

dialogue santé 8


FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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

DÉCEMBRE 2012

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


www.fhpmco.fr



**Les robots,
une innovation
rendue possible
grâce au secteur II**



**Compléments
d'honoraires,
le compte
n'y est pas !**



Président de CME
**Comment la grève
des praticiens a été vécue
à la Clinique du Val d'Ouest,
Ecully (69)**



Compléments d'honoraires LE COMPTE N'Y EST PAS !

L'actualité de la médecine libérale est tendue : signature et publication au *Journal officiel* de l'avenant n°8, création des réseaux de soins, dispositif pour lutter contre les déserts médicaux. Ces dossiers sont non seulement corrélés mais les acteurs – CHU, CH, cliniques, médecine de ville – sont eux-mêmes maillés au sein d'une chaîne unique de soins et soumis à des effets domino. La FHP-MCO est un partenaire solide et actif de votre mobilisation. Nous nous sommes engagés à défendre à vos côtés une rémunération juste de vos actes, une liberté d'exercice, une garantie de sécurité, qualité et modernité des soins au sein d'un système solidaire. Parallèlement, l'accessibilité financière et géographique aux soins pour les patients est pour nous un point politique majeur avant d'être une question économique.

Nous nous étions opposés au projet de loi qui permet de modifier le Code de la mutualité, et autorise les mutuelles à mieux rembourser leurs adhérents s'ils choisissent de «recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins», avec lequel les mutuelles auront passé des contrats «dits de qualité» et de modération tarifaire. Dans l'unique but de peser encore plus sur nos tarifs, les mutuelles veulent avoir le droit de mieux rembourser leurs adhérents qui se rendent chez ces professionnels de santé. Voulons-nous aller vers un début de conventionnement des médecins qui exercent dans nos établissements, et

de nos établissements eux-mêmes ? La réponse est clairement NON ! Après les tutelles, ne nous laissons pas menotter par les mutuelles ! Demain, nous soutiendrons toutes les actions juridiques qui viseraient à attaquer ce texte de loi.

Les vraies solutions se trouveront en concertation avec l'ensemble des acteurs et non par des batailles à la Pyrrhus. Les causes de nos difficultés sont structurelles : la Sécurité sociale d'une part, se désengage, invitant les organismes mutualistes à entrer dans le système paritaire et l'Etat d'autre part, s'est désengagé des territoires, les laissant se vider de la vie qui, aujourd'hui, fait cruellement défaut pour séduire les jeunes médecins.

Vous et nous sommes les bons élèves du système de santé, ne devenons pas les boucs émissaires de son déficit. Vos tarifs opposables ne sont pas pour certains revalorisés depuis des décennies, nos tarifs affichent toujours un différentiel en notre défaveur de 22 %, qu'aucune étude ni rapport ne parvient toujours pas à expliquer ! Notre inquiétude est vive. Lorsque moins de 9 % des internes se tournent vers l'exercice libéral à l'issue de leurs études, le renouvellement, puis le développement de notre corps médical est en péril. Impossible pour nous de construire l'avenir sans vous. Nous devons simplement, ensemble, médecins et établissements, réussir nos projets nécessairement liés. Il n'y a pas d'avenir les uns sans les autres.

Lamine Gharbi

Président du syndicat national FHP-MCO



éditorial
Lamine
Gharbi

*Le conseil
d'administration
de la FHP-MCO
et moi-même, vous
souhaitons d'excellentes
fêtes et surtout une
très belle année
2013 !*

DR PHILIPPE LETERTRE, INITIATEUR DE L'ESPACE FACEBOOK « LES MÉDECINS NE SONT PAS DES PIGEONS », CHIRURGIEN PLASTIQUE.

NOTRE PROFESSION A TROUVÉ SA FORME DE COMMUNICATION AVEC FACEBOOK, TWITTER ET LES NOUVEAUX MÉDIAS !

« La somme totale des dépassements d'honoraires s'élève à 2,4 milliards d'euros, le budget coiffure des Françaises pour un an à 5 milliards. Juste pour garder les bonnes proportions en tête. L'idée des médecins pigeons est née de cette colère, de ces injustices répétées. Au début, l'idée était



Les nouveaux médias sont dans une relation mimétique avec la structure même des médecins libéraux.

d'entretenir un bruit de fond, mais nous avons été soumis à un véritable raz-de-marée ! Tout le monde s'est senti concerné, touché, le groupe est devenu une agora, un véritable forum romain où chacun apportait sa pierre à l'édifice. Les nouveaux médias sont dans une relation mimétique avec la structure même des médecins libéraux. Notre profession libérale est éclatée, indépendante, elle a peu de temps à consacrer à la communication et aux déclarations publiques... Elle a trouvé sa forme de communication avec facebook, twitter et les nouveaux médias !

