

dialogue santé 5

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP-MCO – Syndicat national des 600 établissements privés exerçant une activité en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

AVRIL 2012

FHP-MCO, 81, rue de Monceau, Paris 8^e

www.fhpmco.fr



Le don de sang de cordon ombilical, une **Success Story** avec la Fondation Générale de Santé



Dépassements d'honoraires
Au bord de l'explosion

Présidents de CME :
« Le président de CME doit être un facilitateur »

Option de coordination

Avancée ou reculade ?



éditorial
Lamine Gharbi

On ne peut que saluer la volonté de la CNAM et de son directeur, Frédéric Van Rookeghem de ne ménager ni temps, ni énergie pour faire bouger les lignes et trouver une solution à l'équation complexe du financement des dépassements d'honoraires dans un contexte de crise budgétaire. Pourtant la décision actuelle – l'actualisation ou le *relooking* du forfait de coordination – ne contente personne, et pas plus la FHP-MCO. Tout d'abord pour des raisons « macro ». Ce dossier qui mobilisait déjà toutes les attentions avant la campagne présidentielle, embolise le maigre débat sur la santé que nous appelions tous de nos vœux. Une occasion ratée de débattre d'une réforme structurelle de notre secteur. Replaçons les grandes masses en présence : les dépassements d'honoraires dans le secteur hospitalier privé MCO représentent environ 700 millions d'euros, c'est à dire, 0,42 % de l'ONDAM (171 milliards d'euros). La rationalisation des achats du secteur hospitalier public et PSPH, objectif du projet ministériel PHARE, prévoit un gain d'ici trois ans de 910 millions d'euros, soit 0,55 % de l'ONDAM. Un peu de gestion d'un côté permettrait de libérer des marges de manœuvre et d'éviter de mettre la médecine libérale sans dessus dessous ! Puis des raisons « micro ». La FHP-MCO soutient depuis le départ un secteur optionnel et son accès aux médecins bloqués en secteur 1 alors même que les professionnels

Trouver une solution à l'équation complexe des dépassements d'honoraires dans un contexte de crise budgétaire.

dénoncent l'absence de revalorisation des honoraires. Le constat est partagé : une médecine libérale en souffrance, une attractivité de nos établissements pénalisée, un reste à charge trop élevé dans un pays où 8 millions de personnes (13 % de la population) se trouvent en dessous du seuil de pauvreté. Nous regrettons amèrement que les organismes complémentaires campent sur leurs positions et bloquent tout accord. Nous sommes tous dans le même bateau, il serait bon de se le rappeler !

Lamine Gharbi

Président du syndicat national FHP-MCO



FRÉDÉRIC VAN ROEKEGHEM, DIRECTEUR
DE L'UNCAM

Un accord tripartite

« La question des dépassements d'honoraires ne doit pas être considérée seulement sous l'angle des excès, la question centrale est celle de leur évolution, de leur dérive au cours des dernières années. Rappelons qu'en 1985, seuls 55 % des chirurgiens étaient en secteur II. Aujourd'hui, c'est le cas de 87 % des chirurgiens, 82 % des gynécologues et 66 % des anesthésistes. Le taux de dépassements a plus que doublé sur cette période.



Revaloriser, oui, mais avec une garantie de modération.

L'absence de revalorisation des tarifs n'est malheureusement pas suffisante pour justifier la hausse des dépassements d'honoraires. L'insatisfaction des assurés augmente : il n'y a pas de lisibilité sur les dépassements d'honoraires, c'est un frein à l'accès aux soins et cela a un effet sur l'attractivité des établissements. Avec le secteur optionnel, nous n'étions pas loin de trouver une solution à ce problème avec un accord tripartite qui liait les professionnels, prêts à modérer leurs dépassements, l'assurance maladie, prête à augmenter les tarifs, et les complémentaires, prêtes à prendre en charge ces compléments d'honoraires plafonnés. Pour des questions d'agenda et à cause de l'environnement fiscal, l'accord n'a pu aboutir. Je le regrette. Aujourd'hui, de nombreux praticiens en clinique réalisent déjà 30 % de leurs actes en tarifs opposables et des dépassements maîtrisés, tout simplement parce que leurs patients n'ont pas les revenus nécessaires pour payer eux-mêmes ces compléments et que leur mutuelle ne les couvre pas. Près de 40 % des chirurgiens sont dans ce cas. Dans de nombreux départements, les praticiens ont gardé le tact et la mesure dans leurs dépassements et conservent une certaine proximité avec leurs patients. Il faut les encourager à pratiquer des tarifs raisonnables. Il me semble que l'option de coordination telle qu'elle a été retenue peut les y aider. Quant à la question de la revalorisation des tarifs, nous souhaitons avoir une garantie sur la modération des dépassements d'honoraires. C'était tout l'objectif du secteur optionnel : trouver une voie contractuelle et conventionnelle de régulation, sur la base d'un engagement des trois parties. Nous ne sommes pas opposés à une réévaluation des tarifs, mais il faut qu'il y ait une réelle contrepartie en terme de modération. »

