

Programme
PRADO :
quand
l'assurance
maladie
déclenche
la polémique...



Dossier :
**Permanence
des soins
et astreinte :**
**comment
mieux évaluer
la contrainte ?**



Présidents de CME
Et si la solution était un délégué
général ? L'exemple de la clinique
du Millénaire à Montpellier

PDSES

Nous sommes les permanents des soins !



éditorial
Lamine
Gharbi

Différemment du secteur de l'éducation qui impose aux élèves son fonctionnement, nos patients nous dictent notre organisation. Ensemble, établissements et praticiens, nous accueillons la population de notre bassin d'implantation H24, 365 jours de l'année. Depuis longtemps, nous sommes rodés à la permanence des soins. La question de la pérennité de ce service au public se pose aujourd'hui au travers de sa mise en œuvre et surtout de son financement. L'hospitalisation privée n'est pas le freelance appelé en renfort mais bien le journaliste permanent sénior qui écrit sa part de l'histoire sanitaire française dans le journal quotidien. L'attente de nos concitoyens, de soins rapides et de proximité, est légitimement forte. Par ailleurs, il en va de notre grade national à l'heure d'un benchmark international. Le succès de la permanence des soins repose d'abord sur la responsabilité des acteurs mais également sur l'intelligence du système. Nous en appelons à une politique de financement équitable, économe des deniers publics et en capacité de garantir un bénéfice au patient, au regard de chaque euro dépensé. En ce sens, il n'est pas acceptable que le montant consacré au financement de la permanence des soins assurée par notre secteur privé soit de l'ordre de 60 millions d'euros, versus 760 millions d'euros pour

Depuis longtemps, nous sommes rodés à la permanence des soins. La question de la pérennité de ce service au public se pose aujourd'hui.

le secteur public. Notre position est claire : il est essentiel non seulement que les trois lignes d'astreintes chirurgicales soient actuellement maintenues au sein des services d'urgences reconnus mais que le nombre de spécialités éligibles à cette rémunération soit élargi.

Cher corps médical, ce dossier, plus que d'autres, est le nôtre – clinique et médecine libérale. Continuons ensemble, sur nos territoires mais également à un niveau national, au travers de nos organisations syndicales, d'avancer de concert et d'obtenir la reconnaissance et les moyens de notre place.

Lamine Gharbi

Président du syndicat national FHP-MCO



LE REGARD DE WAT

PACA

JEAN-LOUIS MAURIZI, PRÉSIDENT DE LA FHP SUD-EST

« PARVENIR À PLUS D'ÉQUITÉ »

« Quand nous avons commencé à traiter le dossier de la PDSES en PACA, nous avons d'abord déterminé une méthodologie de travail. Outre les 8 établissements privés qui étaient éligibles en raison de leur service d'urgences 24h/24, d'autres établissements pouvaient l'être en raison de plateaux techniques adaptés.

Mais quid de la réanimation et des maternités, dont il paraît essentiel et légitime de soutenir l'activité ? Appartenaient-elles à la permanence ou à la continuité des soins ? De même, la cardiologie interventionnelle, qui exige une surveillance H 24... À partir de là, nous avons enchaîné toute une série de réunions. L'ARS a réalisé des projections, des scénarii, et nous avons fini par obtenir 14% des lignes de permanence des soins dans la région. Soit un montant de 7,6 millions d'euros, dont 2,2 consacrés à la réanimation et l'obstétrique. Une chose me semblait importante : que les patients puissent, au niveau de la région, avoir le choix sur chaque activité entre le public et le privé, quitte à mutualiser certaines activités pour préserver cette offre : par exemple, dans les Alpes-Maritimes, quatre établissements se partagent une permanence des soins en chirurgie orthopédique, chirurgie digestive et en anesthésie-réanimation. Cela permet de conserver des équipes dans chacun des établissements, et les patients peuvent rester dans un réseau privé.



Avoir le choix sur chaque activité entre le public et le privé.

Autre point essentiel : la régulation des transports d'urgence par les centres 15. On a constaté que les pompiers ou le SAMU avaient tendance à adresser les patients en priorité vers les établissements publics. C'est pour cela que nous avons insisté sur une régulation effective par sectorisation des transports d'urgence hospitaliers. Nous souhaitons une mesure visant à vérifier que les établissements privés de la PDS seront mieux insérés dans le dispositif du centre 15, avec cette sectorisation de ces transports. C'est comme cela que nous parviendrons à plus d'équité ».

