

CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

dialogue santé

9

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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

MARS 2013

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

www.fhpmco.fr



Les prothèses de hanche et de genou en ambulatoire, une réalité !

Les réseaux de soin mutualistes
Doit-on en avoir peur ?



Président de CME
L'appel à la formation continue !

Ajoutez à vos agendas :

CONVENTION FHP-MCO RENDEZ-VOUS 29 ET 30 MAI 2013 AU PASINO DE LA GRANDE MOTTE (34)

Economie de la santé

QUELLE ÉVOLUTION POUR LES RÉSEAUX DE SOINS MUTUALISTES ?



éditorial
Lamine Gharbi

Façons déjà preuve de lucidité : ils existent ! Ils nous incombent désormais d'en faire un « plus ». Fin 2012, les parlementaires entérinaient la modification du Code de la mutualité pour permettre aux mutuelles de 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 le but de peser encore plus sur les tarifs de soins, les mutuelles veulent avoir le droit de mieux rembourser leurs adhérents qui se rendent chez ces professionnels de santé ou dans ces établissements hospitaliers sélectionnés. Ce dossier a fait couler beaucoup d'encre, suscitant de très vives polémiques de la part des médecins libéraux et des établissements hospitaliers privés. Les premiers y voient une menace directe et rapide de leur liberté d'exercice et les seconds ressentent une profonde inquiétude quant à la place grandissante de ce troisième payeur – les mutuelles – qui

La FHP-MCO prône un devoir de transparence

vient rebattre les cartes du mode de financement du système de soins. À l'heure où ces réseaux se constituent, aucune réponse solide n'est apportée à certaines questions de fond : sur quels critères ces « labellisations » se feront ? Quels indicateurs qualité seront retenus ? Ceux de la HAS ou d'autres aléatoires, régionaux, auto-proclamés ? Quel cahier des charges économique, médical, sera imposé par les mutuelles aux médecins exerçant dans les établissements privés et aux structures elles-mêmes ? Si de belles expériences réussies de coopérations, comme par exemple celle de la clinique Mathilde (voir page 2), ouvrent des perspectives enthousiasmantes, d'autres pratiques nous inquiètent. La FHP-MCO prône un devoir de transparence auprès de l'ensemble de ses interlocuteurs, les mutuelles ne peuvent en être exemptes. L'avenir de la santé dépend de notre capacité à travailler intelligemment ensemble.

Lamine Gharbi
Président du syndicat national FHP-MCO



DR JEAN-FRANÇOIS REY, PRÉSIDENT DE L'U.ME.SPE,
SYNDICAT DES MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

ON AGITE CES PEURS POUR FAIRE RÉAGIR ET AMENER LES MÉDECINS À DESCENDRE DANS LA RUE, MAIS LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS N'A RIEN D'UN RÉSEAU DE SOINS !

« Les réseaux de soin n'ont jamais été le programme de l'U.ME.SPE sur le plan médical. Nous ne sommes pas aux Etats-Unis, où des assurances privées participent à la prise en charge primaire. Aux Etats-Unis, le système assurantiel est basé sur le marché, et l'essentiel de l'assurance est privé. Si l'on perd son emploi, on perd également son assurance, et les assurances privées sélectionnent les médecins qui adhèrent à leurs contrats. En France, il n'en a jamais été question : l'assurance maladie est obligatoire et prend essentiellement le grand risque en charge. Les mutuelles, les complémentaires sont accessoires. Elles sont dans la situation d'un payeur aveugle, elles ne savent pas exactement pour quoi elles payent. Pour la première fois, avec le contrat d'accès aux soins, un contrat tripartite implique les mutuelles. Pour nous, il est évident que le système français doit perdurer, avec une intervention intelligente des mutuelles, notamment pour le remboursement des compléments d'honoraires. On brandit la création des réseaux de soins comme un étendard : c'est du fantasme, du populisme, il n'en a jamais été question. On agite ces peurs pour faire réagir et amener les médecins à descendre dans la rue, mais le contrat d'accès aux soins n'a rien d'un réseau de soins ! L'assurance complémentaire ne rentre en aucun cas dans le contenu des actes médicaux, qui est exclusivement contrôlé par les ARS, et est identique pour les secteurs I et II. Pour moi, le contrat d'accès aux soins s'inscrit dans un double acte de solidarité : solidarité avec les patients, dont on sait qu'ils se tournent vers le secteur public par crainte des dépassements d'honoraires, et solidarité avec les chefs de clinique, bloqués depuis des années en secteur I, et qui ont tout à coup la chance de pouvoir rejoindre le contrat d'accès aux soins. En ophtalmologie, les revenus varient du simple au double entre les secteurs I et II, la situation est inacceptable. Il faut le reconnaître, la France traverse une situation de fragilité économique, nos concitoyens ont des difficultés à financer leur santé, il est de notre devoir de limiter le reste à charge pour les patients. Aujourd'hui, les Français vont à l'hôpital parce qu'ils n'ont plus les moyens d'aller dans le privé. Le contrat d'accès aux soins offre les moyens de solvabiliser le reste à charge, et donne de l'espoir à l'ensemble des médecins de secteur I. »