Nous avons ressenti clairement la volonté du gouvernement de mettre fin au système des compléments d'honoraires, pourtant né sous Raymond Barre pour pallier l'absence de revalorisation des tarifs. Rappelons seulement qu'en chirurgie, les tarifs n'ont pas été réévalués depuis plus de 20 ans. Les compléments d'honoraires sont associés à tort à des dessous de table, et ce sont les médecins qui sont stigmatisés. En France, nous n'avons pas de problèmes d'accès aux soins. Le plafonnement des dépassements d'honoraires à 150 % du tarif de la sécurité sociale met en péril nos économies. Un cabinet, c'est un loyer, des secrétaires médicales, des agents techniques... Sans revalorisation des tarifs, il est impossible de ne pas travailler à perte avec des actes complexes. En France, il y a eu 200 plaintes pour dépassements d'honoraires abusifs, qui ont abouti à seulement 3 condamnations. Avant l'avenant n°8, nous étions jugés par nos pairs : le Conseil de l'ordre de médecins. Aujourd'hui, il n'y a pas de consultation mais des promesses de sanctions, du pénal, plus des sanctions ordinaires. Nos conditions de travail sont déjà difficiles, alors lorsqu'en plus, l'Etat nous menace de sanctions, c'est trop.

DR EMMANUEL LOEB, PRÉSIDENT DE L'ISNIH.

L'AVENANT N°8 NOUS SEMBLE CONTENIR DES MESURES DISCRIMINATOIRES POUR LES NOUVELLES GÉNÉRATIONS

« Nous sommes interpellés par certaines dispositions de l'avenant n°8, qui nous semblent contenir des mesures discriminatoires pour les nouvelles générations. En effet, les taux moyens de dépassement d'honoraires sont calculés par région, alors que l'on sait qu'ils varient extrêmement d'une région à une autre et au sein des régions, d'une ville à l'autre. En outre, les nouvelles générations ne verront pas leur taux de dépassement calculé à partir d'activités de référence, mais par rapport à ces moyennes régionales. Nous sommes également très vigilants sur la question des réseaux de soins. Nous nous étions déjà élevés contre ce projet lors de la loi Fourcade, et nous sommes étonnés de voir un gouvernement d'une majorité différente proposer



Pour l'instant, les engagements pris n'ont pas été tenus.

un projet équivalent. Suite à la mobilisation du mois de novembre, nous avons obtenu de la ministre une proposition écrite dans laquelle le gouvernement se prononçait contre la différenciation des remboursements. Pour l'instant, les engagements pris n'ont pas été tenus. Le risque d'une médecine à deux vitesses, dans laquelle les groupes assurantiels pourraient financer la pleine mesure du secteur II pour une clientèle privilégiée continue d'exister. Nous mettons actuellement en place des rencontres parlementaires en régions pour débattre ce sujet, et nous attendons de connaître les orientations du Sénat. Le cas échéant, nous discuterons de la mobilisation.

COMPLÉMENTS D'HONORAIRES

LE COMPTE N'Y EST PAS !

Les négociations sur les compléments d'honoraires ont amené l'ensemble des acteurs du monde sanitaire au bord de l'implosion. Des appréciations des enjeux jusqu'au niveau de l'engagement, des discordances sont apparues. Même si la profession fait consensus sur la recherche d'un financement juste, les moyens de l'obtenir font débat. Malgré, la signature par trois syndicats de l'avenant n°8, qui se sont exprimés dans des numéros précédents, la situation est loin d'être réglée. Le point avec *Dialogue santé*, et les principaux acteurs d'une contestation en développement.

DES SIGNAUX INQUIÉTANTS

La FHP-MCO demande à la ministre de la Santé, Marisol Touraine de mettre fin à une politique délibérément hostile au secteur hospitalier privé et à la nationalisation rampante de la santé.

