

*Séance publique du 18 juin 2018*

## **Réception de Monsieur**

**Max Ponceillé**

Docteur en Médecine, Président Directeur Général du groupe Oc Santé

sur le XVI<sup>e</sup> fauteuil de la section Médecine  
laissé vacant par le passage à l'honorariat du Docteur Roger Pilon

Discours de Max PONSEILLÉ  
Présentation de Max Ponceillé, par Daniel GRASSET  
Intronisation de Max Ponceillé, par Olivier JONQUET

*Séance publique du 18 juin 2018*

**Discours de réception  
à l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier**

**Docteur Max PONSEILLÉ**

Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

Monsieur le Président de l'Académie,

Monsieur le Secrétaire Perpétuel,

Cher Philippe Viallefont, je profite de ce salut pour vous adresser toute ma considération pour la façon exemplaire avec laquelle vous avez mené la fonction délicate et souvent lourde de Secrétaire Perpétuel pendant de longues années.

J'en profite pour féliciter chaleureusement Monsieur Christian Nique pour son élection à ce même poste ce jour.

Messieurs les membres de l'Académie, chers Confrères,

Madame la Directrice de l'ARS,

Monsieur le Conseiller Régional, représentant de Madame la Présidente de la Région Occitanie,

Madame la Conseillère à la Métropole, représentante de Monsieur le Maire et Président de Montpellier Méditerranée Métropole,

Monsieur le Président de l'Université,

Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine,

Monsieur le Président de la CCI,

Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre,

Madame le Maire Honoraire de Montpellier,

Messieurs les membres de l'Académie Nationale de Médecine,

Monsieur le Président de la FHP,

Monsieur le Directeur Général de l'ICM,

Messieurs les Doyens honoraires de la Faculté de Médecine,

Chers Confrères médecins, chers Amis, Mesdames et Messieurs,

C'est avec plaisir et aussi une certaine émotion que je suis devant vous aujourd'hui pour cette intervention qui trouve son origine dans une visite que m'avait faite il y a quelques années (je n'en préciserai pas le nombre pour cacher le retard de cette intronisation) le Professeur Daniel Grasset, grand médecin, grand universitaire, qui lors de ce rendez-vous, avait formulé deux demandes : que je rentre à l'Académie et que je le tutoie.

Les deux demandes m'avaient surpris, m'avaient honoré, je les avais acceptées. La deuxième, vus les usages de respect aux aînés de ma génération, avait peut-être été la plus difficile mais j'avais rapidement succombé à la dimension amicale de cette proposition.

Ma participation à cette Académie peut avoir du sens dans la mesure où elle est l'une des rares à posséder une section médicale, c'est donc à ce titre que la proposition m'était faite. Je pouvais trouver là quelques arguments pour refuser, dans la mesure où je ne suis plus médecin. J'ai exercé ce métier pendant plusieurs années en tant que radiologue libéral, j'y ai trouvé du bonheur et de l'intérêt mais depuis plus de vingt-cinq ans, mes activités ont changé pour me mener à des responsabilités de chef d'entreprise, peut-être le seul dans notre assemblée, dans un cadre hospitalier.

Je pense toutefois que la place de l'hôpital est tellement importante dans le monde médical qu'il convient qu'un représentant participe à ce collège, et puis j'ai bien compris que Daniel Grasset, grand hospitalier s'il en est, ancien Président de la Commission Médicale du CHU, grand constructeur, à l'origine, de l'hôpital Lapeyronie, m'a sûrement fait cette proposition à ce titre.

Sans surprise, c'est donc vers l'hôpital que j'orienterai cette intervention, exercice délicat, car nombreux parmi vous sont des professionnels de santé très avertis et que mon approche sera volontairement générale, mais je sais que le sujet est digne d'intérêt et vous en connaissez tous la dimension humaine, sociale et sociétale.

Le passage à l'honorariat de mon prédécesseur au siège que je devrais occuper me dispense de faire son apologie. Je voudrais saluer toutefois le Docteur Roger Pilon qui a occupé ce siège de 2002 à 2012. Grand médecin montpelliérain, il a participé de façon active à la vie médicale de notre ville et pendant de longues années, en tant que médecin interniste, il a partagé son activité entre la ville et le CHU. Il a été un exemple du rôle essentiel de cette profession qu'il a exercée avec compétence et humanité. Ceux qui l'ont connu dans son exercice ainsi que tous ses amis ont apprécié et apprécient toujours ses remarquables qualités, professionnelles et humaines, son affabilité, sa courtoisie qui se sont reflétées par la place qu'il a eue dans la vie de notre cité.

J'ai choisi de parler de l'hôpital. Pour que l'on se comprenne bien, si je dis l'hôpital c'est de toute structure hospitalière dont il s'agit, grande ou petite, publique ou privée. J'apporterai au cours de mon exposé la précision d'"hôpital public" ou de "clinique privée" mais le terme "hôpital" est un terme général qui concerne tous les établissements hospitaliers.

Parler de l'hôpital c'est parler de la santé de façon générale aussi, parler du sujet qui occupe la pensée de tous, principale préoccupation, et si je vois bien, chers Confrères, la couleur moyenne de vos cheveux, qui n'a d'égale que la couleur des miens, je conçois que c'est actuellement une préoccupation toute particulière.

Dans nos sociétés où les problèmes liés à l'alimentation, l'éducation, et même la sécurité, sans méconnaître les horreurs du terrorisme, sont en partie réglés, la santé est le principal de nos soucis, du salut matinal "Bonjour comment vas-tu ?" aux vœux annuels "Bonne année et bonne santé".

La santé n'est pas limitée aux soins, elle concerne aussi la prévention et l'hygiène de vie qui dans notre pays ont une place insuffisante. L'allongement de la durée de vie, qui est peut-être la plus grande conquête de l'homme depuis le début de l'humanité, 30 ans de vie en un siècle, n'est dû qu'en partie aux progrès de la médecine mais la médecine et les soins médicaux ont une place toujours plus importante aujourd'hui avec l'allongement de la durée de vie. Et puis, individuellement, comme les statistiques ne guérissent pas, ils sont notre principale préoccupation.

Au cœur de la médecine et des soins, l'hôpital a une place fondamentale.

Je n'ai pas bien sûr l'intention de vous faire un exposé économique, mes compétences ne le permettent pas et le sujet mérite beaucoup plus. Mais pour bien situer les enjeux au-delà des problèmes humains, puisqu'en plus d'être des malades potentiels nous sommes des citoyens, des contribuables et des électeurs, attentifs au bon usage de l'argent public : les dépenses de santé en France, ce que l'on appelle les dépenses de services et biens médicaux, ce sont 190 milliards d'euros à comparer avec le budget de l'État qui est un peu plus du double, mais dans lequel ces dépenses ne sont pas comprises. Les dépenses de l'hôpital correspondent à une petite moitié, presque 85 milliards. Ces chiffres sont volontairement arrondis.

Vous comprenez bien que si la santé est un souci individuel, elle est par son importance politique et son importance économique un secteur dans lequel l'État doit

avoir une place fondamentale, tant pour fixer les objectifs, s'assurer du bon fonctionnement, que pour contrôler les comptes.

On ne peut pas, dans nos sociétés, aborder les problèmes de santé sans parler d'abord de solidarité. Toutes les sociétés évoluées ont compris et déjà depuis longtemps qu'il ne peut exister de droits humains, de libertés, de respect, de dignité, s'il n'existe pas une réelle solidarité entre les hommes, les hommes et les femmes, vis-à-vis de la maladie.