Nous ne sommes pas aux Etats-Unis, où des assurances privées participent à la prise en charge primaire.

« Comme les réseaux de soins concernent l'accès aux soins, ils nous concernent tous. S'il s'agit de garantir des soins de qualité dans des délais raisonnables, c'est très bien. Mais attention ! Qui organise ces réseaux de soins ? Comment sont-ils concrètement mis en pratique ? Comment y accède-t-on ? Si ce sont les mutuelles qui les organisent, à mon avis, les réseaux de soins vont être synonyme d'un certain encadrement, voire d'une perte de liberté. En France, le principe de la liberté de choix est un principe fondateur du paysage sanitaire. Bien sûr, il a connu certaines entailles, notamment lorsque sur certaines spécialités les mutuelles ne remboursaient les soins que sur la base du prix de journée des établissements les plus proches et les moins chers. Pour nous, c'était inacceptable car cela introduisait une discrimination et posait un blocage à l'accès à des soins de qualité. Cependant, la liberté de choix est globalement un acquis important en France. Les réseaux, s'ils garantissent un accès aux soins plus large, ne peuvent se construire au détriment de la liberté de choix. Je me pose une question. Est-ce que les réseaux de soins ne sont pas une réponse un peu facile au détriment de la liberté de choix, et qui nous évitent de nous poser les vraies questions : celles de la meilleure utilisation des ressources et des stratégies à mettre en place pour éviter le gaspillage. »

CLAUDE RAMBAUD, PRÉSIDENTE DU CISS, VICE PRÉSIDENTE DU LIEN

QUI ORGANISE CES RÉSEAUX DE SOINS ?

« Comme les réseaux de soins concernent l'accès aux soins, ils nous concernent tous. S'il s'agit de garantir des soins de qualité dans des délais raisonnables, c'est très bien. Mais attention ! Qui organise ces réseaux de soins ? Comment sont-ils concrètement mis en pratique ? Comment y accède-t-on ? Si ce sont les mutuelles qui les organisent, à mon avis, les réseaux de soins vont être synonyme d'un certain encadrement, voire d'une perte de liberté. En France, le principe de la liberté de choix est un principe fondateur du paysage sanitaire. Bien sûr, il a connu certaines entailles, notamment lorsque sur certaines spécialités les mutuelles ne remboursaient les soins que sur la base du prix de journée des établissements les plus proches et les moins chers. Pour nous, c'était inacceptable car cela introduisait une discrimination et posait un blocage à l'accès à des soins de qualité. Cependant, la liberté de choix est globalement un acquis important en France. Les réseaux, s'ils garantissent un accès aux soins plus large, ne peuvent se construire au détriment de la liberté de choix. Je me pose une question. Est-ce que les réseaux de soins ne sont pas une réponse un peu facile au détriment de la liberté de choix, et qui nous évitent de nous poser les vraies questions : celles de la meilleure utilisation des ressources et des stratégies à mettre en place pour éviter le gaspillage. »



Le principe de la liberté de choix est un principe fondateur du paysage sanitaire.

RÉSEAU DE SOIN

EN ÊTRE OU NE PAS EN ÊTRE ?

Les réseaux de soins, opportunité ou arnaque à l'assurance ? Double privatisation du secteur hospitalier, ou accélération d'un financement de la performance ? Dans cette période de restructuration, Dialogue Santé a rencontré les principaux acteurs d'un dossier épineux. Entre méfiance et principe de réalité, comment vont se développer les réseaux de soins sur le territoire français ? Un dossier en demi-teinte où les réalités de terrain se contredisent.

