

Les erreurs et magouilles des hôpitaux qui coûtent cher aux mutuelles... et aux patients !

Chambre « premium », forfait ambulatoire... Hôpitaux et cliniques facturent à leurs patients (et aux mutuelles) de coûteuses prestations d'hôtellerie, parfois sans leur consentement.

« J'avais l'impression d'arnaquer les gens, de faire de l'escroquerie à la mutuelle. » Ancienne salariée de la Nouvelle clinique Bordeaux Tondu (Gironde), Mathilde* a fini par quitter cet établissement privé appartenant au groupe Saint-Gatien, qui compte au total 17 établissements de soins en France. « Travailler en étant malhonnête ne m'allait plus », explique-t-elle à Enquêtes d'actu.

Notre interlocutrice dénonce des abus, notamment dans la facturation des chambres particulières (ou chambres individuelles) aux patients. Par rapport aux chambres doubles disponibles sans supplément sur les frais d'hospitalisation, les chambres particulières sont censées offrir plus d'intimité et de confort. À la Nouvelle clinique Bordeaux Tondu, les tarifs vont de 90 euros par jour pour la « standard », jusqu'à 130 euros pour la « premium » (télévision « grand écran », wifi, chevet réfrigéré...).

Mais dans le dossier de pré-admission, « c'était chambre seul ou chambre seul, résume l'ex-employée. La possibilité de prendre une chambre double n'était pas évoquée, alors que ça existe. » Au contraire de la clinique bordelaise, d'autres établissements privés laissent le choix de cocher la chambre double.

« Au Tondu, même si vous ne l'avez pas cochée ou que vous êtes en chambre double, on va quand même demander une prise en charge en chambre particulière à votre mutuelle », continue Mathilde. Outre le remboursement d'une prestation non réclamée par le patient, notre source affirme que la clinique sollicite le « maximum mutuelle », quel que soit le prix de la chambre réellement occupée.

« Quand un patient prend une chambre à 90 euros, si on voit que sa mutuelle rembourse jusqu'à 130, on facture 130. C'est totalement de l'escroquerie ! »

MATHILDE, EX-SALARIÉE DE LA NOUVELLE CLINIQUE BORDEAUX TONDU.

Selon ses dires, il s'agit là d'une consigne passée à la facturation. « On a reçu une note de service nous demandant de le faire. » Un document interne que nous nous sommes procuré corrobore ce témoignage. Émanant de la direction, il confirme



La répression des fraudes pointe des « facturations abusives » de la part des établissements de santé, notamment sur les chambres individuelles. (©Julien Bouteiller/actu.fr/illustration)

la demande « systématique » de prise en charge pour chambre particulière, avec application du « maximum mutuelle », pour tous les patients hospitalisés. Y compris ceux qui n'ont pas réclamé ni bénéficié de cette prestation.

Quelques jours après notre demande d'interview que la clinique a déclinée, nous avons constaté du changement sur le dossier de pré-admission. Un hasard ? Désormais, il est demandé au patient s'il souhaite une chambre particulière... ou une chambre double.

Chambre individuelle à l'hôpital : ce que dit la loi

Considéré comme une prestation de confort, le séjour en chambre individuelle n'est pas remboursé par l'Assurance maladie. Cette dépense est la plupart du temps prise en charge par les organismes de complémentaire santé. Comme le stipule la loi, elle ne peut être facturée que si le patient en a fait expressément la demande. Le code de la sécurité sociale parle de « prestation pour exigence particulière du patient ».

Ce principe est rappelé dans une instruction ministérielle du 6 février 2015 : « Dès lors que l'isolement relève d'une prescription médicale, d'une obligation réglementaire liée aux conditions techniques de

fonctionnement ou d'une nécessité médicale, la facturation d'une chambre particulière est interdite. » C'est notamment le cas en réanimation, en soins intensifs ou de surveillance continue. Il en va de même quand « seules des chambres individuelles restent à disposition » et que « le patient refuse la prestation ».

Aussi, le ministère de la Santé recommande « vivement » aux établissements de « recueillir par écrit » l'accord des patients pour une hospitalisation en chambre individuelle. Encore faut-il qu'on leur laisse le choix et que celui-ci soit respecté. D'après nos informations, c'est bien là que le bât blesse au sein de la Nouvelle clinique Bordeaux Tondu.