En Europe et notamment dans sa partie occidentale mais aussi au Canada, en Australie, au Japon et dans bien d'autres pays, j'exclue volontairement les États-Unis, une solidarité réelle existe pour permettre à chacun d'affronter la maladie quelle qu'elle soit, en étant épaulé par un payeur fiable, État, assurance maladie, qui le prend en charge partiellement ou en totalité jusqu'à la fin de son parcours.

La solidarité dans le domaine de la santé est une valeur fondamentale, elle fait partie du pacte républicain, du pacte national, et les professionnels de santé qui au quotidien sont au contact des patients, savent que c'est un élément indispensable, incontournable, d'un bon système de soins et de notre système de soins.

Le système de solidarité français est complexe, hybride. Il s'inspire en grande partie du système allemand mis en place à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle par le chancelier Bismarck, avec un financement basé sur des cotisations sociales ; depuis trente ans un complément est apporté par un impôt à large assiette, la Contribution Sociale Généralisée.

Les critiques à son égard sont connues : poids des cotisations sociales sur le coût du travail à l'origine pour partie du chômage, dualité dans la gouvernance entre l'État d'un côté et l'Assurance Maladie, place des partenaires sociaux dans cette gouvernance dont la légitimité n'est pas évidente. Ce complément fiscal, mis en place il y a trente ans, est aujourd'hui insuffisant et l'appel à des assurances complémentaires est pratiquement indispensable.

Les dépenses de santé de biens et de services que j'ai définies tout à l'heure dans cette énorme enveloppe de 190 milliards sont couvertes à 75 % par l'Assurance Maladie obligatoire mais à l'intérieur, les dépenses hospitalières sont couvertes à plus de 95 % par cette même Assurance Maladie. C'est-à-dire qu'il existe réellement une forte solidarité nationale lorsque l'état de santé, à la suite d'une maladie aiguë, chronique, d'un accident, d'une grossesse, nécessite la prise en charge dans une structure dédiée : l'hôpital.

Aujourd'hui, à l'exception du forfait hospitalier, qui peut correspondre aux frais de chacun dans son quotidien, l'hôpital est pratiquement gratuit, il l'est totalement pour les femmes enceintes et pour tous ceux qui sont reconnus dans le cadre d'une ALD (affection de longue durée) mais aussi d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. C'est tout à l'honneur de notre pays d'avoir conservé ce système malgré les coûts de plus en plus importants dus à l'évolution des techniques, au vieillissement des populations, ainsi qu'aux exigences individuelles. Cela crée aussi pour tous les hospitaliers, médecins, soignants, personnels techniques, administratifs et dirigeants bien sûr, une responsabilité particulière.

Il existe dans toutes les structures de soins une responsabilité fondamentale vis-à-vis du patient, ceux qui sont médecins le savent parfaitement, et ceux qui ne le sont pas le comprennent tout autant. Mais il existe aussi, en raison de l'implication de la communauté nationale, dans un système de solidarité qui prend en charge le financement des soins hospitaliers, une responsabilité vis-à-vis de l'État et de l'Assurance Maladie qui est tout aussi fondamentale. On ne peut pas dissocier ces deux responsabilités, même si l'une est prioritaire, celle vis-à-vis des patients, tous ceux qui s'impliquent dans la vie hospitalière doivent avoir la seconde à l'esprit. C'est dans ce sens aujourd'hui qu'il faut appréhender la place de l'hôpital dans l'organisation des soins d'un pays moderne.

Aujourd'hui l'hôpital ce n'est plus, depuis longtemps, l'Hôtel Dieu ou les Petites Sœurs de la Charité, il ne doit plus être concerné directement par les problèmes de solidarité, c'est le rôle de l'État et de l'Assurance Maladie. L'hôpital doit être une structure forte, efficace, attentive d'abord à la qualité des soins, ce qui inclut la modernité, la sécurité, la disponibilité, l'accessibilité et bien sûr l'humanité, qui ne doit pas être un alibi, attentive à ses grands équilibres internes parmi lesquels l'équilibre économique a une place importante, attentive à sa place dans la cité, à son positionnement et bien sûr aussi attentive aux professionnels qui la constituent, car il s'agit avant tout d'une entreprise humaine, composée d'hommes et de femmes qui ont droit à une qualité de vie au travail et à l'épanouissement dans leurs métiers.

Tout cela contribue à faire de l'hôpital une structure originale de par son objet, l'humain - la maladie, la souffrance, l'angoisse, la douleur, la mort - de par sa place dans le conscient ou l'inconscient de ceux qui l'utilisent ou de ceux qui l'utiliseront demain, de par son rôle géographique, politique, qui n'a d'équivalent ni dans l'administration, ni dans le monde entrepreneurial, et bien sûr de par son financement.

La France a développé, pour la prise en charge hospitalière, un mode original. Il existe trois types de structures hospitalières que l'on retrouve dans de nombreux pays :

- l'hôpital public, rattaché à l'État, sous son autorité, selon des modalités différentes suivant les pays, certains rattachés à une collectivité territoriale ;
- les structures privées, à caractère associatif, confessionnel, mutualiste ou autre, individualisées par le terme de "non lucratif" ou "no profit", que l'on retrouve dans tous les pays du monde et qui en France ont longtemps été appelées PSPH (Participant au Secteur Public Hospitalier) et que l'on appelle aujourd'hui ESPIC (Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif) ;
- et puis une troisième catégorie, les établissements strictement privés, correspondant à des sociétés inscrites au Registre du commerce avec des actionnaires, des PDG, des Conseils d'Administration et qui n'ont théoriquement de comptes à rendre qu'à leurs actionnaires.

L'offre hospitalière en France associe les trois types d'établissement. On retrouve rarement cette association dans l'offre des pays qui ont des systèmes de santé et de solidarité aussi développés que le nôtre.

Il est difficile d'évaluer de façon stricte la place de ces trois types d'établissements dans l'offre hospitalière nationale. Il n'est plus pertinent de chercher à apprécier leurs places respectives en comptabilisant le nombre de lits qui aujourd'hui en raison de la brièveté des séjours n'a plus de valeur. Il est tout aussi difficile d'apprécier les poids respectifs de ces secteurs en comptabilisant les dépenses ou les recettes puisque chacun a son mode de fonctionnement et ses coûts, souvent liés à des obligations ou des contraintes particulières.

En fait aujourd'hui, en France, de façon certes approximative mais non éloignée de la réalité, le secteur privé correspond à 35 % de la prise en charge hospitalière, de l'ordre de 55 % en chirurgie, qui est le secteur le plus complexe, le plus technique, 25 % du secteur de médecine, plus de 25 % sur la psychiatrie, 35 % sur les soins de suite et la rééducation fonctionnelle. C'est un chiffre assez remarquable. Il n'existe pas en Europe de pays dans lequel la place de l'hospitalisation privée, totalement privée, est aussi importante. Le seul pays qui s'en rapproche est l'Italie mais les proportions sont de l'ordre de 20/25 %. On retrouve une hospitalisation privée importante en Espagne et au Portugal mais à la différence de ce qui se passe en France, elle n'est pas dans le champ de la solidarité nationale et les patients qui souhaitent s'y rendre doivent soit souscrire une complémentaire de santé dédiée, soit payer de leur poche.