ANTI JARGON

- CISS** Collectif interassociatif sur la santé
- CME** Commission médicale d'établissement
- GHS** Groupes homogènes de séjour
- HAS** Haute autorité de santé
- HCAAM** Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- HSCP** Haut Conseil de la santé publique
- IGAS** Inspection générale des affaires sociales
- IGF** Inspection générale des finances
- MGEN** Mutuelle générale de l'éducation nationale
- U.ME.SPE** Union nationale des médecins spécialistes confédérés

VINCENT VESSEL, DIRECTEUR DE LA CLINIQUE SAINT CÔME À COMPIÈGNE

UN JEU POLITIQUE ET DANGEREUX

« Nous avons été contactés par la Mutualité il y a dix ans, qui a fait le tour de la région Picardie pour mettre en place des conventions. Au début, les choses se présentaient bien : la Mutualité souhaitait mettre en place un système de référencement des établissements pour garantir à leurs adhérents une qualité de prise en charge. La proposition paraissait être intéressante pour l'information des patients et semblait accorder aux établissements une facilité dans la gestion administrative des dossiers avec la mise en place du tiers-payant et une facilité dans les procédures de demande de prise en charge, avec un référent à la Mutualité pour l'établissement... Mais ensuite, je me suis rendu compte que toutes ces excellentes initiatives étaient uniquement conditionnées à une limitation des tarifs sur les chambres particulières, et dans un second temps sur une ingérence dans les dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires des praticiens ne sont pas du ressort de l'établissement et il n'est pas envisageable que l'établissement prenne des engagements pour ses médecins libéraux... Concernant nos chambres particulières, elles sont notre seule marge de manœuvre, il n'est donc pas concevable que les mutuelles aient un droit de regard sur nos tarifs ! Les beaux discours autour de la démarche qualité se sont vite effondrés quand j'ai réalisé qu'ils avaient même conventionné des établissements qui ne répondaient pas aux normes de confort et de sécurité, avec une douche pour 8 personnes dans une maternité ! Où est la qualité ? Je leur ai demandé sur quels critères objectifs ils évaluaient le prix d'une prestation pour une chambre particulière : le nombre de m² ? la salle de bain ? la présence d'un lit électrique ? d'un écran plat ?... Rien de tout cela ! Ils évaluent à l'œil. Le seul objectif est de bloquer les tarifs des chambres particulières, tout en faisant des marges sur les patients. Et il n'est malheureusement pas question de baisser les tarifs pour les patients ! C'est vraiment un marché de dupes. Nous nous sommes rendus compte également qu'au sein même de la Mutualité française, ce projet ne faisait pas l'unanimité. C'est un jeu politique et dangereux et il faut absolument que la fédération ait une position sans détour et qu'elle incite les établissements à ne pas signer de convention. »

La Fédération doit inciter les établissements à ne pas signer de conventions.

ETIENNE CANIARD, PRÉSIDENT DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

UNE AGITATION ÉTONNANTE

« Une agitation étonnante entoure la proposition de loi sur la mise en place de réseaux de soins mutualistes. Une agitation étonnante, puisque cette proposition, au départ consensuelle, ne vise qu'à revenir à une situation qui existait avant 2010. En effet, avant la décision de la Cour de cassation de mars 2010, le conventionnement concernait déjà 15 millions de Français... sans que l'on parle de menace sur la qualité ou de perte de la liberté de choix. Une agitation étonnante, puisque cette modification législative a été réclamée par la Cour des comptes, l'IGAS et l'IGF. Elle s'inscrit



Le conventionnement permet aux mutuelles de bâtir avec les professionnels de santé des accords sur les tarifs mais aussi, sur des critères de qualité.

