, à Pessac, en 2023. © Photo Thibaud Moritz / Abaca

La Fédération hospitalière de France, qui représente l'hôpital public, est la plus alarmiste : elle a fait ses calculs et estime qu'en l'état, le projet de loi implique près de 2 milliards d'euros d'économies pour l'hôpital public, et non 500 millions comme l'annonce le gouvernement. Son président, le maire Horizons de Reims, Arnaud

Robinet, dénonce une « cure d'austérité ».

Les hôpitaux publics enchaînent déjà les exercices déficitaires, malgré les nombreuses et fortes promesses du gouvernement après le Covid : plus d'un milliard d'euros de déficit cumulé en

2022, et les prévisions sont plus sombres encore pour 2023. Fin 2019, l'encours de la dette des hôpitaux publics s'établissait à 29,3 milliards d'euros, selon un [rapport du Sénat](#). Cet endettement freine les investissements de l'hôpital public, empêche les créations de postes et entame son attractivité.

La Cour des comptes, soutien du privé

Les cliniques privées restent de leurs côtés bénéficiaires, alors qu'elles paient plus de charges et d'impôts que l'hôpital public et ont des tarifs à l'activité moins favorables. Certes, un quart des cliniques sont dans le rouge, mais au total elles affichent un résultat net global positif de 392 millions d'euros en 2019, pour un chiffre d'affaires cumulé de 16 milliards d'euros, selon la [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#) (Drees) du ministère de santé. Ce secteur en très forte concentration, dominé par de très grands groupes comme Ramsay ou Elsan, a passé les années Covid sans trop d'encombres. Ramsay affiche par exemple [49,4 millions d'euros de résultat net](#) après impôts à fin juin 2023.

« Je suis parti juste avant le burn-out »

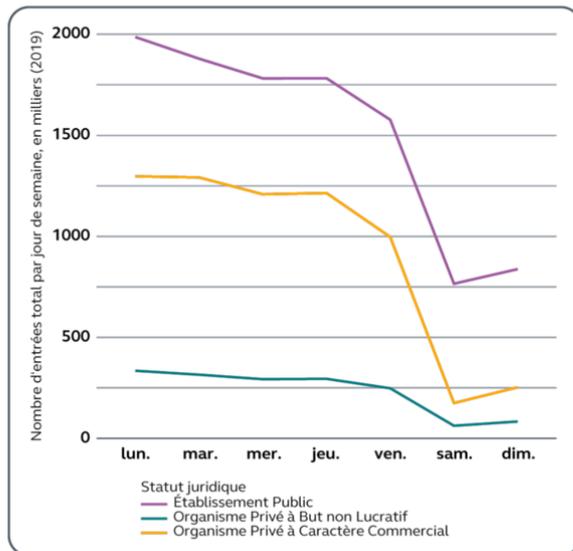
Dans le public, les médecins s'épuisent dans des gardes de plus en plus lourdes... et finissent par quitter le navire. Ce fut le cas de Guillaume Valdenaire, ancien chef de service des urgences de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux, le plus important de Nouvelle-Aquitaine. Il a démissionné juste « avant le burn-out ». « Je ne suis pas parti pour le salaire – 4 500 à 6 000 euros net en fonction des gardes, le double du salaire de mes deux parents – mais pour des conditions de travail acceptables. Je ne supportais plus les nuits blanches, les journées qui commencent avec 40 patients en attente. On a réclamé des effectifs calibrés en fonction de la pénibilité, pour ne plus travailler plus d'un week-end sur deux, ne plus faire plus d'une garde de 24 heures par semaine. Cela exigeait la création de plus d'une dizaine de postes, beaucoup trop pour la direction. Beaucoup de médecins sont partis, faire de l'intérim ou dans le privé, comme moi. La moitié des effectifs sont vacants. C'est un tel gâchis. »