On retrouve des positionnements différents aussi dans les pays du nord de l'Europe. En Allemagne, les hôpitaux publics sont sous l'autorité des länder. Lors de la

réunification un certain nombre d'hôpitaux publics des régions de l'est se sont trouvés en grande difficulté pour assurer un service minimum de qualité et trouver un équilibre économique. La voie de la privatisation a été choisie, elle a concerné toute sorte d'hôpitaux publics et a même été suivie par des hôpitaux de l'ancienne Allemagne de l'ouest. Le secteur privé allemand est important aujourd'hui, avec des hôpitaux équivalents aux grands hôpitaux publics des métropoles françaises, gérés par des sociétés privées qui donnent satisfaction aux patients et aux citoyens. Cela a été possible en raison du pragmatisme des responsables politiques régionaux, parce que le personnel hospitalier n'a pas un statut spécifique et que ces décisions sont régionales alors que des décisions équivalentes dans notre pays auraient tout de suite une portée nationale. Je précise qu'aucune privatisation d'hôpital public n'est à l'ordre du jour en France et pour longtemps.

En Angleterre le système hospitalier est, à l'origine, totalement public. Pendant des années il a été l'image même de la mauvaise qualité et de la mauvaise prise en charge avec des listes d'attente importantes qui pouvaient atteindre plusieurs années pour des interventions dont le besoin se fait sentir à des âges déjà avancés de la vie. Depuis une dizaine d'années les Anglais ont résorbé ces listes d'attente par la création de centres privés dédiés à la chirurgie réglée, conventionnés avec le NHS. Par cette initiative les délais d'attente se sont rapprochés de la moyenne européenne. Les Anglais qui vivent en France viennent souvent pour le climat, la culture, la gastronomie, mais à partir d'un certain âge, le système de santé est un élément particulièrement attractif.

La France a donc une vraie originalité dans la prise en charge hospitalière et ce n'est pas le moindre paradoxe de voir le pays peut-être le moins libéral d'Europe, le pays dans lequel la notion de "service public" est la plus forte, le pays où une partie importante de l'électorat est attachée à des idées sociales est celui dans lequel l'hospitalisation privée a la place la plus importante parmi les pays développés.

Pourquoi cette place ?

Elle est en fait historique. À partir des années 30/40 et à plus grande échelle à partir de 1945 et de la naissance de la Sécurité Sociale, des praticiens de qualité, issus des meilleures formations, chirurgiens en majorité, ont cherché en dehors de l'hôpital qui ne les accueillait plus les moyens d'exercer leur métier dans de bonnes conditions.

Ils n'ont, dans la majorité des cas, pas trouvé d'autre solution que de créer leur propre clinique. L'investissement était important mais accessible sur de petite taille, sans contraintes administratives et avec peu de contraintes techniques. Ces établissements, parsemés sur l'ensemble du territoire, plus fréquents dans le sud, ont été à l'origine du système hospitalier privé français. Dans les années 60, de nouvelles créations ont eu lieu mais à une échelle plus importante, par regroupement de spécialités, pour assurer un meilleur fonctionnement avec des plateaux techniques modernes et des compétences mutualisées. Ces établissements appartenaient aux médecins, actionnaires, qui ne cherchaient dans leur réalisation que le moyen d'exercer leur art mais pas du tout à investir dans une entreprise de santé.

La donne a changé à la fin des années 80. La complexité de la gestion de toute entreprise et particulièrement des entreprises de santé a commencé à décourager les médecins et ils ont laissé la main à des gestionnaires professionnels.

En 1986 la loi a autorisé les regroupements d'établissements et a permis aux établissements privés de se positionner dans une autre dimension, de répondre aux impératifs techniques de modernité, et d'accueillir dans des conditions équivalentes aux conditions hospitalières publiques de nouveaux praticiens. Ils ont pris de l'ampleur et par la suite et le secteur de la finance s'y est intéressé. En effet, investir dans une activité qui ne pourra que se développer, pour des raisons évidentes (vieillesse, techniques médicales) avec un payeur solvable, l'Assurance Maladie, et sur des autorisations de

création régulées et protégées, est particulièrement attractif. Aujourd'hui le secteur hospitalier privé est composé pour moitié de grands groupes issus de multiples concentrations, de groupes régionaux et d'établissements indépendants.

Une question se pose : est-il légitime que des sociétés capitalistes dont la finalité, a priori, est de faire des bénéfiques, investissent et gèrent dans le domaine de la santé ?

On pourrait continuer les questions :

Y a-t-il une incompatibilité d'ordre moral entre l'objet, la santé, et ce mode de gestion ? Et si l'argument moral n'est pas retenu, le système capitaliste est-il compatible avec des soins de qualité ? Et s'il n'est pas incompatible, est-il acceptable que des fonds sociaux rémunèrent une société commerciale ?

On pourrait répondre que ces questions ont peu de sens puisque le système privé est installé dans le paysage sanitaire depuis de longues années, qu'aucun parti ne demande sa nationalisation, et que l'on ne peut pas supprimer 35 % de l'offre hospitalière. Pour autant, suivant les gouvernements, il n'est pas traité de façon impartiale et ces questions sont toujours directement ou indirectement, clairement ou insidieusement posées.

Il y a quelques années un philosophe fort connu, Luc Ferry, a écrit un ouvrage intitulé "*Le capitalisme est-il moral ?*". Intéressante question. Sa réponse était assez claire : la moralité est une question individuelle et n'a rien à faire là-dedans, l'intérêt c'est l'utilité, l'efficacité, les résultats. De même, Pascal Bruchner, autre essayiste de renom, dans un ouvrage récent intitulé "*La sagesse de l'argent*" a écrit : "*Le capitalisme qui a été à l'origine de la richesse du monde, qui a été le moyen le plus efficace contre la pauvreté, a-t-il une place dans la santé ? Oui.*", dit-il car il répond de façon rapide et pertinente en créant une émulation nécessaire.

Notre vie quotidienne témoigne de l'utilité de ce système économique. Nous prenons tous régulièrement l'avion, dans des conditions de sécurité remarquables, l'aviation est le mode de transport le plus sûr. En 2017 il n'y a eu aucun accident d'aviation commerciale sur l'ensemble de la planète. Il s'agit de compagnies totalement privées, sur des avions construits par des sociétés privées. Je ne méconnais pas la place de l'État comme régulateur.

L'industrie agro-alimentaire, composée de sociétés privées, conditionne ses produits qui le nécessitent dans des salles et dans des environnements dont la stérilité était jusqu'à il y a une vingtaine d'années plus rigoureuse que celle des blocs opératoires.

L'innovation, qui avec la qualité et la sécurité est à la base de la transformation de notre vie, n'a pu se développer que dans des sociétés privées et aucun État, sous aucun régime, n'a pu contredire cette constatation. L'exemple de l'industrie pharmaceutique le confirme dans le domaine de la santé.

Les exemples sont multiples et cette thèse pourrait être étayée de façon plus forte que ce que je le fais rapidement. Il y a une convergence d'arguments pour penser qu'il y a un intérêt réel à confier à des structures privées une participation dans la production des soins.

Je sais que ce terme, "production des soins", peut choquer, l'enjeu de la santé c'est bien sûr de soigner au mieux Monsieur ou Madame Dupond, l'enjeu de la santé c'est aussi de bien soigner, de très bien soigner, des milliers et des milliers de Monsieur et Madame Dupond, et quel que soit leur patronyme, qui tous les jours, dans tous les hôpitaux de France, viennent pour de multiples prises en charge de complexité différente nécessitant une rigueur, une organisation, une gestion, des hommes d'abord mais aussi du matériel, des médicaments, des dispositifs médicaux, des locaux, qui donnent aux termes de "production des soins" tout son sens.

Le positionnement particulier de la France dans son organisation hospitalière, avec la large participation du privé, est une réelle chance pour produire ces soins dans les meilleures conditions car la ressource financière est limitée et diminue dans les hôpitaux et cliniques depuis cinq ans, dans ce contexte les établissements privés seront sûrement mieux armés pour répondre à leurs obligations dans un environnement financier contraint, pour autant qu'ils ne soient pas seuls à supporter cette contrainte. Ne pas prodiguer des soins de qualité à un coût raisonnable, maîtrisé, est aussi grave que mal soigner car dans une enveloppe financière fermée et en décroissance cela retentit sur toute la chaîne de soins.