par ailleurs dans la logique d'un parcours de soins garant de la qualité de la prise en charge, appelé de leurs vœux par le HCAAM, le HCSP et la HAS. Tous ont en effet compris que le conventionnement permettait aux mutuelles de bâtir avec les professionnels de santé des accords sur les tarifs mais aussi, sur des critères de qualité, que ces accords peuvent permettre, par exemple, de mieux garantir la traçabilité des produits. Ainsi, les accords existant dans le domaine dentaire ont permis, grâce aux exigences de traçabilité pour les prothèses, de diminuer le pourcentage de prothèses importées. Une agitation étonnante, enfin, parce qu'aujourd'hui,

malheureusement, de plus en plus de dépenses sont totalement en dehors du champ de la Sécurité sociale et sont à la charge des assurés. C'est le cas de l'optique, des prothèses dentaires, des dépassements d'honoraires (pour ces derniers l'évolution annuelle a été de 5,8 % entre 1997 et 2011 !). Le montant des dépassements atteint 4,4 milliards d'euros dans le secteur dentaire ; 2,6 milliards pour les honoraires médicaux. L'enjeu est double : éviter le renoncement aux soins pour des raisons financières et assurer une juste rémunération aux professionnels. Comment penser que cela est possible sans une contractualisation équilibrée entre professionnels de santé et financeurs ? »

DR PHILIPPE CUQ, CHIRURGIEN VASCULAIRE, PRÉSIDENT DU SYNDICAT LE BLOC

IMPOSER TEL MÉDECIN AU PATIENT PARCE QU'IL SERA MIEUX REMBOURSÉ SANS AUTRE CRITÈRE, C'EST NON

« Quand on parle des réseaux de soins, on a tendance à tout mélanger. Pour le secteur de l'optique, du dentaire et des audioprothèses, secteurs peu ou pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, la mise en place de réseaux a permis des baisses significatives de tarifs, encore faut-il comparer de manière objective le service, les produits et leur qualité. Pour les soins médicaux, nous sommes beaucoup plus réservés. Il y a obligatoirement une perte de choix et de liberté pour le patient. Quoiqu'en disent leurs partisans, la liberté de choix est mise à mal ! Faire apparaître des différences de remboursement des soins médicaux en fonction du médecin qui appartiendrait à un réseau ou non, c'est évidemment insupportable. Aucune étude sérieuse n'a démontré que la mise en place d'un réseau de soins par un organisme complémentaire améliore au final la qualité des soins ! Faire partie d'un



Il y a obligatoirement une perte de choix et de liberté pour le patient.

réseau, c'est avoir une clientèle captive. Pensez-vous que cela améliore la qualité des soins ? Pensez-vous que cela améliore l'offre de soins et l'accès à des soins de qualité ? L'objectif essentiel est de diminuer le coût, pas d'améliorer la qualité. Nous sommes donc très réticents. Par contre en respectant libre choix, éthique et indicateurs de qualité, nous défendons la notion de «réseau» pour améliorer la collaboration entre praticiens et équipe soignante, pour améliorer l'information des patients et le remboursement des soins. Mais imposer tel médecin au patient parce qu'il sera mieux remboursé sans autre critère, c'est non. Il faut se battre pour préserver la liberté de choix, car c'est un gage de qualité. »

JEAN-LUC DUBOIS, DIRECTEUR DE LA CLINIQUE MATHILDE À ROUEN

UN CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS 10 ANS EN AVANCE

« Cela fait déjà une dizaine d'années que nous travaillons avec la Mutuelle de la fonction publique de Seine-Maritime (soit la MGEN, les PTT, etc.), une sorte de secteur optionnel en avance ! Nous avons mis en place un partenariat d'accord de tiers payant sur les chambres particulières et les dépassements d'honoraires. En 10 ans, nous sommes arrivés à ce que 99 % de nos praticiens participent à cet accord. Certes,



Si les dépassements sont outreucidants, c'est l'image de l'établissement qui en pâtit.

