



DOSSIER
Nouvelle loi de santé
Un projet mortifère



Santé connectée
Le bloc opératoire
aussi



Présidents de CME
Dr Richard Mallet,
Brive-la-Gaillarde (19)
Une situation de survie

Une loi dite de « modernisation » de la santé UNE PROFESSION DEBOUT ET EN MARCHE !

Renommer le projet de « loi de santé » en « loi de modernisation du système de santé » ne change rien : nous demeurons opposés à ce texte qui est fondamentalement anti-privé. Le simulacre de concertation engagé en début d'année avec le ministère n'a servi qu'à radicaliser les plus modérés d'entre nous et à pousser tout un secteur dans la rue le 15 mars dernier.

Cette loi réaffirme la volonté du gouvernement de tourner la page de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) et d'installer un Service public hospitalier (SPH) réservé de droit aux hôpitaux publics et associatifs. Exit les cliniques qui se voient imposer un critère supplémentaire pour faire partie du SPH, lié à l'absence totale de dépassements d'honoraires sur toutes leurs activités de soins. Une astuce pour rendre inéligible au Service public hospitalier la quasi-totalité des cliniques MCO, et une rupture d'égalité majeure avec les établissements publics et associatifs pour lesquels cette condition n'est pas requise, les médecins du public pouvant maintenir une patientèle privée avec dépassements d'honoraires ! Nous avons cependant évité le pire : le lien entre appartenance au SPH et autorisation d'activité ou d'équipement devrait être supprimé de la loi. Et la FHP a obtenu que les cliniques titulaires d'une autorisation de service d'urgence soient automatiquement associées au Service public hospitalier, les médecins pouvant maintenir les dépassements d'honoraires sur les activités programmées.

Pour noircir le tableau, la campagne tarifaire 2015 a réservé aux cliniques une baisse historique et inique de 2,67 % de leurs ressources ! Jamais dans aucun scénario catastrophe nous n'aurions pensé arriver à une telle sanction. Une gifle d'autant plus forte que le secteur public s'en sort avec une baisse de tarifs de 1 % et une augmentation du financement des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (attribuées à 99 % au secteur public) de 2,6 %.

Alors que l'hospitalisation privée paye chaque année 600 millions d'euros de taxes de plus que le secteur public, 192 millions lui sont confisqués au titre de la récupération des allègements issus du CICE. Alors qu'elle se proposait de créer 2700 emplois, 83 millions d'euros lui sont repris au titre des allègements issus du pacte de responsabilité. Alors que le privé MCO est le seul secteur qui maîtrise son activité au point de « sous-exécuter » son enveloppe de dépenses ces deux

Jamais dans aucun scénario catastrophe nous n'aurions pensé arriver à une telle sanction.

dernières années, il subit au final la baisse tarifaire la plus importante. Enfin, un arrêté sur la dégressivité tarifaire prévoit une minoration de 20 % du tarif de 25 GHS quand l'établissement augmente son activité d'un certain pourcentage... et 80 % des actes concernés sont réalisés

majoritairement dans le secteur privé.

De toute évidence, nos interlocuteurs ne sont pas à la hauteur des enjeux de notre système de santé à la française. Notre secteur est administré, mais qui administre le système, aujourd'hui à mi-chemin entre un reste de vie conventionnelle et une étatisation qui n'ose pas encore s'afficher comme telle ?

Notre devoir est de continuer à dénoncer inlassablement et encore plus fortement le dogmatisme de la politique tarifaire et planificatrice qui nous est imposée, en faisant preuve de pédagogie auprès de nos usagers, de nos fournisseurs, de nos élus. Notre devoir est de préserver un système de santé fondé sur la liberté d'installation des professionnels et le libre choix des patients.

Riposter !

Face aux décisions discriminatoires dont nos établissements sont régulièrement victimes, la FHP-MCO choisit une riposte contentieuse et lance l'opération « 1000 recours » pour faire respecter l'équité de traitement

entre les établissements de santé publics et privés. Nous serons les pourfendeurs du « délit de statut » sous toutes ses formes.