Revers judiciaire

Ayant décliné notre demande d'interview, la direction de l'établissement girondin nous a répondu par mail. « Notre établissement qui accueille près de 40 000 patients en moyenne chaque année, se fait fort de respecter les règles en vigueur en matière de facturation des prestations hôtelières inhérentes à la prise en charge des patients », soutient la clinique.

Tout juste admet-elle la possibilité « d'erreur dans l'administration de la demande d'une chambre particulière, que ce soit par un personnel de la clinique

ou le patient lui-même ». Quand cela arrive, « une réponse est systématiquement apportée : erratum, remboursement ou étalement des paiements selon les cas ». Et de conclure, de façon évasive : « Pour répondre au principe d'amélioration continue de notre établissement, un renforcement du suivi des dossiers est prévu. »

À noter que le 3 février 2022, la cour administrative d'appel de Bordeaux a débouté la clinique qui contestait une décision de la répression des fraudes (DGC-CRF), remontant au 20 avril 2018. L'administration enjoignait à l'établissement de soins de supprimer, entre autres, la facturation de la chambre particulière (d'un montant de 72 euros), dans le cadre d'une hospitalisation pour troubles du sommeil et de la vigilance. La cour a reconnu qu'il s'agissait là d'une « exigence médicale » et non du patient. Et que la clinique avait donc agi « en méconnaissance » du code de la sécurité sociale.

La répression des fraudes pointe des « facturations abusives »

La Nouvelle clinique Bordeaux Tondu ne constitue pas un cas isolé en matière d'abus sur les frais hospitaliers de confort. Ces dernières années, la DGCCRF a mené deux campagnes de contrôle de la facturation des

établissements de santé. Sans aller jusqu'à parler de fraudes, les inspecteurs de l'État pointent des « facturations abusives ».

La première enquête, en 2018, a notamment visé 200 « cliniques privées lucratives ». Soit « environ 20 % » de l'ensemble de ces cliniques en France. Résultat : des « anomalies » constatées dans un établissement contrôlé sur trois (32 %). Parmi les entorses relevées, des cliniques qui « imposent la chambre particulière », d'autres qui « la facturent à des patients alors qu'ils requièrent l'isolement pour des motifs médicaux ». Ou encore un « forfait ambulatoire » (collation, assistance téléphonique) « parfois facturé au patient en l'absence de recueil de sa demande écrite préalable ».

En 2021, la DGCCRF a réalisé une nouvelle enquête, essentiellement basée sur des signalements. Sur les 15 établissements visités – en majorité des privés (à 87 %) – près de la moitié (47 %) ont présenté des « non-conformités ». Celles-ci « portant principalement sur le non-respect des règles d'attribution des chambres individuelles et sur des défauts d'information précontractuelle du patient » : facturation de chambres particulières « non demandées », consentement du patient recueilli après son installation en chambre... Encore une fois, la répression des fraudes a aussi

relevé des abus sur les forfaits ambulatoires, « facturés parfois de façon systématique ».

« Ça cochant le forfait ambulatoire à la place des patients »

Maria Roubtsova en a fait l'expérience « l'été dernier dans une clinique privée ». « À mon admission, on me facture un forfait ambulatoire à 90 euros. Je leur sors l'arrêté qui dit que c'est illégal de forcer à payer un forfait ambulatoire. Ils me répondent, 'si vous refusez de signer, on ne vous opère pas' », relate cette chargée de mission « études et lobby santé » pour l'association de consommateurs UFC-Que Choisir.

À la Nouvelle clinique Bordeaux Tondu, le forfait ambulatoire coûte 25 euros. Sur le papier, il offre l'accès à un coffre-fort, une télévision, au wifi, à une bouteille d'eau et une « solution hygiène ». Mais en réalité, affirme Mathilde et Isabelle* (une autre ex-employée de la clinique), « les patients n'ont rien en contrepartie, ni télé ni wifi. Juste pour être passés en ambulatoire, ils paient un forfait que très peu de mutuelles remboursent ».

Pourtant, « aux admissions, on nous mettait la pression pour le faire cocher aux patients, se souvient Isabelle. Même s'ils ne faisaient pas, derrière, ça cochant à leur place. » Elle s'en est aperçue quand une patiente lui a présenté l'original de son dossier de pré-admission, non coché. Sur l'autre version, « on voit bien qu'une croix a été ajoutée au stylo » (voir les deux documents en vis-à-vis ci-contre).