« Nous constatons depuis quelques mois la volonté très claire du gouvernement de faire main basse sur la médecine libérale », a déclaré le président de la FHP-MCO, Lamine Gharbi. « Des signaux inquiétants qui nous font nous poser la question : le gouvernement veut-il la mort de l'hospitalisation privée en France ? Veut-il fermer les cliniques et hôpitaux privés qui accueillent chaque année plus de 8 millions de patients, réalisent 54 % de la chirurgie et un tiers des naissances ? Veut-il supprimer la liberté de choix des patients ? », s'interroge Lamine Gharbi.

Source : Communiqué de presse FHP-MCO du 5 décembre 2012

REFUS DU DIALOGUE

La ministre de la Santé, Marisol Touraine, a annulé au dernier moment sa venue prévue jeudi 6 décembre aux Rencontres de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP).

La FHP et les syndicats de spécialités (FHP-MCO, FHP-SSR, UNCPSY) expriment leur consternation devant un tel refus du dialogue et un tel manque de considération envers le secteur hospitalier privé, les 200 000 professionnels de santé qui y travaillent et les 8,5 millions de Français de tous horizons qui y sont soignés chaque année.

La FHP et les syndicats de spécialités demandent à être reçus par le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault.

DR PHILIPPE CUQ, COPRÉSIDENT DU BLOC, CHIRURGIEN VASCULAIRE.

L'AVENANT 8 VA PARTICIPER À DÉGRADER L'EXERCICE LIBÉRAL DE LA CHIRURGIE

« L'avenant n°8 met en danger l'exercice libéral de la médecine dans son ensemble. Nous étudions les possibilités de recours devant le Conseil d'Etat. La première anomalie est que cet avenant donne les pleins pouvoirs à l'Assurance-maladie pour fixer les tarifs, contrôler et sanctionner les médecins. Le rôle du conseil de l'ordre des médecins est maintenant très minoré. La deuxième anomalie est qu'il ne prend pas en compte les spécificités des spécialités de bloc opératoire. Limiter les dépassements d'honoraires à 150% du tarif opposable par acte, pour toutes les spécialités n'est ni raisonnable, ni performant et ne prend pas en compte les spécificités de la chirurgie et de l'anesthésie. Définir « la pratique tarifaire excessive » à partir de 150% du tarif opposable n'est pas compatible avec beaucoup d'actes fréquents de chirurgie dont le tarif opposable est obsolète et qui impose la pratique de compléments d'honoraires souvent supérieur à 150%. Les contentieux vont se multiplier et ne vont pas améliorer l'accès aux soins des patients ! L'objectif initial de cette négociation était de définir les abus et d'améliorer le remboursement des compléments d'honoraires. La signature des syndicats de médecins généralistes a été obtenue avec la mise en place de forfait médecin traitant (150 M€) et la valorisation de la consultation des personnes âgées (180 M€), tout cela était bien éloigné des dépassements d'honoraires, des abus et du secteur II ! Les complémentaires santé représentées par la Mutualité française n'ont encore une fois pas voulu améliorer le remboursement des compléments d'honoraires. L'Assurance maladie n'a pas voulu revaloriser significativement le tarif opposable des actes de chirurgie. L'avenant 8 va participer à dégrader l'exercice libéral de la chirurgie et n'améliorera pas



La politique du gouvernement veut conduire vers un grand service public de santé.

l'offre de soins et l'accès aux soins pour les patients. Un certain nombre de praticiens se déconventionneront probablement dans les mois qui vont arriver. Les attaques sur le monde libéral, praticiens et établissements, vont continuer en 2013. La politique du gouvernement veut conduire vers un grand service public de santé qui contrôlera et financera les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et le médico-social. Les « praticiens territoriaux » rémunérés par l'état qui vont remplacer les « médecins libéraux » en sont la première preuve. L'application de l'avenant 8 dégradera rapidement l'offre de soins en chirurgie et ceux qui l'ont signé en porteront la lourde responsabilité. Aujourd'hui encore, les patients ont le choix de leur chirurgien, de leur établissement, ils peuvent choisir d'être traités à l'hôpital public ou à la clinique, c'est une vraie chance et un gage de qualité. Il n'y a pas de liste d'attente en chirurgie en France, ne l'oublions pas ! La fermeture de la clinique de Paray-le-Monial, le service de cardiologie de Limoges transféré à l'hôpital, de nombreuses cliniques en difficulté, les exemples ne manquent pas, tous les jours l'offre de soins se dégrade.

DR DIDIER LEGEAIS, VICE PRÉSIDENT DE L'UCDF, CHIRURGIEN UROLOGUE.