En coordination avec les fédérations régionales, nous interposerons des recours contre les décisions d'ARS d'octroi ou de renouvellement des autorisations qui ne respecteront pas l'équité de traitement, nous attaquerons les attributions de subventions FIR ou AC non motivées ou inéquitables, nous mènerons des actions contre les CPAM qui refuseront de régler les factures complémentaires ou rectificatives.

Parce que notre objectif est la reconnaissance et le respect de l'hospitalisation privée et des médecins libéraux, et qu'il ne passera que par l'équité de traitement entre les acteurs... notre profession reste debout et en marche.



éditorial
Ségolène
Benhamou

POSITIONS DES ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES DU CORPS MÉDICAL

POUR UNE RÉÉCRITURE DE LA LOI

MG France. Sur la question du tiers payant, MG France n'est pas sur le fond opposé à sa généralisation. Néanmoins le syndicat réclame que le dispositif soit basé sur le volontariat et qu'il n'y ait qu'un seul payeur -la Sécurité sociale-, qui outre sa propre part, avancerait également celle des complémentaires santé.

POUR LE RETRAIT DE LA LOI

CSMF. Suite à la confirmation de la ministre de la Santé de sa volonté de maintenir la généralisation du tiers payant, la CSMF avait réaffirmé sa détermination à lutter contre ce projet de loi. La CSMF avait alors demandé au gouvernement de sortir de l'intransigeance et d'écouter les propositions des professionnels de terrain, par conséquent le syndicat n'était pas pour le retrait de la loi mais pour sa réécriture. Néanmoins, suite à la rencontre avec le Premier ministre Manuel Valls le 19 mars et l'enlisement des négociations, la CSMF demande désormais l'abandon pur et simple de la loi.

FMF. La seule priorité de la FMF, dans le contexte de crise, est le rejet du projet de loi santé actuel. Le syndicat appelle depuis le 19 mars à l'organisation d'un grenelle de la santé. Si tous les syndicats se sont mis d'accord pour ne pas demander de revalorisation du prix de la consultation, la FMF ne l'a toutefois pas enterrée, la considérant seulement comme « n'étant pas une priorité absolue ».

Le BLOC. Tout comme l'UFML, le syndicat des praticiens de bloc s'oppose depuis de longs mois au projet de loi de santé en demandant son retrait. Le syndicat regrette l'absence de vraie concertation pendant des mois, ce qui le pousse aujourd'hui à s'opposer frontalement au projet de loi.

Mouvement pour la santé de tous. Créée en février, cette coordination regroupe une quarantaine de syndicats médicaux, en premier lieu ceux précédemment cités. Elle est le fer de lance de la contestation.

SML. Après avoir participé aux réunions de concertation et en avoir claqué la porte, le SML demande désormais le retrait pur et simple de la loi. Par ailleurs, le SML a recommandé d'arrêter la grève des télétransmissions, cela ne ferait que pénaliser les patients selon le syndicat.

UFML. L'UFML demande le retrait de la loi en tant que telle. L'UFML se dit ouverte à la mise en place d'un moratoire d'un an afin de préparer « une vraie concertation » autour d'un grenelle ou d'états généraux de la santé où se retrouveront les membres de la profession, les patients, les tutelles et l'Etat.

UN PROJET DE MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ MORTIFÈRE

POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS MCO ET SES MÉDECINS LIBÉRAUX

OCTOBRE

Présentation du projet de loi de santé au Conseil des ministres
Dépôt de 34 amendements de la FHP

NOVEMBRE, DÉCEMBRE

Mobilisation très forte de la profession

JANVIER, FÉVRIER

Ouverture de négociations avec le ministère : sur les 4 réunions prévues sur l'article 26, 3 sont annulées

91 % des médecins sont contre le projet de loi (enquête IFOP pour le *Quotidien du Médecin*)

15 MARS

40 000 professionnels de santé et représentants de cliniques défilent dans les rues de Paris contre le projet

17 MARS

Examen du projet de loi par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

La loi de santé devient la loi de modernisation du système de santé

Une procédure accélérée législative est décidée

14 AVRIL

Vote solennel de l'Assemblée nationale des 127 articles (contre 57 initialement)

JUILLET ? OCTOBRE ?