« Tout le monde paie en aveugle »

Pour Maria Roubtsova de l'UFC-Que Choisir, « ces fraudes profitent de l'illisibilité du système pour le patient. Une admission dans un établissement de santé, ce sont de multiples actes différents. Surtout dans les cas où il y a zéro reste à charge ou un reste à charge faible, énormément de personnes peuvent être victimes de fraudes ou d'erreurs sans jamais s'en rendre compte ».

« Avec la carte Vitale et la carte de mutuelle, vous n'avancez rien, tout le monde paie en aveugle », soupire Nicolas Pomiès. Le vice-président de Mutuale, organisme mutualiste qui revendique 55 000 adhé-

rents, estime que « les hôpitaux et cliniques – beaucoup les cliniques et malheureusement aussi les hôpitaux publics – ne respectent pas le code de la santé publique ».

L'hôpital public pas tout blanc

Ainsi, en 2019, l'UFC-Que Choisir a épinglé le CHU de Rennes (Ille-et-Vilaine) pour avoir placé d'office des patients en chambre individuelle sans leur préciser que cette prestation était facturée, rapporte Ouest-France.

En 2023, le CHU de Poitiers (Vienne) et le centre hospitalier de Metz-Thionville (Moselle) ont perdu en appel face à des patients qui exigeaient l'annulation de leur facture (respectivement 111 et 1 572 euros) pour des séjours en chambre individuelle auxquels ils n'avaient pas consenti.

Par la suite, nos confrères de 76actu ont révélé, début avril, que le CHU de Rouen (Seine-Maritime) avait facturé des chambres doubles en chambre individuelle. « On regarde la mutuelle du patient. Et si on voit que sa mutuelle prend en charge un quota de jours en chambre simple, on indique qu'il est en chambre simple même s'il est dans une chambre double », témoigne un agent du service facturation. Des propos qui ne sont pas sans faire écho à ceux des ex-employées de la Nouvelle clinique Bordeaux Tondou.

Quota épuisé

Une telle manœuvre n'est pas sans conséquence pour certains patients ayant un quota annuel de chambre particulière dans leur complémentaire. « Ce taux est vite atteint et ils ne peuvent plus avoir de chambre individuelle sur la suite des soins, car leur droit a été épuisé au CHU alors qu'ils n'ont pas eu de chambre individuelle », informe une représentante syndicale.

C'est ce qui est arrivé à un Rouennais. Après avoir été facturé d'une hospitalisation en chambre individuelle au CHU alors qu'il avait dormi dans une double, il s'est vu refuser sa demande de prise en charge pour chambre particulière dans un autre établissement.

Pour sa défense, l'hôpital plaide une « incompréhension dans la chaîne de facturation ». Son directeur financier l'assure : « On ne donne pas la consigne de facturer systématiquement une chambre individuelle. » Et d'ajouter que sur 170 000 hospitalisations par an, « nous avons 2 % de factures rejetées » parce qu'erronées.

Un palliatif aux difficultés financières des hôpitaux ?

Alors erreurs « marginales » ou politique « systématique » ?

Le forfait ambulatoire a été coché après que cette patiente a remis son dossier de pré-admission à la Nouvelle clinique Bordeaux Tondou.

« Tout ça, c'est du commerce », tranche Isabelle, ex-salariée de la Nouvelle clinique Bordeaux Tondou. « On nous bassinait pour vendre ces prestations, parce que 'nous sommes une clinique privée'. » Comme Isabelle, Mathilde évoque des promesses de « primes » pour les agents en contrepartie.

« Les hôpitaux et cliniques cherchent tous les moyens de récupérer de l'argent parce qu'ils sont en difficulté financière », avance Nicolas Pomiès, vice-président de Mutuale. En effet, le déficit cumulé des 32 CHU français a triplé en 2023 par rapport à 2022, pour atteindre 1,2 milliard d'euros, rapporte Le Monde. Et selon le président de la Fédération de l'hospitalisation privée interrogé par le quotidien du soir, « 40 % de nos cliniques et hôpitaux privés se retrouvent en déficit, pour 670 millions d'euros, contre 25 % les années précédentes. C'est du jamais-vu ».

D'après l'UFC-Que Choisir, « la facturation de chambres particulières peut représenter jusqu'à 6 % du chiffre d'affaires annuel » d'un établissement de santé. Dans un post LinkedIn, le dirigeant mutualiste, Nicolas Pomiès, dénonce ceux qui, sans enfreindre les règles, « ont trouvé le moyen d'utiliser les subtilités de la loi en poussant l'assuré social à demander des services annexes dits d'hôtellerie qui augmentent de manière très importante leurs profits ».