Le docteur Valdenaire travaille aujourd'hui dans un service de suite de soins et de réadaptation privé, « au fin fond du Pays basque ». « C'est une petite clinique privée indépendante, dont les actionnaires se foutent de la rentabilité. Je n'ai pas demandé une rémunération exceptionnelle, la même qu'à l'hôpital public. Mais c'est sûr, certains réclament le double, et l'obtiennent. Mais le public reste ma vocation, j'y retournerai. »

Plus profitable, le privé non lucratif gagne petit à petit du terrain sur l'hôpital public. C'est ce que constate la Cour des comptes dans son rapport, rendu public le 12 octobre, sur « la concurrence et la complémentarité » des établissements publics et privés. De 2011 à 2019, le nombre de séjours à l'hôpital public a progressé de + 17,4 %, mais de plus + 23,9 % dans le privé lucratif et de + 54,8 % dans le privé non lucratif.

Le rapport de la Cour des comptes fait le constat d'une concurrence inéquitable entre public et privé. Pourtant, ses recommandations, très libérales, encouragent le privé : à ses yeux, « la stimulation concurrentielle est un facteur nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction du patient ». « Les critères du service public hospitalier devraient être assouplis pour permettre d'accroître l'offre [...] des établissements privés », affirme-t-elle encore.

Graphique n° 2 : activité comparée des établissements de santé (séances comprises), au niveau national, selon leur statut et le jour de la semaine



Source : Cour des comptes, données du PMSI 2019

La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a immédiatement salué « la qualité de ce rapport qui, sur de nombreux aspects, est en résonance avec des convictions portées par la profession ». La FHP plaide pour une participation plus grande des cliniques au service public hospitalier.

Mais la Cour des comptes pose tout de même quelques conditions préalables : que les exigences du service public soient enfin assumées par le privé, à savoir « la permanence des soins », c'est-à-dire le travail la nuit, le week-end et les jours fériés, pour prendre en charge les soins urgents, ainsi qu'« une tarification en secteur 1 », c'est-à-dire sans dépassements d'honoraires ou, au minimum, avec des dépassements

« sans reste à charge pour le patient après intervention de son assurance complémentaire de santé ».

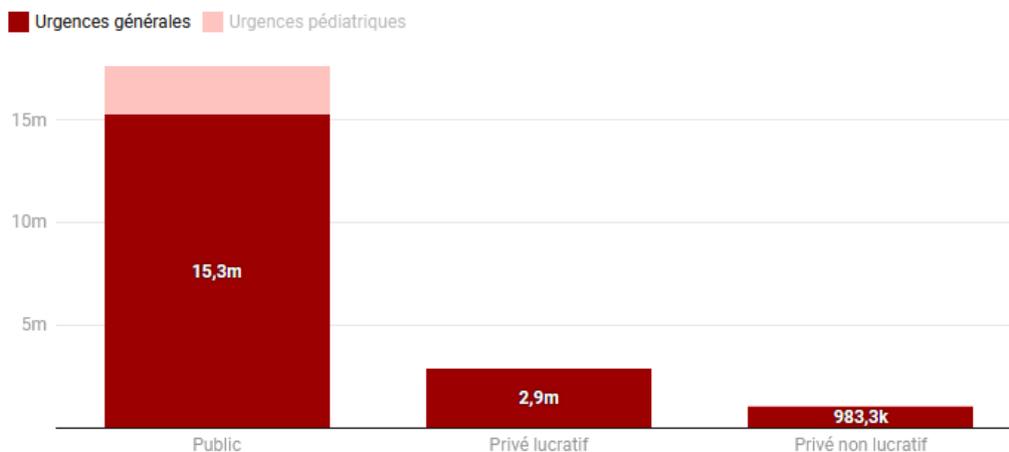
Le secteur privé, en particulier lucratif, est très loin de satisfaire ces exigences : la Cour des comptes relève que l'activité des cliniques privées lucratives est presque nulle les samedis et dimanches.

Les médecins libéraux, qui exercent notamment dans les cliniques privées, n'ont aucune intention de partager le fardeau de la permanence des soins, à toute heure du jour et de la nuit : ils étaient en grève vendredi 13 octobre pour protester contre la proposition de loi Valletoux, adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale en juin, et examinée ce mardi 24 octobre au Sénat, qui veut « rendre effective la participation de tous les hôpitaux et cliniques privées à la permanence des soins hospitalière ».