Examen du projet par le Sénat



VINCENT VESSELLE, DIRECTEUR DE LA POLYCLINIQUE SAINT-CÔME À COMPIÈGNE

CETTE LOI CARICATURE LE SECTEUR PRIVÉ

« Il n'y a eu aucune concertation avec les professionnels, je me demande donc comment ce projet va être mis en œuvre. C'est une loi totalement



dogmatique qui veut valoriser uniquement le service public et entretient un déni absolu de l'activité des établissements de santé privés. On a l'impression d'être dans la caricature du secteur privé avec cette ministre : Marisol Touraine veut tout recentrer sur le service public en écartant les établissements de santé privés qui assurent pourtant des missions de service public en toute transparence. Le privé est systématiquement opposé au public, alors que sur le terrain la collaboration fonctionne très bien. Les discours au niveau national ne reflètent pas cette réalité.

Le privé est systématiquement opposé au public, alors que sur le terrain, la collaboration fonctionne très bien. Les discours au niveau national ne reflètent pas cette réalité. J'ai de nombreux échanges avec mes collè-

gues du public : ils sont parfois mal à l'aise vis-à-vis de ces propos. En vérité, il existe un besoin de refonte du service public, qui a trop de lits et trop de personnels. Au lieu d'éparpiller les ressources, il faudrait les regrouper. Mais le lobbying est extrêmement fort dès qu'on touche à ces sujets et cela demanderait un courage politique énorme. Le problème est pris à l'envers : on regrette l'insuffisance des ressources, mais les ressources existent, il faut maintenant les restructurer ! C'est une fuite en avant, une réaction dans l'urgence qui n'a rien d'une vision à long terme.

Concernant le tiers payant généralisé, la position de cette loi est encore une fois totalement dogmatique. Les patients dont la situation est problématique ont déjà un accès gratuit au soin. En outre, il y a déjà en France une surconsommation des soins. Le tiers payant généralisé va déresponsabiliser davantage les patients. Pour les professionnels de santé, c'est une mesure ingérable car notre système, avec les innombrables mutuelles, est trop complexe. Mais la ministre ne va pas renoncer à cette loi, elle est bien trop politique. Ce que nous pouvons faire, nous les professionnels de santé du privé, c'est améliorer notre communication pour démontrer aux Français que cette loi est perverse et les dessert. »

DR MAX PONSEILLÉ PDG DU GROUPE OC SANTÉ À MONTPELLIER

UN TEXTE MALVENU, MAL NÉ ET MAL CONCERTÉ

« Rarement le monde de la santé aura été autant en ébullition que depuis fin 2014, avec en point d'orgue la manifestation du 15 mars 2015.

Si, bien souvent les syndicats médicaux ont manifesté leur mécontentement, les voir tous unis est rare, les voir associés dans leurs actions à d'autres professionnels de la santé est exceptionnel, et les voir confortés dans leur action par l'appui du Conseil de l'ordre et par l'engagement de la Fédération de l'hospitalisation privée est sûrement sans précédent. Il s'agit d'un projet de loi bien sûr, mais aussi d'un texte malvenu, mal né parce que mal concerté, et non attendu parce que les attentes sont ailleurs.



Cette loi s'inspire de postures dépassées, de réflexions sociales désuètes qui amènent les professionnels concernés à des combats qu'ils pensaient n'avoir plus jamais à mener.

Comment les praticiens libéraux, insuffisamment rémunérés, peuvent-ils comprendre que, face à des conditions d'exercice toujours plus complexes, on alourdisse encore leur quotidien au nom d'un progrès social non avéré ? De plus, au moment où il est impératif de contenir les déficits, les mesures inflationnistes telles que le tiers payant n'ont pas de sens.

L'hospitalisation privée est aujourd'hui un élément fondamental du système hospitalier. Elle a prouvé sa place par la qualité de ses prestations et sa modernité. Son exclusion du service public pour une cause qu'elle ne maîtrise pas, les dépassements d'honoraires, alors que ceux-ci n'ont d'autres origines que l'insuffisance des tarifs opposables, est une injustice profonde. Le Président de la République et son gouvernement ont compris depuis le début du quinquennat que les difficultés dans lesquelles nous nous débattons, trouveraient des solutions en respectant l'entreprise, en la libérant de nombreuses contraintes, en lui donnant plus de moyens mais aussi en diminuant la dette publique, avec la part qui incombe au secteur public hospitalier. Ces réformes se mettent en place dans un contexte politique difficile, avec des résultats qui se font attendre. Mais il n'existe pas d'autre solution.