Cela exclut-il toute humanité dans le tableau de type productiviste ou industriel que je viens volontairement de dresser ?

Pas du tout. Les établissements privés sont dans l'ensemble des établissements de moyenne taille, ce qui permet des modes de gestion plus directs et souvent des prises en charge moins anonymes. Et puis, de toutes façons, comme vous le savez, personne n'a le monopole du cœur donc personne n'a le monopole de la bienveillance et de la compassion. Le métier de soignant, infirmier, infirmière, sage-femme, et bien sûr médecin, ne correspond peut-être plus à une vocation mais correspond assurément à une sensibilité personnelle de prise en compte des autres, qui se complète au moment du choix de la profession, d'un engagement lucide et réfléchi.

Il en est de même pour tous les métiers de la santé. Devenir secrétaire médicale, directeur d'hôpital, technicien en biomédical, informaticien en informatique hospitalière, n'est pas anodin. On ne choisit pas sans raison, consciente ou inconsciente, de travailler en milieu hospitalier.

L'évolution du secteur hospitalier privé a pris dans certains domaines des orientations capitalistiques qui peuvent interroger. Dans de nombreux domaines de l'économie au cours des vingt/trente dernières années, se sont produites des concentrations, avec la montée en puissance dans l'actionnariat d'investisseurs institutionnels et notamment de fonds, souvent anglo-saxons, qui recherchent essentiellement la rentabilité et qui se positionnent comme actionnaires sur du court terme. Le secteur hospitalier privé n'a pas échappé à cette financiarisation. Aujourd'hui les trois ou quatre plus grands groupes hospitaliers privés sont détenus en majorité par ces investisseurs institutionnels internationaux, faisant craindre une trop grande dépendance dans cette activité fondamentale pour la vie des Français.

Faut-il le regretter ? Sûrement. Il serait souhaitable, suivant un mode de capitalisme classique, que les établissements de santé privés soient détenus par des capitaux nationaux, mais ces craintes sont limitées. Dans d'autres secteurs que la santé on constate que des entreprises, sous la coupe de fonds de pension, ont souvent bénéficié de fortes capacités d'investissements et ont eu des comportements qualitativement positifs, poussés par ces derniers vers l'excellence pour en augmenter la valeur. Ce phénomène se reproduit dans les cliniques privées. Au cours des dernières années, de grands groupes hospitaliers ont été à l'initiative de projets structurant de regroupements, dotant des métropoles, des villes, des quartiers, d'équipements adaptés, bien positionnés, de proximité.

Le risque de dérèglement est limité. L'État ne laisse pas le secteur médical, et notamment le secteur hospitalier, en déshérence. Toutes les structures hospitalières, privées et publiques, sont contraintes dans un cadre réglementaire strict et sont l'objet de contrôles qui le sont tout autant. Tout type d'activité hospitalière, médicale, chirurgicale, psychiatrique et bien d'autres, nécessite une autorisation, donnée par l'Agence Régionale après examen attentif d'un dossier, contrôlée et régulièrement évaluée. Chaque autorisation doit s'exercer dans le cadre d'un cahier de charges précisé par décret, tout le personnel médical et paramédical est titulaire de diplôme d'état, leur nombre est défini



dans ces décrets qui décrivent aussi les locaux et le matériel nécessaire. Une procédure précise, la certification, mise en place il y a une vingtaine d'années, vient s'assurer de façon régulière, tous les quatre ans, du fonctionnement qualitatif des établissements dans tous les champs de leur activité et dans leur fonctionnement.

Dans tous ces domaines, l'hospitalisation privée, ainsi que l'hospitalisation publique, s'engageant largement, et la qualité des résultats est sans équivoque. En même temps, si ces normes, contrôles et contraintes ont du sens, elles incitent par leur omniprésence à apprécier la qualité en leur faisant référence et non pas en étant attentifs aux ressentis des patients et aux résultats médicaux, pourtant points les plus importants.

Depuis une vingtaine d'années cette tutelle forte est exercée plus directement au niveau régional par des Agences initialement dédiées au secteur hospitalier et qui ont élargi leurs compétences au social et à tous les secteurs de la santé. Elles ont la lourde tâche d'organiser l'offre de soin en cherchant un équilibre entre de grandes villes, parfois suréquipées, et des villes de moindre taille ou des zones rurales insuffisamment dotées.

L'hospitalisation privée, dont j'ai essayé de montrer l'intérêt et la légitimité, n'est qu'une part, 35 %, de la prise en charge hospitalière. Le secteur hospitalier public occupe la place prépondérante. Cette place existe par son implantation plus complète sur l'ensemble du territoire alors que l'hospitalisation privée a des implantations historiques, différentes d'une région à l'autre. Elle existe aussi du fait de l'ampleur de son offre à travers de multiples spécialités et en assurant la prise en charge des urgences, en partie avec l'hospitalisation privée qui dans certains endroits a des missions équivalentes.

La question que l'on peut poser devant les défis humains technique et économiques est la suivante : l'hôpital public est-il à la hauteur des enjeux de la prise en charge hospitalière ? Oui, sûrement, par la qualité des hommes et des femmes qui le composent, leur compétence et leur dévouement, le niveau d'équipement, tant pour les locaux que pour le matériel, par son implantation géographique, répondant aux besoins territoriaux, soit seul, soit avec des établissements privés.

Son mode de gouvernance lui permet-il de répondre pleinement aux évolutions de prise en charge et aux contraintes financières ? La réponse est plus difficile. Elle pourrait se poser différemment : l'hôpital public est-il ou doit-il être une entreprise ? Ce n'est pas le statut privé, capitalistique, qui détermine cette appellation. L'état est l'actionnaire unique ou majoritaire d'un certain nombre de sociétés qui ont sans contestation possible le statut d'entreprise, la Poste, France Télévision, la Caisse des dépôts... L'hôpital public ne fonctionne pas, aujourd'hui, de cette façon, mais pourtant il serait souhaitable, vus les impératifs auxquels il est soumis et la responsabilité financière qui est la sienne, c'est-à-dire dépenser au mieux chaque euro qui lui est confié, en recherchant même si ses comptes sont tendus, à en conserver l'équilibre, que sa gestion se rapproche de celle d'une entreprise.

Vers le milieu des années 90, la chirurgie ambulatoire a commencé à se développer en France, à l'initiative d'abord d'établissements privés et puis rapidement à l'initiative de l'État qui en a défini le cadre réglementaire. Aujourd'hui ce mode de prise en charge s'est largement diffusé, mais pour des raisons d'organisation médicale, d'organisation administrative, et de capacité décisionnelle limitée, l'hôpital public a pris un retard considérable. Ce retard est en grande partie rattrapé, mais il témoigne de sa difficulté d'adaptation. Il faut que l'hôpital public devienne une authentique entreprise par sa gouvernance, avec un conseil d'administration détaché du politique, avec un directeur fort, toujours dans le cadre d'une concertation médicale organisée.

Les modalités de gouvernance d'une entreprise ne sont pas à inventer. Elles existent et ont fait leurs preuves dans toutes les entreprises publiques ou privées. Elles existent aussi de la même façon dans des associations, certaines administrations, fondations. La simplicité de l'organigramme, la fluidité des circuits de décision, la

responsabilité du dirigeant sont des points marquants qui peuvent améliorer la gouvernance hospitalière et donc son fonctionnement et sa réactivité.