Pour les patients, la principale lumière allumée la nuit et le week-end reste celle de l'hôpital public. Tous les Samu et les Smur sont publics, plus de 80 % de l'activité des services d'urgence, et même la totalité des urgences pédiatriques.

Des urgences publiques

Nombre de passages aux urgences en 2022



Graphique: Mediapart - Source: Statistique annuelle des établissements de santé - Créé avec Datawrapper

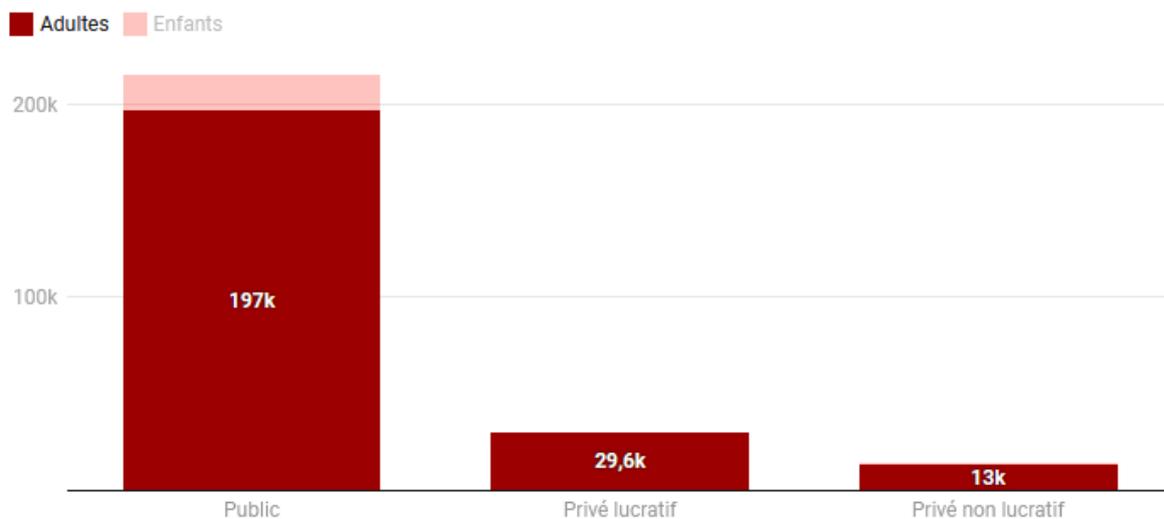
Le public récupère les activités les plus risquées au niveau médico-légal, notamment l'obstétrique, publique à près de 80 %. Les maternités de type 3, qui accueillent les grossesses les plus à risque et disposent de services de néonatalogie et de réanimation néonatale, sont 100 % publiques.

Les réanimations, autre service dédié aux urgences vitales, sont presque exclusivement publiques. S'il existe dans le privé des services de soins critiques, ils sont moins équipés car réservés aux complications post-chirurgicales et non aux urgences vitales, qui restent l'apanage du public.

Au début de la crise du Covid, en mars 2020, le patron de la Fédération hospitalière privée (FHP), Lamine Gharbi, polémiquait sur le supposé refus des hôpitaux de leur transférer les malades les plus graves alors que les cliniques privées pouvaient déployer, assurait-il, « 4 000 places en réanimation et soins critiques » et « plus de 10 000 lits ». Un an plus tard, au troisième pic du Covid, Lamine Gharbi affirmait encore que les cliniques accueillent « 30 % du total des patients en réanimation dans les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur ». En coulisses, les hôpitaux publics et les agences régionales de santé s'étouffaient... Les chiffres leur donnent raison : en 2020, un peu moins de 10 % des journées d'hospitalisation Covid ont eu lieu dans le privé, et plus de 80 % dans le public, selon les données de la Drees.