AUJOURD'HUI, IL N'Y A PAS DE LIMITATION DE L'ACCÈS AUX SOINS EN FRANCE POUR CAUSE DE DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

« J'avais la certitude que nous aurions, avec François Hollande président, et suite au choix de sa ministre de la Santé, de quoi ferrailer. J'en avais déjà fait l'expérience au cours d'une attaque frontale anti-secteur II lors des négociations du PLFSS 2010. Pour moi, la loi HPST est très dure, les ARS attribuent des autorisations d'exercice avec un droit de vie ou de mort sur l'organisation sanitaire au détriment des CME et des chefs de pôles, les anciens détenteurs de ce pouvoir décisionnel. Nous étions sûrs qu'il y aurait quelque chose, nous savions déjà que nous devions nous y préparer. Sur 30 000 praticiens qui exercent en secteur II, seuls 250 ne respectent pas le tact et la mesure. Soit 0,01 %. Pour moi, ces négociations avaient un seul objectif : fermer et contrôler le secteur II car il n'y a pas de problème d'accès aux soins en raisons de dépassements d'honoraires sur le territoire français. Juste un problème dogmatique et politique. Ainsi en obstétrique, anesthésie, et chirurgie, 50 % des actes sont pratiqués au tarif opposable par les praticiens en secteur II. 65 % des prothèses de hanches sont posées au tarif de remboursement de l'Assurance maladie, 85 % des appendicectomies. Il y a seulement deux domaines dans lesquels les Français décaient leurs dépenses de soins pour cause de mauvais remboursement, il s'agit des soins dentaires et optiques. Il peut être intéressant d'observer aussi la courbe d'évolution des dépassements d'honoraires, qui s'élevaient à 1,9 milliard en 2001 et 2,4 milliards en 2012, soit une augmentation de 1 ou 2 points/an, soit l'inflation. Notre sentiment est que tout était joué en fonction du rétro-planning du PLFSS : les négociations devaient, quoiqu'il arrive, être finies pour le 17 octobre lors du Conseil des ministres. Le texte a été signé par les syndicats félons, après un jeu de navette et d'épuisement. La hausse du tarif opposable pour les médecins sous contrat d'accès aux soins dépendra du niveau de l'ONDAM, soit de l'environnement économique du pays. Rappelons que l'ONDAM a été créé en 2005 et n'a permis aucune revalorisation de nos tarifs qui sont les mêmes depuis presque 30 ans. Le texte qui plafonne les dépassements d'honoraires à 150 % du tarif opposable a été validé à 2h du matin. Et la relation de confiance est cassée. En août 2004, un accord de revalorisation avait été entériné avec une augmentation de 25 % : au final, les tarifs ont été revalorisés de 6 %. On essaye de nous dresser les uns contre les autres, il faut baisser l'imagerie, la radiologie, la néphrologie, on nivèle par le bas. Si nous sommes des médecins pigeons, il ne faut pas oublier qu'au final, ce sont les patients qui seront les dindons de la farce. On voit se dessiner les filières de soins : les mutuelles ne rembourseront plus que les praticiens dans le contrat d'accès aux soins. Mais pour que celui-ci soit praticable, il faut qu'il soit signé par 10 000 médecins de secteur II en 6 mois. C'est encore assez irréaliste.



Sur 30 000 praticiens qui exercent en secteur II, seuls 250 ne respectent pas le tact et la mesure.