Sur ce sujet, je n'irai pas, volontairement, au-delà de ces considérations générales.

Cette attention que je porte aux contraintes économiques aurait moins de sens si l'hôpital était sous doté ! Ce n'est pas le cas. Il existe dans notre pays 17 équivalent temps plein hospitaliers pour 1 000 habitants contre 10 en Allemagne. 40 établissements de santé pour 1 million d'habitants contre 12 au Royaume Uni et 6 lits pour 1 000 habitants contre 5 en moyenne dans les pays de l'OCDE. Le problème de l'hôpital en France n'est pas le manque de ressources mais une plus juste distribution et une meilleure utilisation.

Au cours des dernières années le monde hospitalier a profondément changé. J'appartiens à une génération qui a connu les grandes salles communes où le terme de "patient" avait tout son sens : attendez, souffrez et taisez-vous.

Depuis une trentaine d'années, les évolutions techniques puis organisationnelles associées à un changement des comportements devant la douleur et la maladie ont créé l'hôpital moderne que nous connaissons. La chirurgie est devenue moins invasive, moins traumatisante, notamment grâce à la coelioscopie et à d'autres techniques, l'anesthésie a permis à moindre risque et avec des récupérations rapides de nouvelles techniques chirurgicales, des progrès pharmaceutiques ont sorti de l'hôpital des pathologies graves, comme les maladies gastriques. Les investigations diagnostiques et notamment en imagerie, le scanner, l'IRM, l'échographie, ont donné des précisions inenvisageables quelques années auparavant et ont raccourci le temps diagnostic qui est un temps médical fondamental.

Aujourd'hui l'hôpital est avant tout un plateau technique comprenant des moyens diagnostic, des unités opératoires et des unités aiguës (réanimation, soins intensifs). La place hospitalière au sens étymologique du terme, c'est-à-dire hôtelière, est en diminution constante par rapport aux services techniques. Au point de vue organisationnel le virage ambulatoire est largement amorcé en chirurgie et va continuer pour la médecine, pour la psychiatrie et les soins de suite. Il s'agit là d'une révolution interne qui consiste à ne pas mettre le malade, c'est-à-dire le patient, dans un lit à la disposition des équipes soignantes, mais de mettre les équipes soignantes à la disposition du patient pour que son temps de présence soit le plus bref dans une structure que logiquement il peut considérer comme inhospitalière.

Demain l'hôpital va continuer à évoluer dans ce sens. Les techniques chirurgicales seront de moins en moins invasives, la chirurgie prothétique des membres inférieurs et notamment de la hanche qui se réalise en ambulatoire est à ce titre exemplaire. Ces développements, avec la radiologie interventionnelle dont les capacités thérapeutiques ont progressé, vont continuer à faire des structures hospitalières un lieu technique, à vocation de production de soins, plus qu'un lieu de résidence. Bien sûr cela ne concerne pas toutes les pathologies.

Dans le même temps, l'hôpital est confronté à la prise en charge de maladies chroniques dont l'incidence augmente avec le vieillissement de la population et à des pathologies intercurrentes, chez des patients traités sur du long terme pour ces maladies chroniques. Cette prise en charge dans la durée nécessite de repenser certains secteurs de l'hôpital avec le retour de spécialités presque disparues comme la médecine interne et le développement de la gériatrie, qui en est un avatar moderne et adapté aux pathologies dues à l'âge. L'impact des urgences qui contraignent les hôpitaux et cliniques à se substituer à la médecine de ville dès qu'un problème aigu ou perçu comme aigu survient les emmène à hypertrophier ces services et à repenser leur gestion des lits. Ces deux points, la prise en charge des maladies chroniques et le développement des urgences

hospitalières constituent un enjeu important d'organisation sanitaire mettant en cause les rapports trop distendus entre la médecine de ville et l'hôpital.

De par la gouvernance du système de santé, comme je l'ai dit en début d'intervention, qui met sous l'autorité de l'Assurance Maladie la médecine de ville et sous l'autorité de l'État le secteur hospitalier, les connections entre ces deux secteurs sont faibles et mal organisées. La différence de statut, de conditions d'exercice, de mode de rémunération entre le médecin libéral et le médecin hospitalier ne pousse pas à un partenariat intelligent et suivi entre ces professionnels. C'est sûrement l'un des sujets majeurs de l'organisation médicale de demain de créer une véritable continuité des soins sur les prises en charge de longue durée. Dans des parcours de soins qui ont vocation à devenir de plus en plus longs, de plus en plus complexes, faisant appel à des structures et des spécialités différentes, il faut créer de la fluidité, du partage d'informations, pour déboucher bien sûr sur plus d'efficacité.

Tout cela doit reposer sur un autre point de l'évolution hospitalière qui permettra de répondre à cet impératif de rapprochement de la ville et de l'hôpital, la digitalisation du système de santé.

L'informatique hospitalière a progressé plus lentement que celle des autres activités économiques en raison de sa complexité propre et parfois aussi du faible investissement des professionnels, ou en tous cas des professionnels qui ne sont pas nés avec l'informatique. Elle doit permettre de réaliser des dossiers médicaux informatisés, après lesquels la France court depuis de longues années, pour donner aux médecins privés, publics, de ville, d'hôpital, toutes les informations nécessaires pour garantir le parcours des patients.

L'autre aspect de cette digitalisation est bien sûr la mise en place d'applications qui vous aideront à surveiller votre maladie en faisant de vous un acteur direct, vous amenant les informations ou vous rappelant les rendez-vous, adressant aussi des données aux praticiens qui vous suivent, de façon automatisée sur un simple smartphone. Les types d'applications que vous avez aujourd'hui de façon courante pour bien d'autres activités vont se multiplier dans le domaine de la santé et auront une importance fondamentale dans votre parcours de soins.

L'intelligence artificielle va prendre une place essentielle en médecine. En imagerie médicale elle devrait demain avoir des capacités d'analyse proches de celles des meilleures radiologies. Un logiciel créé par IBM peut dès aujourd'hui analyser le dossier médical d'un patient et proposer un traitement pertinent, adapté et répondant aux meilleures données scientifiques, en raison de sa capacité d'analyse et du très grand nombre de documents, de publications les plus récentes auxquelles il a accès et qu'il peut immédiatement utiliser.

Sur les prochaines années l'hôpital, public et privé, va régulièrement évoluer. Ce sera toujours le lieu où nous souffrirons, où souvent nous mourrons et où le plus souvent nous guérirons. Ce sera un lieu toujours plus respectueux de chacun et la loi sur le droit des patients de 2002 continuera à modifier les mentalités. Ce sera un lieu toujours plus éthique, où les prises de décisions sur les cas complexes, difficiles, médicaux et sociaux, se feront dans le cadre de concertations associant plusieurs professionnels dont certains spécialisés dans ce domaine. Ce sera un lieu plus sûr, où la rapidité des séjours et la lutte toujours plus attentive contre les infections nosocomiales, c'est-à-dire nées à l'hôpital, diminueront nos risques. Ce sera un lieu où la qualité et notamment la qualité des soins sera en perpétuel progrès parce que, je le crois, fondamentalement, nos sociétés et particulièrement la nôtre, sont dans de nombreux domaines et notamment dans celui-là, des sociétés de plus en plus vertueuses.

J'ai bien conscience de la réalité et des limites des vertus humaines mais nous avons la chance de disposer d'un système de santé unique qui associe en plus d'une vraie

solidarité un libre choix et l'absence de file d'attente. Tout cela est dû à des choix politiques mais aussi à un système hospitalier dual qui a permis une saine et utile émulation ou même compétition avec des effets positifs d'abord pour les patients.