l'accord réduit la liberté des praticiens de fixer leurs tarifs, mais il permet de garantir le respect du tact et de la mesure et de limiter le reste à charge. Il nous a permis d'être plus attractif pour nos patients. Chaque année, la convention est réévaluée. À l'origine, nous avons limité nos dépassements d'honoraires à 30 %, aujourd'hui, ils sont fixés à 50 % du tarif conventionnel. Au départ, nous avons bien sûr rencontré quelques réticences, mais ce qui a été déterminant, c'est une étude sur les dépassements réellement pratiqués dans notre établissement : ils étaient déjà très rarement au-delà de cette limite ! C'est peut être plus difficile pour les cliniques d'Ile-de-France, ou sur d'autres territoires, mais chez nous, c'était déjà en quelque sorte une réalité. À l'aide d'un coup de rétroviseurs sur le montant réel des dépassements d'honoraires pratiqués chez nous, il a été facile de voir qu'une convention avec la mutuelle aurait un effet gagnant-gagnant. Qu'ils soient en secteur I ou en secteur II, les praticiens ont pris conscience que des dépassements trop hauts étaient susceptibles de mettre en péril l'ensemble de la structure. Si les dépassements sont outreucidants, c'est toute l'image de l'établissement qui en pâtit y compris ceux exerçant en secteur I. Les secteurs I étaient heureux d'avoir cette garantie. Les 57 praticiens de secteurs I et les 54 praticiens de secteur II sont tous signataires. L'image de la clinique en sort confortée. Cela a resserré les liens avec la mutualité - ce ne sont pas nos ennemis, nous avons partie liée, et cela nous donne une image d'ouverture : pour un certain nombre de patients (environ 20 %) c'est exactement comme s'ils étaient à l'hôpital. Chacun sait que la question du reste à charge n'est pas anodine. Dans 4 régions du Nord de la France nous avons perdu 5 % de parts de marché en obstétrique tandis que le public maintenait les siennes. Dans ce contexte de crise, la vision du public par rapport au privé, même si elle n'est pas dans tous les cas réaliste, est que l'hôpital est gratuit (*a fortiori* sur le risque maternité). Nous devons en tenir compte. Le contrat d'accès aux soins ne m'inquiète pas, mais je sais que le diable peut se loger dans les détails... Pour moi, le privé doit garder trois choses en mémoire : la première, c'est que le marché est changeant, la seconde, c'est que pour y faire face, il faut éviter les archaïsmes. La troisième est que le secteur privé doit utiliser ses forces, qui sont le pragmatisme et la flexibilité. »



Qui accompagne tous les professionnels de la santé tout au long de leur vie ?

Notre engagement, c'est vous.



RESPONSABILITÉ CIVILE 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.

CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

LE SECTEUR PRIVÉ EN 2013

QUADRATURE DU CERCLE

+ 3,85%

C'est l'évolution des charges des cliniques.

INIQUE

- 0,21%

C'est la baisse tarifaire avec laquelle les établissements privés doivent gérer leur activité.

EN CONSÉQUENCE

72%

C'est le nombre d'établissements qui se trouvent en dessous du seuil de résultat net minimum préconisé par les experts financiers pour pouvoir investir.

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, Mars 2013. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM/AC. Photos : ©Shutterstock, BVM Communication

AMBULATOIRE



Avec un recul de 9 mois pour la prothèse de genou, et de trois mois pour la prothèse de hanche, c'est un succès !

Révolution

LES PROTHÈSES DE HANCHE ET DE GENOU EN AMBULATOIRE, C'EST UNE RÉALITÉ !

En mars 2012, la Clinique Sainte Odile d'Haguenau en Alsace pose une prothèse de genou. En septembre, la clinique Paulmy à Bayonne, pose une prothèse de hanche... Considéré comme inconcevable il y a peu, ces opérations délicates sont aujourd'hui envisageables en ambulatoire.

Pour François Demesmay, directeur des activités médicales du groupe Capio, c'est un succès. « Au départ, il s'agit du résultat d'une recherche sur les techniques de récupération rapide après chirurgie, que nous souhaitons généraliser à l'ensemble des actes chirurgicaux, pour améliorer notamment la prise en charge de la douleur. » La technique est mise en place pour la pose d'une prothèse de genou à la clinique Sainte Odile d'Haguenau. Après l'opération, le chirurgien, le Dr. Villeminot n'a pas trouvé la patiente dans sa chambre au moment de sa visite du soir, mais en train de boire un café à l'accueil de la clinique. Elle lui a dit : « Je vais très bien, je serais même mieux chez moi ! » Et c'est comme ça qu'est née l'idée de la pose de prothèse de genou en ambulatoire, puis de la pose de prothèse de hanche. Si la pose de prothèse de hanche, réalisée par le Dr. Biette à la Clinique Paulmy de Bayonne, a eu plus de retombées médiatiques nationales, les deux prothèses relèvent de la même philosophie et montrent le potentiel de la récupération rapide. « Pour le