L'OPTION DE COORDINATION

On connaît la « nouvelle » : les praticiens de bloc ont la possibilité de choisir l'option de coordination (créée en 2005), qui leur permet de bénéficier d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales, à la condition de pratiquer 30 % de leur activité en tarif opposable et de limiter leurs dépassements d'honoraires à 50 % du tarif opposable sur les 70 % restants. Entre les praticiens et les directions, s'il est une pomme de discorde, c'est bien la question des dépassements d'honoraires. Les difficultés qui ont présidé à la mise en place du secteur optionnel le montrent, la question de la juste rémunération pour les praticiens, et du juste prix pour les patients est essentielle dans la gestion des entreprises de santé. Nous avons réuni pour des réactions à chaud, les principaux acteurs de la mise en place de l'option de coordination, imposée par le ministère.

L'OPTION DE COORDINATION, C'EST :

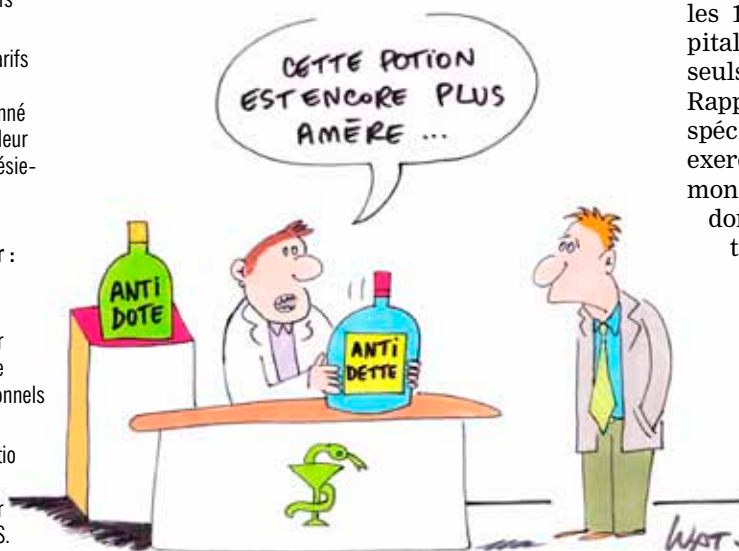
Pour les actes cliniques : les tarifs opposables sans dépassement ;

Pour les actes techniques : les tarifs opposables avec un dépassement pratiqué avec tact et mesure plafonné pour chaque acte à 50 % de sa valeur en chirurgie, obstétrique et anesthésie-réanimation.

Pour l'ensemble de son activité, le praticien s'engage à respecter :

– pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassement sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30 %, avec pour base le système national interrégimes des professionnels de santé (SNIR-PS) ;

– pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassement sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30 %, avec pour base le SNIR-PS.



JEAN-MARTIN COHEN SOLAL, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Coup d'épée dans l'eau