Mesdames, Messieurs, je voudrais terminer en vous disant que je suis heureux d'habiter cette ville pour mille et une raisons, mais je crois que l'un des intérêts de Montpellier, notamment pour ceux qui se trouvent à quelques années près de ma génération, est la qualité globale de la prise en charge médicale et hospitalière. L'ancienneté et la qualité de notre faculté de médecine, avec des représentants éminents dans notre assemblée, a été à l'origine d'un hôpital public dont la réputation n'est plus à faire et cette excellence médicale a entraîné aussi une ambition dans le secteur privé pour les médecins et de façon plus générale pour les établissements privés. La compétition entre les deux se fait à votre service et dans votre intérêt, elle vous permet, je le crois, dans ce domaine, d'être particulièrement sereins en étant montpelliérains. Mais sachez, après cette remarque qui ne témoigne pas d'une quelconque autosatisfaction, que tous les professionnels hospitaliers, médecins ou non médecins, sont prêts à relever les grands enjeux de la santé du XXIème siècle.

Je vous remercie de votre attention.

*Séance publique du 18 juin 2018*

## **Présentation du Docteur Max Ponceillé**

**Professeur Daniel GRASSET**

Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

L'an passé, à la même époque, j'empruntai à Racine les premiers vers d'Athalie pour accueillir en notre Compagnie le Doyen Jacques Bringer. Cette année, succombant à mes amours maritimes, je monte à la passerelle pour saluer, au loin, l'amiral Ponceillé qui « heureux comme Ulysse après un long voyage », à la tête d'une puissante escadre, l'escadre Oc Santé, ayant vaincu les fureurs de Neptune, arrive, sur une onde apaisée, en terre académique où le vent de la tempête s'efface devant le souffle de l'Esprit.

Le grand voyage de notre amiral a commencé il y a fort longtemps : 7 décades, 2 ans, 3 mois et 18 jours, soit le 28 février 1946, jour de l'arrivée au monde de notre héros du jour. Le seul fait de naître un 28 février avait-il une valeur prédictive ? Autrement dit, était-ce un gage de réussite et de bonheur, ou, à l'inverse, de souffrance et de malheur ? Dans la mesure où le passé éclaire le présent et préfigure l'avenir, interrogeons l'Histoire. Il est indiscutablement des 28 févriers heureux comme en 1594 le sacre en la cathédrale de Chartres d'Henri IV qui, converti au catholicisme, entre, un mois plus tard, triomphalement à Paris qui « valait bien une messe ». Il en est de même en 1802 avec la naissance de Victor Hugo et, en 1879, celle d'Albert Einstein. Mais il est aussi des 28 février malheureux comme en 1933 l'incendie du Reichstag qui signe la fin de la République de Weimar et l'arrivée au pouvoir d'Hitler.

Le recours à l'Histoire ne permettant pas de conclure, osons le risque de sombrer dans les bras astrologiques de Madame Soleil en consultant sur le Zodiaque le Signe qui correspond au mois de février. Nous trouvons « les poissons ». C'est à priori le signe de bonheur. Rappelez-vous le vieux dicton ; « vivre heureux comme un poisson dans l'eau ». C'est ensuite avoir de la chance, à l'image du poisson, le seul animal ayant survécu au déluge. C'est surtout l'incalculable avantage d'être doué d'une intelligence supérieure, d'une ardeur au travail peu commune, ne laissant rien au hasard, ayant horreur de la médiocrité et le souci permanent de l'excellence. Sans pour autant négliger les plus faibles qui méritent d'être accompagnés dans le long et parfois rude chemin de la vie. Il est piquant de constater que le portrait astrologique de notre amiral correspond parfaitement à sa réelle personnalité. Ses parents l'avaient d'ailleurs pressenti en lui donnant un prénom bref mais claquant comme un coup de canon de marine, **MAX**, sous entendu, le plus grand, le plus beau, le plus fort. De fait, une carrière extraordinaire est venue confirmer le pronostic parental. Nous allons en décliner les multiples facettes en passant en revue successivement le médecin, le chef d'entreprise, le syndicaliste et professionnel de santé, l'élus à la CCI de Montpellier et l'homme de culture.

### **Le médecin**

Max Ponceillé entreprend ses études universitaires à la Faculté de Médecine de Montpellier couronnées par sa thèse de Doctorat en 1971 Il s'oriente alors vers une spécialité, la radiologie. Cette dernière, en plein essor, est entraînée par un jeune professeur dynamique, visionnaire, l'un des fleurons de notre Faculté, Jean-Louis

Lamarque. Écartant délibérément l'opportunité qui s'offrait à lui de se tourner vers la radiothérapie en se lovant dans le sillage de son père le Professeur Paul Lamarque, fondateur du Centre régional anticancéreux de Montpellier, il se dirige avec fougue vers le radiodiagnostic en se lançant à corps perdu dans ses nouvelles technologies. Il en est ainsi de la radiologie vasculaire (lymphographie, artériographie) première révolution dans le diagnostic des tumeurs viscérales, suivie, en 1977, par le premier scanner corps entier en France à l'hôpital Saint-Éloi et, en 1985, la première IRM en France à l'hôpital Lapeyronie. Dans cette fantastique aventure J.L. Lamarque a rencontré souvent l'hostilité de ses collègues car sa demande consommait 50% de la totalité des crédits alloués chaque année à l'ensemble des services médicaux. J'ai été personnellement très heureux d'avoir pu, sur le plan administratif (CME et CA du CHUM) accompagner J.L. Lamarque et, à titre d'exemple, de lui garantir sur l'Hôpital Lapeyronie l'un des plus beaux plateaux techniques d'imagerie médicale d'Europe (14 salles aménagées selon ses directives).

Lorsqu'en 1971 notre Max choisit de se spécialiser en radiologie, la révolution technologique n'est qu'à ses débuts : le scanner et l'IRM n'existent pas. Le CHU de Montpellier n'est pas dans sa configuration actuelle : les hôpitaux Lapeyronie et Arnaud de Villeneuve ne sont pas construits. Seul établissement récent inauguré un an auparavant (1970), l'hôpital Gui de Chauliac accueille un service de radiologie à dominante neurologique dirigé par le Professeur Philippe Castan, esprit vif, fin lettré et cultivé. Il y a du Cuénant chez P. Castan. Mais il y a aussi du Rimbaud avec ses fulgurances, parfois ses errances... C'est essentiellement à ses côtés, durant quatre ans, que Max poursuit sa formation sanctionnée par l'acquisition en 1975 du Diplôme d'Études Supérieures de Radiologie. N'ayant pas vocation à entamer une carrière hospitalière publique, il se dirige en 1977 vers le système libéral privé en direction de la polyclinique Saint-Roch qu'avait fondée, en 1947, son Père Etienne Ponceillé. Né en 1915, victime à 20 ans d'un grave accident de moto qui lui fait perdre l'usage d'une jambe remplacée par une prothèse handicapant sa marche et l'amenant à renoncer à la pratique d'une médecine de ville pour s'orienter vers la création, en 1947, au bas du faubourg Saint-Jaumes, de la clinique Saint-Roch, il en assurera la direction et le développement pendant 40 ans, jusqu'en 1987, date à laquelle, à 72 ans, il passera le relais à son fils Max. Parallèlement à son activité sanitaire Etienne s'investit dans la politique en effectuant plusieurs mandats locaux et nationaux sous l'étiquette radicale.

De 1977 à 1991 Max, non seulement installe à Saint-Roch une belle unité de radiologie mais, « déjà Napoléon perçait sous Bonaparte », il s'intéresse au sort de sa discipline au-delà de son propre site par une double création : la première est celle d'un cabinet de groupe réunissant plus de 25 radiologues exerçant au sein de Montpellier et de son Agglomération. La seconde est l'Association TOMODOC regroupant les cabinets libéraux du Languedoc- Roussillon disposant d'un scanner.