« 'Petit déjeuner continental', 'Menu plaisir', 'Dîner à la carte', 'Trousse confort' : rien n'est trop beau pour pousser l'assuré social à dépenser pour un confort coûteux et excessif. »

NICOLAS POMIÈS,
VICE-PRÉSIDENT DE MUTUALE,
SUR LINKEDIN.

« À l'heure où de nombreux transferts de remboursements des véritables soins du régime obligatoire vers les complémentaires santé imposent à ces dernières d'augmenter leurs cotisations, les dépenses de confort non médicales deviennent un véritable problème de santé publique », alerte le vice-président de Mutuale sur LinkedIn.

« Un véritable problème de santé publique »

« Comme la complémentaire paie, le patient n'a pas forcément l'impression d'être une victime dans l'histoire. Sauf que derrière, tout le monde se prend des hausses de cotisations ! »

« Les tarifs des complémentaires santé explosent en ce moment ; l'UFC-Que Choisir a relevé des hausses de l'ordre de 10 % par rapport à 2023 », souligne l'économiste. Alors que « le financement des soins est sous pression, avec de vrais besoins de santé (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques), c'est

MARIA ROUBTSOVA,
CHARGÉE DE MISSION À
L'UFC-QUE CHOISIR.

« Il semble y avoir une grande hétérogénéité entre les établissements, en termes de recueil de la demande de chambre individuelle, observe Maria Roubtsova de l'UFC-Que Choisir. Ne faudrait-il pas standardiser une formule écrite, par exemple 'je demande explicitement, de mon souhait personnel, une chambre particulière' ? Ou systématiser le fait de présenter la chose à l'oral, au moment de l'admission et pas quand le patient est déjà dans sa chambre, parfois en train de récupérer d'une opération. »

d'autant plus désolant de voir de l'argent aller vers des facturations abusives plutôt que vers des actes et produits de santé nécessaires », regrette-t-elle.

« La confiance est rompue »

Pour Nicolas Pomiès, « la confiance est rompue » avec les établissements de santé. Soucieuse de « défendre la

cotisation de [ses] adhérents », Mutuale par la voix de son vice-président, se dit « obligée de mettre en place des systèmes de contrôle et de surveillance ». La mutuelle a donc embauché « deux équivalents temps plein » pour éplucher les factures de ses assurés. « On a demandé des remboursements quand on s'est aperçu qu'elles avaient été établies de manière illégale », livre Nicolas Pomiès.

« Sur 2023, on a récupéré presque 300 000 euros sur un peu plus de 20 millions de prestations de chambres hospitalières. »

NICOLAS POMIÈS,
VICE-PRÉSIDENT DE MUTUALE.

En parallèle, Mutuale « fait de l'éducation populaire ; on forme nos adhérents à être contrôleurs de gestion de leur santé, à travers des petites vidéos, des réunions publiques... », développe son vice-président. « C'est malheureux car quand on veut revenir en bonne santé, on ne devrait pas avoir à se soucier de ça, on devrait avoir confiance. »

Comment rétablir la confiance ?

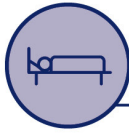



« Il semble y avoir une grande hétérogénéité entre les établissements, en termes de recueil de la demande de chambre individuelle, observe Maria Roubtsova de l'UFC-Que Choisir. Ne faudrait-il pas standardiser une formule écrite, par exemple 'je demande explicitement, de mon souhait personnel, une chambre particulière' ? Ou systématiser le fait de présenter la chose à l'oral, au moment de l'admission et pas quand le patient est déjà dans sa chambre, parfois en train de récupérer d'une opération. »

*Prénoms modifiés à la demande des intéressées qui veulent garder l'anonymat.

● Par Valentin Lebossé

Les chiffres-clés de l'hospitalisation en France

En hospitalisation complète (avec nuitées), en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), soit l'activité la plus répandue. Nous avons pris pour référence 2019, dernière année avant la crise sanitaire de la Covid-19.

	Public	Privé
 Nombre de lits	156 637	45 334
 Durée moyenne de séjour	5,9 jours	4,2 jours
 Répartition des séjours	77%	23%
 Prix moyen d'une chambre particulière	60 €	100 €

Sources : Drees, AG2R La Mondiale