« L'option de coordination me semble être un coup d'épée dans l'eau. En France, les difficultés d'accès aux soins sont de plus en plus importantes, en partie à cause des dépassements d'honoraires. Cette inégalité d'accès constitue le nœud du problème. D'un autre côté, les tarifs des actes doivent être réévalués. Aujourd'hui, l'option de coordination concerne seulement 1500 médecins, dont 400 chirurgiens... Ceux qui la choisiront sont ceux qui y verront un effet d'aubaine, car ils sont en dessous du seuil autorisé... Il s'agit d'une mesure cosmétique : le problème des dépassements d'honoraires reste entier. Nous avons com-

munié avec les organisations syndicales de salariés, la CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, Force Ouvrière, FSA, UNSA et les associations de consommateurs comme UFC Que Choisir. Mais les syndicats de médecins non plus, ne sont pas satisfaits. C'est un ersatz, et l'accès aux soins n'en sera pas amélioré. Il faut réévaluer les tarifs et plafonner les dépassements. Nous avons le sentiment que nous sommes tous en ce moment pris par des échéances, – dont la campagne présidentielle n'est pas la moindre, et nous avons besoin de temps et de stabilité pour réunir à nouveau tous les acteurs autour de la table. Aujourd'hui, tout le monde s'accorde au moins sur un point : le problème reste entier. »



Tout le monde s'accorde au moins sur un point : le problème reste entier.

DR. JEAN-FRANÇOIS REY, PRÉSIDENT DE L'UME.SPE, LA BRANCHE DES SPÉCIALISTES DE LA CSMF

60 % des spécialistes exercent en secteur 1 !

« Mon opinion est simple : le problème des dépassements d'honoraires est que l'assurance maladie s'est détachée de la valeur des actes. La courbe des dépassements d'honoraires a augmenté en fonction du blocage du tarif des actes... Ce qu'on lit dans la presse sur les dépassements d'honoraires correspond à 1 % des pratiques. L'assurance maladie a écrit pour leur demander des explications sur leurs tarifs, à 249 médecins... sur 60000. Sur les 1800 médecins hospitaliers de secteur II, seuls 29 sont concernés. Rappelons que 60 % des spécialistes en France exercent en secteur I. À mon avis, les confrères



Il faut solvabiliser le reste à charge pour les patients.

dont la notoriété leur permet de pratiquer ces tarifs devraient tout simplement se déconventionner, car ils sont sortis du cadre de la solidarité nationale. Aujourd'hui, tout le monde connaît le 1 % de médecins qui pratique des dépassements exorbitants, le Conseil de l'ordre également. Que fait-il pour limiter ces dépassements ? À droite comme à gauche, l'inertie politique sur ce thème est importante. Dans l'ensemble, en secteur II, les dépassements des médecins ne dépassent pas 56 %. L'option de coordination a été bâtie sur ces tarifs de référence. Pour moi, la vraie question est qu'il faut solvabiliser le reste à charge pour les patients, et que l'assurance maladie accepte de revoir les tarifs de base. Pour moi, l'échec du secteur optionnel est dommageable ; mais je regrette encore plus amèrement une chose : que l'on ait laissé de côté les praticiens du secteur I. La distinction secteur I / secteur II date de 1981. À l'époque, elle avait du sens, avec des revalorisations sur les charges, aujourd'hui, elle crée juste un écart injuste et inacceptable. »

DR. PHILIPPE CUQ, PRÉSIDENT DE L'UNION DES CHIRURGIENS DE FRANCE ET CO-PRÉSIDENT DU SYNDICAT LE BLOC

Rémunérer à juste prix les actes qui sauvent des vies !

«**F**in 2011, le ministre s'était réservé le droit d'intervenir et c'est ce qu'il a fait en proposant le vote de l'option de coordination. À notre sens, cela risque de mécontenter de nombreux chirurgiens. Avec un plafond à 50 % sur les 70 % des actes où l'on peut pratiquer des dépassements d'honoraires, les chirurgiens ne vont pas se précipiter. Le périmètre financier imposé aux complémentaires est trop



C'est la méthode forte qui a été retenue.

étroit pour notre pratique chirurgicale. De plus, c'est la méthode forte qui a été retenue : on impose par la loi des tarifs complémentaires à rembourser. Le risque : rembourser des compléments d'honoraires inutiles et ne pas en rembourser certains autres, plus élevés, mais plus significatifs pour les patients. On impose aux complémentaires un remboursement aveugle, alors qu'il aurait pu être plus varié, avec un système de plancher/plafond à l'intérieur duquel les honoraires pourraient varier en fonction de la technicité des actes. Aujourd'hui, le système conventionnel ne vit pas. Il faut rémunérer à un juste prix, les actes qui sauvent des vies ! De plus, le fait que le secteur I ne soit pas concerné est problématique. Tous les chirurgiens de secteur I ont été piégés. Aujourd'hui, 88 % des chirurgiens sont en secteur II, 100 % des chefs de clinique s'installent aujourd'hui en secteur II. Ces différences criantes de rémunération vont avoir des conséquences immédiates sur la démographie médicale. Les jeunes se détournent de certaines spécialités comme l'obstétrique, où les risques sont trop élevés et où les actes peuvent avoir des conséquences dramatiques et se tournent vers d'autres spécialités moins pénibles et mieux rémunérées. On arrête le métier, c'est ça, la réalité. »