Le secteur de la santé est le seul aujourd'hui dont la ligne politique est en opposition complète avec ces réformes économiques. Cette loi s'inspire de postures dépassées, de réflexions sociales désuètes qui amènent les professionnels concernés à des combats qu'ils pensaient n'avoir plus jamais à mener. »

DR JEAN-LUC BARON, PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS DE CME DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

DES MESURES ORIENTÉES, IDÉOLOGIQUES, INAPPLICABLES EN PRATIQUE !

«Le projet de loi de santé est très vaste, le problème est pour moi, que le ministère essaie de faire passer des mesures orientées idéologiquement, qui ne sont pas applicables en pratique. L'un des sujets faisant principalement débat est celui du tiers payant généralisé. Telle qu'elle est présentée, il est impossible que cette mesure soit acceptée par les professionnels de santé. Dans le groupe de travail consacré à cette question, ils sont arrivés à un consensus éventuel sur la dispense d'avance des frais pour les patients. Cependant, l'exemple des pharmaciens, qui appliquent le tiers payant depuis des années, nous paraît très inquiétant : certaines pharmacies ont dû créer un poste pour la récupération des remboursements auprès des mutuelles. Grâce à leur expérience, nous savons qu'environ un tiers des remboursements des mutuelles posent problème. Reste donc à trouver l'hypothétique mécanisme qui ne pénaliserait pas les médecins de quelque façon que ce soit.



Les médecins libéraux ont toujours participé aux urgences et à l'accueil des internes.

Il y a ensuite le Service public hospitalier (SPH) : en l'état, sur ce point, le projet de loi est totalement inacceptable ! Les médecins libéraux ont toujours participé aux urgences et à l'accueil des internes, et la condition de la généralisation du tarif opposable sans compléments d'honoraires ne peut pas s'entendre alors que les tarifs des actes techniques n'ont pas été revalorisés depuis 20 ans... J'espère donc des avancées sur cette question dans les amendements du gouvernement.

Globalement, le principe de la dissociation entre l'étiquette « Service public hospitalier » et l'attribution des autorisations est pratiquement acquis. Dans la continuité des conclusions de la Stratégie nationale de santé, la ministre Marisol Touraine souhaitait depuis le début que les patients puissent clairement identifier les établissements de Service public hospitalier avec la garantie pour les usagers d'une prise en charge à tarif opposable. Au vu des négociations, il semble probable que désormais, l'étiquette « SPH » ne s'applique plus qu'aux hôpitaux publics, privés à but non lucratif, et à certains établissements privés qui le souhaitent après accord de la CME. Ainsi, les cliniques privées pourront continuer certaines missions de service public qu'elles effectuaient déjà, et réfuter l'appartenance au SPH comme facteur d'attribution ou d'autorisation d'activité, si d'aventure les ARS voulaient en faire état. »

DR PATRICK BOUET, PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (CNOM)

J'APPELLE À LA MISE EN PLACE D'UN GRENELLE SUR LA SANTÉ

«L'Ordre des médecins a été très tôt engagé dans le débat sur la loi de santé. En juillet 2014, nous avons assisté à la réunion de présentation du texte. Nous avons été choqués de voir ce texte, qui avait été rédigé sans concertation avec les professionnels de santé et protesté contre cette méthode. Le CNOM avait aussi interpellé le président de la République pour qu'il demande une révision du texte. Mais la concertation appelée de nos vœux n'a eu lieu que bien plus tard, les groupes de travail instaurés en février de cette année ne couvrent que certains points précis du texte. Cela me paraît insuffisant et au nom du CNOM, j'appelle à la mise en place d'un grenelle sur la santé.



L'Ordre soutient les médecins qui manifestent contre le projet de loi.

L'Ordre soutient les médecins qui manifestent contre le projet de loi, bien qu'il ne soit pas un syndicat, donc pas habilité à donner des mots d'ordre. C'est un débat législatif dans lequel nous essayons de peser. Le CNOM a été reçu par le ministère à plusieurs reprises et une fois par le Président. Nous sommes aussi en lien avec les députés et le Sénat.