PACA

DR. CLAUDE MAILÄNDER, CHIRURGIEN ORTHOPÉDIQUE AUX CLINIQUES JUGE ET BEAUREGARD À MARSEILLE ET VICE-PRÉSIDENT DE L'URPS-PACA

« DISTINGUER ENTRE CONTINUITÉ ET PERMANENCE DES SOINS »

« Il est difficile de résumer la permanence des soins en quelques mots, c'est l'aboutissement de deux ans de travail avec la FHF, la FHP, la FEHAP, les ARS. En PACA, l'URPS a eu la chance d'être invitée à la table des négociations ; ce n'était pas le cas dans toutes les régions, qui ont parfois considéré que consulter les médecins était superflu. Pourtant la pilule est amère : la rémunération des gardes va chuter. Les obstétriciens ont également un problème : si un accouchement a lieu dans la tranche de la nuit profonde, à trois heures du matin, ils doivent être rémunérés au tarif conventionnel, peu importe les devis qui avaient été signés avec les parturientes. Sans dépassements d'honoraires, le manque à gagner pour les praticiens s'élève à 30 %. Pour une petite entreprise, c'est énorme. La continuité des soins n'est pas spécifiquement rémunérée. Un patient qui fait une appendicite aiguë doit évidemment être hospitalisé. La permanence des soins commence à la rémunération des urgences. La PDSES en PACA est un succès limité. Un succès, car dans certaines régions, l'URPS n'a pas du tout réussi à faire entendre sa voix, et nous avons ici été entendus. Limité, parce qu'avec - 10 % de subvention sur la permanence des soins, il ne va pas être facile d'équilibrer nos lignes. Aujourd'hui, nous défendons les obstétriciens et le secteur II, qui malheureusement n'est pas inclus dans la permanence des soins. Le risque est grand que les médecins de secteur II se retirent de toutes les instances transversales. Aujourd'hui, il faut se poser la question : un administratif qui est d'astreinte a une compensation financière. Pourquoi pas un médecin ? »



Un des enjeux de la permanence des soins est de distinguer entre continuité des soins et permanence des soins.

« L'une des premières tâches à laquelle s'est attelée l'ARS d'Île-de-France est la réorganisation de la permanence des soins en établissement de soins. La concertation a été large mais les représentants des médecins libéraux, URPS et CME, ainsi que des établissements privés, FHP, sont très minoritaires. En Île-de-France, cette réorganisation se fait en plusieurs points. Les médecins libéraux vont basculer au premier janvier vers un nouveau système, une mission de service public liée à la loi HPST (contrat tripartite signé avec l'ARS avec une enveloppe MIGAC spécifique). Deux tranches horaires de gardes ou d'astreintes ont été définies : la première partie de nuit, de 18h30 à 22h30 et la partie nuit profonde, de 22h30 à 8h30. 31 établissements ont été retenus en nuit profonde, dont un seul privé, l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien, à Trappes. Les 24 autres établissements privés ne seront retenus que pour la première partie de nuit en PDSES dont 6 « en lien » avec un établissement public pour la nuit profonde. Il est regrettable que l'action conjuguée des CME du privé, de l'URPS et de la FHP n'ait pu obtenir qu'au moins un établissement privé soit retenu en nuit profonde par département en Île-de-France, ne serait-ce que pour respecter le libre choix des patients dans ces tranches horaires ».

LA PERMANENCE DES SOINS

Assurer la permanence des soins est une mission de service public essentielle, à laquelle le secteur privé participe pleinement. Partout en France, des établissements privés s'engagent dans la permanence des soins et se battent pour conserver des services d'urgences 24h sur 24h à la disposition des patients. C'est pourtant souvent dans ce domaine que les disparités de financement entre public et privé apparaissent de façon plus criante. Rappelons que le secteur privé reçoit 60 millions d'euros pour assurer la permanence des soins, contre... 760 pour le secteur public. Comment les acteurs de terrain s'accommodent-ils de cet état de fait ? Nous avons décidé de nous concentrer sur des expériences régionales, disparates en fonction des territoires et des rapports avec l'ARS... La rédaction de *Dialogue Santé* a recueilli les témoignages de trois présidents de régions et trois médecins, porte-paroles de leur URPS.

Retours sur une aventure croisée, entre tutelles, établissements et praticiens.