Parallèlement à son activité de radiologue, notre Max s'engage auprès de son père dans une période de noviciat administratif lui permettant de s'initier aux arcanes de plus en plus compliqués de la gestion des établissements de soins. C'est en 1987, après 10 ans d'apprentissage que Max remplace son père en devenant le nouveau Directeur de la clinique Saint-Roch. Il met alors un terme à sa carrière médicale pour devenir un prestigieux chef d'entreprise qui va le conduire au firmament du secteur hospitalier privé.

## Le chef d'entreprise

De 1987 à 1991, Max continue à développer sur place la clinique Saint-Roch qui, d'une capacité initiale de 32 lits passera, par extension sur place, à 192 avant son transfert en 2016 sur son nouveau site actuel. En 1990 il crée un premier centre de Soins de Suite et de Réadaptation : la clinique Fontfroide. Et, en 1991, date fondamentale, il crée le **Groupe Oc Santé** dont il devient le Président Directeur Général, fonction qu'il continue d'exercer de nos jours. Oc Santé est devenu le principal Groupe Hospitalier Privé d'Occitanie. Quatre chiffres permettent d'en résumer l'importance : **16 établissements, 1900 lits et places, 2500 salariés, 500 médecins libéraux.**

Il est, naturellement, impossible d'exposer dans le détail la réalité du Groupe et son fonctionnement. C'est pourquoi, dans un souci didactique, nous nous bornerons à une présentation synthétique à partir de la vocation fondamentale du Groupe qui est d'assurer une offre de soins polyvalente et de qualité.

## La polyvalence des soins

Elle se traduit par une prise en charge **pluridisciplinaire** couvrant la quasi-totalité des secteurs sanitaires (court, moyen et long séjour) et se développe à travers **16 établissements** installés sur Montpellier, sa Métropole et le département de l'Hérault, à l'exception de la clinique parisienne du Mont Louis. On distingue :

- 3 établissements **MCO** (médecine, chirurgie, obstétrique) à Montpellier : cliniques Clémentville (2015), Millénaire (2002), Saint-Roch (2016). Ce sont les 3 vaisseaux majeurs de l'escadre sanitaire, les autres se répartissant entre frégates et corvettes.
- 4 établissements pour **Soins de Suite et de Réadaptation**. Clinique Fontfroide (1990 Montpellier), Centre Bourgès (2010 Castelnau Le Lez), Cliniques Plein Soleil (Balaruc-Les-Bains) et Les Oliviers (Gallargue-Le Montueux).
- 3 établissements pour **Hébergement de personnes âgées** situés à Montpellier, dont 2 EHPAD (établissement pour personnes âgées dépendantes) : Les Glycines, Les Lavandes et 1 Résidence locative pour seniors avec services intégrés de 21 appartements, Les Terrasses des Glycines.
- 4 établissements **Psychiatriques** : Cliniques Saint-Martin de Vignogoul (Pignan), Saint-Antoine (Montarnaud), Stella (Vérargues) et La Pergola (Béziers).
- 1 établissement d'**Hospitalisation à domicile (HAD)** dont le secteur d'intervention couvre Montpellier, Montagnac, Gignac, Clermont-l'Hérault et Lodève.

## La Qualité des soins

Elle s'évalue à travers le double environnement technique et humain des soins prodigués

- **L'environnement technique** concerne les locaux d'hébergement et le matériel des plateaux techniques d'exploration (imagerie) et de traitement (blocs opératoires). Leur excellence tient à la jeunesse historique du Groupe Oc Santé dont la majorité des établissements ont été construits à partir de 2002. Citons, à titre d'exemple, le secteur de réanimation post opératoire du Millénaire, la maternité de Saint-Roch, le secteur de cancérologie de Clémentville et le plateau de réadaptation neurologique de Bourgès.
- **L'environnement humain** vise le confort et la sécurité des patients. Il est présent dès l'accueil et se poursuit durant le séjour. Il est le fruit d'une saine coopération entre tous les acteurs de la prise en charge du malade qu'il s'agisse du personnel

médical ou paramédical qui doit travailler en équipe. Sans oublier le personnel administratif qui travaille dans l'ombre mais fait chauffer la machine du train hospitalier. Max Ponceillé s'est attaché à promouvoir dans son Groupe une atmosphère de travail conciliant efficacité et humanité.

Ainsi il accédera progressivement à tous les grades de commandement de son escadre : lieutenant de vaisseau, capitaine de corvette, capitaine de frégate, capitaine de vaisseau, contre amiral (Millénaire), Vice amiral (Clémentville), amiral (Saint-Roch)

## Le syndicaliste et le professionnel de santé

Passionné par son métier et à l'aune d'une vaste expérience attestée par sa réussite professionnelle Max Ponceillé n'a pas manqué d'attirer l'attention de ses confrères responsables de la **FHP** (Fédération Hospitalière Privée). Il en a été Secrétaire Général (1991-1999) puis Président (1999-2005), soit, au total, 11 ans au service de cette Fédération qui regroupe la totalité en France du Secteur Hospitalier Privé, à savoir 13000 établissements assurant plus de 50% de la chirurgie, 30% de l'obstétrique et 25% de la psychiatrie. La FHP est un acteur incontournable de la politique de santé en France. La réputation de Max P. dans le domaine sanitaire ne pouvait en rester là. Les trompettes de la renommée devaient retentir au delà de notre hexagone et, tout naturellement, le porter de 2005 à 2011 à la Présidence de l'**UEHP** (Union Européenne de l'Hospitalisation Privée). Ses contacts avec le Commissaire Européen à la Santé et la visite, durant 6 ans, dans diverses capitales européennes, de nombreuses structures sanitaires lui ont permis d'acquérir une dimension internationale dans son domaine de compétence.

Les responsabilités syndicales de Max P. devaient obligatoirement l'amener à nouer des liens étroits avec le **Ministère de la Santé**. Son expérience acquise et reconnue dans le secteur hospitalier privé explique qu'à venue de Ségur on ait fait appel à lui pour participer activement à d'importantes **Commissions** et **Haut Conseils** :

- 1989-1991 Commission Nationale de l'Hospitalisation
- 1991-2000 Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale
- 1995 Haut Conseil de la Réforme Hospitalière (A. Juppé)
- 2006-2015 Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (J.P. Raffarin)

Citons, comme décisions majeures, la création des ARH, les procédures d'accréditation des établissements hospitaliers publics et privés et d'autorisation des équipements lourds (scanner, IRM, robots chirurgicaux...), la tarification à l'activité à la place du budget global.

Max Ponceillé a, par ailleurs, créé en 1992 le Centre d'Études Supérieures en Économie et Gestion Hospitalière Privée (**CESEGH**). En coopération avec l'Université de Montpellier, tout particulièrement avec notre confrère académicien le Professeur Guy Delande, ce centre prépare à un *Master de Management stratégique des organisations de santé* qui, ayant à ce jour délivré plus de 1000 diplômes, est une référence nationale pour les professionnels de santé à vocation administrative dans le secteur privé.

## Le participant au monde économique

Élu à deux reprises à la **CCI de Montpellier**

- 1993-1999 Secrétaire Général
- 1999-2005 Président de la Commission de la Formation ; responsable de l'École Sup de Co.



## L'homme de culture

À titre Privé, participation à un **cercle de lecture** avec un groupe d'amis médecins.