JEAN-NOËL GODIN, CONSEILLER À LA FÉDÉRATION DES HÔPITAUX PRIVÉS DE BELGIQUE FHPB

Belgique Dépassements à la carte

«**E**n Belgique, la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires (ou des suppléments comme nous les appelons en Belgique !) dépend du statut du médecin et, pour les séjours hospitaliers, de deux autres critères : le statut du patient et le choix de la chambre (simple ou à plusieurs). Pour l'ambulatoire et la médecine de ville, les praticiens peuvent choisir d'adhérer à l'accord médico-mut : ils se plient alors aux tarifs de cette convention sectorielle signée tous les deux ans (et de plus en plus, réévaluée tous les ans). Les tarifs des prestations sont réglés sur la base d'une enveloppe globale de la sécurité sociale, gérée par l'Institut national de l'assurance maladie invalidité (INAMI), responsable de l'une des cinq branches de notre sécurité sociale, la branche "soins de santé". Pour les séjours hospitaliers, les deux autres critères entrent en jeu : le statut du patient et le choix de la chambre. Il existe en Belgique un statut particulier pour les patients protégés, que l'on appelle les patients BIM (Bénéficiaire de l'intervention majorée). En situation sociale précaire, ou fragilisés (veuf, orphelin, chômeur longue durée, handicapé - la liste retient près de 20 situations sociales différentes), ces patients bénéficient d'un remboursement plus important. En chambre à plusieurs, les patients BIM sont exclus des dépassements d'honoraires, même s'ils sont suivis par des médecins qui ont choisi de ne pas être conventionnés.



Deux autres critères : le statut du patient et le choix de la chambre.

En revanche, s'ils choisissent une chambre particulière, tous les patients, BIM ou pas, peuvent payer des dépassements d'honoraires. Et dans une chambre simple, même les médecins qui adhèrent à la convention médico-mut peuvent fixer des dépassements. Selon les cliniques, les dépassements d'honoraires en chambre particulière varient selon un rapport de 1 à 4. »

NELSON BRITO, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE AMI | HOSPITAL PRIVADO DE GUIMARÃES

Portugal Des praticiens libres de fixer leurs tarifs

«**D**ans les établissements privés portugais, les patients payent comptant, sans remboursement de la sécurité sociale. Si les médecins travaillent en libéral dans un hôpital privé, (ce qui est de plus en plus rare, et concerne seulement de petites cliniques), ils sont complètement libres de fixer leurs tarifs eux-mêmes, en fonction de la situation d'un patient. Un même acte peut être facturé 200, 1000 ou 3000 euros. Par contre, si les praticiens sont membres du directoire de l'établissement, ils doivent signer une liste de tarifs. Ne pas les respecter est un motif de licenciement. De plus en plus, les établissements tentent de contractualiser avec les praticiens. Dans le secteur public, l'utilisation par les praticiens des plateaux techniques en libéral est relativement répandue. La plupart du temps, ils signent un contrat de 35 h avec l'hôpital et le reste de leur activité est en libé-



Les patients de plus en plus conscients de leurs droits.

ral. Ils sont alors libres de fixer leurs tarifs. Ces dernières années, trois éléments sont venus bouleverser la donne : le numérus clausus des facultés de médecine s'est ouvert - de plus en plus de jeunes médecins ont débouché sur le marché du travail, le secteur privé s'est développé massivement, et les patients sont devenus plus conscients de leurs droits et du fonctionnement de ce système. Le secteur public a des importantes listes d'attente... De nombreux patients choisissent tout de même d'être soignés dans le privé, et se font assurer par des caisses privées. »

ANTI JARGON

ARS : Agence régionale de santé
AMI : Assistência Médica Integral (Portugal)
CFDT : Confédération française démocratique du travail
CFE-CGC : Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres
CFTC : Confédération française des travailleurs chrétiens
CGT : Confédération générale du travail
CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
CME : Commission médicale d'établissement
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
ESSEC : École supérieure des sciences économiques et commerciales