Pour aboutir à un texte équilibré et partagé, nous appelons à un report de l'analyse parlementaire du texte de six mois. Ce report serait en effet un gain de temps, car en l'état actuel, le texte ne pourra pas être appliqué. Cela va engendrer des années de bataille avec de multiples décrets d'application, comme lorsque le gouvernement a voulu imposer la loi de santé en 1995-1996 : il a fallu dix ans avant que la loi soit appliquée. Actuellement, je ne comprends pas la stratégie gouvernementale. Selon moi, il faut entrer dans la phase de négociation, le débat est la base de notre démocratie ! En tant que démocrate convaincu, je suis persuadé que le gouvernement va entendre raison et j'ai bon espoir que le texte soit à nouveau discuté. »

ANTI JARGON

CICE Crédit d'impôt compétitivité emploi

CSMF Confédération des syndicats médicaux français

FIR Fonds d'intervention régional

FMF Fédération des médecins de France

GHM Groupe homogène de malades

GHS Groupe homogène de séjour

MG France Syndicat des médecins généralistes

MIGAC Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation

ODMCO Objectif des dépenses d'assurance maladie relatif aux activités MCO

ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie

SML Syndicat des médecins libéraux

UFML Union française pour une médecine libre

DR JACQUES FRIBOURG, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU SYNDICAT NATIONAL DES URGENTISTES DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (SNUHP)

DONNER LE POUVOIR AUX COMMUNAUTÉS TERRITORIALES EST DANGEREUX

«Le projet de loi de santé touche à l'exercice de beaucoup de professionnels de santé. Il a accentué les mécontentements entre public et privé, avec un projet très politique, mais qui a réussi à rassembler contre lui tous les acteurs privés libéraux de la santé comme rarement cela s'est produit.



Un projet très politique, mais qui a réussi à rassembler tous les acteurs privés libéraux de la santé comme rarement cela s'est produit.

La qualité et la pertinence de notre activité. Le SNUHP rappelle régulièrement notre existence et nous avons vu certaines ARS défendre nos services. Les pouvoirs donnés aux communautés territoriales seront très dangereux pour notre existence demain. Pour nous, urgentistes libéraux, la liberté d'installation est menacée car passée sous l'autorité de la tutelle, au lieu du Conseil de l'ordre aujourd'hui.

Cela signifie que nous n'aurons plus le choix de coopter nos collègues ce qui nous permettait d'avoir des équipes très soudées. Ceux qui rêvent, sous prétexte de « mutualisation des moyens », de nous obliger à retourner dans le public vont jubiler si la loi est adoptée.

Les spécialistes ont toujours joué le jeu du secteur 1 pour les patients opérés en urgence via notre service, et également la première consultation pour les patients que nous leur adressons. Le SNUHP est révolté par l'hypocrisie d'un texte qui permet aux médecins salariés du secteur public de continuer à pratiquer les dépassements d'honoraires dans le cadre de consultations privées ayant lieu dans les enceintes de l'hôpital public.

Pour nos établissements, outre la diminution du financement, les autorisations d'activité vont être orientées vers le public. Ce n'est pas une attaque frontale de nos services, mais la menace est claire : dans quelques années, sans spécialistes ni établissement de santé, nous disparaîtrons.

À mon avis, il y a un grand manque de compréhension du système des urgences privées de la part des pouvoirs publics. Lors de la grève de janvier, les autorités ont pu constater que nous étions indispensables. Nous soignons tout le monde, tous âges, toutes pathologies, dans les limites de notre plateau technique. De nombreux établissements privés qui disposent d'urgences se sont d'ailleurs installés dans des zones réputées difficiles, comme à Sarcelles, Trappes, Rilleux-la-Pape, ou Aulnay-sous-Bois.

Les urgentistes privés libéraux ne comprennent pas cette charge politisée contre le privé et le libéral, eux qui n'ont aucune étiquette politique, ce qui explique leur rôle de proximité, respecté par tous les patients. »

Et si vous donniez plus d'ambition à votre épargne avec l'assurance vie multisupport MACSF ?