ÎLE-DE-FRANCE

DR. LANOT, ANESTHÉSISTE, PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DES PRÉSIDENTS DE CME D'HOSPITALISATION PRIVÉE

« UN SEUL ÉTABLISSEMENT PRIVÉ EN URGENCE EN NUIT POUR TOUTE LA RÉGION »

« L'une des premières tâches à laquelle s'est attelée l'ARS d'Île-de-France est la réorganisation de la permanence des soins en établissement de soins. La concertation a été large mais les représentants des médecins libéraux, URPS et CME, ainsi que des établissements privés, FHP, sont très minoritaires. En Île-de-France, cette réorganisation se fait en plusieurs points. Les médecins libéraux vont basculer au premier janvier vers un nouveau système, une mission de service public liée à la loi HPST (contrat tripartite signé avec l'ARS avec une enveloppe MIGAC spécifique). Deux tranches horaires de gardes ou d'astreintes ont été définies : la première partie de nuit, de 18h30 à 22h30 et la partie nuit profonde, de 22h30 à 8h30. 31 établissements ont été retenus en nuit profonde, dont un seul privé, l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien, à Trappes. Les 24 autres établissements privés ne seront retenus que pour la première partie de nuit en PDSES dont 6 « en lien » avec un établissement public pour la nuit profonde. Il est regrettable que l'action conjuguée des CME du privé, de l'URPS et de la FHP n'ait pu obtenir qu'au moins un établissement privé soit retenu en nuit profonde par département en Île-de-France, ne serait-ce que pour respecter le libre choix des patients dans ces tranches horaires ».



Il faut au moins un établissement privé par département retenu en nuit profonde.

LE SECTEUR PRIVÉ :

AVEC

25%

de l'ensemble de l'offre hospitalière en France

LE SECTEUR PRIVÉ DÉVELOPPE

33%

de la prise en charge de l'activité hospitalière

EN HAUSSE

3,4%

c'est l'évolution des charges des établissements privés hospitaliers

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, Juin 2012. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM/AC. Photos : © 123FR et DR.

POLÉMIQUE



L'application du programme PRADO est contestée dans les cliniques.

Maternités

PROGRAMME PRADO : LA CONTROVERSE

Gérard Reysseguier, pilote de la Commission Naissance de la FHP-MCO et directeur de la Clinique Sarrus-Teinturiers à Toulouse est en colère. Depuis le début de la mise en place du programme PRADO, ce directeur engagé n'a cessé de s'indigner de la proposition de l'Assurance maladie de laisser des agents administratifs intervenir au sein des établissements, et de statuer sur la durée de séjour à la maternité des parturientes. Pour lui, « *Non seulement les résultats des expériences qui ont été menées ne sont pas concluantes, mais encore, les structures que les professionnels ont eux-mêmes développées sont bien plus performantes ! En Haute-Garonne, une association des sages-femmes libérales a créé une structure permettant le lien entre les équipes de la maternité et les sages-femmes libérales...* »

Chez nous, c'est la coordination entre les soignants qui permet une vraie continuité. Au sein des professionnels, le programme PRADO est considéré avec circonspection, dans le public comme dans privé. « *Dans d'autres disciplines, PRADO est peut-être efficace. Mais pour la maternité... Si l'état de santé de la maman se dégrade brusquement, qui aura la responsabilité ? Pas l'agent administratif du PRADO, mais les équipes médicales.* » insiste Gérard Reysseguier. Pour le directeur, la CNAMTS a du mal à faire machine arrière, car elle a déjà beaucoup investi dans la formation des agents à cette fonction, et à cause de l'intérêt financier de la mesure. « *Il est beaucoup trop clair qu'il s'agit seulement d'une mesure*

d'économie, maquillée en avantage pour les parturientes, mais qui leur fait courir un risque inutile. »

Autre point : le programme PRADO ne fonctionne que là où il y a des sages-femmes libérales, et seulement du lundi au vendredi de 9h à 17h : *Quid des sorties du weekend ? Et des jours fériés ? Le processus d'accompagnement instauré par les professionnels de santé de la Haute-Garonne fonctionne, lui, 24h sur 24h, 7 jours sur 7.* Jean-Luc Baron, chirurgien et Président de la Conférence nationale des présidents de CME a également pris position sur le programme PRADO. « *Nous avons publié un communiqué qui disait en substance : nous sommes d'accord sur le fond, mais pas sur la forme. Déléguer un agent de l'assurance maladie qui déterminerait quelle parturiente est éligible au programme PRADO est absurde. Pour nous, il est indispensable que ces métiers de coordination soient assurés par des professionnels du soin. Pas forcément des médecins, mais en tout cas, pour ces professions émergentes,*