patient, c'est quasi-miraculeux. » renchérit François Demesmay. Au lieu de passer 7 à 10 jours à l'hôpital, comme c'est le cas pour la pose d'une prothèse de hanche « traditionnelle », les patients peuvent rentrer le soir même chez eux. Avec un recul de 9 mois pour la prothèse de genou, et de trois mois pour la prothèse de hanche, c'est un succès ! Reste à savoir quelles évolutions sont à prévoir, notamment en matière de remboursement. « Pour certains GHS, si les patients restent moins d'un certain temps, on considère que l'on a réalisé qu'une 'partie' de la prise en charge et une décote est imputée sur le montant du paiement. » déplore François Demesmay. Le problème est que la technologie médicale évolue plus vite que les logiques de remboursement des GHS. L'avant-garde de la qualité de la prise en charge pour le patient va-t-elle être pénalisée financièrement sur le long terme ? « Nous pensons aussi que le privé doit être proactif pour la diffusion de la récupération rapide, comme il a su le faire pour la cœlioscopie et pour la chirurgie ambulatoire. » conclut François Demesmay.

OÙ SONT LES FEMMES ?

Suite à un sondage express réalisé dans notre secteur pour le 8 mars 2013, le couperet est tombé : seul 18,4 % des praticiens qui exercent dans le secteur privé sont des femmes. Il y a encore du travail !

LES SURPRISES DE L'IFOP

59 % des médecins libéraux se déclarent favorables à l'avenant 8 qui prévoit de réguler les dépassements, de sanctionner les abus et de réévaluer certains tarifs de secteur I. À l'inverse, 60 % des médecins libéraux restent hostiles à la nouvelle rémunération à la performance (PAP), d'après un sondage publié dans le *Quotidien du médecin*.

Présidente de CME : les bilingues de la santé



LE DR. VÉRONIQUE HADDAD, CARDIOLOGUE À LA CLINIQUE LA CASAMANCE, À AUBAGNE (13)

« J'AIMERAIS POUVOIR BÉNÉFICIER DE FORMATIONS CONTINUES ! »

Dans quelles circonstances êtes-vous arrivée à la présidence de la CME ?

Pour moi, c'est très récent, j'ai commencé il y a un mois ! Mais j'étais déjà très impliquée en tant que secrétaire de la CME. Je n'avais pas l'intention de me présenter, car c'est loin d'être une position facile, surtout avec l'accréditation qui arrive en 2014. Comme personne n'était intéressé, nous avons opté pour une présidence bicéphale afin de nous alléger la tâche. Le travail reste colossal : il faut lire et comprendre tous les documents de l'accréditation, et réfléchir aux moyens d'en faire une réalité. Et ce n'est que le début ! 2014 va monter en puissance.

Ressentez-vous un besoin de formation ?

Je ne pense pas que ça soit le rôle des facultés de médecine de former à l'administratif. Il faut déjà apprendre le cœur du métier : s'occuper des patients. On est déjà trop administratifs ! Comme le rappelait le Pr. Francine Leca, une des premières femmes chirurgien cardiaque, on est tellement occupé à tracer, à répertorier nos actes, que la relation au patient en pâtit. Aujourd'hui, en tant que présidente de CME, j'aimerais au contraire pouvoir bénéficier de formations continues, pourquoi pas dans le cadre du syndicat ?

Avez-vous l'impression de parler deux langues, celle des médecins et celle de l'administration ?

Les présidents de CME sont des passeurs. Entre l'administration et les médecins, ce n'est pas toujours facile. Selon moi, certaines choses doivent rester du domaine exclusivement médical. Pour moi, la médecine et l'administration sont deux mondes qui se côtoient mais qui ne sont pas identiques et qui ne doivent pas être identiques. Il faut pouvoir écouter la direction, mais ne pas être à sa botte. Les décisions médicales doivent être prises sans autres considérations que le bien des patients. Il y a parfois des situations dont je sens qu'elles ont un potentiel de conflit, par exemple dans les périodes de recrutement, où la bonne entente des équipes est essentielle. Sinon, sur un tout autre plan, quelques personnes m'ont dit que c'était bien, que je sois une femme. Dans le monde de la santé, le sexisme est encore présent, les mentalités doivent changer et il faut que les hommes fassent le chemin.