À titre public, dans un esprit de **Mécénat culturel**, Présidence de 2 structures :

- 2010-2016 Fondation de l'Université de Montpellier.
- Depuis 2014 Fondation d'entreprise du Musée Fabre.

## Conclusion

L'extraordinaire aventure professionnelle de Max Ponceillé n'aurait pu normalement s'épanouir sans un double contexte familial et personnel.

Le **contexte familial** heureux est celui d'une mère au foyer, très belle dame qui a bercé son enfance et protégé son adolescence, son père qui lui a mis le pied à l'étrier, sa charmante épouse Brigitte, excellente anesthésiste et trois brillants enfants déployés dans le monde sanitaire : Guillaume actuel Directeur du Millénaire, héritier présomptif de la dynastie des Ponceillé dans la gestion du Groupe Oc Santé, Benoit, biologiste éminent de Labosud et Coralie, diplômée de Paris Dauphine et membre du staff de direction de l'importante clinique Turin à Paris.

Le **contexte personnel** n'est autre que l'état de santé de Max Ponceillé. Parfaite illustration de l'adage antique « *mens sana in corpore sano* » notre Max a su préserver son dynamisme intellectuel par une activité physique de haut niveau. En particulier la marche (4 marathons de New-York, soit près de 170 km de course à pied). Mais aussi le ski et surtout la mer où il ne cesse de s'échapper dès qu'il a un moment de liberté. Comme l'a si bien chanté Renaud :

« C'est pas la mer qui prend l'homme,  
c'est l'homme qui prend la mer  
et quand le vent soufflera,  
tu repartiras.  
Mais, partir, c'est mourir un peu,  
c'est mourir à ceux qu'on aime.  
Pour ne pas laisser nos âmes en peine  
et nos cœurs désabusés,  
quand le vent resoufflera,  
tu nous reviendras. »  
Car rien ni personne ne pourront jamais  
susciter l'oubli  
de ce paradis  
qu'est l'Académie.

Séance publique du 18 juin 2018

## Intronisation du docteur Max Ponceillé

Olivier JONQUET

Président de l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

Que dire après la présentation du docteur Max Ponceillé,

Que dire après la réponse du professeur Daniel Grasset qui a balayé, avec le brio que nous lui connaissons, la carrière du récipiendaire de ce jour.

L'ancien président de la CME du CHU de Montpellier que je suis ne va pas répondre sur les mérites respectifs des secteurs public et privé, ou encore argumenter sur notre système de santé en général. Ce n'est ni le lieu ni le moment. Quand on reçoit dans un cercle académique, ce qui attire, ce qui intéresse, c'est l'homme, ses qualités, son style. Or, le style c'est l'homme...

Daniel Grasset a retracé votre itinéraire, de médecin, de gestionnaire, d'homme de culture. Vous même l'avez évoqué. Il est singulier. Vous êtes une espèce en voie de disparition. Vous êtes un des derniers médecins dirigeant un grand groupe hospitalier.

Vous êtes d'abord médecin. Ce n'est qu'après votre formation médicale et quelques années d'exercice de la radiologie, après la quarantaine, que vous avez commencé une carrière de gestionnaire. Une fois dans le bain, si j'ose dire, vous avez eu des responsabilités nationales et internationales dans la représentation de l'hospitalisation privée, où vous avez révélé des talents de médiateur, de négociateur hors pair.

On pourra dire qu'un médecin gestionnaire d'une clinique, d'un hôpital, c'est rassurant. Au moins il sait de quoi il parle. Ce n'est pas évident. Très vite il peut se laisser polariser par les chiffres, les lois, règlements (et il n'en manque pas...), se laisser griser aussi par le contact avec les grands de ce monde. Il perdra vite pied.

C'est ici qu'intervient l'homme de culture sans cesse en recherche. *Il n'y a pas d'hommes cultivés, il n'y a que des hommes qui se cultivent* disait le maréchal Foch. Nous vous connaissons adepte de *ce vice impuni, la lecture*. Nous savons, de même, qu'aucune des criques de la Corse, de la Sardaigne, des côtes italiennes, grecques, ou turques ne vous est étrangère.

C'est un fait général, dans le monde en général, ceux qui marquent leur époque sont des hommes de culture, que ce soit le domaine politique, administratif ou militaire et ce à intelligence, connaissances ou habiletés techniques égales.

On a évoqué le professeur Philippe Castan, regretté membre de notre Académie, avec qui vous avez travaillé à Gui-de-Chauliac. Il faisait partie de ces maîtres qui, comme André Mandin, sont des éveilleurs. Ils amènent à penser le métier autrement que par le biais exclusif des chiffres, de la technique pure, d'un vocabulaire administratif ou issu des cabinets de conseil ou d'experts souvent auto proclamés.

Cela vous permet un recul vis à vis des situations, une capacité de discernement, une vision concrète sur les systèmes et les rapports humains qui tranchent avec le bruit de fond habituel du sabir *new public management*.

Votre formation de médecin, associée à cette soif de connaître, rejaillit dans votre manière d'être et de faire. Cela se sent, cela se voit, sans tomber toutefois dans un angélisme qui obérerait la solidité de votre groupe.

Plutôt que de vous disperser, vous avez recentré l'activité de votre groupe sur Montpellier, sa Métropole et son bassin de population. Vous appliquez ainsi les principes de l'action qu'énonçait Foch reprenant Bonaparte : *concentration sur l'objectif, économie des moyens et liberté d'action*.

A titre personnel, je suis sensible au fait qu'à côté d'activités prestigieuses et médiatiques, comme la cardiologie interventionnelle ou la chirurgie cardiaque, vous avez créé une unité pour patients pauci-relationnels<sup>1</sup>, êtres fragiles et vulnérables s'il en est.

Dans le groupe que vous avez bâti patiemment, vous avez su vous entourer de personnes de qualité que je suis amené à rencontrer régulièrement dans le cadre d'activités communes. Vous savez aussi déléguer. Ils savent rendre compte. Mais au fond, l'activité d'un groupe de santé, qu'il soit public ou privé, est au service du bien commun, c'est à dire le bien du *nous-tous* dans un domaine, la santé, où l'Homme fragile, vulnérable, en demande, n'est pas seulement au centre, pour reprendre les termes du rapport Cordier, mais il est LE centre. En effet, quand il est au centre il est considéré par des systèmes qui se sont déjà organisées. Lorsqu'il est LE centre, l'organisation se fait à partir de ses besoins.

Le système qui gère ce que l'on appelle la santé est en crise aussi bien dans son financement que dans ses modalités de fonctionnement. Des maladies aiguës sont devenues chroniques, le secteur médical s'imbrique avec le secteur social. Les patients se sont invités dans le cercle. C'est normal, ce sont eux les premiers concernés. Les métiers, les disciplines des acteurs du système sont multiples. Le métier de l'avenir sera la coordination. Bref, qui dit crise dit aussi lieu du jugement, du discernement. Avec votre expérience, votre talent, vous avez toutes les qualités pour nous en faire bénéficier et être un des acteurs influents de ce changement nécessaire.

Mon cher Max, j'abandonne le vousoiement du protocole académique pour te dire la joie du président de notre Académie, de t'accueillir dans notre cercle.

Je demande au récipiendaire de se lever. Je demande aux membres de l'Académie et à l'assemblée de se lever.

En qualité de président de l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier, je déclare solennellement l'Académie heureuse et honorée de recevoir comme membre titulaire au XVI<sup>ème</sup> fauteuil de la section le docteur Max Ponceillé. La séance est levée.

---

<sup>1</sup> Le terme pauci-relationnel désigne les personnes dont la relation à l'extérieur est limitée du fait de lésions cérébrales traumatiques ou à la suite d'un AVC.