15-008 - 03/2015

ASSURANCE VIE MULTISUPPORT PUBLICITÉ

Conjugez le meilleur du fonds en euros et des marchés financiers pour un bon équilibre entre sécurité et dynamisme. Pour une épargne qui vous ressemble, avant tout investissement sur l'assurance vie multisupport, déterminez bien votre profil avec nos experts car il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte. Les performances passées ne préjugent pas des performances à venir⁽¹⁾.

3233* ou macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.



* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. RES Multisupport est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative libellé en euros et en unités de compte souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. (1) L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. La valeur des unités de compte qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. 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 - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DEFENSE CEDEX/France.

MÉDECINS

109 000

C'est le nombre de médecins libéraux en France
63 000 généralistes
46 000 spécialistes.

2014, source INSEE

UNIS

25 %

1 médecin libéral sur 4 est syndiqué.

Estimation du *Quotidien du Médecin* à partir des données 2009 de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale

EN COLÈRE

40 000

professionnels de santé défilaient le 15 mars à Paris. Un front commun historique.

dialogue
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé 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 2015. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © Assemblée nationale, FHP, Clinique des Cèdres, Cornebarrieu, Centre médico-chirurgical Les Cèdres, Brive-la-Gaillarde.

TECHNOLOGIE



© DR L'accès aux équipements lourds et coûteux, à la pointe de la technologie, n'est pas réservé qu'aux grands CHU. La preuve à Cornebarrieu, près de Toulouse.



Techniques opératoires du futur

UN BLOC INTÉGRÉ APPORTE DAVANTAGE DE SÉCURITÉ

Aujourd'hui, même les objets de la maison se connectent pour faciliter notre quotidien. Au bloc opératoire, cette évolution est d'autant plus souhaitable.

Connecter les technologies existantes entre elles afin de les rendre plus efficaces, c'est le parti pris de la Clinique des Cèdres, à Cornebarrieu, non loin de Toulouse. « Depuis 2010, notre groupe de santé Capio a décidé d'investir et d'intégrer un scanner à notre bloc, afin de créer un univers de technologies multimédia intégrant les divers systèmes opératoires, d'éclairage, et les appareils d'imagerie médicale », explique avec enthousiasme le neurochirurgien Bertrand Debono. Troisième centre en France – le premier du secteur libéral – à proposer un scanner opératoire, la Clinique des Cèdres montre ainsi que l'accès à des équipements lourds et coûteux, à la pointe de la technologie, n'est pas réservé qu'aux grands CHU.

Grâce à la présence du scanner O-Arm au sein du bloc intégré, des images en 3D sont réalisées en temps réel pendant l'intervention chirurgicale. Cela permet au neurochirurgien de voir exactement ce qu'il fait, mais aussi, grâce à un système de navigation comparable à un GPS neuroanatomique, de réaliser des gestes techniques avec une précision remarquable. « Sur un mur d'écrans au sein du bloc, chaque membre de l'équipe peut suivre l'évolution de l'opération et ainsi mieux travailler, se coordonner, anticiper et participer », dit le Dr. Debono. Les gestes gagnent en exactitude, les radiations

auxquelles sont soumis les personnels soignants sont réduites. Cela offre davantage de sécurité pour le bon déroulement des opérations chirurgicales, du point de vue du patient, mais aussi des chirurgiens et des équipes qui l'entourent. La prochaine étape pourrait être l'intégration d'une IRM dans le bloc opératoire. « Forts de notre expérience avec O-Arm, nous souhaitons aller plus loin », déclare le Dr Debono. En



effet, si un scanner est l'outil idéal pour intervenir sur les os, notamment en chirurgie rachidienne, l'IRM permet d'être encore plus méticuleux lors des opérations du cerveau : « Pendant une intervention, la structure du cerveau se modifie, un contrôle IRM peropératoire permet d'optimiser la résection de tumeurs infiltrantes en limitant les risques neurologiques », ajoute Bertrand Debono. Pour ce neurochirurgien passionné de nouvelles technologies, les salles d'opérations intégrées seront un standard pour tous les blocs opératoires d'ici dix ans. Il en donne pour preuve que presque chaque semaine, la Clinique des Cèdres accueille des chirurgiens français ou étrangers, pour échanger sur l'évolution rapide des techniques mini-invasives en neurochirurgie. Leur objectif : rester en phase avec les avancées d'aujourd'hui et les progrès de demain.