Gérard Reysseguier

des personnes issues du domaine du soin. » Pour lui, si le service de l'assurance maladie propose des initiatives intéressantes, comme l'immatriculation des nouveaux-nés, c'est le monde de la santé qui doit prendre en charge la décision de sortie de la maman. Pas celui de l'administration. « *Le danger, c'est de voir se profiler ce genre de retours précoces sur d'autres actes chirurgicaux décidés dans le système proposé par le payeur, en laissant la responsabilité pleine et entière au praticien.* »

UN OUTIL DE MANAGEMENT INDISPENSABLE : HOSPIDIAG

L'ANAP (L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) a produit un outil d'évaluation et de benchmarking très efficace: Hospidiag. Depuis le 18 mai dernier, la base de données des 1450 établissements MCO publics et privés est disponible en ligne. Une question de transparence.

PENSER LE PARCOURS

Dans un rapport rendu fin mars, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) a demandé à la HAS de développer, en plus de ses traditionnelles recommandations de bonnes pratiques, des recommandations de « parcours », notamment pour les maladies chroniques et les polyopathologies. Le HCAAM estime à « plusieurs milliards d'euros l'ordre de grandeur financier des effets d'une mauvaise prise en charge du parcours de soins des personnes âgées dépendantes sur la seule dépense hospitalière. » D'après Denis Piveteau, Président du HCAAM, « *Pour faire face à la croissance très forte des dépenses de santé liées au vieillissement et aux pathologies chroniques, les enjeux d'organisation, de coordination, d'articulation – ou de manque d'articulation ! – entre les acteurs jouent un rôle majeur.* »

Président de CME : les bilingues de la santé Et si la solution était un poste de délégué général ?

PHILIPPE BURTIN EST LE PRÉSIDENT DE LA CME DE LA CLINIQUE DU MILLÉNAIRE À MONTPELLIER.

Quelle est la spécificité de votre CME ?

Nous sommes en train de mener une expérience extrêmement intéressante et novatrice : nous avons créé une nouvelle fonction en appui du président de CME : le délégué général de CME. C'est un poste à plein temps qui comprend : le pilotage des EPP (Evaluation des pratiques professionnelles), l'organisation de la gestion des risques, la production et l'archivage des documents médicaux nécessaires pour la visite de certification V2010, la gestion de la trésorerie de la CME... Nous avons recruté une personne formée à la gestion hospitalière au CESEGH à Montpellier. Au-delà des missions réglementaires de la CME, notre déléguée générale intervient sur de nombreuses autres missions. Nous avons pu, par exemple, remplir des dossiers de demandes d'agrément pour pouvoir accueillir des internes. Depuis un an, nous accueillons des internes en anesthésie et aux urgences, et des dossiers sont en cours en neurologie et cardiologie interventionnelle. Notre déléguée générale mène aussi des enquêtes sur les modifications de la PDSSES locale, propose un appui aux praticiens pour les procédures d'accréditation, participe à la création d'un site internet du corps médical de l'établissement, et enfin, s'engage dans les relations commerciales et le déploiement d'une bibliothèque électronique !

Comment percevez-vous la fonction de président de CME ?

La fonction de président de CME implique une forte charge de travail. Mais depuis trois ans que je l'exerce, je trouve qu'elle est très motivante et valorisante. Le rythme de travail est soutenu et constant : nos obligations en matière d'évaluation des pratiques professionnelles font que nous devons fournir des résultats pour 14 spécialités médicales. Pour moi, la tâche est accomplie si pour chaque spécialité, l'évaluation des pratiques professionnelles, le traitement des événements indésirables graves, et la revue Morbi mortalité est réalisée. Au-delà de ces objectifs primordiaux, notre volonté est de maintenir des relations de partenariat très fortes avec la direction de l'établissement. Nous avons des relations très saines et constructives.

Avez-vous l'impression de parler deux langues ?

La question du bilinguisme est particulièrement intéressante : notre déléguée générale, Anne Mariau, a rédigé son master II sur ce thème. Avoir deux langues au lieu d'une langue commune est une notion ambiguë. On se plaint de ne pas parler le langage de son interlocuteur, et c'est aussi un moyen de maintenir chacun à sa place. Chaque langage est un processus identitaire qui inclut autant qu'il exclut. Dès que l'on arrête de parler bilinguisme et de sa nécessité, on finit par se comprendre !