FHPB : Fédération de l'hospitalisation privée belge FSA
INAMI : Institut national de l'assurance maladie invalidité (Belgique)
ISNIH : Inter syndicat national des internes des hôpitaux
Le Bloc : représente les anesthésistes, les obstétriciens et les chirurgiens libéraux.
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PHARE : Performance hospitalière pour des achats responsables
RCP : Responsabilité civile professionnelle
SNIR-PS : Système national interrégimes des professionnels de santé
UFC Que Choisir : Union fédérale des consommateurs, Que Choisir
UME.SPE : Union nationale des médecins spécialistes confédérés
UNSA : Union nationale des syndicats autonomes

Et les professionnels de la santé, qui les écoute ?

Depuis 1935, la MACSF est une mutuelle d'assurance créée par et pour les professionnels de la santé. Notre engagement est de les accompagner dans leur vie privée comme dans leur cadre professionnel.

Notre engagement, c'est vous.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE - PROTECTION JURIDIQUE - ÉPARGNE RETRAITE PREVOYANCE - SANTÉ - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

3233® ou macsf.fr

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX

LE SECTEUR PRIVÉ :

LE CHIFFRE

2,5 milliards

2,5 milliards d'euros de dépassements d'honoraires dont 700 millions dans le secteur hospitalier privé MCO...

LE POIDS RELATIF

0,42 %

C'est le poids total des dépassements d'honoraires dans l'ONDAM

UN SOUFFLE D'AIR

910 millions

d'euros d'économies sont attendus d'une rationalisation des achats publics, soit 0,55 % de l'ONDAM

dialogue
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les deux mois. Avril 2012. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM/AC. Photos : © Fotolia et DR.

INNOVATION



Une des affiches de la campagne de sensibilisation de la Fondation Générale de Santé.

Don de sang de cordon.

LA FONDATION GÉNÉRALE DE SANTÉ MOBILISÉE

Le sang ombilical a révélé tardivement ses secrets : il possède des propriétés étonnamment puissantes et constitue une réserve de cellules souches qui peuvent être greffées dans 85 maladies, dont les leucémies, les thalassémies, les déficits immunitaires et d'autres maladies rares. En France, 125 000 patients sont concernés. « *Tout a commencé en 1988 à l'Hôpital Saint-Louis, où a eu lieu la première greffe de sang de cordon.* » raconte Grégory Katz, professeur titulaire de la chaire 'Innovation thérapeutique' à l'ESSEC et directeur de la Fondation Générale de Santé. Le geste est simple : juste après la naissance, avant l'expulsion du placenta, on récupère le sang de cordon. C'est indolore pour la maman, indolore pour l'enfant. À l'inverse des cellules souches embryonnaires, les cellules souches issues du sang de cordon ne soulèvent pas de problème éthique. Auparavant, le cordon ombilical était tout simplement classé parmi les déchets opératoires. Facilement accessible à la naissance, le stockage s'est développé en Europe à travers des banques publiques. Bien que pionnière de la technique, la France a pris un retard considérable dans l'organisation de son circuit de prélèvement et de stockage. Depuis 2009, et par le financement du Plan Cancer, l'Agence de la biomédecine a entrepris de combler ce retard. En 2008, on comptait seulement 3 banques et 8 maternités agréées pour réaliser ces prélèvements. La Fondation Générale de Santé s'est alors mobilisée pour impulser une dynamique