sements d'honoraires sur le territoire français. Juste un problème dogmatique et politique. Ainsi en obstétrique, anesthésie, et chirurgie, 50 % des actes sont pratiqués au tarif opposable par les praticiens en secteur II. 65 % des prothèses de hanches sont posées au tarif de remboursement de l'Assurance maladie, 85 % des appendicectomies. Il y a seulement deux domaines dans lesquels les Français décaient leurs dépenses de soins pour cause de mauvais remboursement, il s'agit des soins dentaires et optiques. Il peut être intéressant d'observer aussi la courbe d'évolution des dépassements d'honoraires, qui s'élevaient à 1,9 milliard en 2001 et 2,4 milliards en 2012, soit une augmentation de 1 ou 2 points/an, soit l'inflation. Notre sentiment est que tout était joué en fonction du rétro-planning du PLFSS : les négociations devaient, quoiqu'il arrive, être finies pour le 17 octobre lors du Conseil des ministres. Le texte a été signé par les syndicats félons, après un jeu de navette et d'épuisement. La hausse du tarif opposable pour les médecins sous contrat d'accès aux soins dépendra du niveau de l'ONDAM, soit de l'environnement économique du pays. Rappelons que l'ONDAM a été créé en 2005 et n'a permis aucune revalorisation de nos tarifs qui sont les mêmes depuis presque 30 ans. Le texte qui plafonne les dépassements d'honoraires à 150 % du tarif opposable a été validé à 2h du matin. Et la relation de confiance est cassée. En août 2004, un accord de revalorisation avait été entériné avec une augmentation de 25 % : au final, les tarifs ont été revalorisés de 6 %. On essaye de nous dresser les uns contre les autres, il faut baisser l'imagerie, la radiologie, la néphrologie, on nivèle par le bas. Si nous sommes des médecins pigeons, il ne faut pas oublier qu'au final, ce sont les patients qui seront les dindons de la farce. On voit se dessiner les filières de soins : les mutuelles ne rembourseront plus que les praticiens dans le contrat d'accès aux soins. Mais pour que celui-ci soit praticable, il faut qu'il soit signé par 10 000 médecins de secteur II en 6 mois. C'est encore assez irréaliste.

POUR EN SAVOIR PLUS

www.lebloc-aal-syngof-ucdf.org
www.ucdf.net
www.ufml.fr
www.facebook.com/groups/lesmedecinsnesontpasdespigeons/
www.isnih.com

SIGNER LA PÉTITION CONTRE LES FILIÈRES DE SOINS SUR

www.soinscoordonnees.eu/petition

Ce photoreportage a été réalisé lors de la journée de mobilisation du 14 novembre.



DR JÉRÔME MARTY, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION UFML, L'UNION FRANÇAISE POUR UNE MÉDECINE LIBRE, MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN SECTEUR I.

CET AVENANT FAIT VACILLER LES BASES DE L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

« Nous sommes depuis le départ profondément contre l'avenant n°8. Il est extrêmement dangereux, notamment pour la chirurgie, si importante dans le secteur privé. 54 % des séjours chirurgicaux sont pratiqués dans le privé, ainsi que 67 % de la chirurgie ambulatoire ! Jamais le secteur public ne pourra absorber ces flux de patients ! Cet avenant fait vaciller les bases de l'ensemble du système de santé. Les spécialités techniques sont vraiment pénalisées : pour pratiquer une varicectomie par closure, les sondes coûtent environ 300 euros et ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie. Même chose pour une néphrectomie. Pratiquée avec un robot, elle revient à 1800 euros, pour un tarif de 550 euros. Ce n'est pas possible sans dépassements d'honoraires ! L'autre problème est



Quel meilleur business plan pour les mutuelles que de bloquer le secteur II ?

le lien entre l'avenant n°8 et la mise en place des filières de soins. Quel meilleur business plan pour les mutuelles que de bloquer le secteur II ? C'est ce qui est au programme, avec un remboursement à 100 % pour les praticiens qui signent le contrat d'accès aux soins, avec le corollaire de moins rembourser les praticiens de secteur II. Nous, les médecins généralistes, sommes déjà au bas de l'échelle européenne, avec une consultation à 23 euros. Aujourd'hui, moins de 9 % des médecins s'installent en libéral. On avait prévu un déficit de la démographie médicale pour 2014, lié au vieillissement de la population mais on n'aurait jamais imaginé le désintérêt que nous observons pour cette profession. Nous mettons tout en œuvre pour que la population prenne conscience de ces sujets. Nous organisons un rendez-vous avec le CISS pour exposer notre lecture de l'avenant, nous travaillons à la recomposition du paysage syndical afin de pouvoir rendre l'avenant caduque. L'UFML n'est pas un syndicat, c'est une association qui regroupe des praticiens du secteur privé et du secteur public, de secteur I et de secteur II. Nous utilisons les nouveaux médias : nos posts sont lus entre 20 et 35 000 fois par jour. Pour l'instant, nous avons 1 500 adhérents mais cela ne se calme pas depuis la grève : nous recevons entre 10 et 15 demandes d'adhésion par jour. Le débat est loin d'être terminé.