Le privé presque absent des réanimations

Nombre de séjours en unités de réanimation en 2022



Graphique: Mediapart • Source: [Statistique annuelle des établissements de santé](#) • Créé avec [Datawrapper](#)

Parce qu'il est largement dépourvu d'urgences et de réanimation, le privé lucratif hérite des patient·es les moins graves, hospitalisé·es ou opéré·es sur rendez-vous. Dans le privé, les malades ont en moyenne un peu plus de « trois pathologies », tandis qu'à l'hôpital public, ils en ont en moyenne « près de six », relève la Cour des comptes.

Les patient·es du privé sont également « moins précaires », relève encore la Cour des comptes, alors que dans le public leur niveau de vie est « globalement moins élevé » : « La proportion de patients bénéficiaires de l'assurance complémentaire de santé solidaire (ex-CMU) dans les établissements publics de santé est très supérieure à celle observée dans les établissements privés. »

Seule anomalie dans cette sélection des patientes et patients opérés par le privé : ils sont plus âgés que dans le public. La raison est assez simple : la pédiatrie est presque exclusivement publique et il n'existe aucun service d'urgences pédiatriques privé.

Le privé spécialisé dans les actes les mieux rémunérés

La chirurgie est la principale spécialité des cliniques privées : en 2022, leur part de marché est de 53,4 %. Elles opèrent 70 % des cataractes et interventions sur le cristallin, 77 % des affections de la bouche et de la pose de prothèses dentaires, 71 % des endoscopies digestives diagnostiques, etc. Elles se concentrent sur « des activités programmées dont la durée est relativement stable, qui s'insèrent mieux aujourd'hui dans l'organisation planifiée des établissements privés », estime la Cour des comptes. Dit plus simplement : les cliniques programment des opérations sur rendez-vous, la plupart du temps réalisées dans la journée, minutées, qui permettent de faire tourner à plein régime et ainsi de rentabiliser les coûteux blocs opératoires. Et elles se sont spécialisées sur « des actes médico-techniques dont la cotation en honoraires par l'assurance-maladie est nettement plus favorable pour les praticiens libéraux », explique aussi la Cour des comptes.

« Dans le public, on est des poires »

Les ophtalmologues sont parmi les spécialistes les mieux rémunérés en libéral (leur revenu d'activité, après le paiement de leurs charges et avant impôts était en moyenne de 189 680 euros en 2017, selon la Drees). La plupart exercent donc dans le privé, en clinique ou dans des cabinets libéraux. Mais ce sont les ophtalmologues publics qui héritent des patients les plus lourds, explique, de manière anonyme, le chef de service d'un centre hospitalier d'une petite préfecture : « Le privé fait de la chirurgie ambulatoire, programmée sur la journée, et n'assure pas les urgences. On récupère donc les urgences, mais aussi les cataractes les plus sévères, les chirurgies avec le plus de complications, mais aussi les patients les plus modestes, puisque les rares ophtalmologues libéraux qui exercent sans dépassement sont débordés. »