Grégory Katz

nationale, afin d'informer les parturientes, former les préleveurs et collecter les greffons. Aujourd'hui, la Fondation implique 400 sages-femmes et obstétriciens bénévoles. Elle coordonne 11 maternités spécialement autorisées par les ARS. Elle collabore avec 6 banques publiques réparties sur l'ensemble du territoire. Durant l'année 2011, la Fondation a réalisé 5 000 prélèvements, dont 2 000 validés. Avec un taux de validation de 40 %, alors que la moyenne nationale est à 32 %, la Fondation Générale de Santé est aujourd'hui devenue le premier acteur du prélèvement de cellules souches en France. Le don de sang de cordon attire aussi des spéculateurs : des firmes privées comme Future Health ont tenté de mettre en place un véritable business autour de ces cellules souches. Avec la députée Marie-Thérèse Hermange, « *Nous avons réussi à faire passer un texte de loi à l'Assemblée pour défendre la gratuité et l'anonymat des prélèvements, dans le strict respect des lois de bioéthique.* » Aujourd'hui, les banques commerciales de sang de cordon sont interdites en France, comme en Italie, en Belgique ou en Espagne. « *Notre fondation a obtenu le label "Grande cause nationale", elle a contribué dès l'origine à lancer une dynamique. Nous sommes fiers d'avoir pu entraîner dans notre sillage un bon nombre de maternités publiques et privées pour relever ce défi de santé publique* » conclut Grégory Katz. À ce jour, près de 30 000 greffes de sang de cordon ont été réalisées à travers le monde.

INTERNES DANS LE PRIVÉ : UN PREMIER BILAN EN SEPTEMBRE !

Environ 450 équipes médicales du privé ont saisi l'opportunité, inscrite dans la loi HPST de 2009 réformant l'hôpital, d'accueillir quelques-uns des 20 000 internes (dont 7 200 en première année). 67 internes ont ainsi fait leur entrée au début du mois de novembre 2011 dans les établissements d'hospitalisation privée. Bordeaux, Montpellier et Clermont-Ferrand détiennent la palme du nombre d'internes, des chiffres qui peuvent s'expliquer par l'engagement local des ARS. Même si le bilan n'est pas encore définitif, les premiers retours des internes semblent plutôt positifs. À noter : l'ISNIH organisera un congrès en septembre 2012 intitulé « L'ouverture au privé : un défi pour le public ».

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Un projet de décret du 15 mars dernier vient renforcer la grande politique nationale de développement des prises en charge à temps partiel et en ambulatoire. Ces dispositions ont pour but d'apporter davantage de souplesse dans l'organisation des structures concernées, d'optimiser les ressources médicales et paramédicales afin d'améliorer la qualité des soins.

Président de CME : les bilingues de la santé « Le président de CME doit être un facilitateur »

JACQUES BRETON
EST LE PRÉSIDENT DE CME
DE LA CLINIQUE VÉRONIQUE
À CAYENNE, EN GUYANE.



Avez-vous l'impression de parler deux langues ?

Plutôt 3 ! Celle de la direction, des médecins, et des tutelles ! La langue de l'ARS, de la réglementation doit coïncider avec les impératifs du soin. Nous sommes dans un département un peu particulier : nous avons l'offre médicale la plus basse de France et en même temps, le taux de natalité le plus élevé (NDLR : 3,98 enfants par femme). Il est donc essentiel d'accueillir des opérateurs hospitaliers ! Je suis à l'origine de l'arrivée du groupe Kapa Santé en Guyane, il y avait un vrai besoin d'infrastructures de maternité et de chirurgie.

Être président de CME, qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

J'ai été élu par mes collègues en 2006. Être président de CME, cela veut dire assumer une mission transversale, être un trait d'union entre les spécialités, il existe toujours des micro-conflits entre les spécialités. Le président de CME doit être un facteur d'harmonie et un facilitateur. Sur le plan individuel, il faut savoir défendre ses confrères. Et sur le plan de l'établissement, il faut regarder ce qui peut nous permettre d'augmenter nos capacités. En tant que président de CME, j'effectue au moins 50 réunions par an. C'est du temps. Les lois évoluent sans cesse, nous sommes toujours obligés de nous adapter aux normes. Il faut respecter l'économie sans mettre la qualité de côté. Il y a 10 ou 15 ans, c'était l'affaire du directeur. Maintenant, tout le monde est concerné.

Quelle est votre actualité ?

En ce moment, nous essayons de mettre en place des partenariats public/privé pour des échanges de plateaux techniques. Nous voulons offrir des possibilités de collaboration, sur la chirurgie vasculaire, digestive, et exploration endoscopique, en ophtalmologie et ORL avec un hôpital public situé à 250 kilomètres. Gérer la rareté de l'offre de soins est un défi permanent. Mais même si cela prend du temps, nous avançons ! Un autre chantier qui nous tient à cœur : les possibilités pour les médecins de travailler simultanément dans les deux secteurs tout en étant couvert par une RCP.