ANTI JARGON

- AAL** Syndicat de médecins Anesthésistes Réanimateurs Libéraux, issu de l'Association des anesthésistes libéraux.
- ARS** Agence régionale de santé
- BLOC** Regroupement des syndicats AAL / UCDF et le SYNGOF
- CISS** Collectif interassociatif sur la santé
- FHP-SSR** Fédération Hôpitaux Privés - Confédération des Soins de Suite et de Réadaptation
- GHS** Groupement homogène de séjour
- HPST** Loi «Hôpital, patients, santé et territoires»
- ISNIH** Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux
- ONDAM** Objectif national des dépenses d'Assurance maladie
- PLFSS** Projet de loi de financement de Sécurité sociale
- SYNGOF** Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France
- TZA** Tarification à l'activité
- UCDF** Union des chirurgiens de France
- UFML** Union française pour une médecine libre
- UNCPSY** Union nationale des cliniques psychiatriques

Et un jour, on réalise que l'on n'a rien préparé pour sa retraite.

LES JOURS QUI
COMPTENT MACSF
DU 01/10 AU 26/12/2012⁽¹⁾

Check up
Retraite

Quand on est jeune, on peut préparer sa retraite tout en douceur.

Nos spécialistes de l'épargne Retraite réalisent avec vous un diagnostic de votre situation, identifient vos besoins, vous proposent une combinaison de solutions pour y répondre (assurance vie, PERP, Retraite Madelin) et vous accompagnent dans la durée. Prenez rendez-vous [au 3233^{\(2\)}](http://au.3233.fr) ou sur macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

(1) 26/12/2012 - date limite de réception au siège de la MACSF épargne retraite. (2) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - enregistrée au RCS de Nanterre sous le N° 403 071 095 - Siège social : Cours du Triangle - 10, rue de Valmy - 92800 Puteaux.

LE SECTEUR PRIVÉ

INSTALLATION

9 %

Seuls 9 % des jeunes médecins s'installent en libéral

RENOUVELLEMENT

55

C'est la moyenne d'âge des médecins libéraux

DÉPASSEMENTS

0,01 %

Seuls 0,01 % des médecins de secteur II pratiquent des compléments d'honoraires qui ne respectent pas le tact et la mesure

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. Décembre 2012. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM/AC. Photos : © copyright Dominique Lorieux (pour la photo de une), Anne Le Van Ra, DR BVM Communication et DR.

Les cliniques investissent dans la haute technologie.

ROBOTIQUE



Robot da Vinci UNE INNOVATION MISE EN PRATIQUE GRÂCE AU SECTEUR II

Le timing de l'administration n'est pas celui des professionnels de santé qui avancent vite et innovent. Témoignage du Dr Gautier à Toulouse.

Pour le Dr Jean Romain Gautier, urologue à la clinique Saint Jean Languedoc à Toulouse, la chirurgie robot assistée a apporté une réelle amélioration en chirurgie laparoscopique. Le télémanipulateur permet en effet une gestuelle plus fluide, plus précise grâce à une vision 3D, magnifiée. Ses instruments suppriment les tremblements et permettent une rotation des extrémités de 180°. Des études sont actuellement en cours, dans différents pays, sur de grandes séries de prostatectomies radicales, qui devraient prochainement permettre de confirmer de meilleurs résultats en termes de récupération rapide, mais aussi en termes de maintien de la continence et de l'érection, tout en apportant la même qualité carcinologique. Cependant, le robot coûte cher, à l'achat mais aussi en maintenance et surtout en matériel consommable, instruments, champs spéciaux etc., utilisés à chaque intervention. Les instruments ont en effet une durée de vie limitée (10 utilisations). La rémunération des GHS ne permet pas une prise en charge de l'ensemble de ces coûts d'investissement et d'exploitation. « Il existe un gros retard dans les prises en charge des nouvelles technologies, souvent sous le prétexte de leurs va-

lidations, validations dont les hôpitaux publics ont en plus maintenant la quasi exclusivité. Ce retard de valorisation des actes nouveaux, (mais aussi de revalorisation des existants) est bien sûr conscient. En effet tant qu'une technologie n'est pas reconnue elle ne 'coûte' rien à la Sécurité sociale, puisqu'elle n'a ni acte, ni GHS dédié », explique le Dr Gautier. « En effet, les innovations peuvent mettre jusqu'à 8 ans avant d'être intégrées dans la grille tarifaire de la T2A des établissements. La FHP-MCO travaille sur ce dossier, mais le temps de la technologie n'est pas celui de la validation scientifique et administrative. Le financement de cette activité chirurgicale robotisée est en attente pour le moment. D'autres le sont aussi comme la valve cardiaque sans suture ou le stent résorbable » déclare Thierry Béchu, Délégué général de la FHP-MCO. Pour le Dr Gautier, « l'exemple vrai du robot l'est également en urologie à d'autres niveaux, comme dans le cas de l'urétéroscopie-souple-laser, ou la vaporisation ou résection prostatique laser. Le but serait-il, en donnant le monopole des nouvelles technologies aux hôpitaux, d'empêcher le secteur libéral de rester concurrentiel en ne lui permettant plus d'offrir à ses patients une médecine et une chirurgie de qualité? »