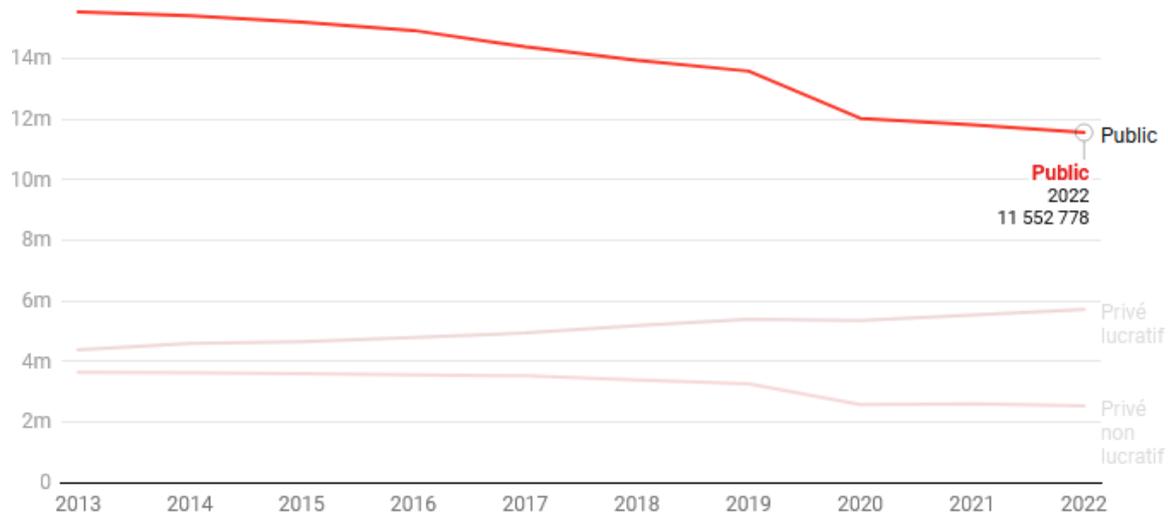
« Dans le public, on est des poires, poursuit l'ophtalmologue, on assure seuls les gardes et étant payés deux à trois fois moins que dans le privé. Forcément, les jeunes médecins partent. On est donc de moins en moins nombreux, et de plus en plus vieux pour assurer toujours plus de gardes, avec toujours moins de moyens. Dans vingt ans, qui va gérer à notre place ? »

La même sélection des patientes a également cours en psychiatrie. Très mal rémunérée, cette spécialité a longtemps été publique. Mais le privé est de plus en plus présent, encore une fois sur un segment très précis : la plupart des cliniques privées psychiatriques n'accueillent pas les patients en soins sous contrainte, c'est-à-dire ceux qui présentent les pathologies les plus graves. Et sur le [modèle](#) des établissements de Clinea, la filiale psychiatrique d'Orpea, une part importante de leurs revenus provient de l'hôtellerie. À la clinique Champvert de Lyon

(Rhône), par exemple, une chambre au « confort hôtelier » se paie entre 140 et 365 euros par jour.

Psychiatrie : le public en baisse, le privé lucratif en hausse

Évolution du nombre de journées et de venues en psychiatrie générale



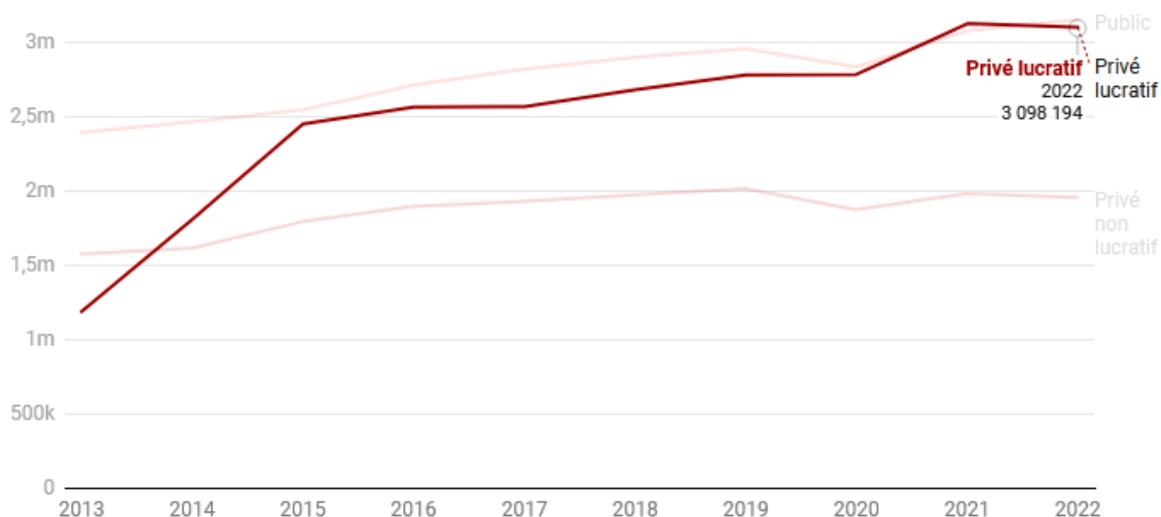
Graphique: Mediapart • Source: [Statistique annuelle des établissements de santé](#) • Créé avec [Datawrapper](#)