D'ICI 10 ANS, LE CORPS MÉDICAL LIBÉRAL SERA RENOUEVÉ À 40 %

80 % des praticiens exerçant en établissement de santé privé MCO sont satisfaits voire très satisfaits de leur exercice, selon la dernière enquête réalisée fin 2014 auprès de 1 300 participants par la FHP-MCO. Si neuf praticiens sur dix conseilleraient à un jeune confrère de les rejoindre, l'enquête révèle pourtant que nous allons vers une pénurie : la moitié des praticiens interrogés a déjà plus de 53 ans, et d'ici dix ans, les établissements de santé privés MCO devront renouveler 40 % de leur corps médical.

DES MÉDECINS DIM ACTIFS !

Le Club des médecins DIM, piloté par la FHP-MCO, travaille : séminaires, échanges de bonnes pratiques et photographies des pratiques. L'enquête réalisée en novembre 2014 sur les pratiques de presque 450 établissements privés MCO montre que les médecins DIM sont principalement salariés (63 %) et très majoritairement à temps partiel (temps plein : 38 % ; temps partiel plus de 50 % : 28 % ; temps partiel moins de 50 % : 34 %) ; ils ont en moyenne 10 ans d'ancienneté à ce poste, et exercent pour 42 % d'entre eux dans plusieurs établissements d'un même groupe et pour 33 % dans un seul établissement.

PRÉSIDENTS DE CME

Dr Richard Mallet, chirurgien urologue, oncologue et président de CME au Centre médico-chirurgical Les Cèdres, à Brive-la-Gaillarde (19).

« Nous sommes dans une situation de survie mais nous gardons espoir »

Vous devez entendre les attentes de vos pairs et celles de l'administration. Comment concilier les deux ?

Du côté des médecins le discours est rodé, mais envers les politiques, il faut faire preuve d'intuition, car actuellement les médecins sont agressés. On se trouve dans une situation de survie, et non dans la réflexion.

La dualité entre le secteur public et le secteur privé existe, et tant mieux, car ce sont des systèmes complémentaires, tous deux utiles. Or, l'opposition créée par cette loi n'est pas naturelle, ni souhaitable. L'État tente de dénigrer le système libéral avec des arguments erronés. Notre système de santé est de plus en plus sophistiqué et nos techniques plus efficaces. Cela a évidemment un coût, pourtant : les tarifs baissent. Si une baisse des nomenclatures est compréhensible, il faut que ces réductions soient appliquées de manière juste et raisonnable.

Quelles attentes avez-vous encore concernant la possibilité de réécrire ou d'amender ce texte de loi ?

Les annonces de Marisol Touraine m'inquiètent. Sur le tiers payant généralisé, avant le passage à l'Assemblée nationale, la ministre a proposé un délai de paiement de sept jours pour la CPAM, sans engagement pour la part complémentaire, alors qu'il faut des garanties ! Ces annonces sont malvenues et ridicules, alors qu'il y aurait matière à faire une loi acceptable.

Pour moi, il y a danger : c'est l'étatisation de la santé avec cette loi et ses mesures sur le Service public hospitalier. Soyons cohérents ! Les petites retouches ne suffisent pas : il faut réécrire la loi avec les professionnels de santé si nous ne voulons pas que notre système de santé périclite. Nous sommes suffisamment intelligents pour participer à une refonte du système, et prêts aux concessions nécessaires pour réaliser des économies.

J'espère donc qu'il y aura assez d'amendements et assez de lobbying pour que le projet de loi soit rediscuté et que l'on puisse éviter la catastrophe qui se dessine actuellement.

Comment peut-on avancer sur la question du reste à charge ? Dans le secteur public, les dépassements d'honoraires sont plus élevés en moyenne que dans les établissements de santé privés. Au-delà des clichés idéologiques, les cliniques privées sont finalement plus vertueuses ! Mais les prix pratiqués dans le public, dont la partie qui reste à charge du patient est plus élevée, sont sans doute aussi plus proches en réalité des prix des actes médicaux. Ce qui est certain, c'est que dans ces conditions, les tarifs de remboursements sont inadmissibles. »