RETOUR SUR LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS DE CME

La 17^e Conférence des présidents de CME a eu lieu le 7 décembre dernier à Lyon, lors du Congrès de la FHP-MCO. « Cette année, c'est l'évolution de la gestion des risques et le management d'équipe qui ont concentré les attentions. Autre point au chapitre : l'amélioration des déclarations d'événements indésirables, qui ne peut se faire que dans un climat de confiance. » explique le Dr Jean-Luc Baron.

CONTRE LES FILIÈRES DE SOINS

L'association « Soins coordonnés » présidée par le Dr Martial Olivier-Koehret a lancé une pétition pour la défense de l'accès aux soins et l'indépendance de la profession, qui a déjà récolté plus de 25 000 signatures.

Président de CME : les bilingues de la santé

FRANK LHULLIER, PRÉSIDENT DE CME À LA CLINIQUE DU VAL D'OUEST, À ECULLY.

Comment avez-vous décidé d'être président de CME ?

Je suis président de CME depuis 2 ans et demi, je voulais m'impliquer dans la structure dans laquelle je travaille, en faire partie intégrante, comprendre le fonctionnement du secteur privé hospitalier, après du temps passé dans le public. C'est important pour ne pas subir les décisions. Depuis les nouvelles normes, la CME n'est plus uniquement consultative. Nous avons une obligation de prise de décision, et d'évaluation des procédures établies. Savoir écouter ses collègues, la direction, trouver un terrain d'entente m'a toujours intéressé. Chez nous, la situation est particulière : nous n'avons pas les mêmes pressions qu'un grand groupe, le directeur est notre employé et notre objectif n'est pas la plus-value, mais les réinvestissements, dans du matériel de pointe et du personnel performant pour pouvoir rester indépendants.

Comment expliquez-vous le succès de la grève des médecins dans votre clinique ?

Je pourrais l'expliquer de différentes façons, mais la meilleure est celle-ci : nous défendons une cause juste. Nous nous sommes rendus compte que l'avenant n°8 posait un vrai problème pour le système de santé, pour les patients, pour notre capacité à être indépendant et pour la clinique. Les honoraires perçus sont reversés à hauteur de 10% à la clinique du Val d'Ouest. Sans secteur II, comment la clinique pourrait-elle boucler ses comptes et garantir son avenir ? Nous soignons tous patients sans distinction (CMU). Opérer de nuit un enfant de 5 ans d'une appendicite est rémunéré 110 euros pour 48 heures d'hospitalisation. Comment inclure le savoir-faire, l'infirmière, le matériel, le bloc ? Le tarif opposable n'a plus de cohérence actuellement.

Comment avez-vous procédé ?

Nous avons été pédagogiques. L'avenant n°8 est un grand sac, dans lequel les dépassements d'honoraires sont un petit drapeau rouge qui focalise l'attention, alors qu'on permet à la Sécurité sociale de se retirer et de laisser certaines de ses prérogatives à des mutuelles ou assureurs privés. Nous avons étudié les textes avec la direction, mis en lumière les vrais dangers, et ensuite, il y a eu un effet boule de neige. Nous sommes arrivés à la conclusion que notre établissement était en danger. 110 médecins sur 120 ont voté l'arrêt de l'activité. Dans notre région, les cliniques Natecia et Val d'Ouest représentent 7500 accouchements par an. Nous avons donc été réquisitionnés. Cela ne nous a pas gênés, nous voulions montrer que la grève n'était plus que le seul recours. Nous avons prévenus les patients pour que personne ne soit en danger avec un courrier d'explication 15 jours à l'avance et nous avons senti leur soutien. Notre cœur de métier, c'est soigner. Nos directeurs aussi ont eu des pressions contre la grève. Nous avons réussi à mettre en place un dialogue très positif à tous les niveaux.