Le privé sait aussi profiter des activités les plus dynamiques, à l'image des traitements des cancers, en forte progression en raison du nombre croissant de malades, et de leur espérance de vie qui augmente. La présence du secteur privé non lucratif est historiquement forte, portée par les centres de lutte contre les cancers, souvent les plus spécialisés et les plus innovants, qui prennent en charge les cancers les plus complexes. Mais là encore, le privé lucratif parvient à tirer son épingle du jeu.

« En cancérologie, il y a plusieurs types de prise en charge : la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie », explique Thomas Vermeulin, médecin de santé publique au Centre de lutte contre le cancer (CLCC) Henri-Becquerel à Rouen (Seine-Maritime). « La dynamique du privé est portée par la radiothérapie. C'est très compliqué pour le public comme pour le privé non lucratif de recruter des radiothérapeutes. Les jeunes sont formés au CHU et en CLCC, puis ils partent dans le privé. » Les radiothérapeutes sont en effet les spécialistes libéraux les mieux rémunérés : leur revenu d'activité moyen était en moyenne de 416 530 euros en 2017, selon [la Drees](#). L'activité de radiothérapie est aussi plus adaptée à l'exercice privé, reconnaît le D^r Vermeulin : « C'est une activité minutée, très courte. Le privé est bien mieux organisé,

Cancers : le privé lucratif rattrape le public

Activité de traitement du cancer : évolution du nombre de séjours



Graphique: Mediapart • Source: [Statistique annuelle des établissements de santé](#) • Créé avec [Datawrapper](#)

plus efficace. »

L'hôpital public et les CLCC restent les établissements de référence pour « les prises en charge plus complexes et les urgences, qui perturbent les activités programmées », explique la professeure d'épidémiologie au CHU de Rouen, Véronique Merle, spécialiste des cancers. « Il n'est pas rare que le privé nous adresse des patients qu'il juge trop complexes. »

La professeure Merle détaille ainsi les avantages et les inconvénients du public et du privé : « La rémunération et les conditions de travail seront toujours en faveur du privé. La seule compensation dans le public, c'est l'intérêt du travail : les prises en charge complexes, innovantes, en équipe. Mais cela devient de plus en plus compliqué dans le public : l'hôpital entreprise l'a désorganisé, l'a contraint à la rationalisation. Quand les chirurgiens les plus investis ne parviennent plus à opérer parce que le bloc fonctionne mal, cela devient compliqué de résister aux sirènes du privé... »

[Caroline Coq-Chodorge](#)

Boîte noire

Contactées, la Fédération hospitalière de France et la Fédération de l'hospitalisation privée n'ont pas souhaité répondre à nos questions, afin de préserver leur action interfédérale pour peser sur le PLFSS.

Une correction a été apportée à cet article : Arnaud Robinet est membre du parti Horizons, et non Les Républicains.

Lamine Gharbi, le président de la Fédération de l'hospitalisation privée fait valoir ce droit de réponse.

« Oui les dés sont pipés entre le public et le privé ! Car le privé n'a pas eu les autorisations nécessaires pour être comparable au public et ils ne bénéficient pas non plus du même traitement financier et de la même reconnaissance de ses professionnels de santé.

En effet, comme le dit la Cour des comptes : *« la complémentarité peut être développée dans le cadre d'une conception rénovée du service public hospitalier »*. Le secteur privé a été exclu de certaines activités et en partie de la permanence de soins des établissements de santé. Le secteur privé continue à affirmer son engagement au service des patients et sa volonté de voir émerger un service public de santé fondé sur les missions.

La prise en compte de tous les acteurs de santé, publics et privés, dans l'ensemble des décisions publiques, est et sera le meilleur gage de l'amélioration de l'offre de soins dans les territoires. Les logiques de coopération mises en œuvre pendant la crise sanitaire pour lutter contre le Covid doivent être pérennisées. »